

Túlio Batista Franco
Amanda Ornela Hyppolito
Lilian Koifman
Patty Fidelis de Almeida
Sandra Maria Silva Brignol
(Organizadores)

A SAÚDE COLETIVA E SUAS **MULTIPLICIDADES**



Túlio Batista Franco
Amanda Ornela Hyppolito
Lilian Koifman
Patty Fidelis de Almeida
Sandra Maria Silva Brignol
(Organizadores)

A SAÚDE COLETIVA E SUAS **MULTIPLICIDADES**



Universidade Federal Fluminense

REITOR

Antonio Claudio Lucas Da Nóbrega

VICE-REITOR

Fabio Barboza Passos

Eduff - Editora da Universidade Federal Fluminense

CONSELHO EDITORIAL

Luciano Dias Losekann (Diretor)

Carlos Rodrigues Pereira

Denise Tavares da Silva

Johannes Kretschmer

Iris Maria da Costa Amâncio

Lúcia Maria de Assumpção Drummond

Luiz Mors Cabral

Marco Moriconi

Marcos Otavio Bezerra

Renato Franco

Roberto da Silva Fragale Filho

Ronaldo Altenburg Odebrecht Curi Gismondi

Ruy Afonso de Santacruz Lima

Vágner Camilo Alves

© 2024. Túlio Batista Franco, Amanda Ornela Hypolito, Lilian Koifman, Patty Fidelis de Almeida, Sandra, Maria Silva Brignol. É proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização expressa da editora.

Equipe de realização

Editor responsável: Luciano Dias Losekann

Coordenação Editorial: Ricardo Borges

Supervisão Gráfica: Márcio Oliveira

Revisão: Rosely Barroco e Sonia de Onofre

Normalização: Thais Louzada

Projeto gráfico, Capa e Diagramação: Alvaro Faria

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - CIP

S255 A saúde coletiva e suas multiplicidades [recurso eletrônico] / Túlio Batista Franco (organizadores) ... [et al.]. – Niterói : Eduff, 2024. – 6.21 MB ; PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5831-184-3

1. Saúde coletiva 2. Saúde pública. 3. Promoção em saúde. 4. Política de saúde I. Franco, Túlio Batista. II. Título.

CDD 614

CDU 614.1

Ficha catalográfica elaborada por Thaís Louzada CRB7 6809

Direitos desta edição cedidos à

Eduff - Editora da Universidade Federal Fluminense

Rua Miguel de Frias, 9, anexo/sobreloja - Icaraí - Niterói - RJ

CEP 24220-008 - Brasil

Tel.: +55 21 2629-5287

www.eduff.uff.br - faleconosco.eduff@id.uff.br

Consultores ad hoc do livro A saúde coletiva e suas multiplicidades

Adriano Maia dos Santos – Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA)

Ana Lucia Abrahão da Silva – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (Eeaac-UFF)

Ana Kalliny de Sousa Severo – Centro de Ciências Médicas – Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CCS-DSC-UFRN)

Andréa Neiva da Silva – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Amanda Ornela Hyppolito – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Camila de Oliveira Santos – Centro Federal de Educação Celso Suckow da Fonseca (Cefet-RJ)

Carinne Magnago – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP)

Cassiano Mendes Franco – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Cláudia Maria Messias – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (Eeaac-UFF)

Cláudia Regina Ribeiro – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Deison Alencar Lucietto – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Eliana Myriam Serfaty Gabbay – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Elisete Casotti – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Giliate Cardoso Coelho Neto – Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (DMP-Unifesp)

Gilson Saippa Oliveira – Instituto de Saúde de Nova Friburgo da Universidade Federal Fluminense (ISNF-UFF)

Helvo Slomp Junior – Centro Multidisciplinar da Universidade Federal do Rio de Janeiro em Macaé (CM UFRJ-Macaé)

Jaina Larissa Bastos Costa de Oliveira – Faculdade de Medicina de Petrópolis (Unifase)

Leandro Augusto Pires Goncalves – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Lilian Koifman – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Lúcia Cardoso Mourão – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Mabel Krieger – Instituto Nacional do Câncer-Universidade Federal do Rio de Janeiro (Inca-UFRJ) e Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS)

Marcia Guimarães de Mello Alves – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Mônica Villela Gouvêa – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Nília Maria de Brito Lima Prado – Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA)

Patty Fidelis de Almeida – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Sandra Mara Silva Brignol – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Veronica Miranda Alcoforado – Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC-UFF)

Vivian de Carvalho Reis Neves – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da
Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz)

O livro contou com o apoio técnico de Marlom Silva Rolim, do Instituto de Saúde Coletiva
da Universidade Federal Fluminense.

Sumário

Prefácio

Apresentação

Parte 1 Cuidado integral aos cursos de vida e grupos vulnerabilizados

Projeto saúde integral da população LGBTQIA+ sob a ótica da saúde coletiva (Prosain): caminhos e perspectivas

Velhice no Brasil: uma questão de cidadania

Trajetórias de vidas: barreiras e potencialidades para o cuidado da pessoa trans

Saberes que brotam da terra: o cuidado à saúde em tempos de pandemia da Covid-19 em contextos rurais

O acadêmico de medicina e a interprofissionalidade no consultório na rua: a prática colaborativa na atenção integral à saúde

PARTE 2 Estratégias de formação e educação em saúde

Boa noite, bom dia, Huap: Sons, cores e afetos no Hospital universitário

Experiências que transversalizam o olhar: território e Covid-19: redes de conversações no enfrentamento e formação em saúde durante a pandemia

O corpo sensível e a relação médico-paciente: novos diálogos com a formação médica

Estágios Supervisionados em Saúde Coletiva: relato da experiência junto ao curso de Odontologia na perspectiva de docentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFF

Among Covid – Corona entre nós: relato de experiência da elaboração de um vídeo educativo juvenil sobre práticas de prevenção da Covid-19

Formação para o cuidado em saúde bucal na atenção primária à saúde: A experiência do curso Focus

Estratégias de integração de medicinas tradicionais na formação médica: A experiência cubana

A horta como uma ferramenta de educação popular em saúde na estratégia de saúde da família: um relato de experiência

PARTE 3 POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS E PRÁTICAS DE CUIDADO

Estratégias para mitigação dos efeitos da pandemia de Covid-19: reflexões, a partir da experiência do município de Niterói, RJ

Injunções da governamentalidade neoliberal na saúde: do gerencialismo à (bio)medicalização

Uso de tecnologias de acesso remoto na atenção básica: o caso do programa “Atende em Casa” em Recife - PE

Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios à luz da clínica ampliada

A busca ativa como estratégia de acolhimento em um território vivo: construindo a rede de atenção psicossocial para além dos muros

Proteção de dados em saúde: os desdobramentos jurídicos e os impactos na saúde coletiva

Saúde mental de estudantes universitários: o grupo de suporte como dispositivo para uma rede de cuidado

Prefácio

Madel Therezinha Luz

Escrever a página de abertura destinada a apresentar uma obra complexa, seja ela acadêmica, política ou literária, é sempre um desafio, mesmo quando o prefaçador se considera um conhecedor da área, dada a sua atuação como professor, autor ou militante nesse âmbito.

Assim, escrever o prefácio deste livro coletivo, pluridisciplinar, denso e plural, organizado por docentes do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, a partir de suas experiências grupais de pesquisa, ensino e ação “no terreno”, somente me encorajam, se considerar as décadas de ensino, pesquisa e ação institucional por mim desenvolvidas no campo da saúde coletiva, me fortalecendo na vontade de fazer breves afirmações relativas ao trabalho plural dos autores, distribuído nos capítulos que compõem o volume, bem como a sua atualidade e importância para a saúde coletiva.

Devo ressaltar, de início, que há aqui uma razão para designarmos essa densa área de teorização, intervenção, pesquisa e prática de ensino como “campo” da saúde coletiva, seguindo conceitualmente Pierre Bourdieu. A noção de campo supera, tanto teórica quanto metodologicamente, a designação de disciplina, área disciplinar, ou interdisciplinar, herdeiras epistemológicas da tradição científica cartesiana da modernidade.

O campo envolve não apenas o pensar ou um teorizar que supõe um “objeto” em observação, com o processo de verificação, mas o agir, o intervir, o reunir. O que supõe sujeitos atuantes.

Por isso, a saúde coletiva, em suas práticas, assim como em suas teorizações, não pode ser vista como uma disciplina que constitui e investiga objetos empíricos, mas como campo pluridisciplinar de observação empírica e teórica, de inserção, intervenção e participação em práticas de saúde.

Por meio das relações sociais implicadas no “objeto” em observação e análise, e da reflexão teórica captada pela vivência da prática coletiva, assim como mediante a análise das ações e relações sociais realizadas pelos agentes implicados no estudo, os pesquisadores, docentes, agentes e profissionais da área de saúde, além de outros agentes sociais específicos das comunidades, têm a possibilidade de beneficiar-se das atividades desenvolvidas no “campo”.

Esse modo de pesquisar/intervir é, sem dúvida, de grande benefício para a área de saúde coletiva, tanto no plano prático, quanto no teórico ou nos planos pessoal, grupal e coletivo, resultando em estudos empírico/analíticos férteis para as áreas de ensino, de pesquisa, e de políticas de saúde. Finalmente, ressalte-se que esse tipo de abordagem em pesquisa, de modos de intervenção e coleta de informações é recente, não ultrapassando duas décadas, originando-se na demanda de orientação de dissertações de mestrado e teses de doutorado em Saúde Coletiva.

Apresentação

Túlio Batista Franco

Amanda Ornela Hypolito

Lilian Koifman

Patty Fidelis de Almeida

Sandra Maria Silva Brignol

O livro *A saúde coletiva e suas multiplicidades* nasce do ato generoso de docentes e discentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFF, que disponibilizam seus conhecimentos e práticas de ensino, pesquisa e extensão. Dessa forma, tornam pública a produção de conhecimentos gerados no trabalho transversal, via colaboração entre docentes, discentes e profissionais de saúde. São experiências teórico-práticas junto às redes de serviços públicos de saúde, com significativa representatividade dos usuários e comunidade atendidas; as pesquisas que buscam conhecer cada vez mais os desígnios que nos levam a defender a vida em qualquer circunstância; e a cotidiana atividade de ensino e aprendizagem que ocorre no âmbito da universidade e, sobretudo, na sua interação com o mundo da vida extramuros da sala de aula.

Tratamos de um campo de conhecimento em permanente transformação, provocada por sua real natureza multidisciplinar, na qual teoria e prática são cada vez mais inseparáveis, assim como a educação e trabalho; dessa maneira, os campos de saberes e fazeres são cada vez mais indispensáveis na formação profissional em saúde. É no conhecimento transversal e multidisciplinar, utilizando diferentes fontes que a saúde coletiva ganha em riqueza e potência analítica, ao mesmo tempo em que se potencializa para orientar as práticas cotidianas.

A experiência trágica da pandemia de Covid-19 foi mais um episódio que testou a robustez dos operadores conceituais da saúde coletiva. Um campo de conhecimento que esteve à frente da busca pelo entendimento do fenômeno causado pelo novo coronavírus, andando *pari passu* à pesquisa clínica e genômica. O mun-

do enxergou o valor e a extrema importância dos estudos conduzidos pelo campo, saindo fortalecida. A saúde coletiva tem um inestimável reconhecimento no campo acadêmico, da ciência, como também dos serviços de saúde. O lugar onde há o encontro dos usuários com o cuidado é, por excelência, demarcado fortemente pelo que os saberes próprios da saúde coletiva oferecem como operadores da realidade. Sempre, em interação com os outros campos do conhecimento, igualmente importantes, como a clínica.

A primeira parte do livro, “Cuidado Integral aos Cursos de Vida e Grupos Vulnerabilizados”, é dedicada a estudos e experiências com a comunidade LGBTQIA+, idosos, população rural, pessoas em situação de rua. Essas são algumas das populações cuja vida e cuidados à saúde estão em análise nos textos do livro. O cuidado destinado a tais grupos populacionais é sempre um trabalho potente a indicar o grau civilizatório em que vivemos, ou seja, revelam o quanto a sociedade cuida ou não dos que necessitam de uma assistência diferenciada no cuidado; e como lidam com essa população também do ponto de vista da sua integração, e o combate à discriminação e ao preconceito. A saúde coletiva traz ferramentas analíticas, de ação e intervenção junto a essas populações, capazes de ativá-las para a resiliência, o ativismo e a construção de um lugar social de afirmação de direitos e de cidadania. Isso tudo está conjugado com as práticas de cuidado, visto que cuidar é potencializar a vida, entendendo-a como a existência da pessoa no mundo.

A segunda parte do livro, “Estratégias de Formação e Educação em Saúde”, traz experiências riquíssimas no campo da formação e educação, por exemplo, o uso da arte como dispositivo didático, vídeos e mesmo programas já consagrados no Instituto de Saúde Coletiva, como o “Boa Noite, Bom Dia, Huap”, realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro com usuários internos. São discutidas também experiências de ensino no território junto às equipes de saúde e respectivas comunidades, a relação entre profissional de saúde e usuário, assim como estágios supervisionados, um dispositivo didático do Programa de Pós-Graduação para formação de docentes – formador de docentes para o ensino superior. Sem dúvida, a educação é de uma enorme riqueza, e, aqui, temos uma pequena, mas expressiva, amostra do quanto a atividade pedagógica, quando contextualizada com a prática, é potente para a formação e educação em saúde.

A terceira parte do livro, “Políticas, Gestão e Avaliação de Serviços e Práticas de Cuidado”, dá visibilidade e analisa experiências inovadoras de gestão do cuidado durante a pandemia. Como exemplo, cito o uso de tecnologias de inteligência (TI) para acesso remoto a usuários sob cuidados da equipe de saúde da família, bem como desdobramentos jurídicos relacionados ao uso dessas tecnologias, uma reflexão necessária. Em simultâneo, discute a assistência farmacêutica na atenção primária, uma questão absolutamente importante para a integralidade e eficácia

no cuidado. O tema da pandemia está presente também na análise das ações de enfrentamento à Covid-19 no município de Niterói-RJ. Uma experiência importante é discutida no âmbito da saúde mental – a busca ativa de usuários como estratégia de acolhimento e cuidado. Por fim, o tema da governamentalidade neoliberal é discutido e situado no âmbito da gestão, tomando como foco a questão do gerencialismo e biomedicalização no campo da gestão e cuidado em saúde.

O livro define claramente que a saúde coletiva é tão vasta quanto é o imenso arsenal de saberes que ativa a pensar o mundo e a vida. A sua multiplicidade está expressa nos muitos conhecimentos que orientam as ricas e criativas práticas de cotidiano em todas as áreas. O que melhor expressa essa dinâmica multifacetada da saúde coletiva é seu caráter transdisciplinar, muito bem discutido pela professora Madel Luz,¹ a quem rendemos nossa homenagem.

Boa leitura!

¹ LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

Parte 1

Cuidado integral aos cursos de vida e grupos vulnerabilizados

Projeto saúde integral da população LGBTQIA+ sob a ótica da saúde coletiva (Prosain): caminhos e perspectivas

Sandra Mara Silva Brignol

Elisete Casotti

Luiz Albérico Araújo Montenegro

Flávio Marques de Oliveira Filho

Clara Adarme Davoli de Oliveira

INTRODUÇÃO

O projeto Prosain foi pensado e estruturado como um conjunto de ações e atividades para preencher a ausência de espaços e disciplinas para discutir a saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, *queer*, intersexuais, assexuais, gênero neutro e não binários, dentre outros (LGBTQIA+), nos cursos da área da saúde na Universidade Federal Fluminense, na cidade de Niterói. Assim, o projeto se alinha às ações da sociedade civil e instituições¹ que dão visibilidade à diversidade de gênero e sexualidade, e dessa forma, reforça o enfrentamento dos cenários de discriminação e estigma que a população LGBTQIA+ sofre, ao acessar equipamentos sociais e do Estado, causando danos até mesmo na saúde.

As atividades do projeto seguem as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, desde 2006, defendem a necessidade de discutir e inserir as temáticas sobre gênero e sexualidade nos currículos dos cursos de graduação da

¹ 1) Brasil sem Homofobia Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual (); 2) A Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos atua na promoção e na garantia do direito à população por meio da Superintendência de Políticas LGBTI e o Rio sem LGBTIfobia. Disponível em: http://www.secsocial.rj.gov.br/politicas_publicas_lgbtqi.

área da saúde, por considerá-los aspectos presentes na diversidade humana. A sexualidade e a orientação sexual das “minorias sexuais”, como a população LGBTQIA+, são vistas como determinantes sociais que geram iniquidades e injustiças sociais (WHO, 2006). Esses temas, no Brasil, apareceram nas discussões sobre a redução das desigualdades históricas e a promoção da saúde de grupos mais vulneráveis ou susceptíveis ao adoecimento – por comportamento sexual ou identidade de gênero, no Sistema Único de Saúde (SUS), na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2003. Em seguida, na 13ª CNS realizada em 2007, a identidade de gênero e a orientação afetivo-sexual passaram a compor a análise da determinação social da saúde (Brasil, 2004; Barata, 2009; Brasil, 2011, 2013).

O projeto e suas ações também atendem às orientações do Ministério da Educação, que propôs as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia e Enfermagem (Brasil, 2014, 2017a, 2017b 2018 e 2021), devido à necessidade de aprimorar os currículos para que esses futuros profissionais possam atuar, considerando as diferentes dimensões da diversidade humana,² entendendo que a diversidade humana reflete “um amplo conjunto de diferenças, considerando gênero, idade, orientação sexual, raça/etnia/cor, cultura, religião, nacionalidade” (Machin *et al.*, 2022, p. 1). Assim, esses graduandos devem ter formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, para conseguirem atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde nos âmbitos individual e coletivo. Deste modo, é importante inserir as determinantes sociais no processo de aprendizado sobre o cuidado integral em saúde.

Consideramos no planejamento das atividades que as DCN recomendam que a formação dos profissionais de saúde dos cursos de Medicina, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia e Enfermagem esteja pautada na responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tenha como base a transversalidade do aprendizado em sua prática. É dever da formação acadêmica oferecer e facilitar oportunidades de aprendiza-

² [...] para atuar considerando a ética e as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, e cultural, que singularizam cada pessoa ou cada grupo social [...] (Brasil, 2021, p. 2).

[...] compromisso com o cuidado e a defesa da saúde integral do ser humano, levando em conta aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, étnico-raciais, de gênero, orientação sexual, necessidades da sociedade, bem como características regionais [...] (Brasil, 2017a, p. 2).

[...] A integralidade da atenção à saúde do ser humano, considerando-se as particularidades ambientais, atitudinais, sociais, étnicas, de gênero, raça, políticas, econômicas e culturais, individuais e de coletividades [...] (Brasil, 2017b, p. 7).

[...] A integralidade da atenção à saúde do ser humano, considerando-se as particularidades ambientais, atitudinais, sociais (classe social, geração, raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero), políticas, econômicas e culturais, individuais e coletivas [...] (Brasil, 2018, p. 8).

gem ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação do profissional (Brasil, 2014, 2017a, 2017b, 2018, 2021). No sentido de atender parte das DCN, o Prosain atua nos contextos de vulnerabilidade social da população LGBTQIA+, com atividades voltadas para as questões de saúde, bem-estar e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013). Nas diferentes atividades e eventos, discentes da área da saúde, profissionais da saúde, comunidade universitária, parceiros e movimento social discutem a formação em saúde para atender às demandas específicas e capacitação para uma atenção em saúde dentro dos princípios do SUS, da ética e dos direitos humanos.

O projeto se posiciona e atua diante do conhecimento de que as pessoas LGBTQIA+ estão expostas, de forma desproporcional, ao adoecimento e situações de violência (física, sexual e psicológica), discriminação, estigma e violação dos direitos humanos, tanto na sociedade, quanto na família, em instituições públicas e nos serviços de saúde. Um dos principais efeitos desses contextos, é a baixa qualidade dos atendimentos dos serviços públicos (UNAIDS, 2010). Dentre as reclamações da população LGBTQIA+, quanto aos atendimentos dos serviços de saúde no SUS, a mais frequente é que os profissionais raramente são acolhedores e desconhecem as demandas e especificidades de saúde. Entre as mulheres trans e travestis, a principal queixa é relativa ao desrespeito ao uso do nome social (Arán; Murta; Lionço, 2013), direito garantido por lei, e se configura no principal fator que afasta definitivamente essas pessoas dos serviços de saúde, aumentando sua vulnerabilidade (Mello *et al.*, 2011; Cardoso; Ferro, 2012; Albuquerque *et al.*, 2013).

O Prosain reconhece que o enfrentamento da vulnerabilidade social, individual e programática (Ayres, 2006) da população LGBTQIA+ depende de ações de combate ao estigma, discriminação, violência e violação dos direitos. Nesse sentido, a educação tem papel fundamental no enfrentamento ao estigma e discriminação já na formação acadêmica, e os projetos de extensão são ferramentas importantes, pois permitem que a universidade abra seus espaços para a convivência democrática entre os discentes, a comunidade acadêmica e a população em geral, aqui incluídas as populações marginalizadas, “minorias sexuais”, refugiados e demais pessoas expostas à exclusão econômica e social. O cenário de exclusão que marca a sociedade brasileira, com manifestações racistas, misóginas, homo e transfóbica, chama a universidade para sua responsabilidade social para ações de educação e formação profissional voltada para a diversidade da existência humana, resgatando a ética e solidariedade na convivência social.

Outra preocupação diz respeito aos crescentes homicídios de pessoas LGBT no Brasil, onde temos o maior número absoluto de mulheres trans e travestis assassinadas no mundo (inclusive, dentre os países que criminalizam as relações homoa-

fetivas) (TGEO, 2021). Junto a isso, o país também acumula as primeiras posições na violação dos direitos humanos e assassinatos de defensores desses direitos, como mostra o relatório de 2021 da Câmara dos Deputados (Brasil, 2021). Uma forma de enfrentar essa realidade é dar visibilidade e protagonismo às temáticas relacionadas à diversidade sexual e de gênero, promover a formação transversal dos profissionais da saúde (graduação e pós-graduação) para desenvolverem práticas éticas, humanistas e sensibilidade em relação aos problemas, demandas e especificidades das pessoas LGBTQIA+, bem como exercerem atendimento mais humanizado conforme os princípios dos SUS e das diretrizes da Política Nacional da Saúde Integral da população LGBT (Brasil, 2013).

Nesse sentido, este capítulo traz a experiência do Prosain, projeto de extensão que visa *promover um conjunto de ações e atividades relacionadas à saúde das pessoas LGBTQIA+* na comunidade acadêmica da Universidade Federal Fluminense (UFF) e serviços de saúde do município de Niterói, da cidade do Rio de Janeiro e da Região Metropolitana, com o apoio das instituições parceiras (instituições públicas, sociedade civil e movimento social). Descrevemos, a seguir, as atividades desenvolvidas desde a sua concepção original no curso de Medicina da UFF. O relato é conduzido por marcador temporal, em que a coordenação e colaboradores apresentam os primeiros passos, as razões de sua conformação, as parcerias com diversos grupos, os temas abordados nas atividades, as mudanças necessárias durante a pandemia de Covid-19 e a retomada dos encontros presenciais em 2022. Também apontamos a necessidade de instrumentalizar o projeto para atuar de forma mais ampla e permanente, tanto em ações internas, quanto em atividades externas à universidade, possibilitando a continuidade das atividades junto às instituições parceiras. Ter um espaço físico fixo como referência para a comunidade é fundamental para a identidade e referência do projeto e suas atividades.

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E O PROSAIN

A extensão universitária tem um papel fundamental na graduação e formação profissional dos discentes, pois possibilita integrar conhecimentos teóricos com práticas junto a diferentes populações, fazendo com que a universidade saia dos seus muros excludentes. Quando as atividades de extensão são acompanhadas de pesquisa e interação com o ensino, estrutura-se uma oportunidade de formação acadêmica diferenciada para os participantes dos processos de aprendizado (De Paula, 2013; Brasil, 2006).

A institucionalização da extensão universitária tem na Política Nacional de Extensão Universitária (Pneu) suas bases e orientações:

A Extensão Universitária, sob o princípio constitucional da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, é um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade (Brasil, 2015, p. 28).

Esse conceito gerou os 15 objetivos da Pneu. Nesse contexto, o Prosain promove atividades que se alinham prioritariamente com as seguintes proposições:

[...] 1) Reafirmar a Extensão Universitária como processo acadêmico definido e efetivado em função das exigências da realidade, além de indispensável na formação do estudante, na qualificação do professor e no intercâmbio com a sociedade;

[...] 5) Estimular atividades de Extensão cujo desenvolvimento implique relações multi, inter e/ou transdisciplinares e interprofissionais de setores da Universidade e da sociedade;

[...] 9) Priorizar práticas voltadas para o atendimento de necessidades sociais (por exemplo, habitação, produção de alimentos, geração de emprego, redistribuição de renda), relacionadas com as áreas de Comunicação, Cultura, Direitos Humanos e Justiça, Educação, Meio Ambiente, Saúde, Tecnologia e Produção, Trabalho (Brasil, 2015, p. 9-10).

O Prosain atua para integrar a vida universitária com a sociedade civil e movimento social LGBTQIA+. As ações disponibilizadas para a comunidade acadêmica da UFF visam atender às diretrizes da: a) Interação Dialógica; b) Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade; c) Indissociabilidade Ensino-Pesquisa-Extensão; d) Impacto na Formação do Estudante; e) Impacto e Transformação Social (Nogueira, 2000 *apud* Brasil, 2015, p. 29), pois os projetos de extensão devem ser “*espaços*” que oferecem atividades para o acúmulo de vivências e experiências relacionadas ao conteúdo das disciplinas e sua integração com a realidade social e pesquisa científica (De Paula, 2013). É fundamental para a formação profissional oportunizar um aprendizado crítico e comprometido com a ética e direitos humanos e, assim, promover uma mudança social no sentido de redução das desigualdades sociais e vulnerabilidades presentes na realidade social brasileira.

Outro eixo fundamental para a formação em saúde são as atividades e experiências em pesquisas acadêmicas. O vínculo entre pesquisa e extensão deve ser fomentado, possibilitando uma participação ativa dos discentes na produção do conhecimento científico. A articulação entre pesquisa e extensão é uma dimensão fundamental na formação acadêmica, visto que oferece capacitação para o uso da metodologia científica, como coleta e análise de dados e escrita nos padrões da

ciência, e incentiva os discentes à divulgação dos resultados em congressos e seminários, experiências fundamentais para a formação de futuros pesquisadores.

A universidade pública também tem o dever de estar alinhada com os 17 objetivos e 169 metas do desenvolvimento sustentável (ODS), propostos pelas Nações Unidas em 2015, e que buscam a construção de um mundo mais justo e igualitário, uma vida mais digna para as pessoas e preservação do planeta. O desenvolvimento de ações e programas dialogam com as DCS com previsão para serem alcançados até 2030 (Naciones Unidas, 2015), e o Prosain promove atividades que dialogam com esses objetivos.

Promover uma formação crítica, cidadã, solidária e sensível baseada nos direitos humanos passa pela oferta de conteúdos técnicos associados à realidade da sociedade e ao conhecimento científico atualizado. Por exemplo, temas de relevância social como diversidade e gênero implicam na apresentação de módulos teóricos, vivência com a realidade das populações susceptíveis ao sofrimento, ao estigma e à discriminação relacionados a essas temáticas, bem como apresentar e divulgar resultados das pesquisas científicas que mostram que o sofrimento, prejuízos individuais e sociais com origem em fatores relacionados a diversidade e gênero são fundamentais para desconstruir os argumentos contrários à vulnerabilidade de algumas populações e enfrentar os discursos negacionistas presentes na sociedade brasileira.

Em particular, graduandos da área da saúde na UFF não são preparados para o atendimento da saúde das pessoas LGBTQIA+, para acolher as demandas e especificidades, como está previsto nas DCS, bem como atender aos princípios da transdisciplinaridade, transversalidade e multidisciplinaridade na sua formação (Brasil, 2014). Não existem disciplinas regulares voltadas para esses temas ou para a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, implantada desde 2011 no SUS (Brasil, 2013). Perde-se a oportunidade de expor a complexidade humana e social na formação acadêmica, estimulando a compreensão da diversidade como uma forma de avançar para um modelo mais inclusivo e mais democrático de universidade (Morin, 2014).

O PROJETO PROSAIN

O caminho só existe quando você passa³...

O Prosain nasceu das demandas identificadas na disciplina de bioestatística ministrada para os discentes de Medicina da UFF, que estavam no segundo período

³ Parte da letra da música “Acima do Sol”, do grupo Skank.

da graduação. Nessa disciplina eram analisados dados de uma pesquisa realizada com travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) – Projeto Convida, formando-se o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico dos participantes da referida pesquisa (Brignol *et al.*, 2011). Ao fim da disciplina, os discentes interessados em dar continuidade aos estudos dos temas abordados foram convidados a cursar uma disciplina de Iniciação Científica (IC), na qual foram estudados alguns dos problemas de saúde dos HSH e travestis. Durante as atividades da disciplina de IC, surgiu a ideia de um seminário para discutir, entre estudantes de Medicina, temas voltados para a saúde das pessoas LGBT. Formou-se assim o primeiro grupo de discentes voluntários que, com a docente, organizaram o primeiro Seminário da Saúde Coletiva sobre a inclusão do tema da saúde das pessoas transgênero e travestis na formação dos profissionais de saúde – 1º SESCOTRANS.

Esse primeiro evento ocorreu em março de 2018 no Auditório Aluísio de Paula da Faculdade de Medicina da UFF,⁴ no Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói. Essa atividade funcionou como ponto de inflexão junto aos discentes, docentes e residente de psiquiatria e endocrinologia do huap-uff participantes do evento, momento em que se evidenciaram as lacunas existentes na formação da graduação em Medicina da UFF, em relação à saúde das pessoas LGBTQIA+. Isso, principalmente, devido à ausência de conteúdos curriculares e discussões sobre temas voltados à saúde integral da população LGBT e suas especificidades, desconhecimento sobre gênero, sexualidade e sobre a política nacional de saúde integral da população LGBT (PNS-LGBT) (Brasil, 2013).

O 1º SESCOTRANS possibilitou, em um primeiro momento, a aproximação dos discentes e docentes com os aspectos que envolvem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas pessoas LGBTQIA+, em particular, as mulheres trans e travestis. Foi um momento de reconhecimento da necessidade de ações institucionais para apresentar tais conteúdos e dar visibilidade aos principais tópicos da saúde e vulnerabilidade da população LGBTQIA+. ⁵ Desde então, com a colaboração de professores interessados nessa temática, conteúdos passaram a integrar módulos em algumas disciplinas regulares do curso de Medicina, principalmente, disciplinas ministradas pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Paralelamente, outras atividades começaram a acontecer, como palestras, rodas de conversa e debates. Parte dessas ações foram propostas e apoiadas por discentes das disciplinas do ISC, incluindo a criação de uma liga estudantil LGBT com foco em assuntos sobre a saúde dessa população.

O interesse pelo tema cresceu entre os discentes, e em pouco tempo se formou um grupo de voluntários (graduação da Medicina e da pós-graduação em Saúde

⁴ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aPsgKxiKkHY>.

⁵ Disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UCTT069OrNxG3ZzM6OPN9utg>.

Coletiva-ISC-UFF), que se empenharam na efetivação das demais edições dos SESCOTRANS, que ocorreram em novembro de 2018 e março e novembro de 2019. Os seguintes temas foram debatidos: 1º Seminário – Inclusão do tema da saúde das pessoas transgênero e travestis na formação médica; 2º Seminário – O atendimento médico e o uso de hormônios no processo transexualizador; 3º Seminário – Pessoas transgênero e travestis: violação dos direitos humanos e violência; 4º Seminário – Pessoas transgênero e travestis - HIV/Aids: prevenção e atualizações (Figura 1).

Dentre as atividades que se intercalaram nos seminários, nos anos de 2018 e 2019, ocorreram discussões relevantes à formação em saúde e à defesa dos direitos das pessoas LGBTQIA+, tanto em rodas de conversa,⁶ quanto em cine debates, sessões temáticas (Figura 1), oficinas,⁷ apresentação de trabalhos em congressos, visitas técnicas ao ambulatório trans de Niterói e ao movimento social do município. Essas atividades priorizaram o lugar de fala das pessoas LGBTQIA+ do movimento social, reunindo estudantes, professores e profissionais de saúde.

Figura 1 – Cartazes impressos com as atividades presenciais do Prosain (2018-2019)



Fonte: Página @prosain no Instagram.

⁶ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B1wT0QXgl20/>.

⁷ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BxvmtCsDzNg/>.

Em 2019, por sua atuação, comprometimento e atividades voltadas ao enfrentamento ao estigma e à discriminação social nos serviços públicos de saúde (Figura 2), bem como a promoção de discussões sobre temas relacionados à população LGBTQIA+, em particular, para a população de mulheres trans e travestis, o projeto Prosain recebeu o Prêmio Reconhecimento 2019: Promoção em Saúde e Prevenção Populares do HIV e da Aids, entregue a ativistas e projetos que se destacaram ao longo do ano em ações pautadas no âmbito da prevenção e no combate à epidemia de HIV/Aids, luta pelos direitos, respeito e solidariedade. Esse prêmio anual é uma iniciativa do projeto Diversidade Sexual, Saúde e Direitos entre jovens e da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia)⁸ (Basthi, 2019).

Em 2020, com a pandemia da Covid-19, início do isolamento social e demais medidas sanitárias iniciadas em março, a coordenação e a equipe do projeto enfrentaram o desafio de dar continuidade às atividades, optando pela forma virtual/remota. Notícias sobre o aumento da violência, piora das condições de vida e saúde, com aumento da vulnerabilidade da população LGBTQIA+, bem como alguns resultados da pesquisa Votelgbt (2020), que mostraram os três maiores impactos da pandemia na população LGBTQIA+: piora na saúde mental, afastamento da rede de apoio e falta de renda.

Como parte do enfrentamento, o projeto organizou as atividades na plataforma do *Google Meet* e investiu em divulgações diversas no perfil do Instagram com divulgação do projeto e conteúdos temáticos. Essas ações do Prosain ampliaram o alcance do projeto, com um número expressivo de seguidores e pessoas interessadas nas atividades. Buscou-se diversificar as parcerias, incluindo palestrantes de outras universidades e serviços de saúde de outros estados e regiões, rompendo as fronteiras físicas do projeto.

As atividades remotas foram escolhidas com temas indicados pelo movimento social e colaboradores, sempre abordando temas emergentes durante a pandemia da Covid-19. Também se implantou as atividades de conversa “Vamos Prosear”, momentos de maior interação com o público presente nas salas virtuais. As atividades desenvolvidas estão listadas após os *folders* apresentados abaixo (Figura 2).

⁸ Disponível em: <https://abiids.org.br/>.

Figura 2 – Divulgação das atividades remotas no perfil do Instagram (@prosain)



Fonte: Página @prosain no *Instagram* (2021).

DEBATES

1. HIV e Aids em tempos de Covid-19 em Niterói;
2. Saúde mental da população LGBTI em tempos de Covid-19 [parte1];
3. Racismo e saúde mental na universidade;
4. Saúde mental da população LGBTI em tempos de Covid-19 [parte2];
5. Hormonioterapia e saúde mental entre travestis, homens e mulheres trans;
6. "Você não parece trans": "Passabilidade" e saúde mental entre LGBTI;⁹
7. Conhecendo o Ambulatório João W. Nery de Niterói, RJ¹⁰.

⁹ Disponível em: . <https://www.instagram.com/p/CFxGKv9geh/>.

¹⁰ Disponível em: . <https://www.instagram.com/p/CVLNaAEgCBT/>.

RODAS DE CONVERSA

1. Vamos Prosear 1 – Recife: avanços e desafios em busca da integralidade da atenção em saúde;¹¹
2. Vamos conversar sobre o atendimento em saúde da população LGBTQIA+;¹²
3. Vamos Prosear 2 – Conhecendo o atendimento de pessoas trans no ambulatório de atenção à saúde de travestis e transexuais de Salvador, BA;¹³
4. Vamos Prosear 3 – Política de saúde LGBT e formação de profissionais de saúde;¹⁴
5. População LGBTI em Situação de Rua.¹⁵

Os discentes voluntários do projeto foram incentivados a escreverem os relatos das suas experiências, e um dos trabalhos foi premiado com uma menção honrosa no concurso de depoimento extensionista no XIII Encontro de Bolsistas de Extensão em 2020.¹⁶

Os bolsistas do projeto apresentam as atividades do Prosain nas Semanas de Extensão da UFF (Semex), desde 2018, pois são atividades obrigatórias para os estudantes com vínculo formal com o projeto. No entanto, consideramos uma importante oportunidade de divulgar o projeto e suas atividades, buscando inspirar outras pessoas da comunidade acadêmica, tanto para participarem, quanto para criarem projetos com temas de inclusão LGBTQIA+. Os bolsistas voluntários também participaram de seminários estudantis como a 2ª Semana LGBTI+ da UFF, Terceiro Congresso Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, realizado nos dias 30 de novembro e 1º de dezembro de 2019, que recebeu o prêmio de Menção Honrosa na Categoria Pôster III, II Simpósio Setembro Amarelo UFF: Construindo Caminhos.

A fim de promover as experiências discentes em pesquisa, os extensionistas do Prosain também participam das equipes dos projetos de pesquisas vinculadas ao projeto – coleta e análise de dados, escrita e submissão de artigos e relatórios técnicos, sempre considerando o aporte teórico da vulnerabilidade (social, individual e programático) (Ayres, 2006). Portanto, o projeto cumpre um importante objetivo dos projetos de extensão, ou seja, proporcionar a interação e interdisciplinaridade

¹¹ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CNKx-Dngdbo/>.

¹² Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CRgoiqgsdwC/>.

¹³ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/COdFjxhgb-w/>.

¹⁴ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CLAUdleAerb/>.

¹⁵ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CHlqdmzg75G/>.

¹⁶ Disponível em: <http://isc.uff.br/2019/10/>.

com impacto na formação acadêmica dos estudantes participantes – indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. Dentre as consequências desse trabalho, os discentes tiveram uma importante experiência internacional, participaram com a coordenadora do projeto na elaboração e apresentação do trabalho *Regular consumption of alcohol and risk of HIV infection in transgender women in Fortaleza, Northeast Brazil* na 10th IAS Conference on HIV Science (IAS) entre 21 e 24 de julho de 2019, na Cidade do México. Esse trabalho foi o resultado do envolvimento dos discentes na análise dos dados da Pesquisa Divas demandada pelo Ministério da Saúde (Bastos *et al.*, 2018).

Assim, uma atividade que iniciou numa sala de aula, passou pela organização e efetivação de um seminário, culminando na estruturação desse projeto de extensão. Caminhada que ofertou aos participantes um ciclo de experiências que os aproximam da realidade social, dos serviços de saúde e da população LGBTQIA+ com suas demandas. O protagonismo dos extensionistas se consagrou com os prêmios recebidos e reconhecimento da comunidade geral e da UFF.

O projeto também foi contemplado em duas edições do Edital Fomento para a Extensão na UFF (Foex) (2020 e 2021), tendo aplicado os recursos na aquisição de material didático para o projeto social LGBT Prepara NEM de Niterói, que oferece preparação para o Enem de pessoas LGBT em vulnerabilidade social, bem como a entrega de cestas básicas de alimentos e higiene para o Grupo Diversidade Niterói (GDN), que entregou essas cestas para a população LGBTQIA+ em extrema pobreza durante a pandemia de Covid-19.¹⁷

Em 2021, com recursos do Foex, foram adquiridos os itens para as oficinas de capacitação em modelagem, corte e costura, saúde bucal, saúde mental e sociabilidade de pessoas LGBTQIA+ em vulnerabilidade social. As ações foram desenvolvidas no Espaço do Centro de Cidadania LGBT Leste em Niterói e Ambulatório João Nery (AJN), em parceria com o GDN, Quilomboxica de Niterói, Instituto Casa Comum e Grupo Liberdade Santa Diversidade, estes dois últimos atuantes na cidade de São Gonçalo. Em 2022, em Niterói, no mês da Visibilidade Trans, foram desenvolvidas atividades presenciais voltadas para o fortalecimento do movimento social local.

A oficina de escrita de projetos (parte 1) foi realizada na sede do Quilomboxica, no dia 12 de janeiro de 2022, e teve como objetivo principal qualificar lideranças LGBTQIA+ para a escrita de projetos voltados à captação de recursos em editais abertos à sociedade civil na área de cultura, saúde e educação. Em outro eixo de atividades, no dia seguinte, realizou-se a oficina de pintura de camisetas com temas LGBT e uma roda de conversa sobre saúde mental, realizados no auditório do

¹⁷ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CKR89DIgLRD/?igshid=MDJmNzVkMjY%3D>.

Núcleo de Ensino e Pesquisa, em parceria com a equipe do Ambulatório Trans João Nery¹⁸ da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS) (Figura 3).

Figura 3 – Fotos das atividades presenciais de 2021



Fonte: Arquivos do Projeto Prosain/ISC/UFF.

¹⁸ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CZNo106FjfS/>.

A realização de visitas técnicas e reuniões com a Coordenadoria de Defesa dos Direitos Difusos e Enfrentamento à Intolerância Religiosa (Codir)¹⁹ de Niterói, GDN, Grupo Orgulho Trans (OLT²⁰), Ambulatório Trans João Nery, Centro de Cidadania Leste Paulo Gustavo (Rio sem Homofobia), Casa Comum e Grupo Liberdade Santa Diversidade foram fundamentais na realização das atividades junto à população LGBTQIA+ de Niterói e São Gonçalo, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.²¹

As parcerias instituídas formalmente junto ao Prosain, em 2022, viabilizaram a realização de quatro oficinas²² voltadas para a escrita de dois projetos: (1) Horta comunitária; 2) Informativo comunitário de serviços de mulheres artesãs numa comunidade de São Gonçalo, feira de artesanato e capacitação em empreendedorismo para mulheres artesãs em vulnerabilidade social na comunidade do Escadão em São Gonçalo para serem implantados pelo Instituto Casa Comum²³ junto à comunidade LGBTQIA+ em São Gonçalo. Também foi realizada uma oficina de arte de rua (Lambe) e pintura de camisetas.²⁴ O grupo OLT teve o apoio à escrita de três projetos para captação de recurso, um para o Edital Empodera – Moda Transformando Vidas (Elas+), Edital Mulheres em Movimento 2022 e projeto para o Edital Porta de Saída do Fundo Brasil.

¹⁹ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CZNqKqXIPpZ/>.

²⁰ Disponível em: https://www.instagram.com/p/CbBV_KDrBbJ/.

²¹ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CbtZDHhMsdS/>.

²² Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CbalfhMLrAl/>.

²³ Instituição da sociedade civil voltada para o acolhimento da população LGBTQIA+ em São Gonçalo, RJ.

²⁴ Disponível: <https://www.instagram.com/p/CdZPHB7rrOA/>.

Figura 4 – Atividades de costura de bandeiras e pintura de camisetas desenvolvidas em 2022



Fonte: Página @prosain no *Instagram*.

Importante pontuar que as atividades temáticas são momentos de encontro entre pessoas LGBTQIA+, que têm pouca oferta e dificuldade de acessar espaços de sociabilidade, acolhimento solidário e afetivo por pares, promovendo assim encontros voltados para o bem-estar,²⁵ como parte das ações de promoção à saúde integral. Nosso projeto pretende ser uma referência para oferta desses “espaços”²⁶ de acolhimento, desenvolvimento de atividade, afeto e solidariedade, bem como oportunidade de falar sobre discriminação, estigma, violência sofrida e subjetividades que atravessam os corpos e existências da população LGBTQIA+,²⁷ inclusive, nos serviços públicos de saúde. Esses encontros são caracterizados como oportunidades de compartilhamento dos sofrimentos e desafios diários entre pares em um ambiente de amizade, oferecendo apoio emocional e momentos que contam com a participação de psicólogos(as), pedagogos(as) e educadores(as). Dessa forma, esses encontros se configuram como encontros terapêuticos, como a roda de costura de bandeiras LGBT e trans (Figura 3 e 4).

O projeto também se preocupa em preparar os(as) voluntários(as), bolsistas e parceiros (projetos de pesquisa ou extensão ou instituições externas à UFF) para o convívio e respeito aos direitos das pessoas LGBTQIA+. Periodicamente, fazemos uma preparação para o acolhimento e convívio baseados na compreensão, solidariedade e humanização nas atividades. Espera-se, assim, que todos e todas, após passarem por uma sensibilização, que aborda temas sobre a população LGBTQIA+ (po-

²⁵ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CbaQhzQrx2F/>; <https://www.instagram.com/p/CdYisVbLpdW/>.

²⁶ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CbaKJyILVCI/>.

²⁷ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/Cd3sekEr9QC/>.

lítica de saúde integral LGBT, discriminação, estigmatização, violência e direitos humanos e ética em pesquisa),²⁸ tenham uma atuação mais inclusiva nas atividades.

A apresentação do nosso projeto e de suas atividades teve o objetivo de mostrar que o Prosain cumpre sua pauta de preencher os espaços de formação de futuros profissionais de saúde sobre os direitos e questões de saúde das pessoas LGBTQIA+, tanto em atividades acadêmicas gerais, quanto em algumas disciplinas. Oferece sensibilização e conhecimentos sobre temas relacionados à saúde LGBTQIA+, apresenta e discute, de forma crítica e reflexiva, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e as dificuldades de sua implementação no SUS, além de debater sobre ética e direitos humanos.

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, A UFF E A POPULAÇÃO LGBTQIA+

O projeto hoje

Atualmente, o projeto desenvolve as atividades organizadas em blocos temáticos, ou seja, oficinas (saúde bucal, arte de rua: produção de Lambe, pintura de camisetas, confecção de bandeiras LGBTQIA+ e do movimento trans, tricô e crochê, fuxico; curso de corte e costura com modelagem, minicurso de customização de roupas, confecção de bolsas; encontros: grupo de vivências trans, rodas de conversa – saúde mental, vivências trans e travestis, afeto e acolhimento); visitas técnicas e reuniões com as instituições parceiras; oficinas de capacitação – “Escrita de projetos” para captação de recursos voltados para a sociedade civil. Essas atividades promovem a saúde para além das questões assistenciais, indo ao encontro da integralidade da saúde e sua vivência no contexto biopsicossocial.

Os parceiros são fundamentais para o desenvolvimento das atividades, pois não há financiamento direto para o projeto. As instituições parceiras são públicas da sociedade civil, dentre elas, o Grupo Orgulho e Luta Trans (OLT) – @olt_trans, Grupo Diversidade Niterói (GDN) – @grupodiversidadeniteroi, Ambulatório Trans João Nery de Niterói, Grupo Liberdade Santa Diversidade – @grupoliberaldadesd, Centro de Cidadania LGBT Paulo Gustavo – Niterói, Instituto Casa Comum São Gonçalo – @casacomumsg, Projeto de Extensão Mãos que Criam-UFF e Comissão de Direitos Humanos e Comissão da Diversidade e Gênero da OAB - Niterói.

Em 4 de novembro de 2022, presencialmente, foi retomado o Seminário da Saúde Coletiva sobre a inclusão do tema da saúde das pessoas transgênero e travestis na formação dos profissionais de saúde. A realização do V SESCOTRANS, com o tema Violação dos Direitos Humanos e Saúde Mental entre Travestis e Mu-

²⁸ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/Cd1hoLzrJG/>.

lheres Trans, retoma o espaço de discussão voltado para os discentes e docentes da UFF, além de problematizar assuntos relacionados à população LGBTQIA+. É um espaço de educação continuada junto à comunidade acadêmica, profissionais e trabalhadores da saúde. Vale mencionar que o SESCOTRANS é um espaço caracterizado pelo protagonismo das pessoas LGBTQIA+ sobre suas demandas e experiências em diversos ambientes institucionais: espaços educacionais, laborais, jurídicos e serviços de saúde, além daqueles produzidos nos múltiplos espaços de interação social. Conforma-se assim uma oportunidade de diálogo entre academia e o movimento social local, regional e (inter)nacional, dialogando sobre os aportes teóricos e o empirismo cotidiano da população.

Perspectivas para o futuro

Como atividades futuras do Prosain, constam dar continuidade aos seminários (SESCOTRANS-UFF) com dois eventos temáticos anuais (março e novembro); investir em parcerias para a internacionalização desse seminário; implantar de forma contínua as atividades de capacitação (minicursos e oficinas profissionalizantes); rodas de acolhimento e afeto; ampliar a distribuição da cartilha educativa sobre direitos das pessoas LGBTQIA+ (disponível na Bio do perfil do Instagram: @prosain_), para ser usada nas atividades de sensibilização da comunidade da UFF e externa; além da captação de recursos para manter as atividades em funcionamento.

Alguns pontos apreendidos nas atividades durante o projeto e que se colocam como desafios atuais dizem respeito ao diálogo com os gestores da UFF e do ISC-UFF para a viabilização de um espaço físico para as reuniões e desenvolvimento das atividades do Prosain, bem como financiamento para aquisição de itens para as oficinas e cursos. Somente assim é possível manter e ampliar as atividades do projeto, dar maior visibilidade e desenvolver uma identidade de referência na universidade. Além disso, é necessário investir em parcerias para produzir um aplicativo com informações voltadas para sensibilização em temas como direitos humanos, políticas de saúde LGBT, especificidade de problemas de saúde e formação transversal para estudantes e profissionais da saúde e demais áreas. Compreende-se que esse aplicativo também possa disponibilizar uma lista atualizada de opções para busca de informações e envio de mensagem para os canais de denúncias de violação dos diversos direitos LGBTQIA+, atendendo a comunidade em geral.

Um ponto fundamental é a ampliação das parcerias com instituições públicas, serviços de saúde, universidades, profissionais de saúde e demais projetos de extensão que desenvolvam atividades voltadas para as pessoas LGBTQIA+, e assim formar uma rede de atuação, tanto em Niterói, quanto nos municípios vizinhos. A

reprodutibilidade do Prosain em outros *campi* da UFF também é, em longo prazo, uma possibilidade no horizonte da equipe e coordenação.

CONCLUSÃO

O Prosain propõe ser um “espaço” de discussão sobre diversidade e gênero na formação dos discentes dos cursos de graduação em saúde na UFF, porém, com o passar do tempo e interações, ampliou sua atuação para a comunidade acadêmica em geral, inclusive, acessando o público em outros municípios e estados, via atividades remotas e perfil do Instagram. As atividades possibilitam a vivência com a diversidade de gênero das pessoas LGBTQIA+ nos espaços físicos da UFF, das instituições parceiras e ambientes virtuais.

O projeto planejou, coordenou e realizou um conjunto de atividades que possibilitaram o encontro entre pessoas LGBTQIA+, comunidade acadêmica da UFF (discentes, docentes, residentes do Hospital Universitário Antônio Pedro e servidores), profissionais de saúde, participantes de outras universidades e outras pessoas interessadas em se aproximar dos temas sobre saúde e demandas gerais da população LGBTQIA+. Acreditamos que essas experiências farão diferença nos atendimentos das pessoas LGBTQIA+ nos serviços públicos, dentre eles, os de saúde.

O projeto deu protagonismo para as pessoas LGBTQIA+ nos relatos e palestras, e uma contribuição para a formação discente. Os reconhecimentos das pessoas LGBTQIA+, sua diversidade e vulnerabilidade são importantes para diminuir a invisibilidade e vulnerabilidade do LGBTQIA+ na UFF. A relevância do Prosain foi constatada pelo recebimento do Prêmio Reconhecimento 2019 – Promoção em Saúde e Prevenção Populares do HIV e da Aids.

A continuidade do projeto pode ser reforçada junto à comunidade da UFF, ampliar as atividades educativas, no sentido de divulgar a legislação que garante respeito ao nome social em todos os ambientes, banheiros inclusivos, maior facilidade para informar e inserir o nome social nos sistemas de cadastro informatizados, espaço de vivência LGBTQIA+. Reduzir o estigma, discriminação e vulnerabilidade da população LGBTQIA+ na UFF depende da ação e comprometimento de todos.

A disponibilidade de um local fixo para as atividades do projeto é fundamental para as atividades do projeto e referência para a população LGBTQIA+ na UFF, do movimento social e comunidade dos municípios onde o projeto atua. Finalizamos, convidando todos e todas a apoiarem e participarem das nossas atividades atuais e futuras. A nossa programação é divulgada no perfil do *Instagram*: @prosain_. Esperamos “todes” para conversar e prosear sobre assuntos voltados para o direito de existir e respeito à diversidade e existência LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, p. 516-524, 2013.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American journal of public health*, Washington, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, 2006.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BASTHI, A. Dezembro vermelho: prêmio da ABIA consagra ativistas que se destacaram no enfrentamento do HIV/AIDS em 2019. *Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS*, Rio de Janeiro, 16 dez. 2019. Disponível em: <https://abiaids.org.br/premio-da-abia-consagra-ativistas-que-se-destacaram-no-enfrentamento-do-hiv-aids-em-2019/33735>. Acesso em: 27 maio 2022.

BASTOS, F. I. *et al.* HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. *Medicine*, Baltimore, v. 97, n. 1 Suppl, 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Comissão de direitos humanos e minorias*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/observatorio-parlamentar-verifica-evolucao-de-protecao-a-defensoras-e-defensores-de-direitos-humanos-no-brasil>. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Dispõe sobre Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, p. 8-11, 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2017a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018*. Institui o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 559, de 15 de setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Educação. Fórum de Pró-Reitores das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras. *Política Nacional de Extensão Universitária*. Florianópolis: UFSC, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. *Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e a flexibilização curricular: uma visão da extensão*. Porto Alegre: UFRGS; Brasília, DF: MEC/SESu, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_12.pdf. Acesso em: 03 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRIGNOL, S.; DOURADO, I. Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da Internet. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 423-434, 2011.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

DE PAULA, J. A. A extensão universitária: história, conceito e propostas. *Interfaces-Revista de Extensão da UFMG*, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 5-23, 2013.

MACHIN, R. *et al.* Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3797-3806, 2022.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidade, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.

MORIN, E. *et al.* *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2014.

NACIONES UNIDAS. Asamblea General. *Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. [S. l.]: Naciones Unidas, 2015.

NOGUEIRA, M. D. P. O Fórum de pró-reitores de extensão das universidades públicas brasileiras: um ator social em construção. *Interfaces-Revista de Extensão da UFMG, Minas Gerais*, v. 1, n. 1, p. 35-47, 2013.

TGEO. Transrespect Versus Transphobia Worldwide. TVT TMM Update - trans day of remembrance 2021: 375 trans and gender-diverse people reported murdered in the past year. *Trans Murder Monitoring*, 11 nov. 2021. Disponível em: <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2021/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

UNAIDS. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Genebra: UNAIDS, 2010. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20101123_globalreport_en_1.pdf. Acesso em 27 jan. 2024.

VOTELGBT. *Diagnóstico LGBT na pandemia: desafios da comunidade LGBTQ+ no contexto de isolamento social em enfrentamento à pandemia de Coronavírus*. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: https://static1.squarespace.com/static/5b310b91af2096e89a5bc1f5/t/5ef78351fb8ae15cc0e0b5a3/1593279420604/%5Bvote+lgbt+%2B+box1824%5D+diagno%CC%81stico+LGBT%2B+na+pandemia_completo.pdf. Acesso em: 23 maio 2022.

WHO. World Health Organization. *Integrating gender into the curricula for health professionals: meeting report*. Genebra: WHO: 2006. Disponível em: https://ccoms.esenfc.pt/pub/GWH_curricula_web2.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

Velhice no Brasil: uma questão de cidadania

Moema Guimarães Motta

O Envelhecimento é uma conquista a ser celebrada. É o resultado que qualquer indivíduo ou sociedade almeja para si: a alternativa é que é um problema: A morte precoce!
(Alexandre Kalache)

INTRODUÇÃO

A velhice, assim como a infância, a juventude e a idade adulta são fases da vida relacionadas a uma lógica de organização social que associa idade cronológica a padrões de desenvolvimento e comportamentos sociais estabelecidos, relacionados a determinadas etapas sequenciais e lineares do tempo de vida. Embora a adoção de um único critério não seja capaz de refletir a heterogeneidade das condições de vida dos diferentes indivíduos.

A institucionalização do curso de vida, a partir da idade, é uma característica da modernidade com reflexos nas esferas de vida familiar e do trabalho. Nesse sentido, se verifica a associação da juventude com a fase escolar, a idade adulta com o mundo do trabalho e a velhice com a aposentadoria. Assim, o *status* social da pessoa segue uma datação que ignora características individuais (Debert, 1999).

A adoção de critérios cronológicos está presente principalmente na esfera política do respeito aos direitos e deveres de cidadania, na organização do sistema produtivo, nas instituições educativas, no mercado de consumo e nas políticas públicas, em grande número, direcionados para grupos etários específicos.

Para fins de políticas públicas adota-se o início da velhice, a partir dos marcos etários estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual se considerou o início aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento (OMS, 2005). Segundo dados do IBGE (2019), a expectativa de

vida do brasileiro em 1940 era de 45 anos. Já uma criança nascida em 2018 deverá viver cerca de 30 anos a mais e superar 76 anos de vida. O mesmo órgão registra o declínio progressivo e sustentado da fecundidade no Brasil desde a década de 1960. E calcula que a população de idosos irá triplicar e ultrapassar o quantitativo da população menor que 14 anos em 2030 (IBGE, 2016).

O cálculo da esperança de vida ao nascer, é reconhecido como um bom indicador de qualidade de vida. É obtido, a partir do número médio de anos esperado para que um recém-nascido viva, se as taxas de mortalidade da população estudada no ano de seu nascimento se mantiverem inalteradas ao longo de sua vida. Seu resultado expressa de forma sintética as condições de vida e saúde da população e considera desejável a longevidade (Belon; Barros, 2011; ILC-BR, 2015.).

Paradoxalmente, a longevidade costuma ser percebida com preconceito e discriminação social. O envelhecimento, na lógica da modernidade, está associado à reduzida participação social, inatividade, processo de declínio e vulnerabilidade. É entendido como a fase final da vida, o que contribui para que a questão dos direitos seja relegada a uma questão menor e sem importância ante os custos para cuidar daquelas pessoas fragilizadas (Abreu, 2017; Espírito Santo *et al.*, 2018).

O interesse pelo envelhecimento ganhou destaque desde o fim do século passado. Teve como marco inicial a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em 1982 na cidade de Viena, promovida pelas Organizações das Nações Unidas (ONU) quando, pela primeira vez, uma assembleia internacional reconheceu a importância da pessoa idosa para a manutenção do crescimento da sociedade. Principalmente nos países europeus onde se verificava uma redução dramática da natalidade e de jovens (Camarano; Pasinato, 2004). Segundo a análise das referidas autoras, desde esse encontro, cresceu o interesse de diferentes setores da sociedade pela pessoa idosa autônoma e independente financeiramente, portanto, interessada em participar ativamente das atividades sociais.

Na contemporaneidade, identifica-se uma tendência de mudanças dessa associação do envelhecimento com um processo de perdas. Aumenta o interesse em conceber a velhice como uma etapa de novas oportunidades, com possibilidades de adquirir novos conhecimentos, fazer novos relacionamentos e realizar sonhos adiados. Proposta que considera as mudanças da sociedade no contexto de um mundo globalizado e informatizado, onde o desenvolvimento de diversas tecnologias e recursos, quando acessíveis, favorecem a pessoa de maior idade se manter saudável e engajada nas atividades cotidianas por mais tempo.

O investimento na promoção do envelhecimento saudável ou envelhecimento ativo, portanto, coloca o idoso em um novo *status* social e apresenta novas demandas para as políticas públicas voltadas para essa parcela da população.

Influenciada pelo debate internacional, a agenda do envelhecimento populacional foi gradativamente incorporada às políticas dos países participantes. Entretanto, no que se refere a países emergentes, onde o Brasil está enquadrado, as políticas públicas que contemplam a população idosa ainda são recentes, não tendo sua efetividade plena (Mello, 2013).

A inclusão da temática na Constituição brasileira de 1988 reflete o reconhecimento da pessoa idosa como um cidadão de direitos. Em janeiro de 1994, o governo federal publicou a Lei nº 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). E cria o Conselho Nacional do Idoso, embora instituído apenas em 2002 na estrutura básica do Ministério da Justiça, por meio do Decreto nº 4.227 como Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI).

A partir da implantação da PNI, o governo federal reconheceu o envelhecimento não mais restrito ao âmbito privado, mas como algo de interesse de toda a sociedade e que as pessoas idosas tinham o direito ao desenvolvimento de ações em todas as políticas setoriais. Mas ainda convivemos com uma desigualdade social muito grande no Brasil.

Um aspecto interessante quanto à renda dos idosos é que, com a universalização dos benefícios da seguridade social ocorrida, a partir da Constituição Federal de 1988 e os Planos de Benefícios da Previdência Social de 1991, uma boa parcela das famílias com idosos considera esse valor para composição de suas rendas.

Assim, pesquisa realizada pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) de São Paulo, em parceria com a Fundação Perseu Abramo (2019), registra que 68% dos 2.369 idosos pesquisados são os principais responsáveis pelo domicílio, semelhante ao resultado encontrado pela pesquisa realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), em parceria com o IBGE (2020), que calcula um total de 37,7 milhões de brasileiros idosos, cerca de 18% da população total do país. Desses, 75% contribuem com 50% ou mais da renda do domicílio. E cerca de 18,5% ainda trabalham.

Tais dados são coincidentes com a pesquisa realizada pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (FGV Social) e divulgada pela Agência Brasil (2022) com destaque para a importância do valor da aposentadoria para o orçamento familiar brasileiro. Os resultados encontrados apontam que 59,64% dos idosos contam apenas com a aposentadoria da Previdência Social como fonte de renda; 40,78% dependem dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) e 0,8%, apenas do Programa Bolsa Família.

Infelizmente, o crescimento das denúncias de violência contra o idoso acompanha a maior participação do idoso para o orçamento familiar.

Dados divulgados pelo Disque 100, canal do governo reservado para denúncias de violação dos direitos humanos, apontam que cerca de 30% de suas denúncias

em 2019 se referem à população idosa, sendo 83% dos casos praticada por familiares e no espaço domiciliar. Quanto à tipologia, 38 mil registros (80% do total) do delito denunciado refere-se à negligência, seguido de violência psicológica (24%), abuso financeiro (20%) violência física (12%) e violência institucional (2%). Na maioria das vezes, agressões combinadas contra a pessoa do idoso (Brasil, 2020).

Na busca para garantir o efetivo gozo de seus direitos e combate às diversas situações de violência contra a pessoa idosa, em 2003, foi publicada a Lei nº 10.741/2003, intitulada Lei do Estatuto do Idoso. Ao longo dos anos, sofreu algumas modificações para melhor atender as diversidades do processo de envelhecimento, como a prioridade de atendimento para os maiores de 80 anos. Outros projetos aguardam votação, como o Projeto de Lei 5.383/2019 que propõe caracterizar a pessoa idosa, a partir dos 65 anos de idade. A proposta tem reflexos na recente Reforma da Previdência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) iniciada em novembro de 2019. Desde a publicação da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, os trabalhadores que iniciarem no mercado de trabalho poderão se aposentar aos 65 anos (homens) e aos 62 (mulheres) se comprovarem ter contribuído para o INSS por 20 anos (homens) e 15 anos (mulheres). Portanto, espera-se que os idosos permaneçam um maior tempo nas atividades laborais e contribuam positivamente para o bom desempenho da equipe de trabalho. Consequentemente, cresce o interesse na promoção do desejado envelhecimento ativo.

É importante salientar que os aspectos que caracterizam a qualidade de vida dos idosos não se relacionam apenas a aspectos biológicos. Pelo contrário, estão relacionados às dimensões psicológicas, econômicas, culturais e sociais, as quais contribuem não somente para a autonomia funcional e a interação social bem como para a diminuição da morbimortalidade das pessoas mais velhas (Mendonça *et al.*, 2018). Mais do que a faixa etária e o número de doenças crônicas, a saúde do idoso relaciona-se com a capacidade individual de satisfazer suas necessidades biopsicossociais (Brasil, 2006; Barros; Goldbaum, 2018). Portanto, se faz necessário contar com a solidariedade social e investimentos em diferentes estratégias que favoreçam a obtenção de um envelhecimento ativo.

ENVELHECIMENTO ATIVO

Entende-se como um idoso ativo, aquele que atende aos critérios propostos em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), baseados em três pilares, sendo eles, saúde, segurança e participação social. Dez anos depois, em 2015, o documento produzido pelo Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR) ampliou a discussão sobre o conceito de envelhecimento ativo acrescentando às diretri-

zes lançadas inicialmente pela OMS (2005), a importância do aprendizado atribuído ao longo da vida para o ajustamento social dos indivíduos. O documento divulgado pelo ILC-BR também destaca as mudanças da sociedade no contexto de um mundo globalizado. O desenvolvimento de diversas tecnologias e recursos que, quando acessíveis, ajudam a pessoa de maior idade a se manter saudável e engajada nas atividades cotidianas.

Com essas modificações em curso, surgiu uma crescente preocupação com a maneira como o idoso perceber a sua saúde e bem-estar, tendo em vista que a qualidade de vida da pessoa idosa não se relaciona apenas a aspectos biológicos; pelo contrário, se encontra intimamente relacionada às dimensões psicológicas, econômicas, culturais e sociais, que contribuem não somente para a sua autonomia funcional, para a sua interação social, mas também para a diminuição da morbimortalidade (Vagetti *et al.*, 2013).

O envelhecimento populacional apresenta um novo cenário social para o século XXI, e não podemos ficar alheios a ele. O maior tempo de vida registrado na contemporaneidade é acompanhado do menor contingente jovem na população. Também das recentes mudanças no Direito Familiar e o reconhecimento legal das relações conjugais sem obrigatoriedade de diferença entre sexo, como registrado na ADI nº 4.277/DF (2011), o maior registro de famílias sem filhos ou mesmo de idosos vivendo sozinhos acompanha a necessidade de dividir com a sociedade a assistência necessária a essa parcela da população que não conta com apoio familiar direto.

Segundo Zimmerman (2000), no que concerne às pessoas idosas, os encontros grupais têm importância significativa no sentido de promover a reconstrução de sua identidade, que pode estar comprometida, e propiciar o resgate de vínculos com familiares.

Embora ainda longe de atender as demandas crescentes, podemos contar com algumas iniciativas de apoio às pessoas idosas e suas famílias no país, tanto públicas, quanto privadas.

São exemplos de iniciativas privadas voltadas ao apoio de familiares e/ou portadores de determinadas doenças, a Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz), a Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica (ABrELA) e a Associação Brasil Parkinson que oferecem diferentes atividades educativas e apoio para os seus associados. Em algumas cidades encontramos a oferta de Centros-Dia onde o idoso pode permanecer durante parte do dia e participar de algumas oficinas voltadas à estimulação sensorio-cognitiva, atividades recreativas, orientações sobre os cuidados em saúde, além da convivência com outras pessoas.

Algumas academias de ginástica investem em aulas direcionadas aos maiores de 60 anos. Os cursos voltados para o uso de *smartphones* e plataformas digi-

tais têm no idoso um importante público-alvo. Dados do setor do turismo também registram crescimento da população com 60 anos e mais como uma clientela diferenciada. Muitos clubes e associações promovem os chamados Bailes da Terceira Idade, direcionado ao público com idade acima de 60 anos, amplamente divulgados na rede da internet. Acompanhamos a maior oferta de venda de produtos específicos como diferentes alarmes para idosos que moram sozinhos se comunicarem com parentes ou amigos em caso de queda ou outra emergência. Também se observa um maior número das Instituições Sociais de Longa Permanência para Idosos (Islip) que oferecem moradia permanente para os internos, em grande maioria do setor privado. Esse é um quadro que acompanha as mudanças no perfil familiar brasileiro e o crescimento dos idosos que optam por morar sozinhos, indicados já no Censo de 2010.

Portanto, o envelhecimento impacta diversos setores da sociedade como seguridade social e previdência, saúde, educação, habitação, trabalho, renda e desenvolvimento urbano, questões que resultaram na formulação de diversas políticas públicas, voltadas principalmente para a garantia dos direitos sociais dessa parcela da população com 60 anos e mais. Embora, como destacado por Oliveira *et al.* (2014), nem sempre desenvolvidas com a desejada integração dos serviços oferecidos pelos diversos setores da sociedade, além da exclusão de grande parcela de pessoas idosas sem condições de pagar pelo serviço privado. Nesse sentido, é imprescindível o investimento na criação de tecnologias sociais e novas formas de intervenção para que a população desfrute de um envelhecimento menos desigual, com autonomia e dignidade na perspectiva de garantir a desejada cidadania plena da pessoa idosa.

A comunidade acadêmica muito tem contribuído para responder as novas demandas consequentes da transição da pirâmide etária brasileira. No Estado do Rio de Janeiro, a década de 1990 registrou o início de projetos universitários multidisciplinares voltados para a população idosa. São exemplos a Universidade da Terceira Idade desenvolvido pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/Uerj) em atividade desde 1993 e o Programa UFF Espaço Avançado (Uffesa) coordenado pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF) e iniciado no mesmo ano, além de cursos e programas de pós-graduação voltados à formação de recursos humanos especializados na atenção à saúde do idoso, iniciativas que contam com demanda reprimida e crescente interesse da população em geral e de profissionais de diferentes formações.

O tema do envelhecimento também compõe uma das temáticas propostas na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1-B (TCS- 1-B), ministrado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) para o segundo semestre do curso de graduação em Medicina na UFF. Isso oportunizou a submissão para a Pró-Reitoria de Extensão da

Universidade Federal Fluminense do projeto Envelhecimento Ativo: uma Proposta de Intervenção Interdisciplinar para a Promoção da Atenção Integral da Pessoa Idosa, em atividade desde 2018 e apresentado abaixo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 divide-se nos dois primeiros semestres do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense. Essencialmente prática, desenvolve-se com a divisão dos alunos em grupos de, no máximo, 15 alunos. Supervisionados por um professor-preceptor, cada grupo construirá conhecimento, a partir de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem propostos, segundo determinados temas do campo da saúde.

O projeto de extensão Envelhecimento Ativo: uma Proposta de Intervenção Interdisciplinar para a Promoção da Atenção Integral da Pessoa Idosa resultou da parceria estabelecida com Centro de Referência de Assistência Social (Cras) em Jurujuba, utilizado como um dos espaços de prática da disciplina TCS1-B com o objetivo de nos aproximarmos das demandas dos idosos daquele bairro da cidade de Niterói que acessavam o Cras.

Mais do que visitar o espaço e conhecer o serviço prestado pela equipe de funcionários daquela instituição, aceitamos o convite da assistente social que nos recebeu para desenvolvermos um trabalho junto aos idosos daquela região. Moradores de uma comunidade tradicional pesqueira, além da vizinhança, muitos deles dividiam algumas histórias como o passado de trabalho nas desativadas fábricas de enlatar sardinhas que existiam no local e o receio de perder autonomia e funcionalidade com o avançar da idade, principalmente como consequência da perda da força física e o receio da perda de memória. Isso era motivo de ansiedade e relatos do temor do isolamento, da perda do *status* familiar, do poder econômico e da participação social como um todo. Aceitar o desvio proposto permitiu-nos estreitar a parceria com o serviço, aprofundar o estudo sobre envelhecimento e saúde e atender à demanda dos idosos interessados. Afinal, as queixas identificadas pelo Cras estão presentes em diversos trabalhos voltados à saúde da pessoa idosa (Mendonça *et al.*, 2018; Santos; Mendoza, 2017; Ludgleydson *et al.*, 2011).

Diversos estudos apontam para a importância do investimento na socialização e na solidariedade entre populações que dividem uma mesma realidade social para propiciar o desenvolvimento de práticas de cuidados inovadoras e obtenção de melhores indicadores na qualidade de vida (Kalache, 2008; Brasil, 2010; Marques, 2014).

Encontramos farta literatura sobre os benefícios dos grupos de convivência e da estimulação sensorial e cognitiva em idosos (Cerqueira *et al.*, 2019; Gonçalves,

2019; Kallio *et al.*, 2018; Morando; Schimitt; Ferreira, 2018; Santos; Flores-Mendoza, 2017). Diversos autores reconhecem o contexto do jogo como uma boa estratégia não só como estímulo cognitivo, mas também para melhorar a socialização do grupo e a autonomia para a realização das atividades de vida diária dos idosos (Assed *et al.*, 2016; Kallio *et al.*, 2018; Morando; Schimitt; Ferreira, 2018).

A condução das atividades extensionistas resultou de uma construção conjunta entre a equipe do projeto, os funcionários do Cras e os idosos participantes priorizando a abordagem de temas de interesse coletivo. Não foi exigida inscrição prévia sendo respeitado o livre acesso dos idosos interessados em participar dos encontros. A etapa de planejamento, iniciada em janeiro de 2018, seguiu-se ao trabalho de campo para aproximação com o cotidiano do bairro e contato informal com a população para convidá-la para participar das atividades do Grupo de Convivência Ativa Idade.

Desde então, realizamos reuniões quinzenais do Grupo de Convivência Ativa Idade, a fim de proporcionar um espaço de amizade e atividades para a promoção do envelhecimento ativo. Nossa intenção era manter o clima descontraído durante nossos encontros e priorizar a escolha de temas do interesse daquele público.

O grupo inicial contou com 22 participantes composto em sua maioria por mulheres, com idades entre de 60 e 75 anos com raras ausências nas atividades propostas. A necessidade de aproximar o interesse científico-pedagógico da realidade dos participantes, em sua maioria analfabetos funcionais, foi um desafio contornado por meio da utilização de atividades lúdicas. Como jogos de quebra-cabeça, dominó, jogo da memória e oficinas temáticas. Paralelos às atividades práticas, os encontros semanais da equipe e o acesso à literatura atualizada da área aumentaram o interesse da equipe sobre o tema do envelhecimento. Não menos importante foi o registro das avaliações positivas dos participantes sobre os benefícios obtidos após o início das atividades do grupo de convivência. Não só como espaço de lazer e oportunidade de encontrar os amigos, mas a liberdade e confiança para esclarecer dúvidas e conversar sobre o cuidado em saúde.

Em 2020, durante a pandemia de Covid-19, impossibilitados de realizar encontros presenciais, mantivemos encontros semanais por videochamadas com aqueles idosos que tinham acesso ao celular. Dessa maneira, foi possível oferecer apoio, manter o vínculo e esclarecer dúvidas sobre as medidas sanitárias adotadas pelas autoridades de saúde naquele período. Na mesma época, a equipe do projeto ampliou seu campo de atuação e estabeleceu parceria com o Programa UFF Espaço Avançado (Uffesa) desenvolvido pela Escola de Serviço Social (ESS) em Niterói e a Associação Brasileira de Alzheimer Regional do Rio de Janeiro (Abraz-RJ).

A participação nos grupos de apoio promovidos pela Abraz-RJ durante a pandemia de Covid-19 trouxe novos desafios para a equipe do projeto. Realizadas pelo

modo remoto, foi possível o contato com a realidade das diversas demandas de familiares e cuidadores formais das pessoas portadoras do quadro demencial. Ouvir os relatos dos cuidadores dos idosos demenciados destacou a importância de não descuidar da saúde da pessoa que cuida e também a realidade dos diferentes modos de envelhecer.

O convite para colaborarmos com o Programa UFF Espaço Avançado (Uffesa), também no modo remoto, respeitando as orientações da vigilância sanitária durante a pandemia, constou de encontros sobre temas da saúde com o público participante da ação social desenvolvida na Escola de Serviço Social. Em geral, adotávamos o modelo de uma roda de conversa com liberdade para participação de todos. Ao fim de cada encontro, realizávamos uma avaliação entre os participantes e escolhíamos o tema do próximo encontro.

Ao longo desses cinco anos de atividade, obtivemos bons frutos entre artigos científicos: a pesquisa Vida e Saúde da Pessoa Idosa: um Estudo das Potencialidades e Desafios para um Envelhecer Saudável (CAAE:17551319.8.0000.5243), um Trabalho de Conclusão de Curso, participação em *Webinar*, seminários, congressos nacionais e internacionais e convite para palestra sobre o tema à luz da saúde coletiva. Além de estreitar relação da universidade com diferentes serviços e ser campo de estágio para graduandos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Serviço Social. Dentre os diversos produtos resultantes da ação, merecem destaque os relatórios dos alunos-bolsistas sobre a riqueza do convívio com os idosos, a relação de confiança e amizade construída entre todos os envolvidos nas atividades realizadas e a produção de um novo olhar para a velhice.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios não são poucos, mas, sem dúvida, o tema do envelhecimento vem ocupando seu espaço nesses últimos 40 anos de História, e não podemos retroceder. A participação do idoso no campo político conta com espaço privilegiado nas diferentes esferas de controle social garantido pela participação nos Conselhos de Direito dos Idosos e outros marcos legais estabelecidos nas diversas políticas públicas. Também cresceu o conhecimento científico nas áreas da geriatria e gerontologia. Mas ainda estamos no início do processo para que a velhice ocupe um lugar de valor na sociedade. Até este momento convivemos com a precariedade de recursos para lidar com os problemas da idade avançada e ainda contamos com uma desigual distribuição de rendas no país.

Para celebrarmos a velhice como uma conquista humana muito ainda precisa ser realizado e estudado sobre as diferentes formas de envelhecer e a adoção de medidas inovadoras para atendermos as necessidades dessa parcela da sociedade.

Nesse percurso, corremos o risco de culpabilizar aquelas pessoas longevas com perdas de habilidades sensório-cognitivas, déficit motor e/ou doenças crônico-degenerativas como responsáveis individuais por sua incapacidade de corresponder ao ideal de idoso autônomo.

Portanto, como citado na epígrafe deste ensaio, a velhice precisa ser celebrada como uma vitória da vida sobre a morte. E a pessoa idosa ser digna de ter sua cidadania respeitada.

ABREU, M. C. *Velhice: uma nova paisagem*. São Paulo: Ágora, 2017.

BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M. Challenges of aging in the context of social inequalities. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, p. 9-11, 2018. Supl. 2. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/153928>. Acesso em: 10 maio. 2022.

BRAGA, S. F. M. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. *Revista Diálogos Interdisciplinares*, São Paulo, v. 5, n. 3, 2016. p 94-112. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/download/171/338/>. Acesso em: 13 maio 2022.

BRASIL. *Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1994.

BRASIL. Ministério da Cidadania e Assistência Social. Disque 100: aumenta número de denúncias de violação aos direitos de idosos durante pandemia. *Serviços e Informações do Brasil*, Brasília, 15 jun. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/06/aumenta-numero-de-denuncias-de-violacao-aos-direitos-de-idosos-durante-pandemia>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 13 de maio de 2022. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 14 de maio de 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI nº. 4.277/DF*. Dispõe sobre a proibição de discriminação das pessoas em razão do sexo, seja no plano da dicotomia homem/mulher (gênero), seja no plano da orientação sexual de cada qual deles. A proibição do preconceito como capítulo do constitucionalismo fraternal e homenagem ao pluralismo como valor sociopolítico cultural. Brasília, Relator: Min. Ayres Brito, 14 de outubro de 2011.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CERQUEIRA, L. C. *et al.* Seleção de jogos digitais para estimulação cognitiva de idosos. In: SEMINÁRIO SJEED, 13., 2019, Alagoas. *Anais [...]*. Alagoas: UFAL, 2019. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/sjec/article/view/6327>. Acesso em: 17 nov. 2022.

CRELIER, C. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018. *Agência IBGE Notícias*. Rio de Janeiro, 28 nov. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

DEBERT, G. G. Velhice e o curso da vida pós-moderno. *Revista USP*, São Paulo, n. 42, p. 70-83, jul./ago. 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28456/30313>. Acesso em 09 nov. 2023.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Perfil das pessoas com 60 anos e mais*. São Paulo: DIEESE, 2020. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2021/graficoPerfil60AnosMais.html>. Acesso em: 11 de maio 2022.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; SOUZA, E. F.; MOREIRA, R. S. (Org.). *Tópicos em gerontologia*. Curitiba: CRV, 2018.

FIGUEIREDO, A. H. *Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

GONÇALVES, G. Q. *et al.* A transição da fecundidade no Brasil ao longo do século XX: uma perspectiva regional. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 36, p. 1-34, 2019. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/1461>. Acesso em: 15 maio 2022.

IBGE. IBGE detecta mudanças na família brasileira. *Agência IBGE Notícias*. Rio de Janeiro, 20 dez. 2006. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13223-asi-ibge-detecta-mudancas-na-familia-brasileira>. Acesso em: 09 nov. 2023.

IBGE. *Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IBGE. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018. *Agência IBGE Notícias*. Rio de Janeiro, 28 nov. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

ILC-BRASIL. Centro Internacional de Longevidade Brasil. *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: ILC-Brasil, 2015. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2022.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n.4, p. 1107-1111, jul./ago. 2008.

KALLIO, E. L. *et al.* Effects of cognitive training on cognition and quality of life of older persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 66, n. 4, p. 664-670, abr. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29345724/>. Acesso em: 06 dez. 2022.

LUDGLEYDSON, A.; SÁ, E. C. N.; AMARAL, E. B. Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 31, n. 3, p. 468-481, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/Qd8py7dMNK8Kjp6XSfr5h6j/?lang=pt>. Acesso em 09 nov. 2023.

MARQUES, C. P. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. *Tempus, acta de saúde coletiva*, Brasília, v. 8, n.1, 65-70, mar. 2014.

MENDONÇA, S. S.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C. Envelhecimento e Longevidade: o entardecer da vida sob a perspectiva da capacidade funcional. In: ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; SOUZA, E. F.; MOREIRA, R. S. (Org.). *Tópicos em Gerontologia*. Curitiba: CRV, 2018.

MORANDO, E. M. G.; SCHMITT, J. C.; FERREIRA, M. E. C. Treino de memória em idosos saudáveis: uma revisão da literatura. *Revista INFAD de Psicologia*, Badajoz, n. 1, monográfico 3, p. 293-310, 2018. Disponível em: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1136/1129>. Acesso em: 08 dez. 2022.

NITAHARA, A. Brasileiros com 65 anos ou mais são 10,53% da população, diz FGV. *Agência Brasil*. Rio de Janeiro, 04 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/brasileiros-com-65-anos-ou-mais-sao-10-53-da-populacao-diz-FGV>. Acesso em 09 nov. 2023.

OLIVEIRA, A. D. de *et al.* A intersectorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-103, jun. 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: OPAS, 2005.

SANTOS, C. T. B. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. *Tempus, acta de saúde coletiva*, Brasília, v. 8, n. 1, p. 65-70, mar. de 2014.

SANTOS, M. T.; FLORES-MENDOZA, C. Treino Cognitivo para Idosos: uma Revisão Sistemática dos Estudos Nacionais. *Psico-USF*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 337-349, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/smWJcggM9HDv5Nnw3JNnqZx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 de dez. 2022.

SOUZA, M. S. Desafios do Envelhecimento Populacional: como as legislações destinadas aos idosos têm lidado com essa nova demanda? *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 159-175, 2015.

VAGETTI, G. C. *et al.* Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3483-3493, 2013.

ZIMERMAN, Guite. *Velhice*: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Trajetórias de vidas: barreiras e potencialidades para o cuidado da pessoa trans

Beatriz Selles Dantas

Claudia Regina Ribeiro

Andrea Felizardo Ahmad

Adriana Lemos

INTRODUÇÃO

Passados mais de 30 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos desafios ainda precisam ser superados para que, de fato, todo e qualquer cidadão brasileiro tenha acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde. Algumas populações são sistematicamente negligenciadas em seus cuidados, excluídas e invisibilizadas pela sociedade, como é o caso das travestis e transexuais. Nas palavras de Almeida: transexuais são pessoas que

“em diferentes contextos sociais e culturais, conflituam com o gênero (com que foram assignadas ao nascer e que foi reiterado em grande parte da socialização delas) e, em alguma medida (que não precisa ser cirúrgica/química), decidem modificá-lo”(Almeida 2012, p. 515).

As políticas de saúde publicadas, a partir dos anos 2000, especialmente a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013), sinalizam a importância do cuidado em uma perspectiva integral, que acolha todas as dimensões e complexidades das necessidades de saúde da pessoa trans. Ainda assim, a execução das políticas encontram barreiras históricas a serem superadas.

No que concerne ao direito à saúde, são múltiplas as limitações ao acesso e utilização dos serviços por parte dessa população, provocadas, principalmente, pelo desrespeito ao nome social, pelo desconhecimento das especificidades do corpo trans, pela ausência de exame físico, pela lógica binária e cis-heteronormativa dos programas de saúde e do próprio sistema, que se apresentam como transfobia. Essas violências provocam o afastamento de travestis e transexuais dos serviços, impactando significativamente as determinantes sociais da saúde e aumentando o grau de vulnerabilidade dessas pessoas (Rocon *et al.*, 2016; Rogers *et al.*, 2016; Souza; Iriart, 2018; Rocon *et al.*, 2018; Gomes *et al.*, 2018; Monteiro; Brigeiro, 2019; Pereira; Chazan, 2019). No sistema de saúde, muitos trabalhadores ainda imprimem um movimento de desumanização dessa população, reduzindo-a a seres portadores de patologia, não sendo vistos como sujeitos de direito em saúde (Braz, 2019, Lima *et al.*, 2019; Aran, 2006; Simpson, 2015; Bento; Pelucio, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) se coloca como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2017). Contudo, a despeito do instituído em portaria e considerando a urgência em oferecer assistência à saúde a esse grupo, o ingresso da pessoa trans na rede formal de assistência tem se dado, de modo geral, pela linha de cuidado do Processo Transexualizador. Essa realidade traz à luz a fragilidade do cuidado no âmbito da atenção básica a essa população, evidenciando a desarticulação entre os níveis de atenção da rede formal.

Neste artigo, buscamos identificar como vêm ocorrendo os encontros da população trans na rede formal de saúde e sua trajetória assistencial no município de Niterói, tendo como cenário de pesquisa um ambulatório de atenção a essas pessoas.

METODOLOGIA

Este artigo é produto da dissertação do mestrado profissional em Saúde da Família – ProfSaúde/UFF, intitulada *Buscas pelo cuidado: o itinerário terapêutico de transexuais no município de Niterói*.¹

A pesquisa, de abordagem qualitativa de caráter exploratório, teve como cenário o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, do município de Niterói, RJ, que atende a pessoas trans com demandas de modificações corporais, a partir da hormonização cruzada, como forma de afirmar-se no gênero com o qual se identifica.

¹ A pesquisa compõe o projeto Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos Sexuais e Reprodutivos: Acesso, Inclusão, Promoção e Educação em Saúde, que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CAAE-10003219.6.0000.5243) e reúne pesquisadores da UFF (ProfSaúde-ISC) e da Unirio (PPGENF), envolvendo docentes e mestrands(as) de Enfermagem e Saúde da Família.

Participantes foram selecionados(as) por conveniência e os critérios de inclusão foram a autodeclaração como transexual ou travesti, ser morador de Niterói e estar em acompanhamento no ambulatório. No entanto, dentre os usuários moradores de Niterói entrevistados, não houve quem se identificasse como travesti. O critério de exclusão foi ser menor de 18 anos.

Entre os meses de junho de 2019 e fevereiro de 2020, foram realizadas pela equipe de pesquisa 41 entrevistas semiestruturadas. Destas, 20 foram com pessoas que moram em Niterói: 12 homens e oito mulheres transexuais, formando assim o *corpus* desta pesquisa. Durante o desenvolvimento do estudo, foram realizadas entrevistas-teste com três usuários objetivando aprimorar o roteiro. Essas entrevistas também foram incluídas no *corpus*.

Os participantes foram convidadas para o estudo, enquanto aguardavam atendimento na sala de espera do ambulatório. As entrevistas duraram aproximadamente 40 minutos. Foram realizadas em um dos consultórios do ambulatório para garantir a confidencialidade e conforto dos participantes, em sua maioria por uma dupla de pesquisadoras, gravadas em áudio e transcritas pela equipe de pesquisa. Atendendo as normas de pesquisa da Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, todas leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os seus nomes foram substituídos pela letra H (homem trans) e M (mulher trans), seguida do número referente à ordem de realização da entrevista.

No mesmo período de realização das entrevistas, realizaram-se observações participantes durante os atendimentos do endocrinologista e da assistente social e na sala de espera. Minayo (2014) afirma que a observação se torna fundamental quando se compreende que há fenômenos que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos quantitativos. Com esse objetivo, sugere imergir na realidade, colocar-se no mundo dos entrevistados, abandonando a postura externa e a linguagem de cientista.

Nesse sentido, a equipe de pesquisadoras observou as relações estabelecidas entre usuárias e entre usuárias e equipe de saúde, as expectativas ante o atendimento, as observações de pacientes e profissionais durante o atendimento, as posturas de acompanhantes, dentre outros aspectos possíveis de serem captados nesse tipo de interação com as participantes. Os dados construídos com essa técnica foram utilizados no processo de análise dos resultados.

Para a análise dos dados, tomamos a Análise Temático-Categorial proposta por Oliveira (2008), que tem como base a Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Utilizamos como ferramenta o itinerário terapêutico (IT), a fim de valorizar a centralidade da pessoa no seu processo de cuidado e, para isso, consideramos três dimensões do IT como categorias prévias: a rede formal de assistência, a rede informal de cuidados e a rede social de apoio.

Essas dimensões guiaram a formulação do roteiro de entrevistas. A leitura exaustiva das entrevistas não objetivou a emergência de novas categorias de análise, mas de unidades de registro (UR) e de sentido (US) no interior das categorias prévias. Neste artigo, tomamos os dados referentes à dimensão da rede formal de assistência.

O impedimento de permanência no campo devido à pandemia de Covid-19 não impactou negativamente a pesquisa devido ao número e à qualidade das entrevistas já realizadas, permitindo que análise do *corpus* evidenciasse a repetição de ideias, a partir da entrevista 14, sem surgimento de novos enunciados, possibilitando o fechamento amostral por saturação teórica (Minayo, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percorrer os espaços formais da rede de atenção à saúde que trabalha sob uma perspectiva cis-heteronormativa é um desafio para a pessoa trans. Mesmo municípios com sistemas de saúde mais estruturados, como é o caso de Niterói, que tem um ambulatório especializado em sua rede, encontra dificuldades de acolher todas as demandas da população transexual e travesti.

Dentre os(as) 20 entrevistados(as), havia 12 homens e oito mulheres trans. Em relação à idade, dois participantes tinham menos de 20 anos, 13 entre 20 e 30 anos e cinco eram maiores de 30 anos, resultando numa média de idade de 25 anos, o que demonstra um predomínio de jovens na utilização do serviço. Sobre a cor, oito se declararam brancos, 11 identificaram-se como pretos e pardos e uma pessoa não quis se classificar. Somente quatro usuários apresentaram renda familiar menor do que um salário-mínimo e 11 informaram serem usuários de plano de saúde. A amostra dessa pesquisa se equipara ao perfil de pacientes do ambulatório, que tinha como maioria homens trans, brancos, universitários e de classe média.

Um aspecto relevante na caracterização das(os) participantes é o grau de escolaridade: 11 são universitários, enquanto seis cursaram até o ensino médio, dois, o ensino fundamental e um não forneceu essa informação. Esses dados contrastam com a realidade da maior parte da população trans, cuja evasão escolar é um marco das trajetórias (WHO, 2019).

Este panorama evidencia recortes de classe e geracional no perfil dos participantes, e mesmo sabendo que cada itinerário terapêutico é único, a trajetória assistencial pode passar por equipamentos diferentes, uma vez que esse grupo de entrevistados tem mais acesso à informação e à disponibilização de serviços privados.

Um dos aspectos evidenciados nessa pesquisa foi o *mix* público-privado nas trajetórias assistenciais. Na população que dispõe de planos privados de saúde, a utilização dos serviços de saúde do SUS se relaciona com procedimentos de alto custo/complexidade ou em virtude de restrições que constam nas cláusulas dos

planos (Santos *et al.*, 2008), realizando suas consultas médicas com os profissionais conveniados. Dentre nossos participantes, 11 eram segurados de plano de saúde, mas optaram por realizar a hormonização no ambulatório, utilizando os serviços privados somente para os exames laboratoriais solicitados pelo endocrinologista do serviço. Um dos entrevistados explicitou os motivos da sua escolha:

Aí, quando eu vi, caramba, vai ter um ambulatório aqui, eu já fiquei assim, esperando. Eu já queria sair da minha médica (particular). Eu entrei querendo sair dela, mas era o que eu tinha na hora. Eu não queria fazer por conta (a hormonização), mas eu não queria ficar naquele ambiente horrível, psiquiatrizante, patologizante, transfóbico pra caramba (H2).

É importante destacar que, diferentemente de outros serviços (Borba, 2016), o ambulatório, cenário dessa pesquisa, não emitia um diagnóstico de “transexual verdadeiro”, valorizando-se a autodeclaração de gênero dos usuários. Assim, a equipe conferia autonomia e liberdade de expressão incomuns em outros ambulatórios que haviam construído seus protocolos, a partir das classificações e manuais que definem as vivências transexuais como patológicas e desconsideraram as discussões atuais sobre a despatologização dessas identidades (Butler, 2009; Bento, 2012; Bento; Pelucio, 2012).

As cirurgias de transgenitalização, que até a finalização dessas entrevistas não estavam na lista de procedimentos cobertos pelos planos de saúde, podem ser apontadas como uma das causas da busca pelos serviços no SUS, mas certamente o respeito à autodeclaração identitária foi definidor para a maioria dos usuários que fizeram a opção por esse serviço.

Pode-se dizer que para nossos participantes, cuidar estava além dos conhecimentos técnicos, protocolos e oferta de receitas médicas que permitiriam aos homens trans a compra da testosterona, por exemplo. Para essas pessoas, ser cuidado relacionava-se com se considerar as suas vivências trans não como uma patologia, mas como uma dentre outras identidades de gênero.

BARREIRAS ENCONTRADAS NO ACESSO À REDE FORMAL DE ASSISTÊNCIA

A violência institucional nos serviços de saúde contra a população travesti e transexual tem sido discutida por diversos autores (Rocon *et al.*, 2016; Rogers *et al.*, 2016; Souza; Iriart, 2018; Gomes *et al.*, 2018; Pereira; Chazan, 2019; Carvalho; Menezes, 2021), transformando espaços que deveriam ser de acolhimento e segurança em lugares de sofrimento e desrespeito aos seus direitos. Dentre nossos entrevistados, alguns relataram o medo de sofrer preconceito e possíveis constrangi-

mentos como um dos principais motivos para não buscarem assistência médica, como trazem os seguintes relatos:

Quando eu tenho algum problema de saúde, eu não vou em lugar nenhum. Eu fico em casa até passar. Eu fico com medo desse mundo. Hoje em dia tá tendo muita morte de travesti e de trans (M1).

Eu sinto um pouquinho de constrangimento. Eu acho que deveria ter um médico pra tratar pessoas trans, que eu acho que a pessoa se sente mais à vontade. Porque as pessoas te olham muito torto por causa do preconceito (H6).

Alguns serviços me foram violentos, alguns momentos não foram maneiras e eu senti que meu tratamento foi diferente em alguns momentos por eu ser um cara trans (H8).

Dentre as muitas formas de expressão dessa violência institucional, destaca-se o desrespeito ao uso do nome social por parte de profissionais de saúde, fato já descrito em estudos anteriores (Muller; Knauth, 2008; Rocon *et al.*, 2016; Gomes *et al.*, 2018; Magno; Dourado, 2018; Monteiro; Brigeiro, 2019; Pereira; Chazan, 2019; Carvalho; Menezes, 2021) e que, mesmo com diversas ações de formação e capacitação para trabalhadores da rede municipal realizadas pelo Departamento de Supervisão Metodológica da Fundação Municipal de Saúde, em parceria com o Grupo Diversidade de Niterói (GDN) durante o ano de 2019, foi citado por oito participantes.

Eu já tinha o nome social nos meus documentos e pedi para colocar também no cartão SUS. Não deixaram, disseram que isso não existia, sendo que eu sabia que existia [...] No clínico geral, ele nem fez o favor de olhar na minha cara! Eu falando pra ele qual era a minha demanda, e ele coloca na minha ficha sexo masculino. Aí, eu falei: você tá ouvindo o que eu estou falando? (M6).

Eu já tinha o nome social, mas me chamaram (na Unidade Básica) pelo meu nome de registro. Eu não ligo, não, tem gente que me chama pelo meu nome. Eu ainda não estou operada, quando eu não estiver assim, aí, vai ser diferente... mas eu ainda estou assim (M1).

Eu já tinha cadastro lá (emergência de hospital municipal), porque eu sou nascida e criada aqui e sempre fui na emergência nesses mesmos lugares.

Aí, um dia eu cheguei lá e pedi pra eles colocarem o nome social. Aí, o atendente negou. Eu perguntei: “Por que não, se é o meu direito?” Ele disse que era porque eu já tinha ficha, mas era só alterar uma letra do meu nome. Aí, uma outra senhora chegou e falou assim: “Você pode, sim, é só você fazer isso! Dá licença!” Ela tirou ele e pôs meu nome (M5).

O uso do nome social é um direito garantido desde 2009 pela Carta de Direitos dos usuários do SUS (Portaria 1.829, de 13 de agosto de 2009), mas a vulnerabilidade da população trans e o desconhecimento dos seus direitos somados à cisnormatividade presente no sistema de saúde vêm impedindo essas pessoas de gozarem dessa prerrogativa.

Merece destaque a fala M1, que abre mão do direito de ser chamada pelo seu nome social por não se sentir adequada, dependendo para isso da esperada congruência entre a sua imagem em construção e sua identidade de gênero, que conseguirá com o uso dos hormônios. Pode-se dizer que, embora esse aspecto não esteja previsto na portaria, ele permeia as normas sociais moldando essas vivências e ofuscando os seus direitos (Borba, 2016).

A busca pela adequação corporal à identidade de gênero visando à passabilidade – capacidade de ser lida socialmente pelo gênero com o qual se identifica, para produzir maior possibilidade de respeitabilidade na sociedade – e sua atrelagem à reivindicação dos direitos de ser chamado pelo nome social foi trazida também por H3.

Não, eu não tenho ainda o RG com o nome social, mas pretendo fazer depois que começar a tomar hormônio. Eu não vou me sentir confortável de chegar com um documento com um nome masculino, as pessoas ficam perguntando. Quando fui fazer o exame, fui com o pedido daqui com o nome social, e a atendente perguntou: “Mas quem é fulano?” Eu não fico muito confortável (H3).

O desconforto em assumir publicamente um nome que não corresponde à imagem corporal justifica-se ainda pelo medo de transfobia, violência e possíveis questionamentos produzidos, a partir dessa não correspondência. Carvalho e Menezes (2021, p. 28) discutem que a busca por maior passabilidade seria uma “adequação à norma cis-heterossexual”, que produziria normalidade a um corpo considerado “anormal”.

Outra questão que merece destaque em relação à descontinuidade da assistência à saúde da população trans, e que foi citada pelos participantes, foi a falta de provisionamento do fornecimento dos hormônios, especialmente das apresentações de testosterona, que tem um alto custo para os usuários. A necessida-

de da compra do medicamento, que deve ser utilizado continuamente, torna-se, muitas vezes, impeditiva para a realização da hormonização, como citado abaixo:

Deveria haver distribuição de hormônios para as pessoas que fazem parte do ambulatório. [...] Por exemplo, hoje eu posso pagar minha Deposteron, mas tem moleques trans que não podem e, aí, ficam sem se hormonizar por não poder pagar (H8).

Agora eu estou vindo direto. Eu tinha parado, mas agora eu voltei. E agora eu vou ter dinheiro para comprar a medicação por que não tem em farmácia, não se encontra [gratuitamente] em farmácia nenhuma (M2).

A interrupção da hormonização, devido ao custo dos hormônios, provoca diversos efeitos que impactam substantivamente a qualidade de vida. Para os homens trans, a suspensão do acompanhamento significou o retorno da menstruação e alterações emocionais, agravando o quadro de ansiedade e depressão nesse período. Já as mulheres trans recorreram a outros hormônios no mercado com capacidade de provocar um efeito feminilizante, como anticoncepcionais associados. Alguns destes são disponibilizados nas farmácias das UBS, mas não são adequados para hormonização de pessoas trans, pois são associações que acentuam fortemente o risco de eventos tromboembólicos. Mesmo cientes dos riscos da automedicação, a prática é comum e, muitas vezes, com orientação por mídias sociais, como *YouTube*, *Instagram* e grupos de *WhatsApp*:

Busquei em grupos no *Facebook*, porque hoje em dia tem muitos grupos de transição hormonal, mais pra meninas. Algumas que já fazem tratamento há mais tempo, outras que estão começando agora e pedem umas dicas. [...] E fui no *YouTube* pra poder aprender a autoaplicação de Perlutan e comecei a me autoaplicar em casa (M5).

Eu assisti alguns vídeos no *YouTube*, procurei, levantei essas informações até mesmo pra saber, porque pode causar uma trombose, problemas com fígado, né? Porque ele faz toda retenção do hormônio, tem várias etapas até expulsar do corpo, então tem os prós e os contras... Tudo é risco nessa vida. Se quer melhorar, tem o risco (M3).

Esse fenômeno também foi observado nos estudos de Braz (2019) que identificou que as mídias sociais produzem uma “apropriação criativa dos saberes biomédicos”, onde as pessoas trans trocam informações sobre os tipos de hormônio,

efeitos, onde comprá-los, onde obter receitas, exames periódicos que devem ser realizados, melhores unidades de saúde e profissionais, dentre outras questões que perpassam a hormonização.

Embora cada vez mais a temática LGBTI esteja ganhando espaço nas universidades, ainda há uma lacuna entre as demandas da sociedade e a formação (Rufino *et al.*, 2013; Cooper *et al.*, 2018; Raimondi *et al.*, 2019). Isso se expressa na escassez de profissionais capazes de prescrever a hormonização. Mesmo no ambulatório especializado do município, só há um médico endocrinologista para atendimento em um turno semanal, o que foi considerado para muitos, insuficiente para a demanda:

Já é bom ter isso aqui, mas, pra mim, só tem consulta em janeiro e depois não sei quando vou poder voltar. Parece que é complicado conseguir uma coisa mais certa, né? Parece uma coisa muito escondida [o ambulatório], tem que procurar muito pra conseguir uma coisa aqui (M4).

Soma-se a esse fato, a dificuldade de obter informação sobre o serviço. Nem toda a rede de APS conhece o fluxo para entrada no ambulatório e consegue orientar adequadamente a população com essa demanda. Dentre os 20 entrevistados, 14 chegaram ao serviço, a partir de indicação de amigos, movimentos sociais de direitos LGBTI e pela internet.

Eu sempre tive vontade de me transicionar, mas eu sempre tive medo. Aí, meu amigo falou: “Tô marcado num médico pra mim ali em Niterói, num ambulatório. Pô, ali é muito bom. As pessoas te tratam muito bem, tudo supertranquilo. Você tem vontade de ir lá pra poder conhecer e ver como que é?” Aí, eu falei: “Ah, pô, tenho, sim”, e ele me trouxe (H6).

Para amigos que já utilizam o serviço e o movimento social, como o Grupo Diversidade de Niterói, orientar o acesso ao ambulatório tornou-se uma forma de “acreditação” do serviço, reconhecimento da sua qualidade e aval para que a população fique confortável em buscá-lo. Sobre essa questão, muitos relatos apontaram o Ambulatório de Saúde Integral Trans João W. Nery como um local de verdadeiro acolhimento e respeito à pessoa trans e sua expressão identitária, superando a narrativa do “transexual verdadeiro”, pela qual a medicina tende a se orientar. Esse conceito confronta o caráter diagnosticável da transexualidade – desejada pelos médicos para ofertar cuidados e intervenções que produzirão as mudanças corporais – com a multiplicidade de formas de ser, existir e se expressar no mundo (Aran; Murta, 2009; Bento; Pelucio, 2012; Borba, 2016).

Como dissemos, o ambulatório especializado municipal aceita a autodeclaração da pessoa sobre sua identidade de gênero, não dependendo de diagnóstico psiquiátricos e laudos para realizar a hormonização. Até a chegada ao serviço, esse caráter, psicológica e psiquiatrizante, da transexualidade se colocou como uma barreira para muitos entrevistados, que desistiram de buscar ou manter seus acompanhamentos médicos nesta relação vista como violenta:

Eu estava pensando em começar a hormonização por conta própria. Eu tinha acesso ao médico, mas o ambiente era muito ruim. Era muito padronizante pra mim, eu adoeci muito [...] com a psiquiatra eu comecei a tomar antidepressivo, Rivotril. Eu não tinha que tomar antidepressivo. A minha ansiedade era porque eu tava naquele ambiente, e não porque eu sou ansioso e depressivo. Parecia que estavam me prendendo ali pra que eu seguisse uma agenda delas até eu ficar: “Pronto, estou apto pra mudar de sexo, sou um homem” (H2).

Eu falei: “Você pede laudo psiquiátrico”? Ela [a médica] falou: “Sim”. Aí, eu falei: “Tudo bem...” Aí, ela falou: “Você sabe quantas pessoas se arrependem do processo?” Eu falei: “Não faço ideia, mas obrigado”. Fui embora e nunca mais voltei (H7).

Eu não ia [ao serviço] por não me sentir à vontade. Eu tinha medo de chegar lá e acontecer o que acontece com vários meninos, o maluco falar que não trabalha com isso ou “ah, não vou te hormonizar”, “ah, tem que trazer um laudo psicológico”, enfim, eu não estava a fim de passar por isso (H8).

A exigência de laudo e diagnóstico psiquiátrico produz uma falsa ideia de que a vivência trans é homogênea, obrigando as pessoas a produzirem uma fala que se adeque às normas binárias de gênero, em vez de narrarem suas próprias experiências. Cada expressão de gênero e cada forma de se perceber como cis, trans ou não binário é única, e nenhum protocolo médico é capaz de dar conta dessa diversidade. Ao não incorporar esses discursos singulares, Borba (2016) afirma que o saber que a medicina constrói sobre essa população é sempre falho e enganoso, já que não é baseado na realidade, mas pelas normas sociais de gênero. Não só isso, mas também essa abordagem produz um modelo paternalista de relação clínica, que contradiz o atual paradigma da clínica centrada na pessoa, promotora de autonomia.

Durante as entrevistas, usuários relataram ainda as dificuldades de superar as barreiras de um “cistema”² que só compreende uma única forma de ser homem ou de ser mulher. Um dos participantes, homem trans, exemplificou esta realidade ao contar sua experiência ao sofrer um abortamento espontâneo. Embora tenha conseguido realizar o pré-natal adequadamente em uma das unidades de saúde do SUS do município, tendo sua identidade de gênero respeitada, precisou ser internado em uma enfermaria feminina da maternidade de referência para gravidez de alto risco. Muito sensibilizado, esse participante nos relatou que sua presença na enfermaria feminina causou curiosidade e estranhamento entre as pessoas que faziam visitas ao local para verem o homem que tinha abortado, provocando imenso constrangimento num momento de sofrimento.

Esse relato corrobora os estudos de Gomes *et al.* (2018) que discutem sobre as violações dos direitos e negligências a que estão submetidas as pessoas não cisgêneras no sistema de saúde, que muitas vezes são internadas em enfermarias em desacordo com seu gênero, que têm seus procedimentos médicos negados ao obterem a retificação civil e passarem a ser consideradas incongruentes com a nova identidade, revelando a insuficiência do sistema binário e cisnormativo. Como exemplo, encontramos a não emissão em prontuário eletrônico de requisição de exame citopatológico de colo uterino e ultrassonografia transvaginal para homens trans que já tem seus registros civis alterados, com relatou o participante abaixo:

Num dia eu fui fazer uma ultrassonografia de útero e endométrio. A atendente perguntou: “Tem certeza, senhor?” Sim, tenho sim. Ela falou: “Não é de próstata?” Não. É de útero e endométrio mesmo. É pra mim. Ela repetiu: “Mas como assim?” Sou um homem trans. [...] Então tem vários focos diferentes: tem homem que precisa ir ao ginecologista e tem mulher que precisa ir no urologista ou no proctologista (H2).

Essas muitas barreiras encontradas pela população trans no sistema de saúde demonstram a fragilidade da implantação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, que após dez anos de sua publicação, que amplia os direitos da população LGBTI, mas não operacionaliza suas ações nos municípios.

² “Cistema” é um termo que tem sido usado pelos movimentos de transexuais e travestis como forma de expor criticamente e de maneira literária um sistema de saúde voltado para pessoas cisgêneras, que apaga as necessidades e demandas das pessoas transgêneras.

POTENCIALIDADES A SEREM EXPLORADAS

A produção acadêmica sobre a saúde da população trans evidencia uma gama de violências, barreiras de acesso e de acolhimento que produzem desassistência no que se refere ao cuidado desse grupo. Timidamente, alguns relatos nos mostraram caminhos e potências a serem exploradas para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais acolhedor a essas pessoas.

a) Aposta na Atenção Primária em Saúde

A Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais aponta o papel dos municípios em relação ao cuidado da população LGBTI, mas deixa livre para cada município operacionalizar essas ações. Mesmo a portaria que institui o Processo Transsexualizador como linha de cuidado para a pessoa trans, reduz o papel da APS para o acolhimento e encaminhamento para serviço de referência.

A APS deve ser estruturada como principal porta de entrada no sistema, com papel de integrar, coordenar o cuidado e atender as necessidades de saúde das pessoas no seu território. Nessa pesquisa, a maior parte dos participantes era beneficiária de plano de saúde e acessava pouco a rede pública.

E mesmo dentre as(os) que utilizam a rede pública, os participantes relataram, em sua maioria, o uso pontual da APS, especialmente para realização de exames laboratoriais, aplicação de hormônio, a partir da orientação e prescrição recebida no ambulatório, realização de testes rápidos para diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis e busca por preservativos. Merece destaque o fato de que a maioria dos participantes é jovem, com pouca ou nenhuma comorbidade, o que por si só, já produz um afastamento do serviço de uma maneira geral. Mas considerando a vulnerabilidade da população trans, é essencial que a APS identifique essa população no seu território, que deve ser buscada ativamente, para construção de projetos terapêuticos singulares, que atendam as necessidades de saúde.

Alguns relatos positivos mostram que o acompanhamento de usuários ao longo do tempo, conhecer suas histórias de vida, acompanhar o desenvolvimento das suas relações pessoais, familiares, culturais e comunitárias possibilitam conhecer a pessoa como um todo e construir um vínculo que podem resultar em proteção e cuidado:

Não, nunca senti constrangimento. Geralmente, as pessoas que estão lá [na USF] conhecem a minha família... Me conhecem também, e todo mundo me trata bem (H3).

Me sinto muito bem, o atendimento é excelente, as meninas trabalham superprofissionais. Às ACS, por morar no local, ter esse contato, eu pedi orientação, e elas me orientaram a vir aqui, que aqui tava tendo esse atendimento a essa população trans (M3).

Sendo a APS o local privilegiado para produção de cuidado na perspectiva da integralidade, como orientado na Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2017), deve se tornar central na estruturação das políticas de saúde LGBTI, especialmente se considerarmos a importância de seus atributos derivados, como a abordagem familiar, comunitária e competência cultural (Starfield, 2002), essencial para atender as especificidades da pessoa trans.

Além disso, é importante fazer o debate de acesso aos serviços especializados. Poucos são os serviços inscritos no Processo Transexualizador, mesmo para sua modalidade ambulatorial, e eles se localizam, em sua maioria, na Região Centro-Sul, como demonstra o levantamento da Associação Nacional de Travestis e Transexuais de 2020. Já a APS, que está distribuída em todo o território nacional, alcança milhões de brasileiros e precisa ser priorizada na elaboração e operacionalização de políticas de saúde. Algumas experiências no Brasil (Rogers et al., 2016; São Paulo, 2020) trazem a APS para o centro do cuidado da pessoa trans e merecem ser replicadas.

Essa abordagem dialoga com o que aponta Butler (2009) sobre os efeitos da patologização e psiquiatrização dos diagnósticos de Transtorno de Identidade de Gênero, trazendo como sugestão a retirada da centralidade dos psiquiatras na assistência dessas pessoas e transferindo para o clínico. Essa seria uma estratégia de produção de cuidado numa perspectiva integral, humanizada, individualizada e produtora de autonomia.

Para que a APS seja capaz de se colocar como ordenadora do sistema de saúde, serão necessárias ações ativas de busca das pessoas trans, que precisam perceber a unidade de saúde como um espaço protegido. Acreditamos que uma divulgação ampla das ofertas de serviços, a utilização de símbolos que possam indicar à população trans que ela será bem acolhida na unidade de saúde, como uso de bandeiras, cartazes que divulguem o direito ao uso do nome social ou mesmo a divulgação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. As unidades precisam construir canais de informação mais dinâmicos, com maior alcance, especialmente para jovens que não se inserem nas ações programáticas tradicionais. É urgente a utilização das mídias sociais para fornecer informação adequada, abrir novas formas de diálogo e buscar usuários e usuárias tradicionalmente invisibilizados pela sociedade.

b) Produção de vínculo

Um dos aspectos citados pelos participantes que ampliaram a produção de seu cuidado foi o vínculo construído com profissionais de saúde. Cecílio e Matsumoto (2006) relatam que a construção do vínculo é uma das dimensões das necessidades de saúde do sujeito, sendo capaz de construir um espaço propício à produção de autonomia, a partir da “arte da fala e da escuta entre profissionais e pacientes”. Especialmente no que se refere à população trans, notoriamente invisibilizada e marginalizada, ter um espaço de escuta é muito significativo para a valorização de si. Um abraço, num corpo que não é tocado, extrapola os conceitos teóricos do acolhimento e passa a significar uma humanização das relações entre profissionais e usuários.

No período de observação dos atendimentos do ambulatório, foi notório o sentimento de acolhimento e pertencimento ao local por parte dos usuários, como também apontaram Pinto *et al.* (2020). Estar na unidade e encontrar seus pares promovia uma valorização da autoestima, o autorreconhecimento no outro e na experiência do outro. As consultas com o endocrinologista envolviam questões além das demandas clínicas da hormonização, tendo sido abordados os sonhos, os projetos de vida, as relações familiares, que conseqüentemente promoviam o fortalecimento do vínculo da equipe com os usuários assistidos. Sem dúvida, o respeito à identidade, ao nome social, às múltiplas expressões de gênero foram essenciais nesse aspecto do cuidado.

Esse vínculo permite que as decisões terapêuticas sejam compartilhadas, que as urgências das mudanças corporais desejadas possam se aliar ao melhor momento de vida da pessoa, de forma que a torne corresponsável por esse cuidado, numa relação médico-paciente de mútua cooperação (Kloetzel, 1999). A proposta é de uma verdadeira parceria entre os atores/atrizes envolvidos, como demonstra o relato de H4, que avaliou que seria melhor aguardar a realização do Enem para início da hormonização:

Não envolve só o tratamento hormonal, obviamente envolve ali algumas mudanças psicológicas [...] Eu cheguei nessa conclusão, de que a pressão de muito tempo estudando, sem falar de esconder as mudanças dentro de casa, ficar muito animado com as possíveis mudanças no corpo, Enem chegando... Todo esse negócio mexe com a cabeça. Vim conversar com o médico sobre a hormonização e remarcar a minha próxima consulta para depois do Enem (H4).

Assim, é valorizado o respeito às decisões tomadas de forma consciente. Essa pesquisa revelou que a população trans atendida no ambulatório se apresenta atenta aos riscos da automedicação: nove, dentre os 20 participantes, relataram o medo em realizar a hormonioterapia sem acompanhamento médico, pelos riscos inerentes a esse processo.

c) Articulação em rede

Os caminhos percorridos pela população trans em busca de assistência médica não passam somente pela linha de cuidado do Processo Transexualizador. Ser transexual ou travesti é parte do que a pessoa é, não tornando-se limitada a essa condição de existência, mas carregando em si toda a complexidade de sua vida. Restringir a abordagem da saúde trans às mudanças corporais provoca uma limitação na capacidade de os serviços acolherem adequadamente uma parcela significativa da sociedade.

Apesar disso, toda a assistência à saúde de pessoas trans é, se não orientada pelas modificações corporais, limitada por elas no Processo Transexualizador, como lembra Amaral (2011), em que este funcionaria como um eixo orientador do acompanhamento de transexuais e travestis. Assim, outros serviços assistenciais pouco se inserem no debate das especificidades da pessoa trans.

A articulação entre os serviços é uma premissa de um sistema de saúde que se propõe a ser integral e universal. Em relação a isso, uma das entrevistadas apresentou o relato de uma articulação incipiente entre os diversos equipamentos da rede de saúde mental da cidade e os ambulatórios onde era acompanhada:

Eu mesma me internei porque eu estava usando muita droga. Dois dias depois eu fui pra rua, tive alta, usei droga de novo, aí, me internei de novo [...] Eu já tinha me tratado lá [policlínica]], só que eu larguei, e agora eu vou retomar pela questão da minha sexualidade. Estou precisando mesmo conversar com a minha psicóloga, a psiquiatra vai mudar a minha medicação... E lá é tranquilo, eu gosto muito da minha psicóloga [...] No posto de saúde eu procuro me cuidar, tenho que fazer exame de sangue, tenho que ir lá no Jurujuba de novo... Estou correndo atrás de tudo sozinha. Eu e Deus (M2).

No relato acima, percebe-se a construção de vínculo com profissionais em diversos serviços, que se tornaram referência de apoio para a usuária. Ela se insere e se afasta dos serviços de acordo com as suas percepções e necessidades, e os serviços mostram algum grau de articulação com o retorno do acompanhamento

psicológico, o ajuste da medicação pela psiquiatra, a hormonização e o acompanhamento clínico na policlínica e a realização dos exames na UBS. Wenceslau e Ortega (2015) destacam os benefícios da integração da saúde mental à APS, dentre eles, a conexão entre os problemas de ordem física e mental, a ampliação do acesso, a disponibilidade e custo-efetividade, bons resultados clínicos e a promoção dos direitos humanos.

Ainda que essa articulação comece a se desenvolver, não houve, aparentemente, a construção de um projeto terapêutico singular voltado a essa participante, nem mesmo a coordenação do seu cuidado. Essa articulação entre os serviços sinaliza uma potencialidade, mas ainda se precisa avançar na integração entre saúde mental e a APS no município, responsável por todas as dimensões do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Produzir dados e informação sobre a saúde da população trans é essencial para a visibilidade desse grupo, assim como para o diagnóstico do cenário encontrado e a proposição de políticas que superem as barreiras identificadas. Após 11 anos da publicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o direito ao acesso à saúde não está garantido. E mesmo quando se pensa em construção de políticas, muitas vezes estas são limitadas ou orientadas pelo Processo Transexualizador, que se torna o único motivo para busca dos serviços.

Reconhecer e valorizar a rede assistencial como espaço de cuidado, para além das mudanças corporais, e criar uma rede que seja, de fato, acolhedora para a população trans é um desafio para gestores de saúde. Superar barreiras de uma construção histórica de sociedade que negligencia e marginaliza essa população não se dá de imediato, mas existem recursos e tecnologias que auxiliam nessa tarefa.

Todos eles passam por ouvir e reconhecer as necessidades da população trans, por valorizar os espaços de controle social para acompanhamento da implantação efetiva das políticas já publicadas, por construir uma robusta rede de atenção à saúde livre de preconceitos, na qual cada cidadão ou cidadã tenha seu direito de ser e existir respeitado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. Homens trans: novos matizes na aquarela das masculinidades? *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 513-523, maio/ago. 2012.

AMARAL, D. M. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. 2011. 107 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.

ARAN, M. Transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p.49-63. jan./jun. 2006.

ARAN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro Lisboa: Edições 70, 2016.

BENEVIDES, B. Como acessar o SUS para questões de transição? *ANTRA*, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://antrabrasil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>. Acesso em: 09 nov. 2023.

BENTO, B. A campanha internacional de ação pela despatologização das identidades trans: entrevista com o ativista AmetsSuess. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 481-484, maio/ago. 2012.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio/ago. 2012.

BORBA, R. *(Des)aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 02, anexo XXII, de 28 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRAZ, C. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 1-13, 2019.

BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 95-126, 2009.

BUTLER, J. Sujeitos do sexo/gênero/desejo. In: BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CARVALHO, M. F. L.; MENEZES, M. S. *Violência e saúde na vida de pessoas LGBTI*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ, 2006.

COOPER, B.; CHACKO, M.; CHRISTNER, J. Incorporating LGBT health in an undergraduate medical education curriculum through the construct of social determinants of health. *MedEdPORTAL*, Washington, v. 14, n. 10781, p. 1-6, dez. 2018.

GEISLER, A. R. R.; REIS, V. L. M.; SPERLIN, S. Cidadania e democracia sanitária: refletindo sobre o direito à saúde da população “trans” numa perspectiva de integralidade. *Cadernos Ibero-Americano de Direito Sanitário, Brasília*, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 997-2005, 2018.

KLOETZEL, K. *Medicina ambulatorial: princípios básicos*. São Paulo: EPU, 1999.

LIMA, A. M. *et al.* Atributos da atenção primária à saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-9, 2019.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 1-12, 2018.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 1-12, 2019.

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é babado! *Cadernos EBAPE. BR*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-14, jun. 2008.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out./dez. 2008.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 41, p. 1.16, 2019.

PINTO, D. L. *et al.* Ambulatório de atenção à saúde da população travesti e transexual João W. Nery: cuidado e respeito à diversidade. In: FERNANDES, V. R. *et al.* *IdeaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2020.

RAIMONDI, G. A. *et al.* Ensino-aprendizagem de gênero e Sexualidade em um Curso de Medicina no Brasil: promovendo o Cuidado Integral em saúde e os Direitos Humanos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 2, p. 130-142, 2019.

ROCON, P. C. *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2571-2525, 2016.

ROCON, P. C. *et al.* What trans people expect of the Brazilian National Health System? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.

ROGERS, J. *et al.* Pessoas trans na atenção primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. *Saúde & Transformação*, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 49-58, 2016.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRÃO, M. J. B. C. O ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 37, n. 2, p. 178-185, 2013.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI. Coordenação da Atenção Básica. *Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2020.

SIMPSON, K. Transexualidade e travestilidade na saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégico e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SOUSA, D.; IRIART, J. Viver dignamente: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n.10, p. 1-11, 2018.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

UNITED NATION. A major win for transgender rights: UN health agency drops gender identity disorder, as official diagnosis. *UN News*, 30 maio 2019. Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2019/05/1039531>. Acesso em: 03 nov. 2023.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 1121-1132. 2015.

Saberes que brotam da terra: o cuidado à saúde em tempos de pandemia da Covid-19 em contextos rurais

Hayda Alves

Maria Raimunda Penha Soares

Rute Ramos da Silva Costa

Suenya Santos da Cruz

Vanessa Schottz

Katia I. Marro

Ramiro Marcos Dulcich Piccolo

INTRODUÇÃO

A despeito do tamanho e da diversidade geográfica, étnica, socioeconômica e cultural da população rural no Brasil, as iniquidades que aprofundam suas condições de vida e saúde permanecem pouco exploradas e insuficientemente enfrentadas (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Garnelo *et al.*, 2018). O empobrecimento, o distanciamento dos equipamentos públicos, as dificuldades para a participação social, além dos limites no acesso e utilização dos serviços de saúde compõem determinantes sociais fundamentais na luta contra a invisibilidade dessas populações, como reconhecido na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Brasil, 2014).

Compreendemos que as desigualdades sociais são fruto da dinâmica expansionista de acumulação do capital com incidência em todos os espaços, seja em territórios rurais, urbanos, nas florestas e demais biomas brasileiros. A política neoliberal agrava o quadro social mediante a redução do orçamento público para políticas sociais e ambientais, incentiva a privatização de empresas e serviços públicos e a flexibilização das relações de trabalho para beneficiamento de empreendimentos

capitalistas nos diferentes territórios. Nesse contexto, a dinâmica socioespacial se complexifica, alterando as fronteiras entre o urbano e o rural, tornando-se necessários e desafiadores o estudo e a investigação sobre as transformações em curso nos diferentes territórios do país (Marafon, 2011).

No período da ditadura civil-militar houve um processo de modernização no meio rural brasileiro, por meio da tecnificação e da utilização de insumos químicos. Em concomitância, no cenário internacional, cresce o debate sobre desenvolvimento sustentável como forma de considerar os sérios impactos ambientais do desenvolvimento capitalista. Ainda que os rumos das conferências internacionais sobre o meio ambiente sejam hegemonizados por proposições que não provocam alteração na estrutura produtiva e social do capital, desenvolve-se uma luta de organizações populares por saberes e práticas sustentáveis, a exemplo do campo da agroecologia¹. Desta forma, tanto o crescimento do agronegócio, quanto o surgimento de uma agricultura alternativa passam a incidir sobre a vida no campo. Ou seja, a produção agropecuária passa a ser tensionada por esses modelos antagônicos, entre o agronegócio e a agricultura familiar, de base popular. Nesse contexto, os segmentos sociais mais vulneráveis do campo continuam existindo e resistindo em sua diversidade, conformando ruralidades. Ademais, destaca-se que a vida no meio rural está para além da produção de alimentos em sua multiplicidade (Carneiro, 2014). Ela revela relações sociais, a partir de formas diversas de socialização, de cultura, em síntese, de viver, o que inclui os cuidados com a saúde.

A ruralidade aparece como um estado de espírito, como uma identificação com o espaço rural. O rural não está apenas associado às estatísticas, ele é caracterizado pelas pessoas que nele vivem e pelo modo como elas se sentem habitando nesse espaço (Marafon, 2011, p. 157).

Assim, reconhecer o Brasil rural, suas singularidades e especificidades como condicionantes das práticas socio sanitárias e da organização dos serviços de saúde é complexo, mas fundamental, aos processos saúde-doença-cuidado, além de assegurar a garantia de acesso no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Em vez disso, o desamparo e a desassistência penalizaram ainda mais os povos do campo, da floresta e das águas com a crise social e sanitária instalada com a pandemia da Covid-

¹ Conforme afirma a Associação Brasileira de Agroecologia: “define-se a Agroecologia como ciência, movimento político e prática social, portadora de um enfoque científico, teórico, prático e metodológico que articula diferentes áreas do conhecimento de forma transdisciplinar e sistêmica, orientada a desenvolver sistemas agroalimentares sustentáveis em todas as suas dimensões”. Disponível em: <https://aba-agroecologia.org.br/sobre-a-aba-agroecologia/sobre-a-aba/>

19 (Floss, 2020; Mueller *et al.*, 2021; Alves *et al.*, 2022a). A população rural permanece invisibilizada junto a outros grupos de maior vulnerabilidade e negligenciada pelo descaso governamental, vocalizado em discursos a favor de ‘salvar a economia’ em detrimento da saúde (Ferigato *et al.*, 2020; Boschetti; Behring, 2021).

Reconhecer a similaridade de dificuldades vivenciadas por territórios vulnerabilizados, implica em dotar as práticas sanitárias de dimensões coletivas que articulem marcadores sociais, como raça, gênero, classe social, sexualidade, além das dinâmicas social e econômica dos territórios (Matta *et al.*, 2021), bem como legitimar o protagonismo local e as práticas de cuidado identitárias das comunidades (Alves *et al.*, 2022). Para tanto, denota-se uma posição estratégica da APS na assunção dessas determinantes como pontos de partida para a assistência à saúde. Nesse sentido, importante destacar a potência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no desenvolvimento de práticas de cuidado, vigilância, comunicação e educação em saúde, articulação intersetorial e mobilização social – via atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), por exemplo, especialmente em tempos de crise sanitária (Mélio; Santos; Albuquerque, 2022). Além disso, é importante considerar os efeitos da solidariedade nesses territórios como estratégias autogestivas de resistência, além das soluções populares para o adoecimento como práxis de cuidado à saúde (Alves *et al.*, 2022).

Nesse caminho, este trabalho socializa alguns resultados² de uma pesquisa-ação participativa em saúde (PaPS) (Wright; Springett; Krystyna, 2018) desenvolvida junto a territórios rurais do Norte Fluminense, Rio de Janeiro, no período da pandemia da Covid-19. Teve como objetivos compreender: (i) saberes e práticas populares de cuidado acionados por comunidades rurais em tempos de crise sanitária; (ii) como essas práticas podem favorecer o cuidado, a vigilância e a educação em saúde.

² Este artigo é resultado do projeto de pesquisa Recomendações Técnicas, Saberes e Práticas Populares no Enfrentamento da Covid-19 em Zona Rural [vigência 2020 a 2022]. Aprovado pelo Comitê de Ética – Área Humanas da UFF, parecer 4.271.819; CEEA 37264420.1.1001.8160; financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde, processo 402510/2020-8; edital MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N.º 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da Covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves. Cabe mencionar que temos trabalhado junto aos territórios envolvidos na pesquisa há cerca de dez anos, por meio de projetos de pesquisa e extensão popular, o que nos possibilitou vínculo prévio e um acúmulo de informações aqui mobilizadas (Alves *et al.*, 2022b).

CAMINHOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DE UMA PAPS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Trata-se de uma pesquisa-ação participativa em saúde adotada como abordagem de pesquisa, e não como método (Wright; Springett; Krystyna, 2018). Nesse sentido, aderimos à filiação epistemológica e metodológica latino-americana ancorada na “investigación acción participativa” de Orlando Fals Borda, com ênfase na vocação popular e na construção da transformação social (Rodrigues, 2008) mediada pela pesquisa-ação-educação, cujas práticas e perspectivas ético-políticas são instrumentalizadas pela pedagogia crítica freiriana (Freire, 2018).

Cenário

Este trabalho foi desenvolvido no período da pandemia da Covid-19, envolvendo três grupos em contextos rurais localizados nos territórios do norte e da Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro.

Um dos territórios foi a Comunidade Quilombola Machadinha, situada no município de Quissamã. É constituída por um grupamento de cinco territórios: Fazenda Machadinha, Sítio Santa Luzia, Bacurau, Sítio Boa Vista e Mutum. Os cinco territórios compreendem aproximadamente 300 famílias, em um total de 983 habitantes, descendentes de povos escravizados, que trabalhavam principalmente na plantação de cana-de-açúcar da Fazenda Machadinha e fazendas adjacentes.

O outro cenário foi constituído pelo GT Mulheres da Articulação de Agroecologia Serramar (AASM), organização do estado do Rio de Janeiro, inserido em uma estratégia mais ampla de auto-organização nos diversos espaços e redes regionais/estaduais que constituem a Articulação Nacional de Agroecologia (ANA). Nesse contexto, em 2017, tem origem o GT Mulheres da AASM como um coletivo que se articula em torno da defesa da agroecologia, dos direitos das mulheres, da soberania e segurança alimentar e nutricional e da luta contra os agrotóxicos, agregando territórios rurais de Casimiro de Abreu, Silva Jardim e Rio das Ostras.

E, por fim, na Região Serrana de Macaé, o Assentamento Projeto de Desenvolvimento Sustentável Osvaldo de Oliveira, que obteve a titulação da terra em 2014, agrega em torno de 63 famílias que vivem e produzem alimentos de forma agroecológica. O Acampamento Edson Nogueira existe desde maio de 2018 e está localizado em uma área pública, na mesma região. Trata-se de uma comunidade de, aproximadamente, 120 famílias oriundas de Macaé e Rio das Ostras, em situação de alta vulnerabilidade social. Desde o início, funciona uma Escola de Agroecologia que trabalha com as famílias interessadas em aprender os manejos para produção

de alimentos saudáveis. Ambos os territórios pertencem ao Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST).

Estratégias metodológicas

O encontro com as comunidades rurais no contexto da Covid-19 exigiu um processo de pesquisa transformado pela pandemia. Isso implicou o reforço de vínculos preexistentes entre a equipe de pesquisa com os territórios e as pessoas do lugar; a adoção de medidas sanitárias discutidas nos encontros presenciais, além da implementação de estratégias de diálogo virtual (Alves *et al.*, 2022). Esses encontros implicaram os seguintes percursos da pesquisa.

- Momentos formativos, de planejamento e de avaliação: essas atividades ocorriam *on-line* sistematicamente pelo menos uma vez por mês durante quase dois anos, sendo intensificadas antes ou após a ida aos territórios. Participavam membros da pesquisa (docentes e discentes), convidados externos e pessoas dos territórios. As reuniões de planejamento e de avaliação possibilitavam reflexões e reelaborações sobre os caminhos da PaPS em perspectiva dialética.
- Trabalho de campo presencial: as atividades presenciais foram desenvolvidas em todos os territórios participantes, incluindo desde práticas tradicionais de pesquisa com levantamento de informações, registros de imagens e atividades nas comunidades, além de entrevistas focalizadas. Entre junho de 2020 e dezembro de 2021, foram desenvolvidas oficinas de educação popular em saúde com foco no desenvolvimento de práticas de cuidado e prevenção da Covid-19 no Quilombo Machadinha (uma oficina), nos territórios do MST (três oficinas) com participação de cerca de 20 a 30 pessoas. No GT Mulheres Serramar houve um encontro presencial no período para sistematizar práticas de cuidado mobilizadas por esse grupo ao longo da pandemia.
- Estratégias de comunicação permanente, via grupo de aplicativo de mensagens instantâneas pela internet, tanto para apoiar as atividades citadas anteriormente, quanto para construção de redes de apoio e fomento a estratégias coletivas para lidar com as insuficiências das políticas públicas, como desenvolvido especialmente pelo GT Mulheres Serramar.
- Videodiálogo: foi elaborado um vídeo explicativo curto, com duração de três minutos aproximadamente, acerca da ação nos territórios rurais, o qual foi compartilhado via mensagens instantâneas pela internet nas comunidades do MST. É importante mencionar que essa estratégia foi construída em diálogo com uma liderança do movimento, pois se aproximava de ações comunicativas de prevenção e enfrentamento da Covid-19 que o próprio MST estava

promovendo nas suas áreas de reforma agrária. O material continha perguntas geradoras de reflexão sobre as estratégias comunitárias cotidianas de enfrentamento da pandemia. A partir do vídeo, as pessoas podiam enviar suas respostas para a equipe por meio das mensagens, pela mediação de membros da comunidade encarregados dessa tarefa – os agentes de território.

- Agentes de território: eram pessoas do lugar residentes naqueles territórios com quem firmamos o compromisso de mediar o diálogo da equipe com a comunidade e apoiar a organização das atividades em campo. Essa estratégia foi empregada junto às comunidades do MST e do Quilombo Machadinha. A presença desse mediador facilitava o diálogo e diminuía a necessidade de idas ao território, com vista a mitigar a contaminação comunitária.

Ao longo da investigação, orientamo-nos pela educação popular freiriana (Brandão, 2008; Jara, 2020), a fim de construir, de forma coletiva e solidária, aprendizados que corporificam potentes práticas de saúde. Trata-se, portanto, de vocalizar saberes e práticas emergentes em territórios rurais no contexto da pandemia da Covid-19.

Para identificar as pessoas que generosamente compartilharam depoimentos e experiências ao longo do processo de pesquisa, utilizamos nomes de militantes importantes para movimentos agroecológicos e lutas pela reforma agrária.

Para sintetizar dados da pesquisa que possibilitasse a discussão de significados e reflexões, empregamos a análise temática (Minayo, 2008). Para compreensão e discussão das categorias extraídas nos apoiamos na pedagogia freiriana (Freire, 2018). Nas abordagens dos territórios quilombolas, agregamos a dialética entre consciência e memória proposta por Lélia Gonzalez (2020), um recurso heurístico capaz de imprimir sentidos às práticas de saúde, a partir da interação com a memória coletiva do quilombo.

COMUNICAR, SIM, COMUNICADOS, NÃO! CONSTRUINDO DIÁLOGOS NA PANDEMIA

Em lugar de comunicar-se o educador faz “comunicados”. Eis aí a concepção “bancária” da educação, em que a única margem de ação de que oferece aos educandos é a de receberem depósitos, guardá-los e arquivá-los (Freire, 2018, p. 80-81).

A pandemia causada pela Covid-19 exigiu de governos e instituições de saúde ações rápidas e eficazes no combate à disseminação do vírus (Werneck, 2021). Desse modo, vários veículos de informação trouxeram protocolos, normas de con-

duta, recomendações, enfim, muitos comunicados. Alguns deles com uma evidente carga de distinção social e intelectual de uma pandemia que poderia ser adequadamente “compreendida e enfrentada” pelos mais favorecidos com uso de máscaras N95 ou PFF2, isolamento social, trabalho remoto etc. Havia também aqueles, entre governos e instituições, que negavam a própria pandemia, absorvidos por falsas informações e que não implementaram medidas sanitárias por escolha. O fato, contudo, é que grande parte das referidas recomendações colocava à margem diversificados grupos que, ainda que pudessem escolher se proteger, estavam impossibilitados de adotar tais medidas ou mesmo balizá-las à sua realidade (Sousa, 2020).

A pandemia trouxe, portanto, a necessidade de ampliar o diálogo com os grupos historicamente à margem, como as comunidades rurais. Tornava-se imperativo construir estratégias de comunicação, a partir das singularidades vivenciadas nesses territórios, com práticas de cuidado e recomendações técnicas apontadas como efetivas para enfrentar o novo coronavírus, além de mitigar a contaminação comunitária e defender a vida. Enfim, um processo de construção de saberes atento, inventivo, criativo e solidário, também sendo promissor para um processo educativo dialógico, crítico e amoroso (Freire, 2018). Tratava-se de possibilitar formas de encontro com as comunidades rurais não para que os pesquisadores fizessem comunicados, como narradores ou dissertadores de conhecimentos científicos, mas que fossem construídos diálogos, a partir de estratégias educativas de base popular produzidas em aliança com os serviços de saúde. É evidente que se trata de territórios heterogêneos com graus distintos de cobertura e atuação de equipes da ESF. Alguns totalmente alijados da atenção básica, como os territórios de reforma agrária. Outros, com vínculo e acesso mais consolidado à ESF, como no Quilombo Machadinha que possui 100% de cobertura. Já os territórios do GT Mulheres Serramar abarcam diferentes localidades com relações variadas de cobertura, acesso e utilização de serviços.

Talvez por uma limitada atuação dos serviços de base territorial, como a ESF, os encontros presenciais tornavam-se cenários pedagógicos para o exercício de práticas de proteção contra a Covid-19. Ao passo que essas comunidades se envolviam na preparação do espaço das oficinas, construía-se um esforço conjunto com a equipe de pesquisa para assegurar medidas protetivas que materializam práticas de cuidado, prevenção, promoção e educação em saúde (Alves *et al.*, 2022). Essa estratégia colocava em ação modos de se proteger do vírus e evitar a contaminação, contrapondo o que era recomendado ao compreendido e possível de ser realizado junto com a comunidade.

O desenvolvimento de estratégias de comunicação densas em que as pessoas efetivamente estivessem em diálogo também foi uma das apostas dessa PaPS. Isso

repercutiu no processo e nos resultados da pesquisa. Ao longo da PaPS, as estratégias mediadas pela internet tornavam-se importantes não apenas para o processo de pesquisa, mas também como um suporte, um apoio produzido, a partir de um diálogo amoroso, especialmente entre as mulheres, como nota-se, por meio de depoimentos:

Nessa pandemia, nós, mulheres, ficamos muito isoladas, ficamos triste, presas e num podia sair... Às vezes, só [contato com mulheres de outros sítios] por telefone mesmo. Mulher tem o falar, mulher tem o que aprender. Mulher é um bicho curioso que num gosta de ficar parado. Mulher tem visão. Tem assim uma visão do futuro, uma visão ampla. Assim... Como uma águia. Nós somos como uma águia! [...] E esse grupo do GT Mulheres sofreu muito. Assim que acabar essa crise, que nós possamos reunir e estar mais unidas. Nós temos muita coisa pra falar, [...] e a vida nos leva assim... Mulher sabe de onde tirar... Mulher sabe de onde produzir a alegria (dona Dijé,³ 54 anos, Assentamento Visconde e membro do GT Mulheres Articulação de Agroecologia Serramar, Casimiro de Abreu, 2021).

Na pandemia, quando a gente não podia sair para se encontrar, [o grupo de WhatsApp do GT Mulheres] foi de grande ajuda. Naqueles momentos que a gente estava desesperada, sem saber o que fazer... Essa comunicação, as reuniões pelo WhatsApp foi uma válvula de escape para liberar todo aquele estresse e aqueles medos na conversa entre amigas (Ana Primavesi,⁴ 60 anos, Assentamento Sebastião Lan Membro do GT Mulheres Articulação de Agroecologia Serramar, Casimiro de Abreu, 2021).

Contudo, um diálogo fraterno e efetivo com a comunidade implicava a figura do agente de território. Recorrer ao agente de território não significava apenas acionar um mediador da pesquisa, mas fortalecer o diálogo de uma forma criativa no lidar com limites de [e para a] comunicação, seja no acesso à internet ou na contextualização de um depoimento. Portanto, o uso de tecnologias virtuais favoreceu um diálogo mais amoroso ao criar adaptações ao processo de pesquisa em favor dos par-

³ Conhecida como dona Dijé, Maria de Jesus Bringelo era quilombola e referência para a luta dos povos e das comunidades tradicionais no Maranhão e no Brasil. Foi uma das fundadoras do Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu. Faleceu em 2018.

⁴ Ana Maria Primavesi foi agrônoma e escritora, pioneira na compreensão do solo como um organismo vivo e referência mundial para a agroecologia. Foi também fundadora da Associação da Agricultora Orgânica (AAO). Faleceu em 2020.

participantes das comunidades. Porém, cabe lembrar que essa estratégia possui limites visto que as comunidades não dispõem de boa conexão, nem de equipamentos.

Ao conciliar a dinâmica de uma PaPS com demandas individuais e coletivas vocalizadas pelas pessoas dos territórios por meio de encontros presenciais ou virtuais, a pesquisa possibilitou muito mais do que comunicados de saúde. Mas, sim, diálogos efetivos, criativos e amorosos com a partilha de informações técnicas balizadas ao que era verbalizado de cada território, de modo a reconhecer saberes e práticas populares não necessariamente inscritos em estratégias de prevenção e promoção à saúde instituídas no âmbito das recomendações técnicas produzidas pelo Ministério da Saúde.

ALÉM DE PALAVRAS OCAS: SABERES COMO PRÁXIS DE CUIDADO NO COTIDIANO

A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo
(Freire, 2018, p. 93).

Os primeiros escritos sobre educação popular (EP) já reconheciam que uma das principais ferramentas, mas também desafios do educador e da educadora dessa área, reside na palavra e no seu poder como ato de (re)criação e partilha (Brandão, 1995, 2006). Desde a *Pedagogia do oprimido*, Paulo Freire ensina-nos que a palavra permite a “pronúncia do mundo”, o diálogo – ato sustentado por um profundo amor ao mundo e às pessoas –, portanto, algo essencialmente humano e humanizador.

Isso implica advogar pelo diálogo como fundamento de práticas educativas em saúde, pautadas no reconhecimento e na legitimidade de saberes que circulam no território como lugar-vivência, produtor de conhecimentos e práticas que assegurem a (re)existência objetiva e simbólica do corpo e dos modos de cuidado com este como expressão de saberes comunitários (Machado, 2019; Soares; Costa; Alves, 2022).

O trabalho de pesquisa implicou o reconhecimento desses elementos-chave para o cuidado, aspectos importantes da vida comunitária que exprimiam formas de conceber e praticar o cuidado individual, familiar e comunitário durante a pandemia da Covid-19, como apresentamos a seguir.

FICAR NA ROÇA, USAR MÁSCARAS NA CIDADE, ÁLCOOL EM GEL E POUCA MÃO!

A ideia de ‘não poder sair’ (o isolamento proposto pelas instituições de saúde) era entendida nos territórios rurais como ‘evitar idas à cidade’. Isso porque o território é visto como comunitário, portanto, ‘ir à cidade’ era sair desse espaço comum, onde o trânsito entre as casas/os barracos e os quintais era livre; já nos centros urbanos havia maior incidência de aglomerações. A ideia território-comunidade como espaço comum é fundamental para as práticas de saúde e os sentidos do cuidado, ainda que atravessados por mediações individuais e individualistas impostas por uma dinâmica cada vez mais mercantil, que busca hierarquizar e desarticular todo o corpo social, colocando grupos mais empobrecidos (especialmente as mulheres racializadas) em posição de precariedade e invisibilidade (Federici, 2022).

Problematizar esses elementos, a partir das dinâmicas comunitárias que envolvem o espaço comum, é importante para avaliarmos os impactos de medidas de isolamento em territórios rurais de assentamento e quilombolas, bem como pensar o papel das mulheres na manutenção desses espaços como fontes de cuidado e partilha de saberes – sendo este último um aspecto a ser discutido mais adiante. Portanto, ficar em casa, na roça, tem uma dimensão profunda e um debate amplo com vulnerabilidades territoriais, de raça e gênero que atravessam a vivência nos territórios rurais.

Sobre as orientações de isolamento social resumidas sob o *slogan* Fique em Casa, notam-se contornos muito singulares para a população rural, que já lida cotidianamente com a separação dos centros urbanos e as longas distâncias, dentre outros limites para o acesso aos serviços de saúde e a outros equipamentos públicos, além de depender do trabalho coletivo como fonte de renda e modo de organização da própria vida comunitária. As comunidades rurais, contudo, procuraram, de alguma forma, atender às medidas para mitigar a contaminação vinda, sobretudo, em um primeiro momento da pandemia, do contato com as pessoas da cidade. Isso implicava se resguardar e adiar as visitas, por exemplo.

Com essas pessoas que vêm de fora ou de Macaé ou de onde que eles vier, eles têm que ter um cuidado com eles e também com nós também, porque, se eles pegar lá, pra também não transmitir aqui pra nós, aqui

dentro também (Cícero Guedes,⁵ 31 anos, PDS Osvaldo de Oliveira, Macaé, 2020).

Então, eu aviso as minhas visita que, no momento, a gente tá evitando (Margarida Alves,⁶ 57 anos, PDS Osvaldo de Oliveira, Macaé, 2020).

Pairava, entretanto, uma ideia de que os territórios rurais fossem uma espécie de “zona livre de Covid-19”, ainda que houvesse circulação de pessoas de fora. Essa ideia deve ser compreendida no contexto das importantes estratégias de cuidado que o MST construiu desde o início da pandemia. Essas orientações reforçavam a importância de resguardar as comunidades da contaminação, potencializar a produção e o consumo de alimentos agroecológicos, medidas para se proteger do coronavírus ao se comercializar alimentos etc.

Eu tive na casa da [Fulana] semana passada, passei alguns dias com ela, mas eu me protegi, usei álcool gel nos braços, né?! No pescoço, usei máscara o tempo todo até chegar lá. Quando eu cheguei lá, não deixei ninguém me abraçar, fui pro banheiro, tomei um banho, me ajeitei, pra depois deixar que as meninas chegasse próximo a mim. Passei uma semana lá, fui fazer uns bolos lá pra ensinar a [Fulana], pra ela aproveitar o cacau, com bolo pra venda, e eu fiquei preocupada porque lá eles diziam que a gente não precisa se preocupar, não use máscara, porque aqui no Visconde ninguém teve! (Emília Alves Manduca,⁷ 64 anos, Membro do GT Mulheres Articulação de Agroecologia Serramar, Casimiro de Abreu, 2020).

⁵ Cícero Guedes é símbolo da luta pela terra no estado do Rio de Janeiro. Foi um grande líder, que fugiu do trabalho análogo à escravidão e venceu o analfabetismo, tornando-se, como assentado da Reforma Agrária em Campos dos Goytacazes, uma importante referência em produção de matriz agroecológica. Foi assassinado em 2013, no contexto de intensos conflitos agrários históricos da região, que tentam apagar o legado histórico da luta pela terra. Lembremos que essa área alberga a antiga Usina de Cambahyba.

⁶ Margarida Alves é símbolo das lutas das trabalhadoras rurais por direitos, e seu nome inspira a Marcha das Margaridas, assim como o nome do coletivo de mulheres do Assentamento Osvaldo de Oliveira, Margaridas do Karukango. Aguerida e forte, foi a primeira mulher à frente de um sindicato rural. Lutou contra o trabalho escravo e infantil, o analfabetismo dos trabalhadores do campo e a falta de direitos essenciais. Foi assassinada em 1983 pelas mãos de latifundiários da região.

⁷ Emília Alves Manduca, mulher negra, defensora da reforma agrária popular e da agroecologia. Foi uma importante guardadora de sementes crioulas. Faleceu em 2020.

Nós tamo com a mão pouca [...] Quando vem alguma visita na minha casa, eu atendo sempre na varanda e evito abraço e aperto de mão... (Sebastião Lan,⁸ 67 anos, PDS Osvaldo de Oliveira, Macaé, 2020).

Especificamente nas áreas do MST que possuem atividades coletivas, como a plantação, a produção de tijolos agroecológicos, a casa de farinha e as assembleias, notamos que era frequente a não utilização de máscaras, mesmo em período de elevada transmissibilidade viral. Isso indicava a evidente necessidade de reforçar as medidas protetivas (uso de máscara, álcool e higienização das mãos), além de problematizarmos determinadas concepções do risco – entendidas como algo externo à vivência cotidiana nos espaços rurais –, bem como possibilitar ações concretas de cuidado nessas áreas vulnerabilizadas pelo abandono do poder público. Ante esse fato, realizamos extensiva doação de máscaras reutilizáveis para as famílias assentadas, além de máscaras PFF2 para alguns grupos que circulavam trabalhando no escoamento de alimentos para a venda e a doação (Alves *et al.*, 2022).

Os trabalhadores relatavam utilizar máscaras apenas quando saíam do assentamento e, eventualmente, em atividades coletivas no território. Apesar de esses eventos serem realizados em espaço aberto e permitirem algum distanciamento, eles implicam também várias pessoas falando ao mesmo tempo e com projeção da voz, além da presença de grande parte da comunidade em um mesmo local, com contato físico mais próximo.

Então, em uma das oficinas, realizamos um mapa de cuidados em que discutimos práticas protetivas em atividades específicas. Foi pactuado que o uso de máscaras seria condição de permanência nas atividades coletivas desenvolvidas em espaços mais delimitados – como em uma assembleia – ou quando recebessem, em seus barracos, alguém de fora do assentamento, ou, ainda, que tivesse vindo da cidade. Notamos um reforço nesse uso, desde então. Para as atividades na lavoura, a comunidade considerava árduo o uso de máscaras pelo calor excessivo e incômodo causado pelo suor e pelo manejo da terra, além disso, tratava-se de uma atividade ao ar livre e com grande distanciamento entre as pessoas.

⁸ Sebastião Lan foi um importante líder da luta pelos direitos dos trabalhadores rurais e da organização do sindicato rural no contexto da ditadura civil-militar, na região de Cabo Frio e Casimiro de Abreu, no estado do Rio de Janeiro. Faleceu em 1988, vítima de um atentado.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL SEM AGROTÓXICOS... PROTEÇÃO ESPECIAL!

Feijão sem agrotóxicos, verduras sem agrotóxicos... É proteção especial! (Oziel Alves Pereira,⁹ 56 anos, Acampamento Edson Nogueira, Macaé, 2020).

Seja no campo ou na cidade, diferentes organizações e movimentos sociais e populares tornaram-se anteparos para a crise sanitária e social instalada com a pandemia da Covid-19. A familiaridade com os problemas locais (Sevalho, 2021) e as experiências acumuladas tornaram possíveis a mobilização social e o trabalho comunitário e solidário como estratégia para enfrentar a pandemia (Alves *et al.*, 2022). A reação dos movimentos do campo – especialmente os que lutam pela reforma agrária e levantam as bandeiras da agroecologia – foi imediata e buscou incidir em diferentes frentes, como as vendas diretas de cestas e busca por novos grupos de consumidores; pressão sobre o poder público para medidas de proteção social, retomada de compras públicas e novas políticas de crédito; e defesa do direito humano à alimentação e campanhas de doação de alimentos (Carvalho, 2022).

A defesa da soberania alimentar, a partir da produção de alimentos saudáveis, foi capitaneada como um dos elementos centrais para o cuidado com a saúde da população do campo e da cidade (Silva; Gomes, 2020; Carvalho, 2022). Diversos *slogans* reuniam pautas comuns dos movimentos sociais rurais na pandemia, como o #Fique em casa Nós Seguiremos produzindo seu alimento do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) ou o Despejo Zero do MST (Carvalho, 2022).

Essa voz coletiva dos movimentos sociais rurais também se fazia presente nas narrativas de cuidado dos participantes da pesquisa, especialmente entre as mulheres do GT Mulheres Serramar e dos trabalhadores do MST. São frases que revelam orgulho pelo trabalho com a terra e pelo cuidado com a natureza como práticas extensivas aos cuidados do próprio corpo, especialmente em tempos de Covid-19. Os depoimentos dispostos a seguir ilustram essas falas.

A gente, a gente se alimenta muito com os nossos produtos que a gente mesmo faz, entendeu? A única coisa que a gente não tem, ainda, é o arroz. Agora, o resto tudo a gente consegue substituir [os alimentos com

⁹ Oziel Alves Pereira foi um jovem dirigente do MST do Pará, que, do alto dos seus 17 anos, liderava, com entusiasmo, a luta pela terra na região. Foi assassinado em 1996, no Massacre do Eldorado dos Carajás, junto a outros companheiros, em uma emboscada da Polícia Militar, enquanto bloqueavam uma estrada para dar visibilidade às suas reivindicações.

agrotóxicos]. A gente usa tudo que a gente planta, tudo que a gente produz é o nosso alimento (Margarida Alves, 57 anos, PDS Osvaldo de Oliveira, Macaé, 2020).

Uma boa alimentação que, graças a Deus, nós, do MST gosta muito do alimento agroecológico. Uma boa alimentação também acho que não vai exterminar o vírus, mas vai ajudar muito (Cícero Guedes, 31 anos, PDS Osvaldo de Oliveira, Macaé, 2020).

O alimento que eu mermo produz é saudável... O peixinho que vem da água que Deus manda, né?! Da água doce, do riacho, do rio e salsa, cebolinha, abóbora e... quiabo, maxixe, tudo plantado da minha horta (Roseli Nunes,¹⁰ 64 anos, PDS Osvaldo de Oliveira, Macaé, 2020).

As falas de orgulho desses trabalhadores com a produção agroecológica trazem no bojo a ideia de um cuidado benéfico à saúde, mas também uma resposta contingencial à crise imposta pela pandemia da Covid-19. As mobilizações em torno da alimentação saudável, seja por meio da produção, doação e estratégias criativas de comercialização, foram uma das pautas protagonizadas pelos movimentos sociais do campo, como o MST, e organizações agroecológicas, como o MPA, dentre outros (Carvalho, 2022). Ainda que com pouco foco nos territórios rurais, as iniciativas comunitárias como suporte aos efeitos da pandemia da Covid-19 também foram destacadas em debates no campo da saúde coletiva (Rede de Pesquisa em APS da Abrasco, 2020).

ERVAS DE QUINTAL: CUIDADO QUE VEM DE LONGE MEDIADO PELAS MULHERES

A defesa dos saberes populares é parte de lutas históricas do campo da saúde coletiva, pavimentando caminhos para outras políticas que reconhecem e institucionalizam esse saber como componente cultural e recurso terapêutico das comunidades, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2017b), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2012); Política Na-

¹⁰ Roseli Nunes é símbolo da luta pela terra e pelos direitos das mulheres rurais no Brasil, pois participou de uma ocupação fundacional para o MST: a de um latifúndio improdutivo de mais de nove mil hectares conhecido como Fazenda Annoni, no Rio Grande do Sul. Dias após a ocupação, Roseli deu à luz seu filho, que foi a primeira criança nascida em um acampamento do MST. Foi assassinada em 1987, junto a outros dois companheiros, enquanto participava de um protesto por políticas públicas agrárias.

cional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (Brasil, 2006; 2017a), dentre outras.

À medida que a pandemia da Covid-19 aprofundou distâncias sociais e provocou outros adoecimentos, seja pelas condições de vulnerabilidade, seja pela desassistência do Estado aos territórios rurais, tanto os laços comunitários, quanto os saberes populares de cuidado com a saúde foram e são fundamentais. Na fala de uma integrante do GT Mulheres Serramar, reconhecemos o quanto as ervas de quintais são parte desse cuidado cotidiano:

Os chás fazem parte da minha vida desde sempre. Minha vó materna era parteira e benzedeira, todos os netos e bisnetos nasceram pelas mãos dela, e temos muito orgulho disso, e acho que mais da metade das pessoas residentes em Quinta do Sol daquela época vieram ao mundo pelas mãos da minha avó. Eu só tomei remédio de farmácia aos 19 anos, quando já estava morando em São Paulo (Ana Primavesi, 60 anos, Assentamento Sebastião Lan Membro do GT Mulheres Articulação de Agroecologia Serramar, Silva Jardim, 2021).

Ainda que as mulheres do GT estivessem distantes fisicamente, uma vez que vivem em diferentes municípios, o grupo de mensagens por aplicativo foi, frequentemente, utilizado para a troca de saberes sobre as ervas dos quintais e seus múltiplos usos no contexto da pandemia. Ainda como parte das estratégias de cuidado que envolvem o uso de ervas, o coletivo participou do projeto Cuidar-se, que foi coordenado pelo GT Mulheres da Articulação de Agroecologia do Rio de Janeiro (GT Mulheres Aarj) e que consistia na produção de cestas de autocuidado, contendo ervas, chás, escalda-pés e sabonetes; e na elaboração de um caderno acolhedor, que buscava incentivar a prática do autocuidado e, ao mesmo tempo, propiciar uma reflexão crítica sobre o aumento da sobrecarga das mulheres na pandemia. As cestas foram distribuídas para mulheres rurais e das periferias urbanas que estavam na linha de frente do enfrentamento da Covid-19 em seus territórios (GT Mulheres AARJ, 2020).

As áreas de assentamentos e acampamentos rurais do MST reúnem, em geral, pessoas oriundas de distintos territórios, mas majoritariamente negras e periféricas. Nesses espaços, também há a valorização de saberes e práticas populares – algo incentivado pelo próprio Setor de Saúde do Movimento –, bem como um investimento no uso de ervas como forma de reafirmar um tipo de conhecimento que faz sentido na memória daquelas pessoas e na construção de um espaço comum, organizado em torno da terra, que produz alimentos saudáveis e plantas importantes para o cuidado à saúde.

Nós fizemos um xarope aqui, no Osvaldo, e outro lá, no Edson [acampamento do MST situado em Macaé]. O pessoal gostou, e foi muito bom mesmo! Principalmente para crianças e pessoas idosas que estavam com resfriado, eles gostaram muito! Era folha de manga, gengibre, melissa, que é a erva cidreira, terramicina... Essas ervas nós temos aqui demais! O guaco também, que nós não temos muito aqui... Apenas poucas pessoas têm. O limão. E daí fazer o xarope, pode também secar as ervas e fazer a tintura. [...] Mas as plantas secas é preciso ter cuidado, não pode botar no sol, não pode ter poeira... Muitas vezes aqui eu seco no forno, mas não pode nem sair dali, tem que tá olhando, revirando e gasta gás... É mais difícil (Irmã Dorothy,¹¹ 62 anos, PDS Osvaldo de Oliveira).

No quilombo, aparecem “as folhas de mato”, compreendidas como remédios, por seu potencial individual ou combinado, a partir de uma posologia específica para uma ação ante as doenças identificadas pela comunidade. As ervas são classificadas, a partir da percepção de sua natureza; de acordo com a forma com que são preparadas e usadas; e combinadas, a partir de uma observação do ser ou da experiência aprendida. Os tipos mais citados são chás, emplastros, unguentos, banhos, aplicação direta, associação com álcool etílico e xaropes. Os modos de aprendizado e ensino desses saberes são principalmente pela via dos relatos compartilhados oralmente; pela observação e pela ação, compartilhadas com outras mulheres da comunidade; pela experimentação individual; e pelo acesso a uma memória ancestral. Em decorrência da “falta de leitura”, a observação é uma das estratégias mais utilizadas para garantir o aprendizado (Costa *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que, nas relações quilombolas de produção e reprodução da vida, o cuidado não é tido como um serviço, uma atividade mercantilizada, mas como um ato transgressor, como prática que transgride a relação mercantil de compra e venda de um serviço. Mesmo que algumas mulheres do quilombo trabalhem em empregos remunerados, geralmente como empregadas domésticas ou em outras atividades em que há uma prática do cuidado por meio da mediação de um pagamento, há, na comunidade, relações cotidianas que reforçam o cuidado coletivo como uma prática permanente. Esta se constrói no espaço comum como local de trocas, partilhas, sem mediações do dinheiro e sem exigências de contrapartida. Em geral, tais práticas do cuidado giram em torno do uso de ervas do quintal, da

¹¹ Irmã Dorothy foi uma importante religiosa, integrante da Comissão Pastoral da Terra, que teve uma vida dedicada à defesa e à preservação do meio ambiente, dos territórios tradicionais, dos direitos dos povos indígenas e dos trabalhadores rurais da Região do Xingu. Após inúmeras ameaças, foi brutalmente assassinada em 2005, em Anapu, no Pará, a mando de um fazendeiro.

comida, da contação de histórias, da dança e do ensinamento do jongo. Uma prática observada em idas e vivências em Machadinha que reforça essa afirmação diz respeito ao cuidado coletivo com as crianças. É comum, no núcleo dessa comunidade, que muitas crianças se juntem para brincar pelo terreiro, sendo cuidadas coletivamente, vistas por todos os adultos quilombolas. Isso foi especialmente observado em dias de eventos no território, onde circulavam pessoas de fora do lugar. O cuidado comporta afetos, saberes, fazeres, tecnologias sociais, trocas, experiências e registros de memórias. Envolve todos os sentidos e tensionamentos, que atravessam, inclusive, a disputa territorial, uma questão central em um espaço constituído, a partir de processos de escravização. Esses elementos fazem parte da memória coletiva em Machadinha:

Em se tratando de Machadinha podemos dizer que a dinâmica entre memória e esquecimento – como categorias históricas, construídas e reconstruídas a partir das relações de poder – foi moldando os elementos do que é hoje a Comunidade. Assim, além de modos compartilhados de vida (formas de produção e reprodução da existência, de produção da cultura e de sociabilidades) é a identidade coletiva de um lugar que faz dele um território político e cultural. E esta identidade é construída, no caso dos territórios quilombolas, através de tensionamentos diversos, mas que tem no seu centro a luta de classes (Soares, 2017, p. 196).

A memória é, portanto, sempre um recurso do presente e é acionada, no caso dos quilombolas, como um instrumento político de reafirmação de identidades e organização de práticas coletivas de luta e de cuidado circulantes no espaço comum, como formas de (re)existir (Soares, 2021).

ANCESTRALIDADE E CUIDADO: UMA ÁRVORE COM RAÍZES PROFUNDAS

Em comunidades afrodescendentes, os saberes e as práticas refletem aprendizados ancestrais e estão inscritos na memória social da comunidade, sendo organizados de um modo próprio e com fundamentos nas dimensões afetiva e espiritual do cuidado (Machado, 2019; Silva; Oliveira, 2021).

Durante a pesquisa, buscamos reconstruir, em imagem, uma dinâmica presente no cotidiano, na memória e na representação simbólica do quilombo de Machadinha: o cuidado ancestral como árvore de cuidados, uma árvore formada por mulheres quilombolas, conforme mostra a Figura 1, apresentada a seguir.

Figura 1 – Árvore de cuidados, Quilombo Machadinha



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A imagem contém os nomes de mulheres que compõem hoje essa árvore do cuidado, tão presente e viva no território. Ela produz frutos, que são os saberes e as práticas de cuidado elaboradas e transmitidas por mulheres como dona Chêro (já falecida), importante liderança quilombola e uma das principais referências do território em termos de luta, organização coletiva e resgate cultural do jongo. Explicamos nessa árvore nomes de mulheres reconhecidas no território como mestras, *griottes*, conhecedoras de saberes e fazeres que mantêm viva a memória quilombola. Ou seja, pessoas-referência de saberes e práticas de cuidado no Quilombo Machadinha. Portanto, essa árvore é uma forma de "femenagem" a essas mulheres.

O vínculo de algumas das pesquisadoras deste trabalho com Machadinha e o acúmulo de saberes sistematizados, a partir de trabalhos como os de Giselle Silva (2018) e Rute Costa (2018) – desenvolvidas com metodologias que privilegiam as narrativas das quilombolas –, tornou possível sistematizar registros e elaborar essa árvore, frondosa e com raízes fortes. Uma árvore de afeto e cuidados. Uma árvore de mulheres quilombolas.

As mulheres são as principais guardiãs de conhecimentos ancestrais e do patrimônio genético e cultural de um povo. Remetem, portanto, a diferentes gerações saberes e práticas ligados à conservação, ao resgate e à preparação de cultivos locais (Soares; Costa; Alves, 2022). São elas, fundamentalmente, que tornam possível a sobrevivência de um acervo vivo de memória do cuidado com a saúde, que nos permitem a construção de ações e relações não mercantis, que têm a vida, e não o lucro, em perspectiva (Soares, 2021). É preciso reconhecer o protagonismo das mulheres na luta pela sobrevivência em equilíbrio com a natureza e dar visibi-

lidade a elas, retirando-as dos bastidores da cena histórica (Soares, 2020, 2021; Valente, 2021).

Os saberes tradicionais afrodiaspóricos e populares são práticas sociais elaboradas e transmitidas, a partir de experiências socioafetivas, as quais se encontram profundamente enraizadas nas relações estabelecidas na vida comunitária (Silva; Oliveira, 2021). Nesse sentido, a produção de saúde torna-se uma práxis social “[...] intrinsecamente relacionada às formas simbólicas de produção-recriação-reprodução de práticas sociais” (Silva; Oliveira, 2021, p. 97), como os processos de cuidado e cura, dotados de sentidos antirracistas e antissexistas, dentre outras lutas necessárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PaPS desenvolvida possibilitou compreender saberes e práticas populares de cuidado mobilizados por comunidades rurais do Rio de Janeiro como parte de vivências e estratégias de resistência, em grande parte protagonizadas por mulheres, além de reflexivas aos processos saúde-doença-cuidado e de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Apesar de tratar-se de narrativas e ações que poderiam favorecer o cuidado, a vigilância e a promoção da saúde, seu uso tende a torna-se limitado e pouco articulado às recomendações contidas em protocolos ministeriais sobre prevenção e cuidado à saúde, ou ainda, às práticas protagonizadas pelos serviços de atenção básica – aspecto que demanda ainda investigação e aprofundamento por meio de outras pesquisas. Isso nos alerta sobre a necessidade de que as recomendações técnicas possibilitem diálogos com os saberes e práticas das comunidades rurais e territórios de grande densidade cultural e existencial (material e imaterial).

Apesar de tantos limites, nosso grupo tem proposto práticas de educação permanente junto às equipes de saúde que atuam nos referidos territórios por meio da partilha dos achados e materiais educativos produzidos nessa pesquisa (Alves *et al*, 2022). Desta maneira, buscamos fomentar o cuidado compartilhado entre as comunidades e o espaço institucional dos serviços de atenção básica, a partir de saberes e soluções populares aqui enunciadas.

O desenvolvimento de práticas de educação popular em saúde junto às comunidades rurais fortaleceu o processo de PaPS. Como desdobramento qualificou as medidas de proteção, vigilância e educação em saúde junto às comunidades participantes. Nesse sentido, favoreceu o diálogo, a valorização de saberes e as estratégias de auto-organização popular construídas por essas comunidades-território.

Percebemos que as estratégias de resistência e as soluções populares construídas, via auto-organização desses territórios, mobilizaram universos distintos, sabe-

res nutridos de conhecimentos ancestrais (em muitos casos, resguardados por mulheres e transmitidos pela oralidade) e a partilha de vivências: saberes que brotam da terra, fundamentais à preservação da vida nos territórios rurais e tradicionais que aqui comparecem.

REFERÊNCIAS

ABA. Associação Brasileira de Agroecologia. Quem Somos. *Site ABA*, 11 nov. 2022.

Disponível em: <https://aba-agroecologia.org.br/sobre-a-aba-agroecologia/sobre-a-aba/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em APS da Abrasco. Relatório: desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. In: SEMINÁRIO VIRTUAL REDE APS/ABRASCO, 2020. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf. Acesso em: 07 nov. 2022.

ALVES, H. *et al.* Territórios rurais contra a Covid-19: saberes, fazeres e reflexões a partir da educação popular em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 26, p. 1-17, 2022.

ALVES, H. *et al.* Universidade e Extensão com movimentos populares: MST e rede de agroecologia serramar e quilombos. In: SOARES *et al.* (Org.). *Relações étnico-raciais e praxis insurgentes*. Porto Alegre: Editora Fi, 2022.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 140, p. 66-83, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRANDÃO, C. R. *A partilha da vida*. São Paulo: Cabral, 1995. Disponível em: <https://apartilhadavida.com.br/wp-content/uploads/2019/02/A-PARTILHA-DA-VIDA-rosa-dos-ventos.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

BRANDÃO, C. R. *O que é educação popular*. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. *Revista de Educação Popular*, Uberlândia, v. 6, n. 3, p. 51-62, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 849, de 28 de março de 2017*. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à política nacional de práticas integrativas e complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARNEIRO, M. J. T. Desenvolvimento territorial sustentável: o retorno ou a morte do camponês? In: MARTINS, R. C. *Ruralidades, trabalho e meio ambiente: diálogos sobre sociabilidades rurais contemporâneas*. São Carlos: Edufscar, 2014.

CARVALHO, P. D. *et al.* Sistemas alimentares em disputa: respostas dos movimentos sociais à pandemia Covid-19. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 37, n. 108, p. 1-18, 2022. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092022000100506&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mai. 2022.

COSTA, R. S. *et al.* Entre folhas e rezas: As sapiências de mulheres quilombolas sobre cuidado em saúde. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA - RBA, 31, 2018, Brasília. *Anais [...]*. Brasília: 31ª RBA, 2018.

FEDERICI, S. *Reencantando o mundo: feminismo e a política dos comuns*. São Paulo: Elefante, 2022.

FERIGATO, S. *et al.* The Brazilian government's mistakes in responding to the Covid-19 pandemic. *The Lancet*, Reino Unido, v. 396, n. 10263, p. 1, 2020.

FLOSS, M. *et al.* A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108920>. Acesso em: 04 nov. 2022.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 65. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81-99, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>. Acesso em: 04 nov. 2022.

GONZALES, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: GONZÁLEZ, L.; RIOS, F.; LIMA, M. (Org.). *Por um feminismo afro-latino-americano*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GT MULHERES AARJ. O Grupo de Trabalho de Mulheres da Articulação de Agroecologia do Rio de Janeiro. *Homepage*, 03 fev. 2024. Disponível em: <https://www.mulhereseagroecologiarj.com.br/>. Acesso em: 03 fev. 2024.

ICPHR. International Collaboration for Participatory Health Research. *Position Paper 1: What is Participatory Health Research?* Berlin: ICPHR, 2013. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_definition_-_version_may_2013.pdf. Acesso em: 30 maio 2022.

JARA, O. *A educação popular latino-americana: história e fundamentos éticos, políticos e pedagógicos*. São Paulo: Ação Educativa, 2020.

MACHADO, A. F. Filosofia africana: ética de cuidado e de pertencimento ou uma poética de encantamento. *Problemata*, Paraíba, v. 10, n. 2, p. 56-75, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7443/problemata.v10i2.49118>. Acesso em: 30 maio 2022.

MATTA, G. C. *et al.* *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

MARAFON, G. J. Relação campo-cidade: uma leitura a partir do espaço rural fluminense. In: SAQUET, M. A.; SUZUKI, J. C.; MARAFON, G. J. (Org.). *Territorialidades e diversidade nos campos e nas cidades latino-americanas e francesas*. São Paulo: Outras Expressões, 2011.

MÉLLO, L. M. B.D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: scoping review. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe1, p. 368-384, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E125>. Acesso em: 07 nov. 2022.

MINAYO, M. C. S. *et al.* *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MUELLER, T. *et al.* Impacts of the COVID-19 pandemic on rural America. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Nova Jersey, v. 118, n. 1, 2021. Disponível em: [10.1073/pnas.2019378118](https://doi.org/10.1073/pnas.2019378118). Acesso em: 30 maio 2022.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 302-314. set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>. Acesso em: 04 nov. 2022.

RODRIGUES, D. Desenvolver a educação inclusiva: dimensões do desenvolvimento profissional. *Inclusão: Revista da Educação Especial*, Brasília, n. 4, v. 2, p. 7-16, jul./out. 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=401-revista-inclusao-n-6&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 05 jan. 2024.

SANTOS, B. S. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almedina, 2020.

SEVALHO, G. A colonização do saber epidemiológico: uma leitura decolonial da contemporaneidade da pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 26, n. 11, p. 5629-5638, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.10442021>. Acesso em: 30 mai. 2022.

SILVA FILHO, O. J.; GOMES JÚNIOR, N. N. O amanhã vai à mesa: abastecimento alimentar e COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095220>. Acesso em: 30 mai. 2022.

SILVA, G. M. *O protagonismo das mulheres nas práticas de cuidado em saúde numa comunidade quilombola*: uma perspectiva das narrativas de vida. 2018. Monografia (Graduação em Enfermagem e Obstetrícia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, 2018.

SILVA, W. G.; OLIVEIRA, H. S. (org.). *Educação Decolonial e Pedagogia Freireana*: desafios de uma educação emancipatória em um cenário político conservador. Belo Horizonte: Sararé, 2021.

SOARES, M. R. P. et al. Machadinha: território quilombola, território de luta, território de gente acolhedora. In: GUELMAN, L. C.; SANTOS, J. A.; GRADELLA, P. A. *Prospecção e capacitação em territórios criativos*: desenvolvimento de potenciais comunitários a partir das práticas culturais nos territórios Cariri (CE), Madureira, Quilombo Machadinha e Paraty (RJ). Niterói: Ceart/Mundo das Ideias, 2017.

SOARES, M. R. P. Lutas e resistências quilombolas no Brasil: um debate fundamental para o Serviço Social. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 46, p. 52-67, 2020.

SOARES, M. R. P. Territórios insurgentes: a tecitura das lutas e das resistências de mulheres quilombolas. *Revista Katalisys*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 522-531, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e79280>. Acesso em: 30 mai. 2022.

SOARES, M. R. P.; COSTA, R. R. S.; ALVES, H. Territórios de resistências e de lutas: corpos femininos, ancestralidade e práticas contracoloniais. *In: SOARES et al. (org.). Relações étnico-raciais e práxis insurgentes*. Editora Fi, 2022.

VALENTE, P. A. *et al.* Narrativas sobre a Covid-19 na vida de mulheres quilombolas do Vale do Jequitinhonha: estratégias contracolonizadoras de luta e (re)existência. *In: MATTA, G. C. et al. (ed.). Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

WERNECK, G. L.. Cenários epidemiológicos no Brasil: tendências e impactos. *In: FREITAS, C.M.; BARCELLOS, C.; VILLELA, D. A. M. (Ed.). Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

WRIGHT, M.; KONGATS, K. (ed.). Participatory Health Research: Voices from Around the World. *Springer Nature*, Berlin, p. 3-15, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92177-8>. Acesso em: 30 mai. 2022.

O acadêmico de Medicina e a interprofissionalidade no consultório na rua: a prática colaborativa na atenção integral à saúde

*Elisabete D' Oliveira Paula Sousa
Magda de Souza Chagas*

INTRODUÇÃO

Diante das inúmeras questões de saúde apresentadas por comunidades cada vez mais diversas, complexas e dinâmicas, torna-se importante que as universidades incluam em seus currículos atividades que busquem sensibilizar o estudante de Medicina ante as questões que envolvam os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade, como os atendidos pelo Consultório na Rua (CnaR), de modo que o discente seja capaz de lançar novos olhares e, assim, enxergar integralmente os diferentes indivíduos que se apresentarão diante dele durante sua prática, bem como atuar de modo colaborativo com profissionais da saúde e de outras áreas ou, em outras palavras, por meio de ações alicerçadas na perspectiva da interprofissionalidade.

Contudo, para que os futuros trabalhadores se familiarizem com a interprofissionalidade, saibam aprender com o outro e sejam capazes de respeitar e valorizar as outras profissões, torna-se também essencial a promoção de ações colaborativas entre os estudantes de diversos cursos, uma vez que

em geral, os egressos dos cursos de graduação em saúde trazem uma visão estereotipada das demais áreas de atuação, que tende a desqualificá-

las e um dos motivos é a ausência de experiência de troca de aprendizado conjunto com colegas das diferentes áreas (Peduzzi, 2017, p. 44).

Nesse contexto, a Educação Interprofissional (EIP) e o Trabalho Colaborativo (TC) revelaram-se excelentes instrumentos de reflexão e transformação do processo ensino-aprendizado e da prática profissional amplamente abordados, mas de forma alguma esgotados, pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ Interprofissionalidade (PET-Saúde), que teve como um dos campos práticos o CnaR de Niterói, RJ.

A EIP é um dispositivo importante no desenvolvimento de profissionais equipados com habilidades que atendam as necessidades da comunidade e fortaleçam o SUS. Trata-se de

[...] uma intervenção na qual os membros de mais de uma profissão de saúde aprendem juntos, interativamente, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar de pacientes/usuários, ou ambos (Brasil, 2018, p. 61).

Esse conhecimento acerca do outro, e com ele construído, permite ao profissional um TC capaz de melhorar os resultados na saúde, fornecendo um serviço de melhor qualidade.

O PET-Saúde, instituído em 3 de março de 2010 pela Portaria Interministerial nº 421, no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação, tem como foco a qualificação de profissionais e a formação de estudantes por meio da seleção de trabalhos que integrem ensino-serviço-comunidade, centrados no desenvolvimento do SUS (Brasil, 2010). Em 23 de julho de 2018, publicou-se o Edital nº 10 objetivando-se a seleção de projetos submetidos pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e pelas Instituições de Ensino Superior (IES) para a edição Interprofissionalidade do Programa (Brasil, 2018).

Participam do PET-Saúde estudantes e professores de IES e profissionais da saúde, atuando respectivamente nas modalidades iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria (Brasil, 2010), ofertando-se ao aluno oportunidades de enriquecer sua formação em ambientes diversificados pelo contato com sujeitos com distintas realidades. Segundo Peduzzi,

não se trata de um aprendizado que vai ocorrer isoladamente nas salas de aula, mas de um aprendizado que ocorre de forma interativa com colegas de outras profissões em diferentes cenários de prática. O aprendizado se dá na medida em que os estudantes convivem em experiências

reais com profissionais e estudantes de outras áreas. A convivência é aprendido (Pедуzzi, 2017, p. 43-44).

Nesse contexto, o CnaR constitui excelente campo de ensino-aprendizagem e a população acolhida desafia o trabalhador, convidando-o a repensar continuamente suas práticas. As equipes do CnaR (eCnaR) assumem o papel de constituírem porta de entrada prioritária, mas não única, para a população em situação de rua (PSR), sendo essencial para garantir a equidade no acesso à saúde. Instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), “[...] integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB [...]” (Brasil, 2012, p. 13). O trabalho é itinerante, e para que os objetivos sejam alcançados, a responsabilização pelo sujeito que busca atendimento deve ser não apenas dessas equipes, mas também de outros serviços envolvidos com o cuidado (Brasil, 2012, p. 13, 33).

É preciso ter em mente que a definição de PSR vai além da ausência de uma habitação regular, pois nesse universo destacam-se as relações que o sujeito produz com o espaço da rua e as dinâmicas ali construídas. A política vigente define a PSR como um

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2012, p. 13).

O objetivo deste capítulo é compartilhar o relato de experiência de uma acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense, selecionada como estagiária-bolsista do PET-Saúde/Interprofissionalidade, atuando integrada à eCnaR de Niterói, RJ e assistida por tutores e preceptores com diferentes formações profissionais e interação com alunos de distintos cursos de graduação.

METODOLOGIA

A experiência relatada da acadêmica bolsista do PET-Saúde/Interprofissionalidade teve início no primeiro semestre de 2019 e término no primeiro semestre de 2021. A vivência ocorreu no CnaR de Niterói que integrou o PET-Saúde com três preceptores (um bolsista e dois voluntários) que atuavam no serviço e passaram a acompanhar três bolsistas de distintos cursos de graduação da UFF.

Tendo em vista que

a produção e a análise de narrativas vêm sendo utilizadas [...] como estratégia metodológico-conceitual para investigar e interpretar um campo vasto [...] da mediação entre as experiências dos sujeitos e seus diferentes contextos [...] (Pacheco; Onoko-Campos, 2018, p. 2)

utilizou-se a narrativa como ferramenta metodológica, pois esta esteve marcantemente presente durante o processo. As histórias dos pacientes eram repletas de valor; as que contavam e o que demonstraram por meio de gestos, expressões faciais e, inclusive, do silêncio. Nesse contexto, a narrativa destaca-se como “[...] um objeto inscrito em materialidades simbólicas que não se constituem como sistemas fechados, porém, indicam campos de possibilidades para seus sentidos e formas de estruturação” (Castellanos, 2014, p. 1069).

As experiências relatadas correspondem às vivenciadas de abril de 2019 a março de 2020. Na composição da narrativa, foram utilizados como base relatórios reflexivos escritos e enviados semanalmente ao preceptor e aos tutores, totalizando 44 relatos. Esses relatórios foram relidos, e os acontecimentos registrados passaram por novo processo reflexivo, uma vez que os fatos descritos não apresentam caráter estático; não são fotografias, são vivos.

Charon (2015, p. 36-37, 39, 60) fala da escrita que possibilita ao médico enxergar aquilo que ele não era capaz antes desse processo e que essa escrita em diversos momentos é capaz de gerar, “[...] reflexivamente, ainda mais escrita”, sendo o profissional alterado, da mesma forma que um composto após sofrer reações químicas, por tudo aquilo que escuta e recebe dos pacientes e que esse aumento na “[...] capacidade de metabolizar as narrativas complexas [...]” equipa o médico para sua prática. Os ricos cenários onde se desenrolaram os acontecimentos, tendo como atores diversos sujeitos, constituíram espaços singulares para reflexões, aprendizagens e troca de saberes.

Vale destacar que o relato será apresentado na primeira pessoa do singular com a intencionalidade de construir aproximação e intimidade entre escritoras e leitor(a).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Atuando no CnaR como estagiária do PET-Saúde, pude ver que, de fato, o território é dinâmico e vai além do espaço físico e dos limites geográficos previamente estabelecidos. Transformava-se o tempo todo, assumindo características distintas de acordo com os diversos grupos formados por atores com diferentes histórias, mo-

dos de enxergar a vida, formas de reagir ao que lhes era apresentado e de interagir com o ambiente e com o outro.

Pude me reunir com colegas de diferentes cursos e profissionais de diversos serviços e conhecer melhor o fluxo de usuários na rede. Meu envolvimento deu-se por meio de busca ativa do sujeito, visitas a abrigos e hospitais, reuniões com a eCnaR e outros profissionais, inserção em projetos direcionados a determinado território/grupo, realização de atividades que objetivavam a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o cuidado integral do sujeito etc. Os campos eram diversos: a rua, local principal, mas não único de atuação, um hospital, uma praça ou qualquer outro espaço onde o usuário do serviço pudesse ser encontrado.

A saída para a rua poderia ocorrer pela manhã, à tarde ou à noite. As dinâmicas da eCnaR e da PSR eram constantemente influenciadas pelas condições climáticas e profundamente sensíveis à situação de violência. Nesses preciosos locais, minha interação ocorreu com famílias, mulheres, homens, jovens, idosos, adolescentes, gestantes, usuários ou não de álcool e outras drogas, pessoas com e sem escolaridade, com e sem transtornos mentais, trabalhadores e desempregados, pessoas há poucos dias ou muitos anos em situação de rua, indivíduos com habilidades artísticas, dentre outros que formavam essa variada população.

Essa heterogeneidade fazia com que mesmo momentos breves de convivência fossem férteis em oportunidades para reflexão acerca das situações às quais a PSR está sujeita. As pessoas descritas são apenas algumas das que conheci durante minha trajetória e que, indubitavelmente, contribuíram muito para meu processo de formação, pois aprendi não apenas com preceptores, tutores, colegas da UFF, com a eCnaR e equipes de outros serviços, mas também com os usuários que, de modo espontâneo, são capazes de agregar conhecimentos àqueles que estejam abertos a essa forma de adquirir novos e profundos saberes.

Situações simples apresentavam potência para gerar aprendizado significativo, como a necessidade de atenção ao cenário na abordagem do sujeito. Havia momentos em que deixar o diálogo para outra ocasião era a escolha, como os de alimentação, do uso da droga e do sono – não despertá-lo era respeitar aquele instante em que talvez tivesse a oportunidade de descansar, pois muitos sentiam-se mais vulneráveis dormindo à noite; poderiam também acordar agitados e menos cooperativos. Um olhar atento era indispensável no reconhecimento de momentos oportunos para a realização de um trabalho que garantisse auxílio a quem necessitava, porém, com os devidos cuidados para se preservar a segurança da equipe e para que os vínculos criados não fossem rompidos, mas, sim, fortalecidos.

Pude ver na prática quais doenças mais acometem a PSR. Tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, uso prejudicial de álcool e outras drogas, doenças nos membros inferiores, escabiose, hipertensão, problemas de saúde bucal

eram comumente encontrados, além de situações de violência. Eram escutadas demandas físicas e também psicológicas e sociais, que, em hipótese alguma, podiam deixar de ser percebidas. Não era raro encontrarmos pessoas apresentando estado confusional, e não fazer julgamentos era essencial na prestação do serviço. Era necessário o cuidado de não se atribuir à droga toda e qualquer alteração comportamental que o sujeito apresentasse, sendo imprescindível um olhar atento, cuidadosamente dirigido aos variados cenários.

Outra situação que produziu marcas foi escutar dos usuários as dificuldades para que fossem atendidos com dignidade por profissionais de outros serviços. Ouvi frases em relação à atuação médica como: “Os(As) médicos(as) nem me olham!”, “Só quem cuida de mim são os(as) enfermeiros(as)!”; “Estava com muita dor e o(a) médico(a) mandou eu procurar o posto de saúde!”, “Ele(a) nem tocou em mim!” Era comum tomar conhecimento de que um paciente internado “saiu à revelia” – não digo ser esse o principal motivo e muito menos o único, mas é razoável pensar que não queremos permanecer onde não somos bem-recebidos; mas tenho conhecimento de que existem situações opostas, onde a internação mais prolongada por motivos sociais é uma realidade – pude ver isso na prática também.

Há muitos profissionais que tratam os pacientes com dignidade e diversas questões prejudicam a qualidade do serviço ofertado. Não posso afirmar que o tratamento relatado era dispensado apenas à PSR ou que outros também se sentiam da mesma forma, mas seja como for, esses sentimentos de invisibilidade e desamparo não deveriam invadir ninguém. Constantemente pessoas procuravam auxílio no CnaR para enfermidades que dependiam de atendimento no setor de emergência, pois sabiam que seriam acolhidos, mas eles eram encaminhados, às vezes, transportados, ao local adequado a cada situação.

Sempre acreditei que o cuidado deve fazer parte da atuação de todo profissional da saúde, mas não era a primeira vez que ouvia que esse está intimamente associado à prática da enfermagem, porém, extremamente distante do trabalho médico. Sem dúvida, o diagnóstico rápido de uma doença, de modo a instituir tratamento adequado e imediato sempre que possível, é essencial, mas há muitas questões que vão além dessa etapa inicial e das quais dependerão o sucesso do projeto terapêutico a ser construído, uma vez que em diversas ocasiões, o cuidado é a prática que vem primeiro e que forma vínculos. O exposto reforça a necessidade do atendimento integral por meio do adequado acolhimento, da escuta sensível e da criação do vínculo positivo com o usuário, tendo como norte a promoção do cuidado.

Recordo-me dos primeiros encontros com colegas de outros cursos que atuavam no CnaR e que, após troca de ideias, revelaram-se surpresas, pois, por meio das observações/análises que realizavam do meu discurso e das minhas ações, eu

não aparentava, na percepção deles, ser uma acadêmica de Medicina, uma vez que a imagem que tinham desses alunos era muito diferente da estudante diante deles. Não consideravam que o futuro médico pode ter uma visão integral do sujeito e estar aberto ao diálogo com outros profissionais, partilhando o cuidado e atuando colaborativamente. Nesse cenário, o processo de desconstrução de estereótipos por meio do convívio com o outro foi essencial.

Percebi que nem sempre o que era colocado em prática atingia os objetivos inicialmente propostos. Havia momentos em que os resultados alcançados superavam as expectativas; já em outros, esses ficavam aquém do esperado pela equipe e do que o usuário necessitava. Contudo, ser capaz de fazer uma autoavaliação e de estar aberto a repensar estratégias e criar novos objetivos ou transformar os antigos também são exercícios essenciais ao se dedicar à produção do cuidado.

DISCUSSÃO

A educação interprofissional traduz-se como um dispositivo educacional importante quando se fala em desenvolvimento de profissionais que estejam equipados com habilidades capazes de atender as necessidades em saúde da comunidade e de fortalecer os sistemas de saúde de seu país. Trata-se de

[...] uma intervenção na qual os membros de mais de uma profissão de saúde aprendem juntos, interativamente, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar de pacientes/usuários, ou ambos (Brasil, 2018, p. 61).

Esse conhecimento acerca do outro – e construído com o outro – permite ao profissional uma colaboração que seja capaz de melhorar os resultados alcançados na saúde, fornecendo aos usuários um serviço de melhor qualidade.

Organizando grupos constituídos de discentes de diferentes cursos, o PET-Saúde/Interprofissionalidade tem como uma de suas competências a promoção do convívio com diversos atores, possibilitando a troca de experiências.

Contrastando com tal situação existe a força do modelo tradicional e hegemônico de formação, fundamentado na compartimentalização do saber e que estabelece fortes barreiras para o diálogo de saberes e práticas (Costa, 2017, p. 14).

Infelizmente, a EIP não é realidade em grande parte das universidades brasileiras e, quando se fala em atividades regulares obrigatórias com foco na interprofis-

sionalidade, essa educação é ofertada em uma minoria dessas IES. Nessa ótica, líderes e gestores educacionais, e não apenas educadores, precisam estar comprometidos com o projeto de EIP (Reeves *et al.*, 2016, p. 660).

Nesse debate, merece destaque a complexidade para que o acadêmico de Medicina se reúna com estudantes de outros cursos, exigindo a adoção de medidas que dissolvam barreiras que os separam da EIP. O grande número de alunos por turma, a falta de espaço para recebê-los, os requisitos para acreditação profissional, a inflexibilidade curricular e as diferenças nos tempos de conclusão entre cursos constituem barreiras organizacionais ao êxito da EIP (Reeves, 2016, p. 190; Guraya; Barr, 2018, p. 162). Entretanto, essa interação entre estudantes de diferentes cursos desde o início da formação é fundamental para dissipar estereótipos, ampliando o conhecimento a respeito das outras profissões, uma vez que a EIP é capaz de fomentar o adequado entendimento acerca do valor e da importância dos outros trabalhadores no exercício da prática interprofissional (Guraya; Barr, 2018, p. 164).

Para Reeves *et al.* (2016, p. 659; 561), em estudo de revisão sistemática sobre os efeitos da EIP, a convivência entre alunos tem pouco impacto no fortalecimento e na dissipação de estereótipos, sugerindo que o trabalho interprofissional ocorre porque esses alunos veem os participantes do projeto como atípicos quando comparados aos não participantes, mantendo visões preconcebidas e tradicionais. Porém, os autores observaram que a EIP estava ligada ao desejo de melhorar a qualidade do serviço por meio da colaboração interprofissional e que, independentemente dessa visão estereotipada, os alunos ainda eram capazes de manter interações interprofissionais positivas.

Entretanto, não se pode ignorar o fato de que a ausência de apoio institucional dá à EIP um caráter de atividade complementar aos currículos acadêmicos, resultando em desafios para a sua implementação e incorporação nos currículos (Reeves *et al.*, 2016, p. 660). Embora não pertencesse à grade curricular obrigatória, o PET-Saúde/Interprofissionalidade veio, de certa forma, suprir algumas dessas demandas, mas foram relativamente poucas as oportunidades disponibilizadas e, quando se projeta um olhar sobre alunos de Medicina, percebe-se que essas vagas estavam ainda aquém das necessárias para a construção de atores colaborativos e que tenham visão integral do indivíduo, dado o grande número de alunos que constitui cada turma.

Outro ponto relevante é que, lamentavelmente, diversos estudantes não têm a oportunidade de se familiarizarem com uma população que se encontra em maior vulnerabilidade, como a composta pelos indivíduos em situação de rua e/ou pelos que fazem uso prejudicial/abusivo de álcool e outras drogas. O foco altamente direcionado para o diagnóstico e tratamento das doenças acaba esmaecendo o atendimento integral de qualidade e o emprego da prática interprofissional. “O desafio,

portanto, não está somente no cumprimento da universalidade e da equidade, mas na qualidade da atenção oferecida” (Hallais; Barros, 2015, p. 1501).

Diante da PSR, o acadêmico de Medicina deve ter em mente que cada indivíduo precisa ser visto, como qualquer outro, em sua singularidade, pois ainda que dividam o mesmo espaço – a rua –, cada pessoa é única. Por meio do envolvimento com o CnaR, o estudante percebe as inúmeras questões apresentadas pelos usuários que perpassam pela saúde física e/ou mental e também pela família, renda, moradia etc., sendo a forma como são acolhidos pelos profissionais e o cuidado que lhes é oferecido essenciais na realização do trabalho eficaz, pois

na produção de um ato de saúde, coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. [...] Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseções com os usuários (Merhy, 2004, p. 117).

O trabalho no consultório na rua é desafiador, sendo necessário estar atento à singularidade do sujeito, pensar em distintas estratégias para aproximação e vinculação, oferecer diferentes recursos ao enfrentamento de necessidades, escutar atentamente cada queixa e, juntamente com o usuário, procurar atender suas demandas, promover em consultórios, calçadas, parques, areias da praia... um ambiente acolhedor que atraia a PSR não apenas nos momentos de adoecimento do corpo e/ou mente, levando-a a enxergar os serviços como locais de cuidado integral, promoção da saúde e prevenção dos agravos.

[...] O trabalho em saúde se dá em ato. Quanto mais os atos em saúde forem afetados pela singularidade do encontro, maior a possibilidade de produção de respostas que façam sentido para as duas partes, mais vivo o trabalho (Merhy *et al.*, 2019, p. 73).

É possível pensar na oferta de serviço de qualidade mesmo diante de tantas adversidades como as encontradas na interação com a PSR, embora não seja fácil. A realização de um trabalho articulado com as necessidades do usuário e a complexidade que cada existência carrega e o compartilhamento da produção de um serviço que ofereça cuidado no seu sentido/dimensão mais amplo, torna-se possível no TC com o grupo no qual estamos inseridos e com outras equipes. “O cuidado

pertence a todos, não é nem exclusivo da saúde, pois família, amigos, professores cuidam” (Merhy *et al.*, 2019, p. 78). “[...] há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado” (Merhy, 2004, p. 122).

Para além da formação técnica e específica de cada profissional, deve haver um desejo compartilhado dos trabalhadores de ofertar ao usuário do SUS um serviço de alta qualidade, associado ao acolhimento e à formação de vínculos, que possibilite acesso integral aos recursos disponíveis e necessários ao cuidado e que esse atendimento seja integral também no modo de enxergar o sujeito, devolvendo-lhe seu protagonismo. O TC auxilia profissionais de saúde a resolverem os complexos problemas apresentados pelos usuários do serviço e ajuda a melhorar sua capacidade de utilizar outros recursos (Guraya; Barr, 2018, p. 164). Deste modo, segundo Ceccim,

se as práticas já existiam antes de uma profissão, elas eram executadas por quem as aprendia/apreendia, valendo o domínio de competências e habilidades, não a posse de um título. Se o tratamento de doenças é objeto nuclear da medicina, não faz sentido supor que qualquer profissão de saúde esteja em serviços sanitários sem intenção de intervenção terapêutica; se o cuidado é objeto nuclear da enfermagem não é razoável admitir que se diagnostica, prescreve e submete alguém a tratamento sem cuidar dessa pessoa, seus familiares e seu grupo social; se a escuta é objeto nuclear da psicologia, também é óbvio que não se pode cuidar e tratar sem escutar (Ceccim, 2017, p. 51).

Além da construção do vínculo por meio de interações interpessoais entre a PSR e a equipe, para que o projeto terapêutico singular a ser construído seja adequado, é imprescindível pensar com o usuário estratégias que auxiliarão no enfrentamento das condições experimentadas, tanto como ser social, pois a PSR também estabelece relações com aqueles à sua volta, quanto como indivíduo, impulsionando-o ao protagonismo de sua vida. Esse projeto será mais rico quando diversos profissionais da Rede de Atenção à Saúde se articularem para partilhar essa responsabilidade com a eCnaR, diagnosticando não apenas doenças, mas também outras questões com foco na pessoa em sua totalidade. Esse “[...] diagnóstico deve possibilitar à equipe um olhar focado em um tripé: território, grupo social e singularidade do sujeito” (Brasil, 2012, p. 34).

O olhar acolhedor, sensível, cuidadoso, amplo, singular, despojado de preconceitos e julgamentos é uma ferramenta valiosa na compreensão da dinâmica dos processos vivenciados pela PSR. “[...] É preciso desenvolver um acolhimento que potencialize o encontro e promova uma relação de troca entre usuário e profissio-

nal de saúde” (Hallais; Barros, 2015, p. 1502). Saber reconhecer a particularidade do sujeito é primordial para que ações adotadas sejam significativas, ou seja, que sejam capazes de afetá-lo – e de afetar o profissional – e para que sejam capazes de ter sua origem também, a partir do movimento ativo do próprio indivíduo, promovendo transformações indelévels. Nessa perspectiva, o “acolher se transforma em ferramenta e atua sobre a escuta, não mais seletiva e classificatória, mas no que opera no ato do encontro [...]” (Abrahão; Merhy, 2014, p. 316).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É impossível, ou pelo menos mais difícil, pensarmos em trabalhadores imersos em uma lógica interprofissional sem antes pensarmos em acadêmicos envolvidos desde o início em práticas colaborativas em saúde, ou seja, sem pensarmos antes em EIP. Reflexões acerca da formação e da futura prática médica baseadas nas experiências vivenciadas durante a interação de graduandos de Medicina com estudantes de outros cursos, usuários dos serviços e diferentes profissionais são essenciais na aquisição de novas habilidades/ferramentas valiosas na oferta de um serviço de alta qualidade.

Pensar em outras formas de atender às pessoas em situação de vulnerabilidade, particularmente a PSR, é um desafio ainda maior quando não se tem como foco principal o sujeito, mas, sim, o diagnóstico e o tratamento de doenças e quando a prática é pautada na atuação individualizada do profissional. É preciso atenção e disponibilidade para se empregar outras formas de auxílio, podendo o médico exercer o cuidado utilizando-se de competências que vão além da sua formação técnica inicial. Essas complexas, diversas e dinâmicas demandas têm o potencial de oferecer ao profissional a aquisição de novos saberes e a ampliação e/ou transformação dos que ele já possui.

Imerso em práticas colaborativas, o acadêmico de Medicina pode perceber que, embora o trabalho se dê de modo interprofissional, há momentos em que compete a um e não a outro a execução de determinadas tarefas, tendo como exemplos a realização do curativo, a prescrição do medicamento e a elaboração de determinado documento. Situações como as apresentadas ocorrem em diversos momentos, e saber reconhecer as limitações é essencial. Contudo, isso não implica dizer que a responsabilização pelo usuário não deva ser de todo profissional, devendo este estar comprometido com o cuidado, pois a formação do vínculo em uma perspectiva interprofissional é essencial, sendo a presença de uma equipe que trabalhe de modo colaborativo ferramenta valiosa para a realização de um serviço eficaz.

Embora a EIP esteja na pauta das discussões no Brasil, com maior intensidade nos últimos anos, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados para sua ampla implementação e posterior consolidação. É preciso ter em mente que não bastam alunos e professores comprometidos com uma educação na lógica interprofissional, é necessário também um apoio institucional que forneça à comunidade acadêmica condições não somente de desenvolver uma EIP de qualidade, mas também de mantê-la e aperfeiçoá-la ao longo dos anos, superando barreiras orçamentárias, curriculares, na formação docente, estruturais, políticas, dentre outras.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 18, n. 49, p. 313-324, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 10, 23 de julho 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. *Diário Oficial da União*, seção 3, Brasília, DF, ano 141, p. 78, 27 jul. 2018.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 maio 2021.

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R. F. C. (org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

CHARON, R. *O corpo que se conta: por que a medicina e as histórias precisam uma da outra*. São Paulo: Letra e Voz, 2015.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

GURAYA, S. Y.; BARR, H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, Maryland, v. 34, n. 3, p. 160-165, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009>. Acesso em: 01 maio 2021.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>. Acesso em: 08 maio 2021.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n.6, p. 70–83, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Acesso em: 07 maio 2021.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 09 maio 2021.

PACHECO, R. A.; ONOCKO-CAMPOS, R. “Experiência-narrativa” como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200608&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 6 jun. 2021.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide Nº. 39. *Medical Teacher*, Londres, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Acesso em: 01 maio 2021.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Acesso em: 01 maio 2021.

Contribuições das autoras

O material apresentado é produto do trabalho de conclusão de curso de Medicina de Elisabete D' Oliveira Paula Sousa, cuja orientadora foi Magda de Souza Chagas.

Conflito de Interesses

Declaramos não haver conflito de interesses.

Financiamento

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde/Inter-profissionalidade) 2019-2021 (Edital nº 10, de 23 de julho de 2018, Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde).

PARTE 2

Estratégias de formação e educação em saúde

Boa Noite, Bom Dia, Huap!

Sons, cores e afetos no hospital universitário

Célia Sequeiros da Silva

Lenita Barreto Lorena Claro

Catharina Albiero Bueno Ramos

Mariana de Castro Gonçalves

Thalisson Serrath de Carvalho

Thalles Spinelli Rodrigues

Thamires Ribeiro da Silva

O PROJETO DE EXTENSÃO

O projeto nasceu de um estudante de Medicina da Universidade Federal Fluminense, hoje médico. Como músico, esse aluno observava o silêncio e tristeza que predominavam no ambiente do hospital universitário no fim da tarde e à noite, quando a movimentação de estudantes e profissionais diminuía, e propôs levar música, conversas e outras atividades aos pacientes, em visitas nesse horário. Desse modo, eles teriam uma noite melhor e, ao despertar, um dia melhor – Boa Noite, Bom Dia (BNBD). A proposta foi transformada em projeto de extensão, a partir de 2008.

Há 16 anos, o BNBD tem reunido estudantes dos diversos cursos da área da saúde, na UFF, e alguns de outros cursos, em atividades nas enfermarias do Hospital Universitário Antônio Pedro (Huap) e em diversas oficinas.

Dois projetos de pesquisa, vinculados ao BNBD, foram desenvolvidos: Boa Noite, Bom Dia, Huap – Avaliação dos Efeitos na Formação dos Estudantes da Área da Saúde e Percepções de Pacientes e Profissionais sobre as Atividades do Programa de Extensão Boa Noite, Bom Dia, Huap nas Enfermarias do Hospital Universitário Antônio Pedro. O primeiro originou a dissertação de mestrado de autoria de uma

das coordenadoras do projeto (Silva, 2013) e o segundo deu origem um artigo científico (Claro *et al.*, 2017).

A equipe de profissionais do BNBD é composta, atualmente, por uma professora e uma terapeuta ocupacional, do Departamento de Saúde e Sociedade (Instituto de Saúde Coletiva). Já tivemos na equipe outro professor e uma enfermeira do Huap, que estão aposentados. Temos contado com um bolsista de extensão, que, além de colaborar na organização, auxilia na condução dos grupos de estudantes, durante as visitas, e na execução de músicas com violões e outros instrumentos musicais. Os autores deste capítulo, além das duas coordenadoras, são profissionais de saúde que participaram, durante anos, como estudantes, do projeto e da sua equipe executora.

As atividades do projeto têm dois propósitos principais: contribuir para aprimorar as habilidades comunicacionais e de relacionamento interpessoal dos estudantes da área de saúde e contribuir para melhorar a qualidade do período de hospitalização de pacientes do Huap e seu bem-estar de uma forma integral. Outro propósito, vinculado ao primeiro, é estimular o potencial criativo e artístico como elemento importante para a manutenção da saúde dos estudantes e profissionais e para o burilamento da sua sensibilidade, empatia e autoconhecimento.

Superar a dicotomia, na formação dos profissionais de saúde, entre razão e emoção, entre os aspectos técnicos, curativos e os aspectos relacionais, voltados ao cuidado, é um desafio que as mudanças curriculares têm buscado enfrentar (Brasil, 2001; 2014; Koifman, 2001; Costa *et al.*, 2018). Nesse sentido, os currículos têm procurado incorporar alguns conteúdos das ciências sociais e humanas e desenvolver habilidades e atitudes como o reconhecimento das emoções – próprias e do outro –, a empatia, a solidariedade, o acolhimento e a comunicação (Ferreira, 2005; Gontijo *et al.*, 2013; Rios, 2016; Makuch; Zagonel, 2017; Turini *et al.*, 2008; Sucupira, 2007).

A introdução de saberes como a arte, no campo da saúde, também é um passo nessa direção. A arte, ao se valer de uma linguagem não verbal e simbólica, proporciona um diálogo com o universo interior das pessoas, o que facilita processos de reflexão, percepção, organização e autoconhecimento, além de colaborar com o estabelecimento de vínculos e a comunicação interpessoal (Tapajós, 2002; Silva *et al.*, 2019).

A tão falada e tão estudada “humanização” requer outro olhar para a compreensão do que seja o humano e suas singularidades e complexidades (Benevides; Passos, 2005). Desse modo, “humanizar” a saúde é construir novos territórios e redes em que os trabalhadores possam se sentir parte desse processo de construção. Isso inclui necessariamente uma formação de profissionais voltada para o cuidado com o outro, na busca de valorizar “as tecnologias relacionais” que vários

autores, dentre eles, Merhy e Franco (2006), propõem para o trabalho em saúde. E, acima de tudo, é uma busca que integre um conhecimento, por parte dos estudantes da área de saúde, e que parta de uma aprendizagem baseada em situações reais, contextualizadas.

Os estudantes vivenciam, no seu cotidiano dentro da universidade, a dicotomia entre a teoria e a prática. E quando conseguem ter alguma relação com a pessoa de quem vão cuidar futuramente ou com disciplinas que o ajudem a “juntar os conteúdos”, eles identificam aí uma formação mais “humanizada”. O BNBD ocupa, de acordo com as falas, um lugar significativo na formação desses alunos, pois contribui para unir o corpo teórico com a relação de cuidado tão fomentada no trabalho em saúde:

[...] depois de um tempo, o projeto traz uma visão mais humanizada do paciente. Para a aula de Semiologia, me ajudou muito; se eu não tivesse participado do projeto, acho que eu não teria tanta desenvoltura com o paciente. A gente se aproxima mais do paciente... quando eu ia fazer anamnese, eu sentava e conversava sobre outras coisas, porque eu já sabia a importância disso na prática com o projeto. Hoje, eu sou uma pessoa muito mais cuidadosa, as pessoas comentam.... são coisas pequenas. Pequenos gestos, que adquirimos no BNBD. É enxergar as outras necessidades, além dele ser curado. De existir um outro cuidado do outro lado.. .conhecer ele enquanto pai de família, outros momentos da vida dele... sem medo... acho que o BNBD é a prática da teoria que a gente vê na faculdade... um paciente não é uma doença, é uma pessoa... isso é o que chamo de humanizar [...] (Entrevista, estudante de Medicina, 10º p.).¹

Na formação de profissionais de saúde, geralmente são escassas as iniciativas que visam à integração dos currículos dos diferentes cursos e a convivência de estudantes desses cursos (Souza *et al.*, 2021; Garcia *et al.*, 2005; Souza; Moreira, 2008). As atividades de extensão universitária têm se mostrado instrumentos potentes no sentido de favorecer a integração multiprofissional e o desenvolvimento da dimensão relacional, do “cuidado”, na formação desses estudantes (Silva, 2012; Lanzieri *et al.*, 2011; Hennington, 2005; Saraiva, 2007).

¹ Todos os relatos que compõem este capítulo fazem parte do projeto de pesquisa Boa Noite, Bom Dia, Huap – Avaliação dos Efeitos na Formação dos Estudantes da Área da Saúde, cujos resultados estão descritos na dissertação de mestrado de autoria de uma das coordenadoras do BNBD (Silva, 2013).

[...] o BNBD é uma forma de conhecimento, você está conhecendo o paciente, você está tendo uma sensibilidade diferente, de saber agir em grupo e em um grupo multiprofissional, porque vem estudante não só de Medicina, vem da Enfermagem, vem da Farmácia, tem de outras áreas da saúde. Então, eu achei bem bacana, bem legal, inclusive, pelos professores também, que nos acompanhavam: a Lenita, um médico também, de bigodinho, que eu não lembro o nome dele, que usava o jaleco ao contrário, todo colorido, e a Jussara, eram esses três. (Entrevista, estudante de Medicina, 8º p.).

[...] uma coisa importante que eu acho sobre o projeto e a nossa formação é essa relação entre os profissionais. Falam muito de trabalho em equipe de vários profissionais de saúde, mas a gente não tem uma disciplina ou atividade curricular que nos faça interagir em equipe. A gente tá num lugar, o pessoal da Enfermagem tá em outro, a gente quer fazer um procedimento, aí o pessoal da Enfermagem tem que parar pra gente chegar no paciente e fazer. Aqui, no BNBD, a gente vai pelo menos fortalecer laços com o pessoal da Enfermagem e de muitos cursos da saúde; eu acho muito importante a gente estar na enfermaria junto. (Grupo focal, estudante de Medicina, 6º p.).

Propiciar atividades grupais é constituir um espaço privilegiado de trocas e experiências, de construção de redes solidárias, de apoio, que, na perspectiva da formação, podem amenizar possíveis sofrimentos e isolamentos por parte dos estudantes. Segundo Barros (2006), a possibilidade de troca e construção de uma grupalidade solidária ajuda “na fragilidade do viver”.

AS VISITAS MUSICAIS

As visitas musicais são uma tecnologia de cuidado relatada em algumas experiências, em diferentes hospitais (Bergold, 2009; Claro *et al.*, 2017)

O BNBD realiza essas visitas, atualmente, semanais (já atuamos três vezes por semana), às diversas enfermarias e setores do hospital onde se encontram pacientes internados, no horário das 18h às 20h. O grupo, composto por um profissional, o bolsista de extensão e os estudantes participantes, após pedir permissão para a visita aos profissionais da enfermaria, conversa com os pacientes e acompanhantes, pergunta se querem ouvir músicas e quais as preferências e interage com eles por meio das músicas e conversas.

Antes das visitas, o grupo se reúne na sala do Departamento de Saúde e Sociedade, conversa, ensaia músicas, afina os violões, escolhe as enfermarias que vai visitar

e se prepara com adereços coloridos, maquiagens e outros recursos que mudam a forma como estarão nas enfermarias – não mais usando jalecos brancos, porém, coloridos, leves, podendo se ver e ser vistos de formas diferentes, criativas, inusitadas. Estes momentos de descontração são uma etapa fundamental do projeto:

Assim, vamos chegando devagar, de uma rotina pesada de aulas e trabalho [...]. É cuidando da chegada dos alunos que iniciamos nossa jornada. Enquanto conversamos, alguns despejam suas mochilas e procuram o violão ou algum outro instrumento, as pastas com letras e cifras das músicas... e começa a afinação. Os rostos vão mudando, mais descontraídos. Os sorrisos vão surgindo, seguidos de brincadeiras. Mesmo as conversas mais sérias, ainda sobre a última prova ou a quantidade de matéria, vão sendo diluídas e amenizadas pelas solidárias sugestões dos colegas, e muitas vezes minhas também, afinal, sou mais um componente do grupo. A troca é inevitável. (Relato profissional 2).

Durante as visitas, a oportunidade de conhecer, conversar com diferentes pacientes hospitalizados, com seus acompanhantes, tem trazido uma riqueza de aprendizados para os estudantes que incluem a maior facilidade de olhar, ouvir o outro e se comunicar com ele:

O BNBD mantém, deixa que a gente fique sempre em contato com o paciente. Uma coisa que eu percebi é que quando a gente chega ao quinto período e começa a ter contato maior com o paciente, as pessoas que fazem BNBD têm uma facilidade muito maior de chegar e conversar com o paciente, não têm tanto aquele medo de chegar e olhar pro paciente, a gente ganha muito isso... Muitas pessoas têm medo mesmo, não sei, de olhar pro paciente, conversar, abraçar. Então, eu acho que isso ajuda bastante. (Grupo focal, estudante de Medicina, 6º p.).

Entrei para o BNBD em 2006. A gente não tem a percepção na faculdade do contato com o paciente. Quando fomos, foi uma surpresa, porque era uma coisa inovadora dentro da faculdade em comparação com as outras possibilidades de extensão. Além de ser multi, envolver várias áreas da saúde, tinha aquela coisa de agregar algo ao paciente. O projeto foi um transformador para a minha concepção como profissional da saúde. E também como ser humano, a gente vê o paciente mais de perto, porque na faculdade a gente não tem isso. Hoje em dia, já se tem essa visão do farmacêutico mais próximo do paciente, orientando, mas o nosso curso não tem isso. A gente não tá acostumado a lidar com o paciente na

prática, como lidar com ele. Temos muita teoria, mas não temos essa prática. O BNBD foi muito importante para essa percepção. (Entrevista, farmacêutico formado pela UFF).

[...] Entrei na faculdade e, no primeiro momento que eu entrei e que eu tive que fazer o primeiro contato com o paciente, eu me senti muito perdido, eu era inseguro pra falar com o paciente, eu não conseguia ter iniciativa. Então, esse projeto, uma das principais contribuições dentro da área da saúde com relação ao paciente, foi na comunicação, na maneira de você saber iniciar uma conversa, como você entender até um não, porque muitas vezes nós somos recebidos durante o projeto pra entrar numa sala, e ele fala: 'Não, não estou me sentindo confortável! (Entrevista, estudante de Enfermagem, 7º p.).

A possibilidade de participar continuamente das visitas do BNBD oferece, dentre outros aspectos, um convívio com situações e pessoas em condição de muita vulnerabilidade. Esse convívio prepara, de alguma forma, cada aluno, no que ele pode no momento suportar para o que chamamos de uma relação de alteridade. Vemos, nos relatos, o respeito pelo outro, o se emocionar com a dor do outro, a percepção do outro sendo mais refinada e aguçada. Eles se preparam para esses encontros, e seus efeitos repercutem neles quando voltam para casa. Chegam tarde da noite em casa e vão pesquisar músicas pedidas no dia ou que não souberam tocar ou não conheciam. Compartilham relatos sobre os encontros nas redes sociais vinculadas ao projeto. É um convívio intenso, porém, não focado na doença, e sim nas necessidades afetivas do outro.

As dificuldades encontradas pelos alunos em lidar com as emoções, com os sentimentos próprios e os do outro, criam a crença, comumente compartilhada, de que o profissional de saúde tem de se acostumar a conviver com o sofrimento. E aprender a não se “envolver” com a dor do outro. Mas percebemos, na experiência com os alunos que participam do projeto, que, à medida que podem se aproximar dessa “dor” de um outro jeito, vão aprendendo a lidar com suas próprias emoções e limites necessários numa relação terapêutica.

Porque o que a gente percebe muito nas pessoas da área da saúde, seja pela carga horária ou pelas condições de trabalho, enfim, uma série de dificuldades que encontramos aí fora, a gente tende muito a se dessensibilizar com o que a gente vê. A gente fica muito acostumado a tomar como coisas costumeiras do dia a dia ver as pessoas sofrendo, acaba tendo que aprender a lidar com isso de certa forma, até porque se você sofrer junto com cada pessoa que você vê sofrendo, uma hora você vai se

desestabilizar. E o projeto justamente se contrapõe a isso. Ele oferece uma forma de você estar, dentro das suas possibilidades, estabelecendo um vínculo com essas pessoas, que num outro momento, você estaria simplesmente tentando não assimilar o sofrimento delas. Você tenta estabelecer um vínculo com essas pessoas, tenta conhecê-las melhor, estabelecer uma relação mais do que profissional, sentimental, de amizade e isso, sem dúvidas, traz benefícios pra você, pois você passa a tomar essa atitude como uma atitude do dia a dia. (Entrevista, médico formado pela UFF).

Após as visitas, o grupo de reúne novamente para avaliar a atividade do dia, compartilhar histórias, experiências, emoções, como a descrita abaixo no relato de uma estudante:

Indescritível... não tenho o que falar, só quem estava lá para saber a emoção, o clima... Tudo era diferente. Mas vou me esforçar para passar tudo o que senti ali. Era mais uma quarta-feira normal, cheguei no hospital no mesmo horário de sempre e chegando lá, me pintei juntamente com algumas meninas e fomos na ala masculina... Ah! Fico sem ar só de lembrar! A princípio, cantamos adivinha qual? “Entra na Minha Casa”.... e depois “Ressuscita-me”, até aí nada de novo, tudo normal... Mas quando prosseguimos nossa visita, eis que surge uma doce e linda surpresa: nós fomos encantados, em vez de encantar, nos emocionamos, em vez de emocionar, os papéis se inverteram, e nós estávamos ali como simples espectadores. Dois pacientes que ali estavam dão um *show* nos violões: “Bate outra vez, com esperança, o meu coração, pois já vai terminando o verão, enfim...” E o melhor momento para mim foi quando cantamos: “É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã...” E nessa canção, um dos pacientes olhou nos meus olhos e agradeceu, não com a boca, e sim com os olhos de alguém que estava aprisionado pela dor, mas a música o libertou, me libertou, libertou a todos nós. (Estudante de Enfermagem, 2012).

Durante os anos de 2020 e 2021, devido à pandemia da Covid-19 e à consequente impossibilidade de frequentar as enfermarias do Huap, o grupo teve de buscar alternativas e reinventar a sua forma de atuação. Para isso, foi criado um canal de vídeos na plataforma *YouTube*, sob o título projeto Boa Noite, Bom Dia, Huap.

Nesse canal foram produzidos e postados, principalmente, vídeos musicais, na forma de mosaicos, com a participação dos alunos do projeto, que gravavam os vídeos individualmente e estes, mais tarde, eram reunidos em um vídeo único e

editado. Além de vídeos musicais, eram postados outros com histórias, mágicas, desenhos e vários conteúdos lúdicos produzidos pelos alunos, formando um conteúdo diverso para alcançar diferentes públicos.

Durante 2020, os vídeos foram postados duas vezes por semana e, em 2021, uma vez por semana. Foi postado um total de 75 vídeos diversos, que eram divulgados, por profissionais de saúde e estudantes, para os pacientes do Huap e mesmo de outros hospitais, e, além disso, o modelo remoto do projeto possibilitou alcançar também pessoas que permaneciam isoladas em suas casas.

O canal possui mais de 300 inscritos e, durante o ano de 2020, obteve um total de 3.876 visualizações e, em 2021, 2.341 visualizações.

Esse novo formato do projeto apresentou uma boa receptividade pelos usuários e inscritos do canal, que interagiam constantemente por meio de comentários postados e eram incentivados a solicitarem músicas, como é feito no projeto no seu formato original das visitas musicais.

Além das visitas musicais, o BNBD tem organizado oficinas com os estudantes – espaços de ricas experimentações sensoriais, corporais, lúdicas, ou para trabalhar especificamente com um tipo de material, estimulando a criatividade, o auto-conhecimento e a percepção e expressão de emoções.

OFICINAS: UM CAMPO DE EXPERIMENTAÇÕES

Como a grande maioria dos estudantes que participam do BNBD tem pouca experiência pessoal com as diversas formas de expressão por meio da arte, com exceção da música, têm sido oferecidas oficinas para permitir esse contato e favorecer a criatividade, a expressão e o desenvolvimento de habilidades nessa área. Temos realizado oficinas de artes plásticas, jogos teatrais, trabalhos corporais, experimentações dos sentidos, confecção de origamis e música. Após cada oficina, pede-se aos participantes que façam relatos escritos sobre a experiência.

O que é uma oficina? Segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2009), é o “lugar onde se elabora, fabrica ou conserta algo”. O que se pretende elaborar, criar ou consertar nas oficinas do BNBD? O que é a vida de um estudante universitário? Como ele se constrói como aprendiz de uma profissão e como constrói seu saber?

Ao partimos da compreensão do conhecimento como processo sistêmico e complexo, como afirmam Capra (2006) e Morin (*apud* Severino, 2009), e do pensamento sistêmico como contextual, vemos que se torna necessário estabelecer múltiplas relações para poder conhecer algo. O conhecer também se complexifica, porque a maneira como se enxerga o mundo, os objetos e o outro, é singular, depende de como interpretamos esse mundo.

A vida é um processo de conhecimento, de como conhecemos o mundo, e, à medida que o conhecemos, construímos esse mundo e a nós mesmos, de forma circular. De acordo com a visão de Maturana (2009), todo fazer é um conhecer, e todo conhecer é um fazer. Daí, podemos compreender as oficinas como espaços do conhecer e do fazer, especialmente, do conhecer-se e do fazer-se.

Como afirma Pellanda (2009), não existe conhecimento sem experiência pessoal. Nós, humanos, como observadores, produzimos explicações e afirmações somente quando em ação, com reflexões, pensamentos, experimentações através de nossas percepções.

A receptividade e adesão dos estudantes às propostas das oficinas foram a primeira descoberta interessante, relatada pelos profissionais que coordenaram essas atividades:

Fiquei surpresa mesmo com a aceitação e interesse de vários alunos em participar das oficinas. Todos eles, especialmente os alunos de Medicina e Enfermagem, têm uma carga horária de aulas e estudos muito pesada e estava com receio de poucos aderirem à proposta. Porém, a impressão que tive é que eles estavam precisando mesmo de um espaço para trabalhar com outras habilidades, além das intelectuais, e ficaram felizes e animados quando essas oportunidades foram oferecidas. (Relato profissional 2).

Organizamos uma oficina de origamis, que foi oferecida no final da tarde. Deixamos as inscrições abertas para quem quisesse participar. Vieram tantos alunos que a sala ficou lotada, e tivemos que conseguir uma maior. Ficou mais difícil a orientação para a confecção dos modelos, mas o resultado foi gratificante. (Relato profissional 1).

No início, a maioria se mostra meio tímida e desconfiada no contato com os materiais oferecidos, mas, aos poucos, vão tomando “coragem” e se aventurando a experimentar. Depois, não querem parar. Ao final, muitos relatam que chegaram cansados e que estão saindo relaxados e com as energias reabastecidas. (Relato profissional 2).

Poder usufruir de um espaço físico e de tempo para fazer e aprender coisas diferentes, para relaxar um pouco da pesada rotina e para conviver de uma forma mais descontraída com colegas que viram amigos, surgiu nos depoimentos dos estudantes, como um resultado das oficinas.

A oportunidade de lidar com materiais com os quais não têm contato há muitos anos, ou até mesmo nunca manipularam, e de exercitar a criatividade por meio deles, abre novas perspectivas para os participantes, em termos de possibilidades de autoconhecimento e expressão. Esse contato mostrou ser um facilitador do

contato do estudante com o próprio corpo, com seus sentidos, os quais ficam quase “esquecidos” no correr dos dias, num tipo de formação profissional em que suas habilidades intelectuais são muito mais valorizadas e exigidas:

Esse preparo com os alunos para experimentarem o material e despertarem as sementes criativas inerentes a todo ser humano é fundamental, a nosso ver, na estimulação dos diferentes sentidos que nos constituem como um corpo. Um corpo que não é só razão, mas emoção, sentimento; que pensa, sente, intui, imagina e cria, utilizando a visão, o ouvir, o tato, o movimento, olfato, gosto e tudo que vibra nos compassos e descompassos dos ritmos da vida. (Relato profissional 2).

A capacidade de fazer coisas novas, de desenvolver habilidades ou utilizar sentidos que raramente ou nunca são estimulados é uma descoberta que fascina os estudantes. Tem sido interessante observar como os rapazes, que, de início, mostram maior resistência à experimentação para produção de trabalhos com tecidos e colagens com materiais diversos, dentre outros, no decorrer das oficinas, se soltam e se entregam ao processo criativo. (Relato profissional 1).

Segundo Lowenfeld (1977), em qualquer grau de criação é preciso liberdade emocional, liberdade para explorar e experimentar e, sobretudo, liberdade para envolver-se emocionalmente na criação. Procuramos, nas oficinas, oferecer um ambiente tranquilo e livre para permitir as experimentações e para que estas adquiram mais sentido para a pessoa do que a obra em si.

Acolher um aluno numa universidade, além de disponibilizar o conhecimento científico atualizado que ele espera encontrar, é também oferecer condições para o seu desenvolvimento integral, facilitar o exercício de sua cidadania, para que, no futuro, possa ser um profissional feliz, e não apenas eficiente, no exercício das suas atividades.

O BNBD busca contribuir para tornar a estada universitária mais leve e humanizada. Estar no BNBD é contar com um espaço, dentro dos muros da universidade, onde os estudantes sabem que podem exercitar seu potencial criativo.

Um dos recursos, para isso, são os jogos teatrais ou de improvisação, que têm sido utilizados em empresas, escolas ou grupos nos quais se necessita maior integração entre as pessoas, ampliação das relações e desenvolvimento de novas formas de comunicação.

Esses jogos não servem apenas para atores, mas são interessantes onde quer que haja pessoas querendo observar o que seu corpo é capaz de fazer, reagir e mobilizar-se diante de uma situação inesperada com presteza e desembaraço. Fa-

vorecem a habilidade de se relacionar, auxiliando a expressão de ideias, sentimentos e desejos, por meio de gestos, imagens e movimentos. O corpo passa a ser uma caixa de ressonância para a comunicação.

As oficinas de jogos teatrais foram introduzidas no BNBD como uma forma de acolhimento lúdico e descontraído. Participar das atividades é um gesto de carinho consigo e de entrega ao grupo, suscitando cumplicidade. A diversão fica por conta da criatividade que cada um empresta ao próprio corpo para resolver as situações propostas.

Os momentos vivenciados nas oficinas passam a fazer parte do autocuidado. Ao conceder-se bons e divertidos momentos, a resposta, geralmente obtida, é o relaxamento da tensão e a alegria. A partir daí, o participante estará mais apto a doar-se generosamente a outro, fundamentando novas relações com harmonia e sincera entrega.

Outras modalidades de oficina realizadas foram uma oficina do corpo, duas oficinas sensoriais e uma oficina de modelagem com argila.

A oficina do corpo foi coordenada por um professor convidado, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com formação em terapia ocupacional.

Em um primeiro momento, ele convida os alunos a ficarem descalços e a andarem pela sala bem à vontade. Pede que observem as partes do corpo que estão tocando o chão, onde existem dores, tensões. Todos riem nesse momento... Depois, solicita que olhem o ambiente, observando todos os detalhes, as pessoas, e então escolham uma pessoa e foquem nela. Que procurem observar esse outro nas suas características corporais, volumes, gestos. Que se aproximem e falem para ele o que estão observando. A seguir, o coordenador convida a experimentações corporais com trabalho de respiração, criação de movimentos e massagem em duplas, com bolinhas, que são distribuídas. Mais movimentos, mas agora de olhos fechados, sem perder o contato com o parceiro. No fim do trabalho, um grande círculo é formado com movimentos e cantam juntos uma canção: “O mar me leva para bem longe... para o meu amor...”

Acredito que a descoberta do próprio corpo é um instrumento de autocohecimento. Para a minha formação, compreender a linguagem oculta dos movimentos é compreender o não dito. É descobrir, muitas vezes, o que o outro não percebe dizer. (Oficina do corpo, relato de estudante sem identificação).

Quem observava os estudantes, via nos seus rostos a expressão de timidez no início ou quando convidados a fazer os movimentos com algum colega. As atividades eram principalmente com toques, massagens, trabalho de equilíbrio e percep-

ção corporal. Os espaços da sala não conseguiam ser preenchidos no início. A inibição, talvez, os impedia de usar melhor o espaço e limitava a amplitude dos movimentos corporais. Mas, no meio da atividade, parecia que tinham ensaiado várias coreografias, cada uma mais linda que a outra. Riam, gargalhavam, pulavam, mexiam todas as partes do corpo e diziam no fim: como meu corpo está solto! Pareciam crianças brincando livremente.

Durante a experiência, me senti mais solto, mais livre, senti as minhas articulações, meus músculos, como nunca havia antes sentido. Acho que essa oficina desenvolveu um pouco da sensibilidade que temos dentro de nós. Acredito que essa experiência é importante justamente por despertar uma sensibilidade que muitas vezes reprimimos, principalmente nós, da área da saúde, em lidarmos com pessoas. (Oficina do corpo. Estudante de Medicina, 6º p.).

A oficina ajuda a encontrarmos leveza em nosso íntimo. Para exercermos a profissão, temos de conhecer a nós mesmos e ao outro, e isso é, ao meu ver, o objetivo da oficina. Percebi que ela estimula a comunicação com o corpo e a perda da timidez, o que é essencial para uma boa relação médico e paciente. (Oficina do corpo, relato de estudante sem identificação).

De acordo com Maturana; Verden-Zoller (2009), o desenvolvimento do conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro cria uma relação de autoconsciência. A autoconsciência e a consciência corporal seguem juntas por meio de suas interações e redes de coordenações de ações. Ações carregadas de forças que penetram no corpo. Esse conhecimento de si se transforma em cuidado – cuidado de si.

Após a oficina, foi solicitado aos estudantes escrever ou expressar, de alguma forma, o que vivenciaram (como foi a experiência para eles e o que a experiência poderia ajudar na sua formação). Estavam disponíveis papel, lápis preto, lápis de cor, tinta guache e massa de modelar.

O trabalho desenvolvido, que envolveu, dentre vários aspectos, o olhar para o outro, observar o outro e poder tocar, sendo com a massagem, com um sorriso, com a brincadeira, destacou-se nos relatos:

Com toda a certeza, a atividade representa muito na minha formação. Saber respeitar, sentir, olhar (encarar) o outro, seus limites, seus modos de expressar o que sente, interagir com o modo como o outro reage aos seus sentimentos em relação com o outro e com o meio. Essa permissão do contato, do olhar é fundamental, ao meu ver, para qualquer formação, qualquer profissão. (Oficina do corpo, relato de estudante sem identificação).

Essa experiência contribuiu para minha formação, pois nada melhor do que conhecer, perceber e saber lidar com o nosso corpo primeiro, para melhor perceber e saber como proceder com o corpo do próximo. (Oficina do corpo, relato de estudante sem identificação).

Outra oficina que proporcionou vivências interessantes foi a sensorial. Uma sala sem iluminação foi preparada com vários objetos e materiais que pudessem estimular os diversos sentidos perceptivos, exceto o da visão. Os alunos entravam de olhos vendados. A audição, tato, olfato e gustação foram os sentidos trabalhados. Moraes; De La Torre (2004) afirmam a importância de um aprendizado com estratégias que permitam que estímulos sensoriais e perceptivos possam criar outros modos de conhecer o mundo, de maneira que a razão e a emoção possam ser integradas.

Os alunos foram guiados, descalços, para que pudessem perceber as várias texturas através dos pés, por bolsistas do projeto e pela coordenadora. A experiência da oficina sensorial foi realizada em dois momentos, com participantes diferentes.

Essa atividade nos faz aumentar a sensibilidade e a percepção dos sentidos. [...] é um exercício para o cérebro por aumentar o raciocínio! Notei que, mesmo após sair da sala, o corpo ainda está respondendo aos estímulos gerados. Sinto o frescor das bolinhas geladas, cheiro de café, gosto de menta.... Ter a visão tampada traz a importância de se confiar no outro, no caso, aquele que nos guia pela experiência. Para o médico, além de ser uma forma de desestressar, é a evolução dos sentidos de percepção diante dos sinais que o paciente pode demonstrar e tudo ao seu redor. (Oficina sensorial, estudante de Medicina, 1º p.).

Minha experiência foi incomparável com tudo que já senti.... Imaginar o que é sem ver... Essa sensação acrescenta muito na minha carreira como médica, já que você aprende a sentir antes de pensar; primeiro você escuta, sente, para depois pensar, e isso é muito bom. Já que o médico geralmente pensa para depois sentir o paciente, diante dessa experiência, percebo que é muito melhor sentir. Tocar o paciente, ouvir para só depois pensar num diagnóstico. Adorei inverter a ordem das coisas a que geralmente estou acostumada... Durante a oficina, primeiro eu senti, ouvi, cheirei, para só depois pensar no que seja e, finalmente, falar. (Oficina sensorial, estudante de Medicina, 1º p.).

Contudo, um aspecto nos chamou a atenção, entre a riqueza dos relatos sobre sensações e percepções: foi a importância do “guia” que conduzia o aluno pela

experiência. Muitos falavam de como foi importante a confiança estabelecida no “outro” que guiava. Descreviam uma sensação de conforto, segurança, tranquilidade, firmeza, que tinha facilitado muito a vivência. E, logo a seguir, relacionavam essa sensação com a confiança e segurança que deveriam estabelecer como profissionais de saúde e, sobretudo, de como os pacientes deveriam se sentir ao se relacionar com eles, especialmente em momentos de muita dor e aflição. A importância de se colocar no lugar do outro foi abordada pelos alunos muito claramente.

Fui o último a entrar na sala... comecei a ficar um pouco ansioso. Me deparei com caminhos confortáveis e outros não. Sempre me senti seguro, pois do meu lado havia alguém me guiando. Temos que dar valor aos nossos sentidos, pois cada vez os usamos menos. As relações entre as pessoas estão mais restritas, o contato entre elas, que era para ser uma coisa normal, virou algo a ser evitado. Tenho que ressaltar a importância de ter alguém do lado que passa segurança e confiança. Isso me mostrou que eu devo sempre ser o mais humano possível nas minhas relações. (Oficina sensorial, estudante de Medicina, 1º p.).

A oficina de modelagem com argila foi outra experiência muito rica. Lidar com um material como o barro, ao mesmo tempo bruto e suave, que “suja” e que é maleável, exercita o potencial criativo e a imaginação (Gouvêa, 1999).

A argila aguça a sensibilidade tátil. [...]. Na minha vida acadêmica e profissional, a sensibilidade da arte pode ser transformada em sensibilidade com pacientes, no tocar e tratar. (Oficina do barro, relato de estudante sem identificação).

A argila é um material com o qual, na sua manipulação, é necessária delicadeza para poder expor, ou transformar, a argila em um sentimento, ou seja, transmitir o que você sente para a argila. Isso começa a dar forma à argila, o sentimento que se tem em um primeiro momento, sentido que, para muitas pessoas, seja pensar no que vão fazer, mas logo depois isso desaparece, e você deixa a mente livre para criar [...] Traz recordações, emoções, e você cria, traz um sentimento de prazer, de relaxamento, emoção que eu acredito que seja a satisfação por saber ou poder ter ideia do que você vai fazer. Dentro da minha área, eu acredito que poderia contribuir para olhar para o conhecimento e para o ser humano como uma argila para poder modelar, para aprender a utilizar corretamente. (Oficina do barro, relato de estudante sem identificação).

Essa oficina permitiu observar, de forma especial, o encontro dos estudantes com os materiais, as dificuldades e facilidades que esse encontro traz, essa faceta artesanal que Almeida (2004) nomeia como fazer-corpo. Potência que pode ser utilizada pela arte e diversas materialidades com suas resistências, porque os materiais vão impondo sua vontade também, vão ensinando como lidar com as levezas, durezas, ranhuras etc. E o poder de trazer lembranças da infância, fase na qual eles, provavelmente, lidavam mais com certos materiais e atividades espontâneas, livres, criativas.

Sensação de se sujar e lavar, lembranças de criança [o brincar] – o fazer como uma obra de arte. A sensação de usar a argila com o nosso tato e poder se sujar, lavar e sujar de novo foi muito boa, porque nos lembra a nossa fase de criança, e tudo isso é muito bom. A sensação, sentimento e percepções ao realizar cada “obra de arte” é muito boa, e tudo isso nos distrai, diverte e alegra. (Oficina do barro, relato de estudante sem identificação).

A experimentação de criar, utilizando as mãos e o barro funcionou, para alguns, como uma metáfora da criação de si próprios como profissionais:

Não há como descrever o que se sente quando se concentra todas as ações e intenções em fazer algo com a alma... assim é o BNBD, assim é a vida. Quando comecei a fazer o meu modelo, não imaginei de imediato o que faria; me concentrei em um único objetivo que era realizar um bom trabalho, não o mais bonito, mas o melhor, o mais bem feito; me surpreendi com o resultado porque jamais esperava que sairia algo tão bonito, assim, repito, é a vida, é o projeto, é nossa profissão. Meus sentimentos são um misto, é difícil colocá-los em ordem e conseguir expressar o que são e quais são, denominá-los, acho muito injusto, sei que convivo com esses todos os dias, mas hoje esses afloraram e se intensificaram, ficaram à flor da pele... A dúvida que eu tinha quando comecei a fazer a peça foi a mesma que carrego a respeito da minha vida, principalmente profissional, aquela dúvida que te atormenta a todo instante, a todo momento, foi a mesma, e decidi que iria fazer aquilo, simplesmente me joguei e realizei a minha “obra-prima”, e assim será (acho) daqui pra frente em minha profissão. Amei participar da oficina; os meus sentimentos, acho que, como em todas as outras, estão muito perdidos e desorganizados, minhas dúvidas se tornaram certezas e algumas certezas se tornaram dúvidas, certezas em ser em constante transformação. De fato, uma certeza eu tenho: a alegria de estar aqui e a força conquistada. Dúvidas

surgiram, mas agora me sinto como uma criança que mete o pé e diz: “Eu quero”. (Oficina do barro, estudante de Enfermagem, 5º p.).

Tendo em vista que o modelo atual, de formação universitária na área de saúde, prioriza a aquisição de conhecimentos e habilidades intelectuais e técnicas, consideramos que as oficinas artísticas constituem um espaço privilegiado no sentido de facilitar o emergir de profissionais mais capacitados a compreender seus afetos e sentimentos, mais sensíveis e criativos, que possam atender melhor as necessidades de atenção e cuidado integral de seus futuros clientes, interagir melhor com colegas e com a equipe de saúde e sentirem-se mais felizes e realizados com seu trabalho.

CONCLUSÃO

Como estratégia para se criar outros espaços que potencializem a formação dos estudantes no campo da saúde, em outras dimensões, além das técnicas, compreendemos que o projeto Boa Noite, Bom Dia, Huap tem cumprido sua função.

Nesse sentido, o BNBD não é uma garantia, mas uma possibilidade. Possibilidade que, por meio das visitas às enfermarias, das oficinas, do convívio no grupo, cria um campo de experimentações em variados níveis, seja na construção de um aprendizado mais integrador, um conhecimento maior acerca de si mesmo, um olhar mais cuidadoso com o outro. Possibilidade que, segundo os relatos dos estudantes que têm passado pelo projeto, ao longo desses 16 anos, aguça os sentidos e a sensibilidade, traz experiências inesquecíveis, enriquece de formas difíceis de exprimir com palavras essa viagem complexa que é a construção de um profissional que vai cuidar do outro, cuidando, antes, de si mesmo...

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. V. M. *Corpo e arte em terapia ocupacional*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v.18, n. 3, p. 532-541, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de Novembro de 2001*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_CES03.pdf?query=Curr%C3%ADculos. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e das outras providências*. Brasília: Ministério da Educação, 26 jun. 2014. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao. Acesso em: 09 nov. 2023.

CAPRA, F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix, 2006.

CLARO, L. B. L.; NETTO, D. V.; VALENTE, L. R. Percepções de pacientes e profissionais sobre as visitas musicais do programa de extensão Boa noite, bom dia HUAP. *Revista Conexão*, Ponta Grossa, v.13, n. 1, p. 66-83, 2017.

COSTA, D. A. S. *et al.* Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001- 2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 22, n. 67, p.1183-1195, out./dez. 2018.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.14, n. 3, p.111-118, dez. 2005.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

GARCIA, M. A. A. *et al.* A Interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 31, n. 2, ago. 2007.

GONTIJO, E. D. *et al.* Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.

GOUVÊA, A. P. *Sol da Terra: o uso do barro em psicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 256-265, fev. 2005.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 48-70, jun. 2001.

LANZIERI, P. G. *et al.* Boa noite, bom dia HUAP!, uma experiência de humanização na formação de profissionais da área de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.15, n. 36, p. 289-298, mar. 2011.

LOWENFELD, V.; BRITTAİN, L. *Desenvolvimento da Capacidade Criadora*. São Paulo: Mestre Jou, 1977.

MAIROT, L. T. S. *et al.* As Artes na Educação Médica: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 4, p. 54-64, out./dez. 2019.

MAKUCH, D. M. V.; ZAGONEL, I. P. S. A integralidade do Cuidado no Ensino na Área da Saúde: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 41, n. 4, p. 515-524, out./dez. 2017.

MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

MATURANA, H.; VERDEN-ZOLLER, G. *Amar e brincar, fundamentos esquecidos do humano*. 2.ed. São Paulo: Palas Athena, 2009.

MORAES, M. C.; DE LA TORRE, S. *Sentipensar, fundamentos e estratégias para reencantar a educação*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2004.

PELLANDA, N. M. C. *Maturana & Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

RIOS, I. C. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 40, n. 1, p. 21-29, jan./mar. 2016.

SARAIVA, J. L. Papel da extensão universitária na formação de estudantes e professores. *Revista Brasília Médica*, Brasília, v. 44, n. 3, p. 220-225, 2007.

SEVERINO, A. *Uma nova escuta poética da educação e do conhecimento: diálogos com Prigogine, Morin e outras vozes*. São Paulo: Paulus, 2009.

SILVA, A. F. L. *Extensão universitária na UFF: uma análise crítica no campo da saúde com foco na formação*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

SILVA, C. S. *Conhecimento, subjetividade e saberes produzidos no projeto de extensão Boa Noite Bom Dia/UFF: a arte na formação em saúde*. 2013. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

SILVA, M. L. T. *et al.* As Artes na educação médica: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 4, p. 54-64, 2019.

SOUZA, L. B. *et al.* A hora do CHA: relato de uma experiência interdisciplinar na formação em saúde. *Revista Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 1-11, 2021.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.12, n.25, p. 327-38, jun. 2008.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 619-35, dez. 2007.

TAPAJÓS, R. Introdução das artes nos currículos médicos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 6, n.10, p. 27-36, 2002.

TURINI, B. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 32, n. 2, p. 264-270, jun. 2008.

Experiências que transversalizam o olhar – território e Covid-19: redes de conversações no enfrentamento e formação em saúde durante a pandemia

Eduardo Caron

Michele Soltosky Peres

Armando Cypriano Pires

Marcos Paulo Fonseca Corvino

INTRODUÇÃO

Neste capítulo vamos tratar de um ciclo de encontros com atores que compartilharam em ambiente virtual experiências vividas em territórios e serviços públicos, ao longo de dez meses, durante a pandemia em 2021. O projeto de extensão Território e Capacidade de Resposta no Enfrentamento da Covid-19, realizado de forma integrada com dois projetos de ensino de três disciplinas de Trabalho de Campo Supervisionado I e II do curso de Medicina, Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFF, foi desenvolvido no contexto de um plano emergencial de ensino remoto. Além do ciclo de encontros, foi produzido um vídeo sobre o monitoramento da carga viral de SARS-CoV2 na rede de esgoto e a construção do painel de indicadores da pandemia em Niterói, RJ.

A interdição das atividades presenciais em campo teve um forte impacto sobre a interação entre os processos de cuidado e atenção e os de ensino-aprendizagem em saúde. O planejamento de atividades práticas presenciais das disciplinas de Trabalho de Campo desmoronou. Essas disciplinas sofreram o impacto imediato das mudanças no aspecto de práticas, fluxos e processos na área da saúde. A experiência de uma crise sanitária que impunha mudanças drásticas na vida social em

todo o mundo, exigia a produção e apropriação de novos conhecimentos e processos emergentes na Saúde Coletiva. Assim, no âmbito dos processos de ensino-aprendizagem em campo para o enfrentamento da pandemia, o nosso lugar precisava ser aquele onde a produção do cuidado estava ocorrendo.

Nas condições emergenciais de distanciamento, falta de segurança e interdição do ensino presencial, a questão era como estar onde é preciso estar. No bojo desse intenso debate criamos o projeto de extensão Território e Capacidade de Resposta no Enfrentamento da Covid-19, composto por um ciclo de mesas de compartilhamento de experiências realizado em integração com dois projetos de ensino remoto formulados em caráter emergencial para essas disciplinas práticas. Esses projetos de ensino propunham uma interação entre ensino e práticas de cuidado durante o enfrentamento da pandemia em ambiente virtual, de modo a favorecer a formação em campo. Com estudantes de terceiro e quarto período, o projeto Acompanhamento de Processos de Vigilância em Saúde e Atenção Primária para Enfrentamento da Epidemia de Covid-19, incluía a participação de trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde. Devido à condição de interdição de atividades presenciais grupais, uma série de ofertas em saúde coletiva passou a ser realizada por tecnologias digitais.¹ Assim, com estudantes do segundo período, o projeto Dispositivos de Saúde Mental, Promoção da Saúde e Práticas Artístico-Culturais em Ambientes Virtuais como Espaços de Formação e Aprendizagem em Saúde Coletiva” almejava a interação entre ensino e práticas realizadas em territórios vulnerabilizados através da internet.²

PROCEDIMENTOS E METODOLOGIA

O projeto de extensão e os dois projetos de ensino compreenderam um ciclo com 23 encontros temáticos entre março e dezembro de 2021 em que participaram 65 convidados de 36 instituições em 12 cidades e nove estados.³ Foram compartilhadas ações efetuadas em territórios específicos, abrangendo um amplo espectro de práticas apresentadas por uma diversidade de atores: gestores municipais e de re-

¹ Dentre as experiências nesse campo de práticas em ambiente virtual para enfrentamento da pandemia, destacam-se a Agenda Conviver realizada pelo Fórum de Centros de Convivência do Estado do Rio de Janeiro, o projeto Jovens Comunicadores realizado na região de Niterói e São Gonçalo, RJ e o projeto Batalha em Conexão: Rima pela Vida realizado em âmbito nacional pela parceria Fiocruz e Instituto de Saúde Coletiva – UFF com jovens e adolescentes.

² O projeto de ensino com estudantes do segundo período concentrou-se sobre a vulnerabilização e a atenção psicossocial de jovens e adolescentes em territórios expostos à violência, em situação de rua e internos do sistema socioeducativo.

³ São Paulo e Ilhabela, SP; Rio de Janeiro, Niterói e Angra dos Reis, RJ; Juiz de Fora, MG; Vitória, ES; Porto Alegre, RS; Salvador, BA; Cabo do Santo Agostinho, PE; Aracaju, SE; Manaus, AM.

des locais de saúde, coordenadores de vigilância, agentes e profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), do sistema socioeducativo, centros de juventude e de organizações sociais, diretores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de ensino fundamental, ativistas de organizações não governamentais, lideranças e participantes de ações comunitárias, abrangendo diversos territórios, inclusive, um território indígena. Essa diversidade conferiu um caráter plural ao olhar sobre os problemas abordados. Cada experiência afirmava uma singularidade em torno de questões comuns, e, assim, o ciclo constituiu um espaço de produção de conhecimento compartilhado com atores de experiências diversas.

As experiências foram apresentadas em sala virtual, gravadas e disponibilizadas no canal do projeto.⁴

O ciclo de encontros virtuais almejava o compartilhamento de experiências heterogêneas e, assim, ampliar a visão sobre os múltiplos processos territoriais que acompanharam a evolução da pandemia de Covid-19 durante o ano de 2021. Visava reportar e registrar experiências vividas no cotidiano das práticas e a afirmação de saberes constituídos no agir territorializado e na singularidade da experiência de atores que tinham participação na gestão de processos, e que atuavam nos territórios ou trabalham diretamente com a população, reportando ações que abarcaram comunidades e grupos vulnerabilizados durante a pandemia.

Esses projetos de ensino e extensão envolveram uma série de necessidades procedimentais no processo de sua realização.

- Acompanhamento da produção científica, da evolução conjuntural e conceitual do problema no Brasil e internacionalmente.
- Acompanhamento dos perfis de morbimortalidade, da gestão e organização dos serviços da RAS, em especial na atenção primária em saúde (APS) e hospitalar, monitoramento, assistência, vigilância e imunização, produção e distribuição de insumos e vacinas, educação em saúde, processos sindêmicos, vulnerabilização social e agravamento da saúde mental.
- Pesquisa de experiências e ações locais, interlocução com atores e convite para a composição do ciclo de encontros.
- Roteirização, gravação e edição do vídeo “Vigilância ambiental como ferramenta de apoio à gestão no enfrentamento da Covid-19 em Niterói”, que reúne depoimentos de nove atores sobre o monitoramento da carga viral de SARS-CoV-2 na rede de esgotos e a construção do painel de indicadores de gestão

⁴ O canal desenvolvido pelo projeto para a realização das atividades pode ser acessado em : https://www.youtube.com/channel/UCj7UGuDiD171k-s_jpx2flg.

para o enfrentamento da pandemia em Niterói, RJ, em 2020 e 2021. Participaram pesquisadores da Fiocruz, gestores e técnicos da Saúde, Meio Ambiente, Projetos e Geoprocessamento da Prefeitura de Niterói e Grupo Águas de Niterói.

- Os encontros foram realizados em ambiente virtual⁵ com até 90 participantes. Alguns eventos foram transmitidos ao vivo pelo canal do projeto.
- O público participante tinha acesso a um formulário eletrônico para validação de presença e comentários para avaliação qualitativa do evento.

Essas experiências foram registradas em 2021 num momento de ausência de coordenação e de políticas para o controle da pandemia, proliferação de variantes virais, elevação da mortalidade por Covid a um pico três vezes superior ao do primeiro ano em 2020, num processo de imunização lento, descontínuo e dificultado por improbidades na esfera federal, num quadro de baixo envolvimento social no enfrentamento coletivo da pandemia e uma vulnerabilização sociossanitária que atingiu gravemente as camadas sociais subalternas. Longe de um discurso explicativo teórico-conceitual sobre os temas, o ciclo apresentou um conjunto de narrativas sobre práticas efetuadas naquelas condições. Os lugares de fala dos atores participantes conferem um caráter de testemunho e registro de experiência que compõem um arquivo para pesquisa futura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: EXPERIÊNCIAS QUE TRANSVERSALIZAM O OLHAR EM TRÊS ATOS

A diversidade de questões discutidas no âmbito dos projetos de ensino e extensão realizados durante dez meses, em 2021, requer uma análise detida das experiências que ultrapassa os limites deste capítulo. O propósito aqui é sondar uma superfície de emergência dessas experiências na contemporaneidade vivida durante a pandemia.

A primeira etapa da ação configurou o ciclo de debates que aportou um conjunto de temas transversais ao cuidado em saúde e diferentes contextos desafiadores para o enfrentamento da pandemia, conformando uma série de núcleos temáticos, a saber:

1. Descoordenação nacional do programa de vacinação, escassez de vacinas e a lenta progressão do processo de imunização.
2. Estratégias de teleatendimento e telemonitoramento. Salas de situação e

⁵ Google Meet®.

mesas técnicas *on-line*.

3. Organização de serviços de atenção básica, educação e relação com a comunidade da área adstrita.
4. Gestão da vigilância em saúde, virologia ambiental e a construção de painel de indicadores para gestão municipal.
5. Proliferação de variantes, transição epidemiológica e recrudescimento da morbimortalidade durante a pandemia.
6. Imunização, atenção e assistência a sintomáticos respiratórios em territórios indígenas.
7. Produção de redes territoriais e ações comunitárias de enfrentamento da pandemia, educação, atenção e vigilância envolvendo a comunidade.
8. Sindemia e agravamento da situação de saúde decorrente do isolamento social e da retração do acesso aos serviços de atenção integral.
9. Interdição das atividades presenciais na educação, déficit de ensino e do desenvolvimento infantil. Vulnerabilização de famílias, crianças e adolescentes pelo fechamento das escolas.
10. Ocupação presencial de escolas durante a pandemia e atenção psicossocial à comunidade escolar. Retomada de atividades presenciais na educação.
11. Redução de danos com população em situação de rua.
12. Atenção psicossocial na adolescência em comunidades vulnerabilizadas. Redes de proteção de jovens em territórios expostos à violência.
13. Saúde mental de trabalhadores e adolescentes internos no sistema socio-educativo.

As condições da pandemia determinaram um modo de realização desse ciclo de encontros mediado por tecnologias de comunicação. A facilidade de reunir atores de múltiplas localidades num evento público em sala de conferência com capacidade para grande número de participantes e transmissão ao vivo na internet, proporcionou novas possibilidades de encontro, compartilhamento e produção coletiva do conhecimento. Cada evento congregava uma heterogeneidade de atores, áreas do conhecimento, setores do serviço público, territórios e tipos de ação num novo modo de relação à distância. Cada ator falava de seu próprio local em diferentes estados e municípios, apresentando imagens e processos desenvolvidos em condições singulares. O dispositivo possibilitou a instauração de um espaço em que experiências heterogêneas constituíam um campo comum.

As mudanças introduzidas por tais condições estabeleceram outros modos de experiência em ambiente virtual que indicavam que a retomada das atividades presenciais na universidade não seria um retorno ao modo anterior à pandemia. A

avaliação das experiências de teleatendimento e criação de redes virtuais de cuidado, espaços de acompanhamento de processos de saúde e ações coletivas de atenção psicossocial à distância, ofereceram indícios para o desenvolvimento de novas metodologias de trabalho em saúde. Ao mesmo tempo, a convivência e as relações presenciais se mostraram imprescindíveis para o desenvolvimento, a saúde física e mental e a educação formal. Assim, no horizonte dos processos formativos e de educação, como dos processos de cuidado, se configurava uma hibridização de modos presenciais e virtuais de encontro e trabalho coletivo que interferiu definitivamente nos modos de existência e de produção de saúde.

Veremos, a seguir, como a experiência da realização de um ciclo de encontros com atores de diversas ações territoriais de cuidado e enfrentamento da pandemia possibilitou uma aproximação da alta complexidade de problemas abordados nessas ações. As experiências compartilhadas deram visibilidade a processos que escaparam da correnteza ao se ocuparem da defesa da vida nos territórios, antes de deixar para fazê-lo, por assim dizer, aos 45 do segundo tempo, à beira do leito de morte nos hospitais. Elegemos três experiências que demonstram isto: a ação integrada entre Vigilância e Atenção Básica — Estratégia Saúde da Família realizada em Ilhabela, SP; a ocupação da Escola Municipal Valdir Garcia em Manaus, AM como rede de proteção e redução de danos sociais durante a pandemia e o programa Conexão Saúde realizado na Favela da Maré, no Rio de Janeiro.

EXPERIÊNCIAS QUE TRANSVERSALIZAM O OLHAR: A AÇÃO INTEGRADA ENTRE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO BÁSICA – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA REALIZADA EM ILHABELA, SP

A condição insular do município de Ilhabela favoreceu um certo modo afetivo de conexão dos atores no trabalho de enfrentamento da pandemia motivado pelo sentimento de parceria de que “a gente conta com a gente mesmo”, “precisamos um do outro” e “‘bora’ fazer junto”. A integração entre gestão central e ponta, entre vigilância e atenção teve o afeto como componente essencial. Assim, profissionais das unidades básicas e a vigilância se prontificaram para reunir forças e constituir uma equipe técnica que multiplicou a potência e a efetividade do enfrentamento da pandemia num processo de gestão compartilhada.

Ilhabela é uma comunidade pequena, com 35 mil habitantes, cobertura de 100% da ESF, nove Unidades Básicas de Saúde, 13 equipes da Estratégia Saúde da Família e um hospital com quatro leitos de UTI. Essa estrutura permitiu, ao longo de todo o processo, cercar cada caso de contaminação, saber exatamente onde estavam e quem eram as pessoas doentes, fazer medições em tempo real da transmissão e ter segurança para tomada de decisão.

O bloqueio do trânsito de entrada e saída da ilha conteve a transmissão do vírus durante os primeiros meses em que gestão central e ponta, vigilância e rede de atenção puderam se organizar estrategicamente, estudar artigos e protocolos, treinar pessoal para o cuidado e constituir redes dentro da saúde e intersetoriais. Num momento em que no país havia falta de EPIs para os trabalhadores da atenção básica, por meio de uma rede que reuniu setores da Prefeitura, uma oficina de costura de velas para embarcação e costureiras do Fundo Social, a Saúde distribuiu 120 mil máscaras para a população.

A estratégia de controle da transmissão esteve fortemente ancorada na testagem de casos suspeitos e contactantes. Os trabalhadores dos serviços essenciais que se mantinham abertos, como os mercados e serviços públicos da Prefeitura, eram submetidos a testes periódicos. A consolidação de dados das medições realizadas nos locais de trabalho e nas comunidades indicava que nos espaços de trabalho havia um controle efetivo da transmissão pelo uso de EPIs e medidas de distanciamento. Esse achado, repetidamente verificado ao longo dos meses, fez cair por terra a fantasia de que ficar em casa era a melhor medida de prevenção. Esse conhecimento constituiu uma base segura para regular a retomada da atividade presencial nas escolas de ensino fundamental e de educação infantil.

Em poucos meses de interdição das atividades presenciais nas escolas, as equipes de atenção básica começaram a informar um aumento da incidência de agravos de saúde mental de adolescentes e alterações no desenvolvimento infantil, demandando esforços para o planejamento da reabertura das escolas.

O principal problema, a princípio, foi o receio e a resistência dos trabalhadores da educação organizados em torno dos sindicatos que defendiam o fechamento indeterminado das escolas, seguindo a opinião pública de que o retorno só seria possível quando os professores estivessem imunizados.

A Equipe Técnica da Saúde percebeu, então, uma defasagem de experiência entre os trabalhadores da Saúde e da Educação que, isolados e sem acesso ao conhecimento e à experiência das ações da Saúde, se mantinham presos a visões falsas e ao medo. Essa sensibilidade permitiu que a Equipe Técnica da Saúde criasse uma estratégia de diálogo estreito com cada diretor e cada professor, individualmente, de modo construir uma relação de segurança para uma ação conjunta, acompanhada e com controle de cada sala, cada turma, em todas as unidades de educação. Novamente, são o entendimento e o desenvolvimento de um processo afetivo que viabilizam a ação técnica com métodos de controle sanitário.

Esse processo de construção de relações de confiança incluía uma atenção cuidadosa a cada necessidade, a cada situação e caso suspeito na rede de ensino por meio da permanente comunicação direta entre as escolas, a vigilância e as unidades básicas. Além do amplo diálogo entre os atores da Saúde e da Educação, esse

estreitamento de relações tinha três interfaces: um canal de comunicação direta das escolas por meio de rede social⁶ com a vigilância; um formulário *on-line* em que as escolas mantinham diariamente o registro detalhado de casos suspeitos para tomada de providência; e uma aproximação entre as escolas e a atenção básica para análise de situação e monitoramento da escola, testagem dos casos suspeitos e contactantes e acompanhamento das famílias. Os dados gerados por essa operação conjunta podiam então ser cruzados e consolidados com as notificações no sistema da vigilância aumentando a capacidade de enxergar os problemas e acionar medidas de controle.

Assim, foi possível instaurar um novo campo de experiência e medir o impacto da abertura das escolas nos indicadores, evidenciando que o índice de casos confirmados na escola era cinco vezes menor do que na comunidade local, demonstrando que a atividade presencial na escola era, ao contrário do que se pensava, uma proteção contra a transmissão na comunidade escolar e nos territórios. As crianças e adolescentes fora da escola estavam mais expostos à contaminação e, assim, contribuíam para o incremento da transmissão na comunidade. A evolução da tecnologia de testagem reduziu o tempo entre a decisão de afastamento de uma turma com caso suspeito e o resultado dos testes dos educandos e adultos contactantes, permitindo o rápido retorno à atividade presencial. Com o crescimento da segurança e da confiança, foi sendo ampliada a taxa de ocupação das escolas de ensino fundamental até 100% e a atividade presencial na educação infantil.

Com a chegada das crianças, os educadores puderam ver, caso a caso, os déficits causados pelo período de ausência de atividade educacional, não somente quanto aos processos de alfabetização, mas também falhas no desenvolvimento da fala e da motricidade fina. Para lidar com esses problemas, foi constituído um Laboratório de Desenvolvimento Infantil interdisciplinar que passou a implementar com as equipes de saúde da família ações de incremento do brincar na rotina doméstica dessas crianças.

EXPERIÊNCIAS QUE TRANSVERSALIZAM O OLHAR: A OCUPAÇÃO DA ESCOLA MUNICIPAL VALDIR GARCIA EM MANAUS, AM COMO REDE DE PROTEÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS SOCIAIS DURANTE A PANDEMIA

As crianças que frequentam a Escola Municipal Valdir Garcia em Manaus constituem uma população de alta vulnerabilidade social que ficou sem acesso à escola, logo no início do ano letivo em março de 2020. Migrantes e refugiados somavam um quarto das crianças matriculadas. Preocupadas com a situação dos seus edu-

⁶ WhatsApp®.

candos, a diretora e educadoras voluntariamente decidiram visitar as famílias.

A comunidade se distribui sobre palafitas à margem de um igarapé sujeito ao regime de alagamentos. A escola não conhecia os responsáveis e locais de moradia de grande parte das crianças novatas recém-chegadas, que, então, puderam ser localizadas com a ajuda das famílias já vinculadas à escola. O impacto dessa busca ativa definiu os rumos da vida dessas pessoas, trabalhadoras da educação, crianças e familiares, durante os primeiros dois anos de pandemia.

Devido às medidas de fechamento do comércio, uma grande parcela de trabalhadores informais ficou sem sustento. Nas visitas às casas, as educadoras encontraram fome e famílias desabrigadas sem renda para pagar aluguel. Muitas casas também não tinham aparelho de TV para acompanhamento do programa de ensino remoto Aula em Casa. A primeira estratégia de enfrentamento foi a constituição de uma rede de apoio pelo WhatsApp, vinculando todas as famílias com a escola, e a instalação de uma campanha de solidariedade *on-line* para arrecadar fundos para compra de alimentos, celulares, pacote de dados e aparelhos de TV. Essa rede de apoio implicava uma aproximação da escola com o território, e os encontros das famílias com a equipe da escola se intensificaram. Educadoras desenvolveram um programa educativo de cultivo de horta em casa, fornecendo sementes e terra preta para a atividade.

Como consequência da escola se manter ativa, a organização Médico sem Fronteiras se aproximou, buscando parceria para instalar um hospital de campanha para acolher a população indígena, o que foi autorizado pela Prefeitura, ampliando a rede de apoio da escola. Nesse momento, a equipe da escola resolveu voluntariamente acolher presencialmente 50 crianças em situação de risco, cujos pais, sem alternativa, estavam levando as crianças junto para trabalhar nas ruas e, agora, podiam deixá-las na escola em segurança, alimentadas, onde participavam de atividades educativas.

A partir de então, a Escola Valdir Garcia se tornou um lugar seguro de ocupação presencial e proteção territorial vinculado às famílias com uma forte rede de apoio. A distribuição de cesta básica de alimentos evoluiu para um cartão digital. Aumentou o contingente de crianças em atividade presencial e, além disso, a escola também acolheu a população em situação de rua que começou a participar de atividades na escola, como, por exemplo, a promovida pela professora de Artes em que crianças, educadoras e as pessoas abrigadas pintaram girassóis coloridos nas paredes da escola. Essa atividade foi emblemática de um movimento pela vida, que nutria de energia e saúde aquela comunidade escolar.

Quando Manaus entrou na onda da variante P1 que levou em dezembro de 2020 e janeiro de 2021 ao colapso do sistema hospitalar, a escola voltou a fechar, porém, já havia sido construída uma rede de conexão com as famílias pela internet

e a apropriação de tecnologias de teleconferência, de modo que eram realizadas assembleias em ambiente virtual com pais e responsáveis, que, por fim, foi decidido em fevereiro pela reabertura para todos aqueles que desejassem voltar à escola, de forma voluntária, dado que no município ainda vigorava o fechamento. A partir daí, mais de 120 crianças e grande parte dos educadores voltaram a frequentar a escola presencialmente.

A rede de apoio da escola incluiu um espaço de acolhimento emocional e legitimação de sabedorias produzidas na experiência da equipe de educadores, a qual passou a contar com um momento coletivo com profissionais do projeto Papo com Zero que oferecia rodas de apoio com educadores para enfrentamento da pandemia. Esse modo coletivo de escuta e validação da experiência do qual se valeu essa equipe de educadoras não foi somente um meio de compensar as tensões e abalos emocionais produzidos em meio aos terrores que proliferaram na pandemia, mas um dispositivo de ampliação de autonomia coletiva e potencialização da vida. Aliás, a autonomia em rede é o bem mais profundo que a experiência dessa escola nos ensina, a experiência de uma escola além dos muros, promotora da saúde em defesa da vida de grupos sociais vulnerabilizados durante a pandemia, criando e alimentando redes de solidariedade e afeto, uma escola viva durante a pandemia.

EXPERIÊNCIAS QUE TRANSVERSALIZAM O OLHAR: O PROGRAMA CONEXÃO SAÚDE REALIZADO NO COMPLEXO DA MARÉ, NO RIO DE JANEIRO

O projeto Conexão Saúde se caracterizou como uma intervenção planejada e desenvolvida pela parceria entre equipes de instituições do terceiro setor, setor privado, instituições de ensino e pesquisa, capitaneada pela organização local Redes da Maré, unindo o conhecimento vivencial, abrangente e de longa experiência no território e um consistente aporte tecnológico no campo da saúde coletiva.

O Complexo da Maré, margeado pelas principais vias expressas do Rio de Janeiro, é composto por 16 territórios de favelas de alta vulnerabilidade social com 140 mil habitantes, 49 escolas, oito unidades de Atenção de Primária à Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento e um Centro de Referência da Assistência Social.

Em sua trajetória, a Maré traz um histórico de incidência política amplamente compromissada com a promoção de mudanças estruturais no território. Para enfrentamento das condições de múltiplas adversidades na pandemia, movimentos e organizações sociais foram desafiados a responder com ações diretas: um conjunto de ações emergenciais voltadas para a redução do impacto econômico na população mais vulnerabilizada, garantia de segurança alimentar, diminuição dos níveis de contaminação e mortes e atender um amplo espectro de agravos e necessidades sindêmicas. Nesse sentido, foi necessário implementar um escopo de ações interse-

toriais, articuladas e conectadas a diferentes dimensões que dizem respeito à saúde ampliada, por meio da mobilização e participação comunitária.

A ação Conexão Saúde: de Olho na Covid surge com o objetivo de desenvolver um modelo integrado e participativo de atenção e vigilância em saúde para o enfrentamento da pandemia em favelas no Rio de Janeiro. Sua metodologia priorizou as seguintes dimensões: comunicação, vigilância em saúde, assistência e atenção à saúde e gestão, apresentadas a seguir.

O eixo Comunicação consistiu na construção de um plano de comunicação comunitária e popular para o combate à desinformação e conhecer como a população interagia com a (des)informação veiculada pelas mídias e *fake news*. O plano visava disseminar conhecimento sobre os mecanismos de contaminação, controle da infecção e vacinação, autocuidado e cuidado coletivo. Comunicadores comunitários e articuladores locais identificavam fragilidades e lacunas que pudessem resultar em agravamento da pandemia, por exemplo, barreiras de acesso a *smartphones* e internet, e buscavam meios alternativos como a rádio local e o megafone. Foram produzidos *podcasts*, cartazes, divulgação em jornais e rádio locais, peças de comunicação por meio das redes sociais,⁷ além da interlocução com meios de comunicação locais, nacionais e internacionais.

No eixo Vigilância em Saúde, a partir do conhecimento das necessidades sanitárias, foram planejadas ações, medidas de enfrentamento e ofertado cuidado em tempo oportuno para as pessoas infectadas e contactantes. Uma parceria com a Fiocruz, Dados do Bem, SAS Brasil e União Rio viabilizou o acesso à testagem por meio da organização de duas tendas em regiões centrais do Complexo da Maré. O processamento dos testes em 24 horas possibilitou maior celeridade para o cuidado à pessoa infectada, bem como para conter a contaminação das pessoas no mesmo domicílio. A identificação dos sintomáticos, testagem e o rastreamento dos contactantes, uso de tecnologias para o monitoramento com o uso de aplicativos de georreferenciamento, além da notificação e consolidação dos dados da vigilância epidemiológica, resultou na elaboração de um boletim semanal. O compartilhamento diário dessa informação com as instituições de ensino e pesquisa viabilizou traçar um panorama da pandemia em tempo real no Rio de Janeiro e no Complexo da Maré.

Tais ações de vigilância ativa e comunitária possibilitaram identificar locais com maior incidência da doença e a implementação de respostas em tempo hábil, incluindo a comunicação e suporte às equipes de saúde do SUS. Por meio de um programa de isolamento domiciliar seguro, os casos positivos eram acolhidos durante

⁷ WhatsApp® e Instagram®.

o período de quarentena, com provimento de alimentação para as pessoas contaminadas e as que compartilhavam o mesmo domicílio.

O eixo Atenção à Saúde visava à ampliação do acesso a serviços de saúde e fortalecimento da atenção primária. Com intuito de aumentar a capilaridade das ações de saúde foram programadas ações de educação permanente em saúde, atividades de matriciamento e formação para agentes comunitários de saúde e profissionais das unidades, além de mecanismos de integração das unidades de saúde com as ações de atendimento *on-line*.

Foram disponibilizados um canal para orientações *on-line* sobre testagens, isolamento seguro e atenção à saúde integral e duas cabines para o atendimento *on-line* em diversas especialidades médicas e em saúde mental. Essas cabines foram situadas em localidades estratégicas do território para favorecer o acesso aos moradores excluídos digitais.

O eixo Gestão visava à integração em rede das ações de saúde e intersetoriais, pautada na perspectiva participativa e colegiada, promovendo um modelo de gestão integrado e de compartilhamento de informação e responsabilidade entre os atores envolvidos.

A avaliação do programa Conexão Saúde constatou a ampliação da capacidade de testagem, rastreamento de contatos, isolamento efetivo e provimento de cuidados a infectados, bem como a facilitação de acesso à atenção primária e atendimentos de telemedicina. O impacto do programa levou à queda progressiva da mortalidade a um patamar dez vezes menor em relação ao período anterior ao seu início. Em junho de 2021, nenhuma morte de Covid-19 havia sido registrada no Complexo da Maré.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DESPOTENCIALIZADA, TERRITÓRIOS DESPROTEGIDOS E TRANSMISSÃO DESCONTROLADA NO BRASIL

Durante a pandemia, embora negligenciada, cresceu a relevância estratégica da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua inserção territorial, cujo modelo de desempenho interferiu diretamente no comportamento das múltiplas ondas que performaram a curva pandêmica em 2020 e 2021 (Daumas *et al.*, 2020).

Esse lugar estratégico da APS contempla a importância do território como espaço de monitoramento, testagem e controle da transmissão, educação em saúde e proteção social, integração de serviços públicos, intersetorialidade, interdisciplinaridade e de constituição de redes comunitárias determinantes da capacidade de resposta do sistema de saúde (Seixas *et al.*, 2020). No entanto, no Brasil, de modo geral, o impacto da primeira onda pandêmica produziu um retraimento imediato da APS que se estendeu indefinidamente. O afastamento de trabalhadoras(es) por

critérios de risco, idade ou morbidade reduziu o efetivo a níveis inferiores ao anterior da instalação da pandemia, enquanto que a nova condição exigia o reforço significativo das equipes. Não foi priorizado o suprimento emergencial de EPIs necessários para que as equipes atuassem nos territórios. Raros foram os municípios que, como em Ilhabela, criaram redes de produção e distribuição de máscaras em massa para proteção da população no início da pandemia. Nessa via de retração e medo, as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) se instalaram dentro das unidades utilizando meios de telemonitoramento de casos. Uma das maiores potências do SUS, a sua inserção territorial pela cobertura da ESF, sabotada desde 2017 pelas políticas de saúde (Morosin *et al.*, 2018), foi deixada indefesa diante da virulência do SARS-Cov2.

A evolução da pandemia de Covid-19 durante o ano de 2020 e 2021 expôs globalmente as fragilidades dos sistemas de saúde. As diferenças entre os modelos adotados para o enfrentamento implicaram diferenças entre os indicadores epidemiológicos de diversos países (Shamasunder *et al.*, 2020). Os modelos de vigilância em saúde que incluem o manejo de testagem, rastreamento, monitoramento e bloqueio da transmissão, combinados com intervenções sociais de interdição de atividades públicas, proporcionaram, nos países que adotaram esses modelos, melhores resultados de controle da pandemia (Nova Zelândia, 2020). Ao longo de 2020 e 2021, indicadores de avaliação da capacidade de resposta de controle da transmissão e de enfrentamento da Covid-19 puderam ser ranqueados globalmente (Leng; Lemahieu, 2021). Nesse *ranking*, baseado em dados de 9 de janeiro de 2021, o Brasil apresentava o pior índice no cenário global na 98ª posição. A amplitude dos problemas colocados pelas diferentes políticas sanitárias adotadas em diversos países para enfrentamento da pandemia ultrapassa em muito os estreitos limites dessa breve contextualização. Nosso propósito é apenas delimitar um campo de conversação em que experiências territoriais puderam ser compartilhadas em um ciclo de encontros durante a pandemia no Brasil em 2021.

O modelo adotado no Brasil, ao contrário de privilegiar estratégias territoriais de educação, proteção social, vigilância e controle da transmissão, se limitou a medidas de proteção individualizada em caráter voluntário ou induzido e à implementação de práticas de telemonitoramento de sintomáticos respiratórios associada ao provimento de assistência local e internação hospitalar. Não foram implementadas estratégias de testagem em massa, rastreamento, controle da transmissão (Fiocruz, 2020) e processos coletivos de proteção comunitária.

Sem medidas efetivas de controle territorial, a transmissão teve curso livre deixando o impacto do adoecimento a cargo da organização da retaguarda hospitalar. Nos períodos de ascensão da transmissão, a disponibilidade dos serviços hospitalares aproximava-se da saturação, tanto da taxa de ocupação dos leitos de interna-

ção e de CTI, quanto do abastecimento de insumos hospitalares, como na trágica experiência em Manaus, AM causada pela interrupção do suprimento de oxigênio no início de 2021 (Fiocruz, 2021). Os indicadores epidemiológicos tinham por principal função a produção de painéis para tomada de decisão na esfera municipal em relação à capacidade de atendimento da população adoecida. Foram raríssimas as iniciativas do uso de indicadores para o planejamento de estratégias de vigilância territorial, bloqueio de transmissão e proteção contra o adoecimento, como foi realizado, por exemplo, em Ilhabela e no Complexo da Maré, no Rio de Janeiro. Medidas de interdição de atividades públicas – *lockdown* – eram acionadas com a finalidade de arrefecer o impacto do recrudescimento da transmissão para evitar o colapso da rede hospitalar. Os indicadores também auxiliavam a gestão da compra de insumos e da contratação para assistência hospitalar privada e pública.

Esse quadro foi agravado com a rápida proliferação de variantes do SARS-CoV-2 no Reino Unido, Brasil, África do Sul e Índia (WHO, 2021). Como as mutações do vírus ocorriam durante o processo de transmissão, quanto menor o controle, maior a probabilidade da produção de variantes potencialmente mais transmissíveis. Dado que, no Brasil, não foram adotadas estratégias de controle territorial da transmissão, a condição de transmissão comunitária à deriva constituiu um meio de cultura propício para a proliferação de variantes que fizeram as curvas pandêmicas ascenderem com maior aceleração em fevereiro de 2021.

A rapidez com que centros de pesquisa e dezenas de grandes laboratórios em todo o mundo conseguiram sintetizar diferentes tipos de neutralizantes imunológicos com resultados promissores nas fases iniciais de testes, estimulou globalmente a aprovação pelas agências sanitárias do uso emergencial dessas vacinas, antes mesmo da realização dos testes conclusivos de eficácia (Fiocruz, 2021).

A grande esperança depositada sobre a imunização foi, no entanto, fragilizada internacionalmente pela iniquidade de distribuição de doses e de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) dos imunizantes aprovados emergencialmente e, no Brasil, pela descoordenação política para obtenção de insumos, planejamento e compra de produção interna e externa, logística de distribuição e planejamento estratégico para superação da crise sanitária. Por outro lado, verificou-se durante o ano de 2021 que a vacinação não substituiu a necessidade de controle da pandemia, como ocorrido, por exemplo, nos Estados Unidos em que a transmissão da variante Delta se expandiu rapidamente mesmo após a imunização da grande maioria da população.

Uma parcela da população, principalmente dos setores de classe média ligados ao ensino, informação, comunicação e tecnologia, se abrigou em casa em regime de distanciamento e trabalho remoto. Para se sustentar, produzir e abastecer serviços e mercados, a maioria da população transitava em meios de transporte ainda

mais densamente ocupados devido à redução de veículos em circulação, nos quais, mesmo aquelas pessoas – nem tantas – que usavam máscaras estavam expostas à contaminação. O uso de máscaras era exortado “à distância” nos meios de comunicação. Raras foram as ações territoriais que puderam envolver a população em processos educativos participativos, como no Complexo da Maré. O crescimento da demanda de *delivery* para consumo daqueles que ficaram em *home office* impulsionou o crescimento de uma multidão vulnerabilizada de entregadores de mercadorias e alimentos que incluía o trabalho de menores. Essa e muitas outras experiências de medo e precarização das vidas, como das crianças e adolescentes sem escola e de idosos isolados em quarentena permanente, aumento das violências de estado, raça, gênero, violência doméstica e agravos de saúde mental, compunham um oceano de visibilidades que impactou tragicamente a vida brasileira para sempre.

Como nunca, as desigualdades sociais vieram a público. A TV mostrava filas de pessoas para receber restos descartados por frigoríficos e doações de cestas básicas de alimentos, que constituíram a principal rede de solidariedade durante a pandemia. Segundo o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia, um pico epidêmico de insegurança alimentar grave atingia mais de 19 milhões de pessoas em sua maioria negras, mulheres e com baixa escolaridade (Corrêa, 2021).

Mesmo que os perfis de morbimortalidade com dados desagregados por raça/cor/etnia divulgados pelo Ministério da Saúde apresentassem baixa qualidade, as iniquidades ganharam visibilidade. Caía por terra a ideia de que a Covid-19 era uma doença que atingia igualmente todos os grupos sociais. Mesmo quando havia predominância de hospitalizações na população branca, registrava-se maior incidência de morte na população negra. A incidência da mortalidade por Covid-19 de gestantes negras era ainda maior, indicando a sobreposição de iniquidades (Araújo *et al*, 2020). Se antes da pandemia os direitos humanos ocupavam uma posição de relevância no setor, a partir de então, emergiu a necessidade premente de observar um amplo espectro de condições que demanda a incorporação de direitos humanos nos processos de cuidado, para além das políticas de atenção, organização dos serviços e de relações em saúde.

A suma importância e a multiplicidade dos temas colocados pela pandemia superaram nossa capacidade de olhar, compartilhar e saber. Talvez uma das questões que essa experiência nos colocou foi sobre a ignorância. O fato de o vírus ser um desconhecido e a pandemia, inédita, criaram condições críticas que desestabilizaram posições de saber pré-estruturadas e impermeáveis à experiência. O regime de verdade que embasa essas posições instituídas de saber constitui barreiras no campo do cuidado que enquadram as relações em saúde em modelos de atenção frag-

mentados e centrados na doença, diagnósticos e conhecimento especialista que dificultam a integralidade do cuidado. No entanto, nas condições da pandemia, o sofrimento de se defrontar com o não saber diante de um fenômeno desconhecido de dimensão planetária, em meio ao medo renovado a cada dia, causou um duplo efeito defensivo: por um lado uma reação negacionista e por outro, uma contrarreação afirmativa dos saberes da ciência e da academia.

Um dos efeitos da pandemia foi o aumento da oferta de informação, *lives*, aulas e palestras em ambiente virtual, ministradas por pesquisadores, docentes e especialistas na área da saúde. Uma oferta fortemente centrada nas agências de saber científico do campo das biotecnologias ao das ciências humanas. Aliás, a reivindicação do regime de verdade fundado em saberes estruturados por referenciais teórico-metodológicos das ciências tornou-se ainda mais proeminente diante do que veio a ser denominado “negacionismo”, isto é, a negação da gravidade da pandemia, do conhecimento dos meios de controle epidemiológico, a negação de necessidades instauradas pela crise socio sanitária e a negligência a demandas urgentes de mitigação de danos múltiplos.

O público desse amplo espectro de ofertas de informação e conhecimento, segmentado por áreas de expertise, era constituído por círculos específicos de audiência. A pandemia, então, também aprofundou um paradoxo da modernidade reflexiva, segundo o qual, ao mesmo tempo em que se busca nas ciências uma fonte segura de verdade pela confiança nos sistemas peritos, amplia-se o campo de desconhecimento

num mundo inteiramente constituído por meio de conhecimento reflexivamente aplicado, mas onde, ao mesmo tempo, não podemos nunca estar seguros de que qualquer elemento dado desse conhecimento não será revisado (Giddens, 1991, p. 40).

O fechamento das escolas foi uma das medidas de contenção da transmissão do SARS-CoV-2. Em todo o mundo a escola foi um espaço público que sofreu interdição por tempo prolongado resultando em graves consequências sociais e de saúde entre crianças e adolescentes (Nações Unidas, 2020). No Brasil, essa medida atingiu uma população de 45 milhões de estudantes. Destes, aproximadamente 33 milhões pertenciam a famílias com renda abaixo de um salário mínimo em territórios de maior vulnerabilidade social (Cristaldo, 2021).

Com o fechamento da rede escolar, além da maior exposição a situações de violência nos territórios e domicílios, milhões de crianças e adolescentes tiveram seus direitos de acesso à educação interditados causando evasão escolar e déficit de ensino de alto impacto, entre 2020 e 2021 (Araújo, 2021). O ensino remoto não

foi capaz de melhorar a situação. Além das barreiras de acesso à internet, equipamentos, a redes *wi-fi* e planos de dados, aqueles que tiveram melhores condições de acesso demonstraram baixo engajamento, insatisfação e uma grande incidência de abandono do ensino remoto (Lima, 2020, p. 45-53). Educandos que, antes da pandemia, apresentavam dificuldades de progressão e permanência no regime de educação formal, tiveram ainda menor chance de se manter em regime remoto. Em janeiro de 2021, 50% dos candidatos inscritos no Exame Nacional do Ensino Médio desistiram de realizar as provas e, conseqüentemente, do ingresso nas universidades públicas.

Outro complexo problema emergente da interdição dos espaços de educação presencial foi a privação da convivência escolar. Crianças que deixaram de frequentar instituições de educação infantil começaram a apresentar déficit no desenvolvimento psicomotor e da fala. No campo da saúde mental infantojuvenil, a Rede de Atenção Psicossocial sofreu o impacto do agravamento de sofrimentos graves e persistentes derivados da pandemia. O isolamento social foi propulsor de um quadro multifatorial de vulnerabilização em que a privação da convivência escolar foi um fator relevante que agravou, no caso destas crianças e adolescentes, uma situação geral de vulnerabilização da saúde mental a que a sociedade como um todo estava exposta (WHO, 2021). A experiência da pandemia revigorou, pela falta, o papel da escola como espaço de proteção das crianças e adolescentes. O fechamento da escola causou um déficit da segurança alimentar, da vigilância em saúde e a perda de um espaço de acolhimento e cuidado.

Diante das múltiplas e graves consequências do fechamento prolongado das escolas, a partir de fevereiro de 2021, autoridades municipais passaram, de modo geral, enfrentando grandes dificuldades, a adotar medidas para a retomada das atividades presenciais. A maioria dessas iniciativas sofreu uma reação negativa por parte de setores da sociedade e sindicatos de trabalhadores da educação. Assim, em meio à pandemia descontrolada no país, sem estratégias efetivas de redução da transmissão, num quadro de recrudescimento das curvas pandêmicas pela proliferação de variantes virais, a comunidade escolar se sentia desprotegida e a sociedade brasileira, sem referências para avaliar condutas para proteção dos direitos e da vida das crianças, adolescentes, familiares e trabalhadores da comunidade escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da complexidade do fenômeno da pandemia de Covid-19 requer, para seu enfrentamento, a integração de áreas do conhecimento, coordenação da ação de diferentes setores, em que se destacam educação, ciência e tecnologia e

assistência social, níveis da atenção, assistência e vigilância em saúde e vigilância socioassistencial. Dessas possibilidades de integração e coordenação dependem a efetividade das ações das equipes de saúde e ações intersetoriais e comunitárias nos territórios. As experiências aqui retratadas destacam que o compartilhamento de informações e tecnologias possibilitaram uma cartografia viva da situação sanitária das distintas regiões configurada como ferramenta de gestão, ampliação do acesso à saúde e articulação de ações territoriais como entre atenção à saúde e assistência social na perspectiva da integralidade do cuidado.

A integração de potências locais e parcerias interinstitucionais e intersetoriais, para a construção de soluções territorializadas, se confirmou como uma metodologia efetiva no campo da saúde coletiva para implementação em territórios com alto nível de vulnerabilidade social para o enfrentamento de múltiplos agravos e situações de saúde pública.

As múltiplas potências de um modelo de atenção e vigilância que integra a comunidade, a academia e agentes públicos, com ações de proteção social, saúde e comunicação coordenadas por processos de gestão coletiva, autônoma e enraizada nos territórios, tendo produzido subsídios que apoiam o desafio em transversalizar a intersetorialidade no SUS e nos territórios.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. L. Pandemia acentua déficit educacional e exige ações do poder público. *Agência Senado*, 6 jul. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/07/pandemia-acentua-deficit-educacional-e-exige-acoes-do-poder-publico#:~:text=A%20pesquisa%20Resposta%20Educativa%20C3%A0,as%20desigualdades%20come%C3%A7am%20a%20aparecer>. Acesso em: 09 nov. 2023.

ARAÚJO, E. M. de *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44 n. spe4, dez. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E412>. Acesso em: 09 nov. 2023.

CORRÊA, A. M. S. *Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia Covid-19 no Brasil*. [S. l.]: Rede Brasileira de Pesquisa SSAN, 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/21-05-2021-apresentacao-ana-maria-segall>. Acesso em: 09 nov. 2023.

CRISTALDO, H. Censo Escolar 2020 aponta redução de matrículas no ensino básico. *Agência Brasil*, Brasília, 29 jan. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2021-01/censo-escolar-2020-aponta-reducao-de-matriculas-no-ensino-basico>. Acesso em: 09 nov. 2023.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária no enfrentamento da COVID-19. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n6/1678-4464-csp-36-06-e00104120.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2023.

FIOCRUZ. *Nota técnica nº 16, 28 de dezembro de 2020*. Dispõe sobre a cobertura e positividade dos testes para Sars-CoV2. Evolução, tendências recentes e recomendações. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bigdatacovid19.iciet.fiocruz.br/nota_tecnica_16.pdf . Acesso em: 09 nov. 2023.

FIOCRUZ. *Nota técnica nº 4, 2021*. Dispõe reflexões sobre o comportamento da epidemia da covid-19 segundo as regiões de saúde do Estado do Amazonas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://amazonia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/01/nota-tecnica-4-final.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2023.

GIDDENS, A. *As Consequências da Modernidade*. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

LENG, A.; LEMAHIEU, H. *Covid performance Index*. Lowy Institute, 2021. Disponível em: <https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/?s=08>. Acesso em: 09 nov. 2023.

LIMA, A. L. D. I. *et al.* Retratos da educação no contexto da pandemia do Coronavírus: um olhar sobre múltiplas desigualdades. [S. l.]: IEDE, 2020. Disponível em: https://www.portaliiede.com.br/wp-content/uploads/2021/02/Retratos-da-Educacao-na-Pandemia_digital.pdf. Acesso em: 09 nov. 2020.

MOROSIN, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. /mar. 2018.

NAÇÕES UNIDAS (Brasil). UNICEF alerta para saúde mental de 332 milhões de crianças que sofrem com políticas do confinamento. *Nações Unidas Brasil*, Brasília, 05 mar. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/114989-unicef-alerta-para-saude-mental-de-332-milhoes-de-criancas-que-sofrem-com-politicas-do>. Acesso em: 09 nov. 2023.

NAÇÕES UNIDAS (Brasil). UNICEF: pandemia joga 150 milhões de crianças na pobreza multidimensional, *Nações Unidas Brasil*, Brasília, 17 set. 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91494-unicef-pandemia-joga-150-milhoes-de-criancas-na-pobreza-multidimensional>. Acesso em: 09 nov. 2023.

NEW ZEALAND. Ministry of Health. *Background and overview of approaches to COVID-19 pandemic control in Aotearoa/New Zealand*. New Zealand: New Zealand Government, 2020. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/background-overview-approaches-covid-19-pandemic-control-aotearoa-new-zealand-30mar20.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2023.

PINTO, F. Covid-19: Fiocruz debate desafios para equidade da vacinação. *Agência Fiocruz de notícias*, Brasília, 22 fev. 2021. Disponível em: . Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/covid-19-fiocruz-debate-desafios-para-equidade-da-vacinacao>. Acesso em: 09 nov. 2023.

SEIXAS, C. T. *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 25, Supl. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Acesso em: 09 nov. 2023.

SHAMASUNDER, S. *et al.* Covid-19 reveals weak health systems by design: Why we must re-make global health in this historic moment. *Global Public Health*, v.15, n.7, p. 1083-1089, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1760915>. Acesso em: 09 nov. 2023.

TEIXEIRA, C. P. *et al.* Covid-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios. Rio de Janeiro. *Anais [...]*. Rio de Janeiro: PROFSAÚDE, 2020.

WHO. World Health Organization. Tracking SARS-CoV-2 variants. *WHO*, Genebra, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>. Acesso em: 09 nov. 2023.

Atores autores

Traçamos aqui alguns sentidos que as múltiplas experiências compartilhadas nesse projeto integrado de ensino e extensão nos ofereceram. A autoria disso tudo são mais de 60 atores de ações, a maioria das quais não puderam ser reportadas neste texto. Então, gostaríamos de incluir a autoria dessas pessoas e manifestar nosso regozijo pela oportunidade que nos deram de conhecer os valores que as experiências implementadas agregam à vida nos territórios onde atuam.

Ana Cristina Pimentel, Ana Honorato, Ana Lúcia Eppinghaus, Ana Luiza Novis, Ana Paula Cavalcanti, André Galdino de Oliveira, André Luiz Lázaro, Andrea Lilian Alecrim da Silva, Anselmo Menezes de Oliveira, Artur Almeida Júnior, Camila Maia Franco, Camille Mannarino, Carlos Felipe Ferreira Batista, Carmen Regina Colonese, Ciane dos Santos Rodrigues, Cristyane Lins Galindo, David Candido Alves, Debora do Carmo, Denise Elisabeth Machado, Eladjane Florêncio Rocha, Eleonora Cirilo Bastos, Eliel Barbosa de Moura, Elisabete Alves Pinto, Elivanda Canuto de Sousa, Estela de Aquino, Everton Pereira da Silva, Gabriela Machado Galvão, Gustavo Machado Felinto, Heloísa Bazanelli Negrisoni, Henrique Gomes da Silva, Janaína Lopes de Lima, Joíra Alves Rolemberg, Juliana Machado de Jesus, Lara Passos Kayanok, Larissa Figueiredo Ramires, Lucas Rafael da Silva, Lucia Cristina Barros Santos, Lucia de Fatima Cabral, Luis Gustavo Carvalho, Luna Arouca, Marcos Kalil, Maria de Betânia Chaves, Maria Cristina Coelho, Maria de Fátima Gavião, Marize Pereira Miagos-

tovich, Messias Honorato da Silva, Miriam Ribeiro Conceição, Maria Cassiana Dias da Silva, Nívia Radigia Chavier, Oriana Hadler, Paulo Capucci, Paulo Cezar da Silva, Paulo Ricardo de Azevedo, Priscila Mina Galati, Renata Coelho Imperial, Richardson Almeida Meirelles, Rosa Maria da Silva Lima, Rozidaili dos Santos Santana, Stefânia Soares, Valdir José Bezerra e Silva, Valéria Braga, Valéria de Oliveira Nascente, Vera da Rocha Soares, Vitor Hugo Chagas do Vale.

O corpo sensível e a relação médico-paciente: novos diálogos com a formação médica

Ana Paula Marques Martins Gomes

Lilian Koifman

INTRODUÇÃO

A educação médica no Brasil é fruto de um processo histórico que, ao longo do tempo, foi se moldando, a partir do contexto científico, social e político de cada época. O século XX foi palco de grandes conquistas tecnológicas, fruto dos avanços e controle nos conhecimentos de física, química e biologia. Os desenvolvimentos tecnológicos colaboraram para a formação de profissionais cada vez mais especializados, capazes de emitir diagnósticos precisos com qualidade técnica.

Por outro lado, vários estudos apontam que esse conhecimento acumulado não garante a saúde integral do indivíduo, trazendo para lugar de destaque a discussão sobre a relação médico-paciente e seu papel importante dentro do contexto do cuidado, por vezes, colaborando na atenuação das angústias de sujeitos que sofrem e, por outras, comprometendo adesão a tratamentos.

Segundo Traverso-Yépez e Moraes (2004), o agir do profissional de saúde deveria ser baseado mais na escuta e no diálogo do que na imposição de “receitas”. E complementa: “entre a relação médico-paciente, não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas diferentes”. Por esse prisma, a área da saúde contempla, na relação de ajuda, não só os aspectos biológicos, dos indivíduos, como também os psicológicos e sociais.

Diante da necessidade de um olhar holístico do ser humano, se apresentam as discussões sobre a educação médica, principalmente relativa à produção do cuidado. Na busca da formação de profissionais humanizados, reflexivos e éticos (carac-

terísticas que dialogam com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS), reflexões direcionadas ao desenvolvimento de processos educativos, com o objetivo de formar dentro desse perfil profissional, devem, de forma permanente, fazer parte das discussões dos currículos.

Nesse sentido, este trabalho, que faz parte de pesquisa de mestrado (Caae – Nº 58929722.2.0000.5243), apresenta um recorte sobre o tema da formação de médicas e médicos no Brasil, lançando um olhar para os aspectos descritos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no que diz respeito à comunicação não verbal. O estudo pretende lançar propostas de inclusão de aspectos que abordem a consciência corporal na formação médica como ferramenta para aprimoramento da capacidade de cuidar.

O ponto inicial dessa reflexão se localiza no fato de o documento das DCN, que tem origem na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996, se estabelecer, ainda, como um espaço para recriarmos e ressignificarmos práticas médicas, a fim de repensarmos novas metodologias de ensino-aprendizagem.

Observando grades curriculares de cursos de Medicina, é possível identificar disciplinas voltadas para a teoria e prática do exercício de ser médicos e médicas. Mas nossa proposta é relançar um olhar para as DCN, vislumbrando que nestas existe uma terceira dimensão na composição teoria e prática. Ou seja, colocar em cena o olhar que as DCN mostram com possibilidades de ampliação de espaços e movimentos, com contorno e estabilidade para que cada indivíduo possa “usufruir de um processo de autoconhecimento através de vivências corporais variadas, na direção de uma atitude ativa e política diante da vida” (Carné, 2010, p. 72).

Sendo assim, para este estudo e diálogo, visando pensar um currículo para uma formação médica voltada para relações de cuidado e humanização, que caminhem na direção de um corpo aberto, disponível para as relações com o outro, seja o paciente e/ou outros profissionais de saúde, utilizaremos contribuições de algumas áreas: da Psicologia, com o pensamento de D. W. Winnicott e sua teoria do amadurecimento emocional, e da Educação Somática – campo no qual os saberes do corpo, por meio da atenção às sensações, aos órgãos dos sentidos, promovem a ampliação da percepção e da consciência corporal. A Educação Somática trabalha na direção de uma educação da sensibilidade, despertando para sentimentos de vitalidade. As práticas somáticas atuam para refinar a sensibilidade perceptual, cinéstica e proprioceptiva, reconhecendo padrões habituais de interação com o ambiente e buscando uma capacidade ampliada para a vida.

A “PISTA DE CORRIDA” E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

A palavra “currículo” vem do latim *curriculum*, que significa ‘pista de corrida’. Para Silva (2005), “podemos dizer que no curso dessa ‘corrida’ que é o currículo acabamos por nos tornar o que somos” (p. 15). Tomás Tadeu da Silva aprofunda a discussão trazendo a reflexão propondo que “[...] Talvez mais importante e mais interessante do que a busca da definição última de ‘currículo’, seja a de saber quais questões uma ‘teoria’ do currículo ou um discurso curricular busca responder” (p. 14). Sendo assim, conhecer as teorias que embasam os currículos caminha na direção de melhor entender para que serve e a quem serve determinado conhecimento, no momento de se escolher quais aspectos devem ou não fazer parte de uma trajetória formativa. Segundo Silva (2005), as teorias do currículo são caracterizadas pelos conceitos que enfatizam. Eles dirigem nossa atenção para certas coisas que, sem eles, não “veríamos”.

As teorias tradicionais salientam como pontos centrais: ensino, aprendizagem, avaliação, metodologia, didática, organização, planejamento, eficiência, objetivos.

As teorias ditas críticas focam em conceitos como ideologia, reprodução cultural e social, capitalismo, relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto, resistência; e as teorias pós-críticas enfatizam identidade, alteridade, diferença, subjetividade, significação e discurso, saber-poder, representação, cultura, gênero, raça, etnia, sexualidade, multiculturalismo.

A partir dos pontos destacados acima, podemos perceber uma ampliação dos aspectos que compõem o currículo, ao olharmos pela perspectiva das teorias críticas e pós-críticas. Conforme salienta Silva (2005), fica impossível, após os questionamentos dessas teorias, renunciarmos ao ensinamento de que o currículo é uma questão de saber, identidade e poder. E, complementando, “com a noção de que o currículo é uma construção social aprendemos que a pergunta importante não é “quais conhecimentos são válidos?”, mas, sim, “quais conhecimentos são considerados válidos?” (Silva, 2005, p. 148).

Diante desses questionamentos sobre a dinâmica viva de um currículo, sujeito às transformações e inserções de elementos necessários a cada época, lançamos um olhar para as Diretrizes Curriculares Nacionais.

As DCN são normas obrigatórias para a educação que orientam o planejamento curricular dos sistemas de ensino.

As DCNs constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos que devem ser adotados por todas as instituições de ensino superior (IES). A primeira resolução com diretrizes para a área da saúde – resolução n. CNE/CES

1.133/2001 – dispõe sobre as DCN dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, nas quais constam elementos sobre o perfil, competências e habilidades do egresso desses cursos, os conteúdos curriculares, os estágios e atividades complementares, a organização do curso e o seu acompanhamento e avaliação (Brasil, 2001, p. 131).

Até 2004, além dos citados, todos os cursos da área de saúde tiveram suas diretrizes aprovadas. Esse movimento contou com a participação de várias instâncias que compõem a sociedade: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, conselhos profissionais, associações de ensino, comissões de especialistas de ensino da SESu/MEC e a Rede Unida. A instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que define as bases para a educação do ensino básico, foram determinantes para a publicação das DCN. Os desafios para a construção e consolidação do SUS, assim como novas ideias que criticavam a pedagogia tradicional aplicada até então, também compuseram os ingredientes para a formulação das DCN.

As DCN têm como objetivo para os alunos dos cursos de graduação em saúde:

[...] a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2001, p.4).

Um dos princípios das DCN é "fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão" (Brasil, 2001, p. 3). As bases para essas formulações são cuidar de possíveis dissociações entre ensino, pesquisa e extensão universitária que corroboram para que futuros e futuras profissionais se distanciem das realidades sociais no exercício de suas profissões.

O curso de graduação em Medicina insere-se no campo da saúde, atravessado por uma série de marcas históricas de cunho econômico e social. Examiná-lo deslocado de seu contexto é não perceber sua condição dinâmica e, consequentemente, de constante processo de transformação. Sendo assim, pensar formação é pensar também espaços formativos que não sejam apenas lugares de aquisição de informações, mas locais onde os alunos atuem de forma criativa como sujeitos da construção do conhecimento, implicados e articulados com as demandas sociais e com o seu próprio processo de amadurecimento pessoal.

Nas DCN do curso de Medicina, para a atuação profissional, foi lançado um olhar para a formação de competências e habilidades necessárias ao fazer diário do ofício de ajuda ao outro. Segundo as DCN, o perfil do formando é tornar-se “médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença” (Brasil, 2001, p.1).

As DCN do curso de Medicina, no que tange às competências gerais, abordam um conjunto de atitudes, tais como atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente, com uma série de conhecimentos, competências e habilidades específicas, que vão desde aspectos técnicos ao cuidado como seu bem-estar: sua saúde física e mental como cidadão e como médico. Para tal, os conteúdos curriculares foram construídos para que esses aspectos se integrem à realidade epidemiológica proporcionando a “integralidade das ações do cuidar em medicina” (Brasil, 2014).

Ao analisarmos esses aspectos abordados pelas DCN do curso de Medicina, destacamos alguns dos pontos referentes às competências gerais, às específicas e aos conteúdos curriculares, quando estes abordam temas direcionados, a seguir.

- Competências gerais.
- Comunicação não verbal.
- Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares.
- Competências específicas.
- Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico.
- Conteúdos curriculares.
- Incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania.

Esses pontos abrem uma possível reflexão a respeito de como se dão os processos de aprendizagem relacionados à atitude de futuros médicos e médicas na relação com o outro, nos fazendo pensar em como tais aspectos estão inseridos e/ou são sensibilizados na graduação.

Segundo Sacristán (1996):

O currículo é a materialidade concreta que faz da escola um determinado sistema social visto que é através dele que a escola é dotada de conteúdo, missão que se expressa por meio de usos quase universais em todos os sistemas educativos, mesmo que por condicionamentos históricos e pela peculiaridade de cada contexto, expressa em ritos, mecanismos etc. que

adquirem certa especificidade em cada sistema educativo (Sacristán, 1996, p. 15-16).

Sendo assim, essa “pista de corrida” que apresenta uma grande quantidade de paisagens, com aclives, declives e curvas ao seu redor, retomando a ideia de Tomás Tadeu da Silva (2005) é:

[...] trajetória, viagem, percurso. O currículo é autobiografia, nossa vida, curriculum vitae: no currículo se forja nossa identidade. O currículo é texto, discurso, documento. O currículo é documento de identidade (Silva, 2005, p. 150).

A Constituição Federal, no Artigo 207, estabelece que “as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. Esses três eixos propostos são importantes para se pensar instituições de ensino articuladas com um mundo em permanente transformação.

Portanto, destacar os aspectos que se referem à comunicação não verbal que constam nas DCN significa refletir, de uma nova forma, sobre rotas antigas. É uma forma para pensar uma terceira perna, em um tripé formativo. Também dar a chance de se criar um espaço potencial, um espaço criativo para que médicos e médicas possam fortalecer suas identidades, contribuindo assim para novas subjetividades que se formarão durante o período da graduação.

Essa expressão – “tripé formativo” –, iluminando com a mesma intensidade os campos da teoria, prática e formação pessoal, foi desenvolvida por Bernard Aucouturier (1934-), criador da Prática Psicomotora Aucouturier (PPA). Sobre a formação pessoal, Silva Carné comenta (2010, p. 72): “A formação pessoal favorece o aparecimento/fortalecimento de cidadãos autônomos, morais, éticos, responsáveis e descentrados”. Ela também vai na direção de um trabalho que convida para a disponibilidade corporal e a empatia tônico-emocional (estado somático e psicológico que permite ao terapeuta – e aqui podemos substituir por médico e médica – viver as emoções do outro sem ser invadido por elas) (Carné, 2010).

A comunicação não verbal encontra-se dentro de um campo do saber muitas vezes não valorizado por nossa cultura. Pensar esse aspecto como processo a ser aprendido durante a formação profissional é pensar em uma formação preocupada com a integralidade do processo formativo, assim como pensar a integração permanente entre o psíquico e somático. E não apenas com as abordagens técnicas e duras da relação com o paciente. Como aponta Silvia Carné (2010):

A dinâmica formativa é, assim, um processo gradual, um aprofundamento progressivo, possuindo um vetor terapêutico, sem que haja para isso intenções psicoterápicas. O objetivo principal é a aquisição de níveis de competência profissional-pessoal-relacional. Abre as portas para um processo de amadurecimento (Carné, 2010, p. 70).

Pensar a integralidade, no processo formativo, dos futuros médicos e médicas entra em consonância com um dos princípios do SUS.

A integralidade está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidade desta pessoa (Fiocruz, 2014).

O princípio de integralidade aborda a prática da assistência à saúde além de práticas curativas, visando ao bem-estar do indivíduo vinculado a seu território. Nessa perspectiva da integralidade consideramos que não seja possível escutar, trabalhar o corpo de outros sem conhecer seu próprio corpo e suas próprias afetações e gestos.

A perspectiva assimilada por estudantes, na maioria das trajetórias educacionais de formação médica, é que, ao conhecer a doença e o corpo morto, as médicas e os médicos estarão aptos a trabalhar a doença. Mas colocamos em questão a ideia de que estudantes de Medicina podem trabalhar a atenção integral à saúde, o cuidado sem olharem, durante a formação, para seu próprio corpo vivo.

O CORPO NA HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO DO SER HUMANO OCIDENTAL

O corpo tem adquirido, principalmente, nos últimos 30 anos, uma grande evidência. As linhas contemporâneas de educação incluem, definitivamente, o corpo no processo de desenvolvimento do ser humano.

O século XX foi palco do incremento de pesquisas sobre o corpo. Vários campos do saber debruçam-se, através de suas práticas, no desenvolvimento de novos estudos, desde os achados da neurociência, até nas artes e nas ciências humanas. Seja por um esgotamento da razão dissociada das condições sensíveis que marcaram o racionalismo do século XIX, seja

em função dos desejos mais inexpugnáveis do homem e na herança de seu sonho frankensteiniano na busca do controle e manipulação da vida, surgiram ampliações conceituais na ruptura com uma tradição acadêmica cientificista para dar conta deste desconhecido: o corpo vivo, móvel (Borges, 2009, p. 166).

Porém, nas reflexões filosóficas platônicas, buscando uma sociedade perfeita, encontramos a contemplação do mundo das ideias como exercício para se atingir a verdade, que diverge, totalmente, do mundo da matéria onde estão inseridos o corpo e as sensações corporais. Com o mito da Caverna, Platão propõe a divisão do mundo em mundo visível, mundo esse dominado pelas sensações e pelos sentidos mais primários (local onde o que emana do corpo se manifesta) e mundo das ideias, ou o mundo inteligível, local onde o homem é orientado pela inteligência e pela razão.

A percepção do mundo de uma forma dicotômica, na qual temos o mundo da razão de um lado e o mundo das sensações de outro, encontra reforço em Descartes. O “penso, logo existo”, uma das frases mais famosas da Filosofia, que surge pela primeira vez na quarta seção da obra *O discurso do método* (1637), coloca a razão como protagonista para o entendimento dos saberes desenvolvidos pelo homem. O homem tem uma forma racionalista de aprender o mundo, onde a aprendizagem ‘valorizada’ ocorre, a partir do registro de códigos, e não por meio da experiência que se tem, a partir das relações que estabelece, com o dia a dia ao seu redor. A tradição do que se passou a chamar forma cartesiana produziu o silenciamento das sensações. Segundo Damásio (2006), a afirmação “penso, logo existo” “sugere que pensar e ter consciência são os verdadeiros substratos de existir (p. 279).” E complementa:

E, como sabemos que Descartes via o ato de pensar como uma atividade separada do corpo, essa afirmação celebra a separação da mente, a “coisa pensante” (res cogitans), do corpo não pensante, o que tem extensão e partes mecânicas (res extensa) (Damásio, 2006, p. 279).

Cabe aqui comentar a diversidade de formas de lidar com as mesmas questões, apresentadas por diversas tradições e ressaltar que outras culturas possuem, em relação às sabedorias do corpo, outros olhares. Os chineses, por exemplo, possuem em sua cultura, não é de hoje, como prática:

um ensinamento requintado de psicomotricidade, uma verdadeira escola de movimento. [...] Toda a terapêutica chinesa, [...] se desenvolveu

como um sistema eficiente de autoajuda, cujo maior sustentáculo é a motivação proporcionada pelo conhecimento do corpo e seu funcionamento (Bertazzo, 1998, p. 8).

Breton (2011) também traz reflexões nesse sentido quando aponta que cada sociedade, a partir de sua visão de mundo, constrói/cria um conhecimento, um saber distinto sobre o que compõe os elementos que constituem o corpo: “Assim, numerosas sociedades não separam o homem do seu corpo, à maneira dualista, tão familiar ao ocidental” (Breton, 2011, p. 8). E continua:

O corpo moderno é de outra ordem. Ele implica o isolamento do sujeito em relação aos outros, [...], em relação ao cosmo [...] e em relação a ele mesmo, [...] o dualismo contemporâneo opõe o homem ao seu corpo (Breton, 2011, p. 9-10).

De acordo com os pontos acima, pensar sobre a questão do corpo põe em evidência o quanto ele é uma construção social e cultural e, ainda citando Breton (2011), “ele parece evidente, mas nada é mais inapreensível. [...] A concepção mais correntemente admitida nas sociedades ocidentais encontra sua formulação na anatomofisiologia, isto é, no saber biomédico” (p. 18). Tal saber não contempla em suas especificações uma definição de corpo pelo olhar da experiência vivida, ou seja, “o universo vivido, sentido, tal como ele aparece graças à atividade sensorial” (Breton, 2011, p. 313).

Olhando para o lugar do corpo, também pelo viés do sensível, e não apenas por um conjunto de órgãos que apresentam uma mecânica de funcionamento (que, no caso de um problema, podem ser “consertados”), podemos nos aproximar de uma medicina interessada pelo doente, e não pela doença, uma medicina do ser humano.

Sendo assim, propomos refletir sobre a discussão acerca da insuficiência da visão anatomoclínica do corpo ou sobre o corpo. Ela não é suficiente para pensar o ser humano de forma integral, estudá-lo, como aborda Garcez (2005), nas práticas de saúde; também “requer o conhecimento prévio de si, do seu próprio corpo” (p. 59), visando às relações de cuidado.

A GRADUAÇÃO MÉDICA COMO AMBIENTE DE AMADURECIMENTO PESSOAL

Os saberes oriundos das ciências naturais, os avanços no conhecimento da biologia, as conquistas tecnológicas para o tratamento de enfermidades são fundamentais ao cuidado da saúde do indivíduo; isso é inquestionável. Não se trata aqui de

fragmentar, mas, sim, de colocar em evidência que a questão da saúde não se limita ao biológico, concordando com Loterio (2012).

Na contemporaneidade é inegável que o avanço científico e o tecnológico têm trazido grandes ganhos à produção de saúde, porém somente a utilização de tecnologias não tem sido suficiente para garantir o cuidado com a saúde dentro de uma relação de humanização. [...] A objetividade no cuidado transforma em ato mecânico aquilo que deveria ser humano, carregado de vida (Loterio, 2012, p. 126).

D. W. Winnicott (1965) aponta que “não se trata de negar a existência de fatores hereditários (biológicos), mas, antes, de complementá-los com aspectos que talvez se revelem mais vitais para a vida do indivíduo do que o próprio distúrbio” (p. 58).

Nesse sentido, pensamos sobre as condições formativas para que os profissionais de saúde possam conhecer, também, linguagens que contribuam para um olhar direcionado às atitudes relacionais, que participam das relações de cuidado. Portanto, ampliando os diálogos da relação médico-paciente, assim como entre os profissionais de saúde, entendendo diálogo aqui de forma mais abrangente, não apenas como comportamento verbal, mas, sim, “o de encontro, de comunicação em todos os níveis de relação, na qual o outro é visto em sua totalidade, como um ser essencial, diferente de mim e de outros seres” (Saippa-Oliveira *et al.*, 2005, p. 141).

Segundo Illeris (2012), já se percebe nas ditas teorias de aprendizagem contemporâneas uma aproximação entre os componentes cognitivos e os emocionais que estão envolvidos no ato de aprender. De acordo com Pacheco (2019), “Peter Jarvis nos leva a uma forma processual de aprendizado que insere o corpo e as sensações não mais como mero participantes do aprendizado, mas como parte essencial dele” (p. 49).

Porém, ao longo dos anos, a educação em saúde se caracterizou por um modelo voltado para a doença e a reabilitação do estado doente, fruto de um contexto histórico e social fortemente voltado para uma formação dita bancária (Freire, 1974) que promove, em muitos momentos, um aprendizado que forma recursos humanos, em vez de sujeitos corresponsáveis do espaço que ocupam. Mas, já observamos, atualmente, alguns movimentos na direção da construção de ambientes mais criativos. Tais espaços convergem para integração de saberes, convidando os futuros profissionais, para uma visão crítica diante de suas posições na vida, pensando, inclusive, o trabalho não desvinculado de um fazer pessoal, interligado às suas responsabilidades como cidadão, seu papel na sociedade. As DCN, em suas formulações, abarcam a possibilidade para repensarmos os campos e as lingua-

gens que podem integrar a formação médica, principalmente, quando este texto nos aponta para a habilidade de comunicação não verbal.

Pensando a inclusão de outras formas de saber que se articulem na formação em saúde, fazendo assim outras conexões, Abrahão; Merhy (2014) trazem a reflexão:

[...] pensar práticas pedagógicas que produza abalos no campo dos sentidos, na efetuação daquilo que passa e toca no cotidiano da formação, em que os sujeitos (professor-aluno-usuário-profissional) envolvidos busquem novos significados para dar conta do que acontece a eles.” E continua, “existe no contexto da formação 4 tensões: formação como experimentar, formação como um movimento de produzir-se, formação como território de trabalho vivo e formação como criação (Abrahão; Merhy, 2014, p. 314).

Vista dessa maneira, a formação é lugar de experiência, um espaço potente para construções contínuas de relações genuínas e espontâneas. Sendo a experiência convocada, na formação, como local de oportunidades de amadurecimento, a partir de relações, é possível pensar em um processo em constante transformação, processo esse inacabado que se afeta e é afetado pelos atores que compõem essa cena.

Dentre as referências que abordam aspectos teóricos importantes sobre as relações, e sobre os encontros, a partir dos encontros entre corpos, D. W. Winnicott (1896-1971), pediatra inglês, tem muito a contribuir com nossa pesquisa e elucida pontos importantes nas reflexões compartilhadas neste artigo. Sua produção bibliográfica poderá contribuir para o estudo do sensível nas relações.

Por outro lado, Bernard Aucouturier (2004) e André Lapierre (2004) também contribuem nesse sentido. Para os autores, “encontrar o outro é encontrar uma sensação tátil (a pele), mas também, sobretudo, encontrar um contato com o movimento do outro. Com a organização tônica de um outro ser vivo” (p. 45).

Retomando D. W. Winnicott, que durante seu trabalho se propôs a estudar a natureza humana e desde muito cedo convocou seus colegas de profissão a uma discussão do campo da saúde, mencionamos:

[...] o que Winnicott rejeita, nas ciências do homem, são as tentativas de construir sistemas fechados ou de reduzir a vida humana a entidades físicas ou a categorias quantificáveis. Ele sabe que uma tal ciência fica aturdida ante o problema da natureza humana e tende a perder de vista o ser humano como um todo (Winnicott, 1965 *apud* Dias, 2012, p. 37).

A abordagem de Winnicott, nesse ponto, chama a atenção para a reflexão sobre as relações e tensões que ocorrem na formação como campo de experiência criativa, assim como ele pensou as relações do bebê diante do ambiente, relações de criação e consequentemente de subjetividade.

Winnicott, com a teoria do amadurecimento emocional, traz para discussão o conceito-ação de maternagem: são ações vividas na relação do bebê com o ambiente, que oferecem um espaço para que o indivíduo possa vir a ser e tornar-se aberto às relações com o mundo. A função materna é composta por um conjunto de ações que colaboram na integração somatopsíquica do ser humano, que são denominadas *holding*, *handling* e apresentação de objeto. O *holding* pode ser entendido como sustentação. O bebê é protegido pela mãe dos perigos do ambiente, levando em consideração a sensibilidade “cutânea, auditiva e visual, sua sensibilidade a quedas e sua ignorância da realidade externa” (Borges, 2019, p. 168). O *handling*, podemos dizer tratar-se do manuseio do bebê ao ser cuidado, nos momentos em que trocam sua roupa, dão banho, o alimentam etc. Nesse processo, vai se concretizando a união entre psique e soma. Sendo assim,

há uma continuidade entre corpo e psiquismo, [...]. São os sentidos e as sensações que organizam o mundo. Excedendo o universo das palavras, a sensorialidade povoa, por meio dos acontecimentos, as memórias e as marcas que serão evocadas por novos acontecimentos, possibilitando o *mesmo* e o *diverso*. A visão, a sonoridade, o tato, o paladar, as sensações de movimento e equilíbrio trazem múltiplos devires, desencadeador ao longo da vida. Além das palavras, sinais são transmitidos ao outro com as experiências físicas, que serão decodificadas de acordo com o ambiente no qual foram estruturadas, por meio dos encontros, num meio sensorial intersubjetivo. As palavras são apenas um pedaço da experiência com o ambiente, coexistindo espaços verbais e não verbais [...] (Borges, 2019, p. 174).

Tendo como base que a linguagem verbal se refere a um pedaço da experiência com o ambiente, consideramos que caberia pensar a educação do sensível, a partir da sensibilização dos órgãos dos sentidos dentro da formação médica. Principalmente, levando-se em conta que as DCN do curso de Medicina, no que se refere às competências gerais, fazem referência ao tema da comunicação não verbal.

Bernard Aucouturier, psicomotricista francês, comenta que a criação de um campo de ajuda sensível à escuta, a partir de um olhar relacional, passa por um conjunto de atitudes que, geralmente, podem ser sensibilizadas, possibilitando uma ação mais humanizada na relação de cuidado. Bernard traz para a cena do

trabalho terapêutico as repercussões emocionais que vive, tanto o terapeuta, quanto o paciente, em seus corpos, as quais denomina ressonâncias tônico-emocionais recíprocas. Repercussões essas que mobilizam a estrutura tônico afetiva de ambos (2007). Desta forma, os elementos motores e sensoriais do corpo são vistos, em algumas abordagens, como elementos indispensáveis na formação de sujeitos saudáveis e autônomos.

A EDUCAÇÃO SOMÁTICA NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA: UMA FORMAÇÃO NÃO FRAGMENTADA

Partindo do pensamento que na relação médico-paciente existem muitas nuances que estão nas entrelinhas da linguagem verbal, ampliar o repertório de médicos e médicas contribuirá para que essa relação caminhe na direção de um atendimento acolhedor, humanizado, individualizado e singular.

O trabalho de uma formação pessoal como um dos eixos da formação de médicas e médicos

se coloca na direção do resgate e reapropriação do corpo em seus dispositivos afetivos e perceptuais [...] ampliando os atributos para a interação com o outro. [...] Essas condutas propiciam, na construção da vivência participativa, a emergência de um sujeito ético (Borges, 2009, p. 89).

A medicina atual é oscilante quanto à questão da doença e do sofrimento. O médico preocupa-se com o seu desempenho técnico e, em sua formação, recebe informações ambíguas sobre o que valorizar na queixa dos pacientes (Koifman, 2001, p. 53).

As DCN nos dão espaço para dialogarmos com outros campos na direção do processo formativo da profissão médica. Na reaproximação com esse documento, a reparação talvez possa se dar ao trazermos para discussão onde estão temas que trabalhem o corpo no amadurecimento pessoal e profissional dos futuros médicos e médicas e onde estão as atividades que apontam para os diálogos não verbais da relação médico-paciente e que farão parte de possíveis planos de ajuda ao outro no seu processo saúde-doença.

Antes de conversar, é preciso se aproximar, antes de trocarmos nossos mundos internos e contarmos nossas histórias, precisamos ver, perceber, saber a quem estamos nos dirigindo para escolher a parte de mundo interno comunicável a esse outro (Cyrlunik, 2007, p. 22).

Parece-nos fundamental pensar essa articulação entre formação e olhar para o corpo como peça da engrenagem de um processo formativo integral, com um corpo sensível, aberto aos muitos encontros surgidos na relação médico-paciente.

Muito cedo, em nossa história, o corpo em movimento, “na sua agitação emocional e criadora, não é admitido na escola, senão durante as “recreações” (Lapierre; Aucouturier 2004, p. 39). Mesmo na educação infantil, muitas estratégias pedagógicas não abrem espaço para os saberes do corpo e suas expressões no desenvolvimento do indivíduo. Em *A simbologia do movimento*, Lapierre e Aucouturier (2004) afirmam: “Não há vida sem o movimento, e o fim do movimento próprio, para qualquer matéria viva, é a morte” (p. 41). Mas, nos espaços educacionais formais, aprende-se pouco sobre a dimensão sensível do corpo.

Lent (2010) afirma que a sensibilidade corporal é provavelmente a modalidade sensorial mais antiga entre os animais. Mas, apesar disso, nossa escolarização ainda é voltada para o conteúdo, no qual espaços para as sensações corporais são pouco valorizados. Para Julio (2021), o que se observa é um ensino fortemente orientado para a abstração, que restringe a cognição à dimensão pensamento e da interpretação simbólica da realidade. Talvez, por esse motivo, nos pareça tão importante e fundamental trazer o movimento para dentro da “escola”, para se pensar a formação para uma clínica viva, a partir do próprio movimento singular de cada médico e médica.

É nesse ponto que nos apoiamos no campo do conhecimento de práticas corporais da linha teórica da consciência pelo movimento, ao campo da Educação Somática. Esta tem como fio condutor a possibilidade ao acesso à sabedoria que é própria do corpo. Por meio da atenção às sensações, promove a ampliação da percepção e da consciência corporal.

A partir de um exercício de alargamento dos sentidos as práticas somáticas atuam como propositoras de uma experiência de abertura à criação de um corpo “outro”, expandindo os limites de suas organizações demasiadamente condicionadas em automatismos cristalizantes. De um modo geral, as práticas somáticas convidam o corpo a exercitar sentidos fora do regime restrito da representação. Assim, a partir de um convite à experimentação dos sentidos no âmbito prismático das sensações, o corpo tem a oportunidade de experienciar o mundo e a si mesmo para além da representação de corpos, objetos e signos já dados (Caetano, 2017, p. 169).

A Somática começa ser vista no diálogo contra o dualismo cartesiano, a partir do movimento europeu de ginástica. Esse movimento surgiu no século XIX e bus-

cou sistematizar as práticas corporais, separando-as dos movimentos e manifestações populares que eram frequentes nas ruas por acrobatas e artistas.

Os trabalhos de François Delsarte (1811-1871) e Emile Jaques-Dalcroze (1865-1950) estão na origem desse campo. Batson (2009) nos conta que esses pioneiros do movimento somático que viveram ideologias fortes na direção do movimento corporal como treinamento físico, buscam “por uma abordagem mais ‘natural’, baseada na escuta aos sinais do corpo vindos da respiração, toque e movimento” (Batson, 2009, p. 1).

E foi nos anos 1970 que Thomas Hanna, influenciado pelos trabalhos de Rudolf Laban, Moshe Feldenkrais e Mathias Alexander, nomeou o campo como tal.

Em 1976, Hanna reinterpreto as palavras gregas *soma* (o corpo em sua completude) e *somatikos* (corpo vivido) como corpo experienciado e regulado internamente, usando-as para descrever abordagens de integração corpo-mente que ele e outros terapeutas e educadores estavam desenvolvendo (Fernandes, 2015, p. 12).

Dentre as técnicas somáticas existentes na contemporaneidade, podemos citar a Técnica Alexander, os Bartenieff Fundamentals™, o Body-Mind Centering®, a Eutonia, o Feldenkrais Method®, a Hanna Somatic Education, o Rolfing, a Reorganização Postural Dinâmica, a Técnica Klauss Vianna, a Metodologia Angel Vianna de Conscientização do Movimento, além de outras.

A Educação Somática, ao iluminar a sabedoria vinda do corpo, abre espaços internos possibilitando flexibilidade e equilíbrio, expandindo a visão do mundo na relação consigo próprio e com o outro. Como exemplo, a Eutonia, prática desenvolvida por Gerda Alexander (1984-1994),

cria um grupo de informações sobre o corpo, sobre o próprio sistema e sobre os movimentos, que, conectado ao meio ambiente, pode servir de base para uma expressão criativa da personalidade de cada um (Dascal, 2008, p. 7).

Seus conceitos práticos-teóricos se desenvolveram, a partir de quatro princípios fundamentais: conscientização superficial e profunda da pele, consciência do volume do espaço interno, consciência dos ossos e contato consciente.

Tal pensamento vai ao encontro do que Rudolf Laban (1879-1958) estudou em suas análises sobre o movimento. Laban percebeu que em cada indivíduo existia, além de um pensamento verbal, um pensamento que também era motor, ou seja, existia um saber que estava instalado nos gestos da vida cotidiana. Para ele, o mo-

vimento é um processo constante de contínuas mudanças. Na expressão de um gesto, de uma atitude, de uma fala, o corpo apresenta qualidades de movimento que lhe dão um colorido e diferentes tonalidades.

Laban nos ensinou que por meio do corpo adquirimos conhecimento. Ele, já na sua época, dizia que não é possível separar conceitos abstratos, ideias e/ou pensamentos, da experiência corporal. A experiência corporal é a base primeira do que podemos dizer, pensar, saber e comunicar (Rangel, 2003, p.13).

O campo somático encontra também contribuições no trabalho da bailarina Angel Vianna (1928-) que, ao longo de sua prática, busca levar a seus alunos um conhecimento cinestésico, tendo como objetivo a renovação do corpo no dia a dia, o prazer pelo movimento, o reconhecimento e a aceitação de si. Para Teixeira (1998), Angel convida o aluno a perceber a tridimensionalidade de seu corpo, os apoios e forças envolvidas em seus gestos, sinalizando que o movimento ocorre oriundo de quatro sistemas orgânicos: o esquelético, o muscular, o articular e o sistema sensorial da pele. Para Angel, conhecer cada parte do corpo e suas sensações e afetações, a partir dos encontros com o espaço, com os objetos, consigo próprio e com o outro, é poder estar inteiro na vida e no movimento.

Abordar o corpo, como um dos componentes para a formação em saúde, encontra na Educação Somática alguns pilares possíveis de reflexão ao falarmos do conhecimento de si, para estar com o outro em uma relação de cuidado. Sendo assim, consideramos que os estudos do corpo, ainda, de certa forma, negligenciados no processo de ensino-aprendizagem fora do campo das artes, apresentam potenciais para o processo formativo de cidadãos médicos. A partir de metodologias de aprendizagem somática, a saúde, no caso aqui em questão, os médicos e as médicas, terão instrumentos relacionais que comporão o acervo de ajuda ao outro, consequentemente, de novas composições para a sociedade.

Utilizando o campo da Educação Somática em diálogo com o processo formativo de médicas e médicos, a proposta, quando nos referimos às metodologias de aprendizagem somática, é poder pensar, no curso de graduação em Medicina, espaços onde os estudantes possam conhecer o campo somático. Não apenas, a partir de aspectos teóricos, como, por exemplo, quem são os pesquisadores atuantes dessa área ou abordar sobre as partes do corpo e do movimento [...]. A proposta é pensar espaços, na grade curricular, nos quais os estudantes possam, por meio de exercícios, experimentar seus próprios corpos, abrindo espaços musculares, ósseos, articulares, levando a um encontro com o despertar das sensações.

Assim, a Educação Somática trabalha na direção de uma integração mente-corpo que caminha com vista ao amadurecimento de sujeitos mais inteiros, autônomos e saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs trazer uma reflexão teórica com olhar sobre a formação médica, repensando alguns elementos do cotidiano dos profissionais de Medicina, contidos nas formulações das DCN.

Voltar o olhar para antigas rotas, para pensar novas leituras é caminhar na direção de respeito por um documento que, desde sua composição, vem colaborando para que a educação médica no Brasil possa atingir sua excelência, assim como reconhecer todos os envolvidos em sua construção, que com suas experiências compuseram elementos que até hoje nos possibilitam recriações. Sendo assim, voltamos nossa atenção para as DCN como um espaço aberto a constantes diálogos e interlocuções para repensarmos novas metodologias de ensino-aprendizagem que possam compor uma formação médica voltada para relações de cuidado e humanização.

Dialogamos, portanto, com a área do conhecimento da sabedoria que advém do corpo. Tal proposição foi feita com o pensamento de que a Educação Somática também pode ser um campo compositor da formação médica, incluída no currículo médico, uma vez que cuidar é estar presente na presença do outro. Pensar a educação do sensível pela via corporal tem também concordância com o pensamento de Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), pensador do século XVIII, que trabalhou na direção de uma transformação social, por uma filosofia que contemplasse o sentir, o pensar e o agir. Ele nos aponta:

[...] como tudo que entra no homem vem pelos sentidos a primeira razão do homem é uma razão sensitiva, é ela que serve de base para a razão intelectual: nossos primeiros mestres de filosofia são nossos pés, nossas mãos, nossos olhos, substituir tudo isso por livros não equivale a nos ensinar a raciocinar, mas sim a nos ensinar a nos servir da razão de outrem; equivale a nos ensinar a acreditar muito e a nunca saber nada (Rousseau, 1995, p. 148).

E, em sua essência, a Educação Somática convida a uma consciência de si, fortalecendo potencialidades, possibilitando inteireza na relação com o mundo. Suas práticas legitimam o aprendizado pela via das sensações como local formativo de

indivíduos presentes e atuantes em suas relações com o mundo. Atuantes em suas ações afetivas, familiares, profissionais e políticas.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 18, n. 49, p. 313-324, jun. 2014.

AUCOUTURIER, B. *O método aucouturier: fantasmas de ação e prática psicomotora*. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

BATSON, G. *Somatic studies and dance*. Aurora/CO: IADM, 2009. Disponível em: <https://iadms.org/media/3599/iadms-resource-paper-somatic-studies-and-dance.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

BERTAZZO, I. *Corpo Cidadão: identidade e autonomia do movimento*. 2.ed. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

BORGES, H. M. O. C. *Sobre o movimento: o corpo e a clínica*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001*. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN42001.pdf?query=137/2007-CEE/MS. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRETON, D. L. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2011.

CAETANO, P. L. Pistas somáticas para um estudo da corporeidade: uma aprendizagem das sensações. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói/RJ, v. 29, n. 2, p. 168-176, 2017.

CARNÉ, S. A formação do psicomotricista à luz da Prática Psicomotora Aucouturier. In: PRISTA, R. (Org.). *As formações brasileiras em psicomotricidade*. São Paulo: All Print, 2010.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, abr. 2014.

CYRLUNIK, B. *Alimentos afetivos: o amor que nos cura*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

DAMÁSIO, A. *O erro de Descartes*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

DASCAL, M. *Eutonia: o saber do corpo*. São Paulo: Senac, 2008.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

FERNANDES, C. Quando o todo é mais que a soma das partes: somática como campo epistemológico contemporâneo. *Revista Brasileira de Estudos da Presença*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, abr. 2015.

FIOCRUZ. Integralidade. *Pense SUS*, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>. Acesso em: 30 de abril de 2022.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

GARCEZ, L. W. A Importância da Construção do Conhecimento de Si numa Concepção de Educação em Saúde. In: MACHADO, C. L. B.; MANFROL, W. C. (Org.). *Prática Educativa em Medicina*. Curitiba: Dacasa, 2005.

Illeris, K. *Teoria geral da aprendizagem*. Porto Alegre: Penso, 2015.

JULIO, L. T. F. Sistema nervoso e a consciência corporal: um olhar pessoal a partir da metodologia Angel Vianna. *Revista Interinstitucional Artes de Educar*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1 - p. 556-570 jan./abr. 2021.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-69, jun. 2001.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. (Org.). *Cadernos do preceptor: histórias e trajetórias*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2014.

LAGES, I.; PEREIRA, I. D. Freire. Diretrizes curriculares para formação do profissional da saúde: competências ou práxis? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, ago. 2013.

LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. *A simbologia do movimento: psicomotricidade e educação*. 3. Ed. Curitiba: Filosofart, 2004.

LE BRETON, D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2011.

LENT, R. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Atheneu, 2010.

LOTÉRIO, M. G.; ROSITO M. M. B. Formação do profissional da saúde: uma recusa ao esvaziamento da essência do cuidado humano. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 125-142, 2012 Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acesso em: 09 nov. 2023.

PACHECO, J. A. *Inovar para mudar a escola*. Porto: Porto Editora, 2019.

RAMIREZ, J. A.; TAKAHASHI, R. A universidade e os novos tempos. *Revista UFMG*, Belo Horizonte, v 28, n. 1, p. 6-17, jan./abr. 2021.

RANGEL, L. *Dicionário Laban*. São Paulo: Annablume, 2003.

ROUSSEAU, J. J. *Emílio ou da educação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 1995.

SACRISTÁN, G. *El curriculum: una reflexión sobre la práctica*. 6. ed. Madrid: Editorial Morata, 1996.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PONTES, A. L. M. As agendas públicas para as reformas e sua releitura no cotidiano da práticas da formação: o caso da disciplina trabalho de campo supervisionado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005, v. 1.

SILVA, T. T. *Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

TEIXEIRA, L. *Conscientização do movimento*. Rio de Janeiro: Caioá, 1998.

TRAVERSSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, fev. 2004.

WINNICOTT, D. W. *O gesto espontâneo*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WINNICOTT, D. W.. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

Estágios supervisionados em Saúde Coletiva: relato da experiência junto ao curso de Odontologia na perspectiva de docentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFF

Mônica Villela Gouvêa

Elisete Casotti

Marcos Antonio Albuquerque de Senna

Deison Lucietto

Luiz Carlos Hubner Moreira

Michelle Cecille Bandeira Teixeira

Andréa Neiva da Silva

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de graduação em saúde publicadas, a partir do ano de 2001, ressaltam o papel de Instituições de Ensino Superior (IES) na oferta de formação capaz de proporcionar aos estudantes de saúde, perspectiva crítica e reflexiva sobre os diversos cenários do sistema público universal de saúde (SUS). As DCN explicitam a necessidade de serem formados profissionais generalistas, tecnicamente competentes e conscientes de sua responsabilidade social. Visando responder a tais DCN, iniciou-se ampla discussão nas IES sobre a necessidade de se (re)construir Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) capazes, dentre outras questões, de formar profissionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde (Tonhom; Moraes; Pinheiro, 2016).

Críticas ao modelo de assistência odontológica, principalmente pelo distanciamento da realidade da população, já tinham sido claramente expostas na 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) e reforçadas na 3ª CNSB, com indicação de que as IES e sistemas locais de saúde ampliassem e qualificassem os cenários de prática durante a formação, tendo como objetivo uma formação mais próxima da realidade brasileira (Brasil, 1988, 1993, 2004; Narvai; Noro, 2022).

No caso da formação em Odontologia, esse movimento precisou enfrentar uma estrutura de ensino-aprendizagem intramuros e historicamente focada na formação para a clínica individual, que confere competências e habilidades de caráter cirúrgico-restaurador, muito voltadas para a atuação liberal/privada no mercado de trabalho e com pouca vinculação às necessidades de saúde da maioria da população brasileira (Warmling; Moysés, 2022).

Apesar de uma certa resistência, em especial, por segmentos docentes que ainda defendem uma formação de base biomédica individual e liberal, estudos apontam que esse campo profissional se encontra saturado para o cirurgião-dentista, e que a atuação no serviço público de saúde tem se tornado uma alternativa segura e desejada, especialmente depois da inserção de equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família (Soares, 2016; Balduino; Veras, 2016; San Martin *et al.*, 2018).

Assim, sabe-se que formar profissionais de saúde aptos para o cuidado com a população exige investimentos na articulação entre os espaços de formação e de prática nos serviços de saúde. Isso porque qualquer profissional de saúde que atua em uma unidade pública do SUS lida diretamente com as necessidades da população, o que exige reflexões que extrapolam o campo da biologia humana e os limites da clínica, requerendo, sobretudo, a compreensão do papel das determinantes sociais na produção da doença e da responsabilidade profissional nesse contexto (Freitas *et al.*, 2016). Para alcançar esse aprendizado, o estudante deve estar inserido nos diferentes espaços de prática de forma articulada aos serviços de saúde, o que lhe oportuniza potencializar conhecimentos, habilidades e atitudes, por meio da associação da teoria com a prática e da aproximação com as condições de vida da maioria da população. Todo esse movimento é, em grande medida, proporcionado pelos estágios em saúde coletiva.

O campo da saúde coletiva traz à tona a discussão sobre a integralidade das ações de saúde e reacende o debate sobre as práticas de cuidado integral e as possibilidades de construção de uma clínica ampliada (Campos, 2003). Tal reflexão é consensual quando se pensa em um trabalho em saúde humanizado e resolutivo. Nesse sentido, permanece o debate sobre como desenvolver, durante a formação, vivências, conhecimentos técnicos e domínio conceitual no contexto do SUS. Assim, entende-se ser importante que os estágios em saúde coletiva sejam tomados como “práticas curriculares que interessam a todos, com vistas à formação certi-

ficadora de competências, habilidades e valores profissionais e sociais” (Toassi *et al.*, 2012).

O curso de Odontologia da Universidade Federal Fluminense realizou sua primeira reforma curricular em 2014, após oito anos de intensas discussões em que houve expressivo protagonismo de docentes do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFF). A primeira turma formada nessa “nova” proposição curricular finalizou no ano de 2018. Esse currículo, alinhado às DCN, prioriza a integração entre conhecimentos “básicos” e “profissionais”, clínicos/individuais e de saúde coletiva. Nesse contexto, o aporte de novos professores aprovados em concursos para diferentes departamentos do ISC permitiu a criação de um Núcleo de Saúde Bucal Coletiva (NSBC) na Faculdade de Odontologia (Fouff). Desde então, esforços vêm sendo empreendidos na articulação com os serviços da cidade-sede da universidade e municípios próximos, na expectativa de oferecer atividades capazes de despertar discentes para o conhecimento e a produção de boas práticas no sistema de saúde brasileiro.

Este texto surgiu da disposição de relatar e refletir sobre o processo de construção dos estágios supervisionados em saúde coletiva, sob a ótica dos docentes implicados com o desenvolvimento de competências relacionadas a tal campo com alunos de graduação em Odontologia. No momento deste relato, todos os professores que compõem o NSBC possuem graduação em Odontologia, sendo quatro mulheres e três homens, com faixa etária entre 40 e 65 anos. São todos doutores em diferentes áreas: Odontologia Social, Educação em Ciências e Saúde, Ética Aplicada e Bioética, Saúde Pública e Cuidado em Saúde. Seis possuem experiência prévia de trabalho no serviço público de saúde (assistência e gestão) e todos conduzem disciplinas em nível de graduação ou pós-graduação, inclusive, em outras instituições de ensino, além de estarem envolvidos em projetos de pesquisa, ensino e extensão.

Os estágios em saúde bucal coletiva dos quais estamos tratando, são oferecidos aos dois últimos períodos curriculares da Fouff (8º e 9º) por dois departamentos do ISC/UFF: Planejamento em Saúde (MPS) e Saúde e Sociedade (MSS), nos municípios de Niterói, Maricá e Rio de Janeiro, todos no Rio de Janeiro. Essa inserção é viabilizada mediante convênio firmado entre a UFF e os municípios envolvidos e está sob a coordenação do grupo de docentes do NSBC que se dedicam à manutenção da concepção de estágio; ao desenvolvimento de seu suporte didático-pedagógico; à articulação permanente com serviços de saúde; à formação de preceptores; e à supervisão dos estudantes.

A reflexão apresentada trata da experiência dos docentes do NSBC nesses estágios em cerca de 28 unidades de atenção primária à saúde, sendo todas na estratégia saúde da família, 12 unidades especializadas e em três áreas de gestão setorial (regional, municipal e estadual), tendo sido os encontros semestrais de planejamento e de avaliação a principal fonte de apoio/referência para sistematização deste texto.

CONTEXTO

Os estágios dos quais estamos tratando são denominados Estágio Supervisionado: Saúde Coletiva I e Estágio Supervisionado: Saúde Coletiva II (ESSC I e II). Na matriz curricular são oferecidos após os alunos terem cursado três disciplinas teórico-práticas obrigatórias, no 2º, 5º e 6º períodos (Saúde Bucal Coletiva I, II, III, respectivamente). A organização dessas disciplinas contempla a discussão em nível crescente de complexidade dos principais campos da saúde coletiva, sendo conteúdos de Ciências Sociais na Saúde tratados em SBC I; Epidemiologia e Vigilância em Saúde em SBC II; e Política e Planejamento em Saúde em SBC III. Portanto, ao chegarem aos estágios, os estudantes vivenciam no cotidiano das ações, conceitos e ferramentas previamente aprendidos/discutidos.

O ESSC I é ofertado no 8º período e promove a inserção dos alunos em unidades de atenção primária, especificamente na estratégia saúde da família. Por sua vez, o ESSC II é oferecido no 9º e último período, com foco na atenção de média e alta complexidade e em espaços de gestão do SUS. As vagas prospectadas são disponibilizadas para a turma no início do semestre, e os próprios alunos escolhem os locais de lotação, seja por proximidade e/ou afinidade.

Os profissionais de saúde que manifestam interesse em receber e orientar os alunos de Odontologia durante o seu cotidiano de atuação são considerados os preceptores do estágio. Estes, após passarem por processo de formação que será abordado mais adiante, acolhem, apresentam e compartilham saberes e práticas referentes aos diversos níveis do trabalho no SUS. Tornam-se, então, parceiros fundamentais na tarefa de apresentar aos estagiários o mundo do trabalho e a realidade social do território.

Os estágios, tais como serão relatados, começaram a ser ofertados, a partir do ano de 2017, e estão estruturados com o objetivo de garantir aos alunos inserção e reflexão sobre o processo de trabalho em diferentes pontos de atenção e gestão da rede SUS. As atividades propostas no Plano de Trabalho de ESSC I (8º período) são mais homogêneas, pois todos os estagiários atuam em unidades da ESF. Por outro lado, no ESSC II (9º período) há variação em tal plano de atividades, uma vez que a atuação ocorre em espaços complementares à ESF que variam de acordo com o local escolhido pelo aluno. Tanto ESSC I, quanto ESSC II preconizam o desenvolvimento de produtos, a partir das vivências nos campos.

A prospecção dos campos e os ajustes na organização didático-pedagógica são tarefas semestrais dos professores do NSBC, que incluem encontros de articulação para a pactuação do plano de trabalho-ensino (universidade-gestão-equipes); identificação, formação e apoio docente aos preceptores; e acompanhamento discente programado. Para coordenar e acompanhar as atividades, cada professor

fica responsável por um grupo de unidades, onde assume a tutoria dos alunos e o apoio aos preceptores. Em ESSC I ocorre a inserção de um ou, no máximo, dois alunos por turno/espço de aprendizagem, já em ESSC II essa regra pode ser flexibilizada de acordo com a natureza das atividades e do espaço.

Além da vivência nos espaços de estágio, é fundamental que os alunos possam refletir sobre a realidade dos serviços, as ações de saúde desenvolvidas, a relação da unidade com outros pontos dentro e fora do setor saúde e, sobretudo, sobre seu processo de aprendizagem. Para tanto, as experiências são acompanhadas pelo professor de referência (tutor) por meio de visitas em datas programadas e de encontros permanentes, via redes sociais.

Encontros presenciais periódicos envolvendo estudantes, preceptores e tutores são promovidos de modo a favorecer discussões e uma ressignificação de experiências, conceitos e mesmo preconceitos em torno do modelo de prática no SUS. Os programas de ESSC I e II preveem alternância entre tempos no campo e encontros na universidade. Estes últimos estão organizados de forma a contemplar: 1) escolha dos locais pelos alunos e orientações sobre o estágio; 2) discussões conceituais fundamentais; 3) apresentação e discussão sobre as primeiras impressões em cada espaço de estágio (setor/ unidade/território); 4) problematização do plano de atividades elaborado por cada aluno e seu preceptor; e 5) encontro final de socialização das experiências. Para o ESSC I, inclui-se no momento 3 a apresentação da família que será acompanhada e no momento 5, o projeto terapêutico singular produzido.

Em ESSC I, os principais conceitos-ferramenta mobilizados para apoiar a inserção e a reflexão das vivências são planejamento em saúde, trabalho em equipe, território, familiograma, diagnóstico de necessidades de saúde, projeto terapêutico singular, educação em saúde. Nas unidades ESF, além de acompanharem a assistência, os estagiários são estimulados a compreenderem os protocolos setoriais, as redes de atenção à saúde e os sistemas de informação e de regulação de vagas, sob a perspectiva da atenção básica. No ESSC II, a ênfase está na compreensão dos demais níveis de atenção no SUS, das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos níveis de gestão regional, municipal e estadual.

A avaliação dos estágios inclui a percepção de tutores, preceptores e estudantes. O acompanhamento é permanente, individual e compartilhado com os preceptores. Durante todo o período dos estágios, os alunos são orientados a registrarem experiências e percepções em um caderno de vivências que passou a ser virtual após a pandemia de Covid-19. Esse caderno fica hospedado em plataforma *on-line* que reúne avisos, orientações com relação ao programa/atividades, encontros e materiais de apoio.

Durante as visitas dos tutores às unidades, estudante(s) e preceptor comentam e problematizam as atividades desenvolvidas, em rodas de conversa, mobilizando, quando julgam necessário, apoio às situações relatadas. Por outro lado, os registros realizados pelos alunos no ambiente virtual de aprendizagem em seus cadernos de vivências (portfólios) constituem instrumento de acompanhamento exclusivo do docente –, sendo que cada estagiário é incentivado a produzir reflexões e críticas sobre as experiências, e não um ordenamento das ações desenvolvidas.

Em todo o trabalho um ponto fundamental é o permanente investimento na identificação, formação e escuta de preceptores. Especialmente odontólogos e auxiliares de saúde bucal são considerados como principais referências para os estagiários, porém, trabalha-se com o conceito de equipe preceptora que inclui todo e qualquer trabalhador que se some ao processo de ensino/aprendizagem na unidade ou setor de estágio.

A identificação de setores/unidades/profissionais ocorre, a partir de parceria com a gestão SUS, que realiza consultas com relação ao interesse na preceptoria. Esse movimento é autoalimentado a cada semestre pelas sucessivas avaliações realizadas com relação à qualidade do trabalho. Preceptores que apresentam dificuldades na condução do estágio são convidados para participarem de novo processo de formação, caso desejem permanecer recebendo estudantes.

A formação dos profissionais para a preceptoria é permanente e ocorre, a partir de encontros em que os objetivos de aprendizagem são compartilhados e os conceitos fundamentais são discutidos. Nesses encontros, marcados antes do início de cada semestre, o programa prévio é problematizado, e são discutidos os tempos de planejamento, realização e avaliação das atividades de estágio. Os candidatos à preceptoria realizam ainda exercícios com as ferramentas que os estudantes são provocados a aplicar durante o desenvolvimento do estágio. Ao esforço de apresentar tais ferramentas, soma-se a intenção de favorecer a autonomia dos preceptores, ressaltando o foco em uma aprendizagem coletiva alicerçada nos princípios da educação democrática e problematizadora.

Durante todo o período do estágio ocorrem reuniões permanentes e ações assertivas na defesa do melhor processo de ensino-aprendizagem possível. Uma vez ao ano, sempre no mês de julho, os estagiários se envolvem na organização de um Fórum dos Estágios Supervisionados em Saúde Coletiva, em que convidam os preceptores, gestão SUS e a coordenação do curso de Odontologia para um encontro de trocas, avaliação e celebração dos aprendizados coletivos.

DISCUSSÃO

A condução de estágios em tantos níveis de atenção e em diferentes setores/unidades exige permanente trabalho de planejamento, acompanhamento e avaliação. A cada semestre, é preciso articular e repactuar, considerando a avaliação de todos os envolvidos. Tais encontros, portanto, pressupõem uma participação efetiva, o que inclui, além de docentes do NSBC e preceptores, a coordenação do curso, gestores SUS e alunos monitores.

Nesse contexto, uma questão central capaz de interferir negativamente no andamento dos estágios é a instabilidade das parcerias com as secretarias municipais e estaduais de saúde, derivadas de mudanças políticas. Esses períodos, por vezes, acarretam desfinanciamento do sistema de saúde, em perdas de trabalhadores e no sucateamento e desabastecimento dos serviços, gerando retrocesso nas políticas públicas e produzindo profundos impactos nas condições de trabalho e na motivação dos profissionais. Todo esse quadro incide diretamente sobre a qualidade da preceptoría e consequentemente na formação dos estudantes.

A coordenação dos estágios no NSBC se alterna a cada ano sendo conduzida por duplas compostas por docentes dos dois departamentos. Essa alternância favorece a distribuição de tarefas e possibilita a todos o aprendizado de formas de lidar com pessoas/processos/poderes. Esse modo de liderança contribui para a manutenção da saúde mental da equipe de docentes e vem gerando interessantes resultados, dentre eles, maior conscientização do papel que cada um exerce no grupo; aumento do comprometimento de todos; confiabilidade e melhoria nos relacionamentos; aumento da produtividade, proatividade e iniciativa; e enfrentamento coletivo de dificuldades ou resistências diante da necessidade de mudanças.

Os Estágios Supervisionados em Saúde Coletiva possibilitam que o estudante de Odontologia construa conhecimentos, desenvolva habilidades no cuidado/atenção em saúde/saúde bucal (incluindo a assistência odontológica), desenvolva autonomia e senso crítico, exercite habilidades de comunicação e, também, que atue com protagonismo, comprometimento e responsabilidade ante as demandas de saúde/saúde bucal da população.

Tais aspectos são fundamentais para o desenvolvimento de competências técnicas, humanísticas e sociais, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia (2021) e são indispensáveis para a formação de cirurgiões-dentistas críticos e reflexivos sobre sua futura práxis, tendo como horizonte o alcance de melhores condições de saúde para a população. Autores referem que a inserção de alunos no cotidiano dos serviços de saúde tem o potencial de favorecer a aprendizagem significativa, pois esse contexto apresenta dinâmica e aspectos diferenciados daqueles presentes na sala de aula, per-

mitindo que as relações se estendam além do docente-discente, incluindo preceptores, demais profissionais, referências locais e usuários (Pimentel *et al.*, 2015).

Nos campos de estágio, dependendo do local e da situação apresentada, os estudantes são orientados à aplicação de ferramentas para a produção do cuidado ou para a organização de serviços como familiograma, diagnóstico de necessidades de saúde, projeto terapêutico singular, fluxograma descritor e processo circular. Cabe destacar que não é incomum que algumas dessas ferramentas sejam desconhecidas pelas equipes de saúde. Nesse aspecto, a presença e o desenvolvimento do trabalho com os estagiários contribui, por vezes, para a experimentação de novos processos no cotidiano de práticas do SUS.

Espera-se que os campos de estágio sejam lugares de amadurecimento de competências (saber-fazer) necessárias para a formação/autonomia profissional (Maran; Lima; Bagnato, 2015).

No entanto, há ainda desenhos tradicionais de estágios em serviços de saúde, em que estudantes são passivos e pouco estimulados para a reflexão ou para o desenvolvimento de sua potência criativa em intervenções/ações responsáveis. Autores identificam tais aproximações como experiências frágeis e destituídas de benefícios para a formação, uma vez que não atendem aos novos desafios e às exigências contemporâneas para a construção ética da identidade profissional (Silva Júnior *et al.*, 1996; Freitas *et al.*, 2016; Ribeiro; Medeiros Júnior, 2016).

Os docentes do NSBC estão sempre procurando planejar e apoiar o processo educacional de tal maneira que sua implementação seja capaz de promover processos efetivos de aprendizagem, nos quais, além da construção de conhecimentos, ocorra desenvolvimento de habilidade e atitudes. Nesse contexto, cabe destacar que a aprendizagem nem sempre está relacionada a uma boa experiência nos campos de prática, e sim à problematização da realidade em um contexto de reflexão, análise e crítica. Assim, fatos e situações relatados pelos alunos durante os encontros periódicos de socialização de experiências nos diferentes campos de estágio se transformam em riquíssimo material de ensino e de produção do conhecimento, retroalimentando mudanças e aprimorando o estágio a cada período. Docentes precisam acionar saberes e interagir com as diferentes situações trazidas por alunos e preceptores, situações essas marcadas pelo imprevisto e pela diversidade (Freitas *et al.*, 2016; González-Chordá; Maciá-Soler, 2015).

Um aspecto sob permanente avaliação é o risco que a proximidade com a violência urbana apresenta, em especial nos espaços de ESSC I desenvolvido em unidades ESF, onde os estudantes conhecem e interagem com o território. A dinâmica de disputas por poder e controle no tráfico submete moradores e profissionais das equipes de saúde ao risco iminente de ter seu cotidiano envolvido em guerrilhas, o que gera insegurança e instabilidade. Essa situação é cíclica e varia de acordo

com o local e o tempo, podendo restringir o desenvolvimento de algumas ações pelas equipes, como visitas domiciliares ou outras atividades no território.

Essa realidade exige atenção permanente. As medidas de segurança recomendadas e acordadas entre tutores, estudantes e preceptores, envolvem análise de contexto; estabelecimento de rede de comunicação prévia ao deslocamento para a unidade envolvendo gestores/preceptores/estudantes/tutores; e atenção aos sinais de acesso seguro nas unidades. Exige ainda avaliação da responsabilidade da universidade em manter ou retirar os alunos nesses espaços de estágio, considerando o risco de exposição ou a inviabilização das atividades.

Por fim, a experiência relatada neste texto descreve estágios propostos nos dois últimos semestres de integralização do curso de Odontologia da UFF. Essa proposição, poderia ser questionada em função de autores que argumentam que a inserção tardia do aluno no SUS pode dificultar a compreensão do sistema de saúde e o aprendizado diante de situações que o desafiam a desenvolver o raciocínio crítico (Ribeiro; Medeiros Júnior, 2016; Tonhom *et al.*, 2016).

Porém, cabe ressaltar que, sempre que submetidos a esse questionamento, os próprios estudantes avaliam que a experiência dos estágios em saúde coletiva, da forma como está organizada na matriz curricular do curso de Odontologia, têm lhes apresentado ao cotidiano de atuação no SUS de forma responsável e ética. Nos encontros periódicos de socialização na UFF fica claro que o que mais impacta o aprendizado dos estudantes na experiência do estágio supervisionado é a convivência com preceptores responsáveis e persistentes no cuidado com as pessoas e com a defesa do SUS, mesmo diante dos problemas e questões do cotidiano no serviço público.

Cabe ainda destacar que os estágios não constituem a única possibilidade de aproximação prática com o SUS, na medida em que o NSBC se empenha na oferta de vagas em projetos de extensão, pesquisa e ensino nos quais os alunos são envolvidos desde o primeiro período e ao longo de todo o seu percurso na Focuff.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estágios em saúde coletiva têm contribuído para a formação de estudantes de Odontologia da UFF visto que os aproxima da realidade de atuação no SUS e os incentiva a mobilizar distintos recursos para buscar solucionar desafios da prática profissional em contextos do trabalho em saúde muito diferentes daqueles vivenciados nas clínicas universitárias. Percebe-se que esses estágios constituem importante etapa de construção da identidade profissional, sendo fundamental a provocação por parte de docentes e preceptores para o desenvolvimento de uma ação reflexiva e crítica.

É importante salientar que os estágios supervisionados em saúde coletiva nos moldes relatados neste texto foram suspensos no período entre março de 2020 e março de 2022, devido ao estado de pandemia de Covid-19. Nesse aspecto, o NSBC foi convocado a se organizar para atender à demanda de integralização de um determinado grupo de estudantes, com a oferta de estágios remotos. Para tal tarefa, foi necessário se apropriar de tecnologias educacionais até então desconhecidas e se dedicar à reflexão e aprofundamento de uma nova proposição de estágio, capaz de garantir o aprendizado remoto em saúde coletiva. Tal desafio teria sido impossível de ser enfrentado sem a parceria estabelecida em anos de construção compartilhada com gestores e profissionais do SUS. Estes se dispuseram a apresentar e problematizar os espaços de prática de forma remota, o que minimizou o prejuízo causado pela pandemia na formação desses alunos. Os estágios presenciais foram retomados em março de 2022.

Por fim, a experiência relatada revela que os estágios em saúde coletiva são um diferencial na formação em Odontologia na UFF por possibilitarem compreensão da dimensão ética do trabalho, devido à aproximação e reflexão sobre condições de vida da população e ao amadurecimento pela construção coletiva (tutores, profissionais, estudantes e gestores) dos processos de ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. C. L.; FADEL, C. B.; SILVA JUNIOR, M. F. Public labor market: perception of graduating students in Dentistry of a public university. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 8, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17702>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Analysis of Service-learning activities adopted in health courses of Federal University of Bahia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, p. 17-24, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300003>. Acesso em: 05 dez. 2023.

BARRETO, N. A. P.; XAVIER, A. R. E. O.; SONZOGNO, M. C. Percepção de Tutores quanto a sua Avaliação pelos Discentes de um Curso Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 41, n.2, p. 221-230, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160026>. Acesso em: 05 dez. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. *II Conferência Nacional de saúde bucal: relatório final*. Brasília, DF: CFO, 1993.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3/2021, de 21 de junho de 2021*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2021. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1%2091741-rces003-21&category_slug=junho-2021-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 29 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CES nº. 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. 3. *Conferência Nacional de saúde bucal: acesso e qualidade superando exclusão social*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREITAS, D. A. *et al.* Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 437-448, abr./jun. 2016. Disponível em: 2016.<https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1177>. Acesso em: 05 dez. 2023.

GONZÁLEZ-CHORDÁ, V. M.; MACIÁ-SOLER, M. L. Evaluation of the quality of the teaching-learning process in undergraduate courses in Nursing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 700-707, jul./ago. 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0393.2606>. Acesso em: 05 dez. 2023.

MARRAN, A. L.; LIMA, P. G., BAGNATO, M. H. S. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 89-108, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00025>. Acesso em: 05 dez. 2023.

MINAYO, M. C. *O desafio o conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NARVAI, P. C.; NORO, L. Estágio curricular obrigatório no SUS: saber aonde ir para não ser levado a qualquer lugar. *Revista da ABENO*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1624>. Acesso em: 30 jun. 2022.

PIMENTEL, E. C. *et al.* Ensino e Aprendizagem em Estágio Supervisionado: Estágio Integrado em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 39, n. 3, p. 352-358, set. 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e01262014>. Acesso em: 05 dez. 2023.

RIBEIRO, I. L.; MEDEIROS JÚNIOR, A. Graduação em saúde, uma reflexão sobre o ensino-aprendizado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 33-53, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/19817746-sip00099>. Acesso em: 05 dez. 2023.

SAN MARTIN, A. S. *et al.* Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. *Revista da ABENO*, v. 18, n. 1, p. 63-73, 2018. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/399>. Acesso em: 30 jun. 2022.

SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói, RJ. *Divulgação em Saúde para debate*, Niterói/RJ, v. 12, n. 1, p. 51-55, 1996.

SOARES, S. M. *O sistema único de saúde como campo de trabalho para cirurgões dentistas: estudo de caso no estado de Santa Catarina*, Tese (Doutorado em Odontologia) -Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

TOASSI, R. F. C. *et al.* Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.16, n. 41, p. 529-544, jun. 2012.

TONHOM, S. F. R.; MORAES, M. A. A.; PINHEIRO, O. L. Formação de enfermeiros centrada na prática profissional: percepção de estudantes e professores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v. 37, n. 4, p. 1-7, fev. 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.63782>. Acesso em: 05 dez. 2023.

UYSAL, N. Improvement of nursing students' learning outcomes through scenario-based skills training. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1310.2790>. Acesso em: 05 dez. 2023.

WARMLING, C. M.; MOYSÉS, S. J. Ensaio sobre visibilidades e cegueiras no mundo formativo da Odontologia: parte 1 - estágios no Sistema Único de Saúde em tempo de pandemia. *Revista da ABENO*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1558>. Acesso em: 30 jun. 2022.

Among Covid – Corona entre nós: relato de experiência da elaboração de um vídeo educativo juvenil sobre práticas de prevenção da Covid-19

Eduardo Alexander, Júlio César Fonseca Lucas, Lucas Lima de Carvalho, Amanda dos Santos Cabral, Jéssica Andressa Reis de Souza, Lucas Rodrigues Claro, Bruna Liane Passos Lucas, Pamela Lima Dias Lins, Danielle de Fatima Aguiar de Sousa Silva, Alexandre Oliveira Telles, Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos, Simone Fonseca Lucas, Maria Kátia Gomes, Antonio Eduardo Vieira dos Santos

RESUMO

Relato de experiência sobre material audiovisual intitulado “*Among Covid: Corona entre Nós*”, produzido pelo projeto de ensino-pesquisa-extensão O Teatro e a Promoção da Saúde na Escola: Possibilidades de Atuação Socioeducativa na Atenção Primária à Saúde para o público juvenil. No contexto da pandemia de Covid-19 adaptou-se o protocolo executado pelo projeto, adotando ferramentas virtuais para realização das ações educativas, respeitando as normas de isolamento social propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Objetivou descrever as experiências da equipe do projeto, referentes ao desenvolvimento do material audiovisual sobre a importância da adoção de práticas não farmacológicas para a prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2 para o público juvenil. O roteiro foi estruturado, a partir do ambiente do jogo eletrônico *Among Us*, inserindo elementos gráficos e sua jogabilidade (características do *game* e modos de jogar). Além disso, foi elaborada uma paródia com coreografia da música “Toma”, da cantora Luísa Sonza, facilitando o compartilhamento dos saberes em saúde com o público-alvo. Foram utilizadas as redes sociais do projeto, *Instagram*®, *Facebook*®, *YouTube*®, para

compartilhamento do vídeo produzido. O público-alvo desse material educativo compreendeu adolescentes e jovens. A temática principal foi a adoção de práticas não farmacológicas, como o uso correto de máscaras e lavagem correta das mãos como estratégias de enfrentamento da Covid-19. Para o levantamento do conteúdo do vídeo educativo, foi realizada a busca pelo material bibliográfico na literatura científica disponível, o qual norteou a elaboração de uma enquete com a finalidade de rastrear as informações indispensáveis para a abordagem do tema junto ao público-alvo. Essa enquete passou primeiramente pela aprovação de membros assessores do projeto que atuaram como juízes e posteriormente foi publicada nas redes sociais. Os resultados obtidos nortearam a elaboração do roteiro do vídeo educativo. A comunicação dialógica estabelecida na produção do material favoreceu a compressão das expectativas, percepções, dificuldades dos jovens e suas famílias em relação às medidas de combate à Covid-19. Foram abordados temas como lavagem das mãos e isolamento social para prevenção e controle das infecções pelo SARS-CoV-2. Ressalta-se a importância da interação do público com o material educativo, uma vez que esta ocorre por meio dos compartilhamentos, curtidas e comentários elogiosos em nossas redes sociais. Tendo em vista a importância do protagonismo juvenil, os principais desafios têm sido a exclusão digital de parcela considerável da população, sobretudo, a mais vulnerável e a necessidade de adequação da linguagem aos contextos de vida dos seguidores das mídias sociais do projeto.

Descritores: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Drama; Mídias Sociais; Covid-19.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recebeu um alerta sobre o surgimento de diversos casos de infecções respiratórias. Na semana consecutiva, foi identificado que procedia de uma nova tipagem de coronavírus, que são uma família de vírus responsáveis por causar graves doenças respiratórias, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) (OMS, 2020). A OMS declarou, no dia 30 de janeiro de 2020, que o surto do novo coronavírus encontrava-se no mais alto grau de alerta emitido pela organização, indicando uma emergência de saúde pública de caráter internacional. Na data de 11 de fevereiro de 2022, foi nomeado de SARS-CoV-2 o vírus correspondente à doença Covid-19. Devido à sua disseminação geográfica em caráter global, em 11 de março de 2020, a OMS caracterizou a Covid-19 como uma pandemia, colocando em alerta os representantes dos países e toda a população mundial (OPAS,

2020a). Sob esse panorama, a OMS buscou determinar diversas medidas sanitárias que contribuíssem para o enfrentamento da Covid-19, objetivando reduzir a propagação do SARS-CoV-2, destacando-se o isolamento e/ou distanciamento social; uso de equipamento de proteção individual (EPI), que são as máscaras respiratórias (PFF2 ou N95), devidamente ajustadas à face; frequente lavagem de mãos com água e sabão ou limpeza com álcool 70%; e a vacinação em larga escala (OMS, 2020; Brasil, 2020). Isso permitiu a alteração na história natural dessa doença, com significativa diminuição dos índices de morbimortalidade, inicialmente elevados. Entretanto, é mister reconhecer que a baixa oferta de imunobiológicos em países pobres, bem como a amplificação do discurso antivacina, tem dificultado a vacinação anti-covid-19, sobretudo, da população pediátrica. Isso implica na possibilidade da circulação de cepas virais com surgimento de mutações que comprometam a eficácia vacinal (Oliveira *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, ocorreu excesso de desinformação relacionada a esta nova doença, dificultando o encontro de orientações idôneas e verídicas com o surgimento de rumores e informações duvidosas e manipuladas. Muitas dessas notícias falsas foram compartilhadas pelo atual gestor do governo do Brasil, levando ao alastramento do negacionismo, com propagação de *fake news*, por diversas vezes, baseada em alegações sem embasamento científico. Dentre estas, destaca-se o *Kit Covid*, que é composto por medicamentos supostamente para tratamento precoce, mas que não estão relacionados com o tratamento de infecções por vírus ou com a Covid-19. Esses *kits* foram compostos majoritariamente por ivermectina, azitromicina e hidroxicloroquina (Santos-Pinto; Miranda; Osorio-De-Castro, 2021).

Além disso, segundo o Banco de Dados do Ministério da Saúde, ocorreu o compartilhamento de outras medidas igualmente ineficazes pelo aplicativo *WhatsApp*®, como “beber muita água e fazer gargarejo com água morna, sal e vinagre para prevenir coronavírus” (Neto *et al.*, 2020). Por esse aplicativo de mensagens promover a disseminação de orientações para a população, facilitou-se a circulação de informações falsas e imprecisas, sem considerar bases e dados científicos. Isso tornou o contexto da pandemia muito mais complexo, pois a população encontrou-se confusa acerca das medidas necessárias a serem tomadas para a prevenção da Covid-19 (OPAS, 2020b).

Nesse contexto, emerge a atuação do projeto de ensino-pesquisa-extensão, intitulado O Teatro e a Promoção da Saúde na Escola: Possibilidades de Atuação Socioeducativa na Atenção Primária à Saúde, popularmente conhecido como Teatro em Saúde, vinculado ao Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (DMAPS/FM/UFRJ). Este tem como meta ser um agente compartilhador do conhecimento para a sociedade, principalmente a comunidade escolar, ajudando a romper o perigoso

ciclo da desinformação e entendendo a importância da integração ensino-serviço no processo de aquisição e ressignificação dos conhecimentos de saúde, utilizando a educação popular em saúde.

No contexto pré-pandemia Covid-19, o projeto desenvolvia suas atividades de promoção da saúde e prevenção de danos no formato presencial. Essas ações eram realizadas em escolas do município do Rio de Janeiro, em parceria com uma clínica da família localizada na Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP) 3.1, estando assim inserido no Programa Saúde na Escola (PSE). O público-alvo era a comunidade escolar, sendo esta composta por crianças em idade escolar (6-12 anos), adolescentes (13-18 anos), pais/responsáveis, profissionais da educação e demais profissionais inseridos nesse ambiente. Sobre as temáticas em saúde abordadas, cabe destacar o interesse em identificar as demandas da própria comunidade escolar e potencializar as práticas educativas, compreendendo os aspectos socioculturais para melhorar a qualidade de vida. Sendo assim, foram desenvolvidas com o público-alvo os seguintes temas de interesse: Bullying e Violência; Alimentação Saudável e Importância das Atividades Físicas; Meio Ambiente, Arboviroses e Sustentabilidade; Higiene Corporal e Saúde Bucal; Prevenção de Acidentes na Infância; dentre outros.

Dessa maneira, foi adotada a educação popular em saúde como uma ferramenta capaz de promover maior compreensão da realidade da comunidade escolar, bem como potencializar a reflexão desses indivíduos acerca de seus modos de viver e sua saúde (Falkenberg *et al.*, 2014). Para tal, o instrumento lúdico-teatral se mostrou um método eficaz, pois permite alcançar a plateia, graças à linguagem e à possibilidade de mimetizar situações do cotidiano da comunidade. Ademais, as ações desenvolvidas utilizavam personagens e músicas do universo do público-alvo, a fim de possibilitar a ressignificação acerca de seus saberes em saúde. Cabe elucidar que a utilização de metodologias ativas, como o teatro, incentiva a participação popular no processo de educação em saúde, ao promover o protagonismo do indivíduo, retirando-o da posição de receptor passivo de informações para um posicionamento central da ação educativa. Assim, valoriza-se o seu conhecimento prévio e se incentiva o empoderamento do sujeito, visando a que este se torne agente propagador de saúde (Lovato; Michelotti; Loreto, 2018; Lucas *et al.*, 2021a; Macedo *et al.*, 2022). No processo de aplicação de metodologias ativas, alguns atributos são desenvolvidos, tais como iniciativa, criatividade, criticidade reflexiva, capacidade de autoavaliação, cooperação para se trabalhar em grupo, responsabilidade, ética e sensibilidade (Lovato; Michelotti; Loreto, 2018).

A utilização dessas ferramentas pode ocorrer em diferentes contextos, como a escola, favorecendo a criação de vínculo efetivo entre o público assistido e a equipe executora. Nesse aspecto, oportuniza-se a troca de saberes e a descentraliza-

ção das atividades de educação em saúde da figura profissional (Lucas *et al.*, 2020). Essa parceria projeto-escola torna-se fundamental para compartilhar com a comunidade a implementação de práticas de promoção da saúde em ambiente escolar, sendo cada vez mais necessária a implementação das escolas promotoras de saúde. Estas correspondem a um ambiente que fortalece a capacidade do indivíduo, à medida que ofertam um espaço saudável de vivências e aprendizados, de modo contínuo e inclusivo. Isso por considerar a transformação significativa dos padrões de qualidade do ensino nas escolas, contrapondo um modelo baseado na concepção e ferramentas de avaliação do âmbito biomédico (Valadão, 2004).

Sob esse prisma, podemos inferir que estratégias educativas como o projeto Teatro em Saúde são fundamentais para a incorporação das temáticas relevantes para saúde no ambiente escolar de forma lúdica, descontraída e adaptada à realidade de cada comunidade. Ao lançar mão do teatro como ferramenta educativa, foi possível aproximar-se do público-alvo e incorporá-lo nas práticas desenvolvidas, por meio da estimulação da criatividade e da participação popular. Esse impacto positivo na comunidade escolar pode ser percebido pelos integrantes do projeto por meio da mobilização da comunidade, sua interação contínua com as ações desenvolvidas e os comentários elogiosos dos estudantes, professores e responsáveis. Contudo, com a emergência da pandemia de Covid-19 e o isolamento social, teve-se como consequência a paralisação das atividades de educação em saúde no formato presencial.

Em um cenário pandêmico, o acesso à informação e a promoção da saúde são componentes basilares para a prevenção da comunidade e redução da taxa de transmissibilidade do agente patológico (OPAS, 2020b). Assim, tornou-se relevante pensar estratégias de educação em saúde que respeitassem as normas de isolamento. Portanto, a equipe do projeto reestruturou o protocolo anteriormente executado, adotando o uso das redes sociais (*Instagram*®, *Facebook*®, *WhatsApp*®, *YouTube*® e *Spotify*®) como meios de divulgação e comunicação com a comunidade. Assim, se permitiu continuar as ações educativas e expandir o público captado. Foram elaborados materiais educativos no formato de vídeo-história, vídeos, *podcasts* e cartilhas digitais que abordam a importância do uso correto de máscaras, da higienização das mãos e do isolamento social como estratégias de prevenção da Covid-19. Foi elaborada uma vídeo-história e um vídeo para cada faixa etária alvo do projeto (crianças, adolescentes e adultos), adequando a temática ao vocabulário, personagens e músicas conhecidas por cada público específico.

É importante ressaltar que toda a produção foi realizada em formato virtual, desde o ensaio até a gravação dos vídeos e músicas, o que constitui um desafio para a equipe. O presente relato de experiência versa acerca da elaboração de um vídeo educativo para adolescentes acerca do uso correto de máscaras intitulado

“*Among Covid: Corona entre Nós*”, descrevendo as vivências da equipe durante a construção e divulgação do material educativo.

OBJETIVO

Descrever as experiências da equipe do projeto, referentes ao desenvolvimento do material audiovisual sobre a importância da adoção de práticas não farmacológicas para a prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2.

METODOLOGIA

Este estudo se configura como um relato de experiência de característica descritiva e abordagem qualitativa. Tal delineamento se justifica uma vez que o trabalho em tela traz à luz as significações e vivências da equipe executora do projeto durante a elaboração de um material educativo para adolescentes acerca da importância do uso de máscaras para prevenir a Covid-19. Ademais, este capítulo tem como meta descrever o processo de elaboração desse tipo de material, apontando dicas e dificuldades durante a construção e divulgação, bem como discorrer acerca das potencialidades desse produto (Nunes; Nascimento; Alencar, 2016).

Para a elaboração do vídeo educativo foram utilizadas ferramentas digitais para edição como o *Canva*®, *Inshot*®, *ShotCut*® e *Bandlab*®, uma plataforma de conferência para os ensaios e direção das gravações, o *Google Meet*® e as redes sociais como meio de divulgação do produto final – *WhatsApp*®, *Instagram*®, *Facebook*® e *YouTube*®. Todo o processo de estruturação do roteiro, seleção de figurino, confecção da paródia, direção, gravação, edição e divulgação foi realizado pela equipe executora do projeto Teatro em Saúde. Participaram do processo de idealização do material os membros discentes do projeto, os orientadores e a equipe de assessores.

Os membros discentes do projeto são formados por graduandos e pós-graduandos das áreas de enfermagem, medicina, odontologia, terapia ocupacional, farmácia, fisioterapia, biomedicina, psicologia, música, história e biologia, vinculados à UFRJ e externos. Já os membros assessores são professores da graduação, pós-graduação, ensino fundamental/médio e profissionais da saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro (Seeduc-RJ).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A escola é um ambiente propício para a promoção da articulação entre saúde e educação, bem como do processo de socialização que se destina à educação integral e que contribuem para a formação desses indivíduos. Assim, as ações do PSE são vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e desenvolvidas em áreas territoriais que são elaboradas, a partir de estratégias constituídas entre a escola e a UBS (Brasil, 2007). Sob a ótica da pandemia de Covid-19, devido ao isolamento social, o ensino presencial em todo o território brasileiro foi suspenso por longo período (Fonseca; Sganzerla; Enéas, 2020).

Desse modo, as atividades que antes eram desenvolvidas nas escolas foram re-direcionadas para a modalidade de ensino remoto, ou seja, totalmente virtual. Logo, as táticas desenvolvidas pelo PSE, que visam à promoção, prevenção e atenção à saúde e beneficiam toda a comunidade escolar, foram paralisadas (Parcianello; Santos; Krug, 2021).

Isso resultou na desassistência da comunidade escolar ante os determinantes sociais e de saúde. O rompimento desse vínculo estudante-família-escola e escola-saúde repercutiu diretamente na maneira como esses sujeitos interagem em sociedade e enfrentavam seus agravos de saúde. Por consequência da ausência de profissionais de saúde nesses locais de ensino, ou seja, em contato direto com a comunidade escolar, foram propiciados mais espaços para *fake news* sobre a infecção por SARS-CoV-2 (Parcianello; Santos; Krug, 2021; OPAS, 2020b). Além disso, as demais temáticas em saúde importantes para a prevenção de danos e promoção/manutenção da saúde foram negligenciados, tais como cultura da paz, *bullying*, higiene bucal, alimentação saudável etc. (Parcianello; Santos; Krug, 2021; Scarpini *et al.*, 2018). Assim, o coronavírus tornou-se pauta prioritária na assistência prestada às comunidades (Fettermann, 2021; OPAS, 2022). O retorno das atividades presenciais do projeto irá possibilitar a retomada das práticas educativas que discorrem acerca dessas temáticas.

Com o impacto do fechamento das escolas por tempo indeterminado, as atividades de educação em saúde realizadas pelo projeto foram readaptadas para o cenário virtual, a fim de suprir a lacuna causada pela ausência do PSE. Assim, a utilização das redes sociais, sendo estas o *Instagram*® (@teatroemsauade), o *Facebook*® (Teatro em Saúde) e o *YouTube*® (Teatro em Saúde), se mostrou uma ferramenta potente para a divulgação e o compartilhamento das ações de promoção da saúde.

Apesar de adaptar a metodologia para o cenário virtual, a equipe do projeto pretendeu manter sua essência, desenvolvendo atividades educativas lúdicas pautadas nos determinantes e condicionantes da saúde, que permitissem a interação da comunidade e a valorização de seus saberes prévios, bem como suas necessida-

des de saúde. Nesse contexto, a temática a ser abordada nos primeiros vídeos educativos foi a de maior necessidade da comunidade durante uma pandemia, com doença sem tratamento ou vacina, e com um número exacerbado de desinformações: o uso correto de máscaras. Para captar os saberes prévios da comunidade e rastrear as lacunas de conhecimento acerca do tema elencado foi elaborada uma enquete com perguntas diretas, em sua maioria de múltipla escolha, que tratavam dos principais conhecimentos técnico-científicos relacionados à pandemia e ao uso de máscara.

Figura 1 – Quatro *printscreens* em formato de *stories* do *Instagram*® da enquete acerca do uso correto de máscaras para prevenção da Covid-19



Fonte: Elaboração própria.

No que concerne à realização das enquetes, as perguntas foram divulgadas nos *stories* do *Instagram*®, na página do *Facebook*® e pelo *WhatsApp*®. O questionário continha questões relacionadas à lavagem de mãos, uso correto de máscaras adequadas e distanciamento social. Com esse rastreamento do nível de conhecimento prévio da comunidade sobre prevenção ao SARS-CoV-2 foi possível planejar adequadamente os conteúdos que foram abordados no vídeo educativo. Essa enquete passou, primeiramente, pela aprovação de membros assessores do projeto, que

atuaram como juízes e posteriormente foi publicada nas redes sociais. Após a coleta dos dados, os resultados da enquete foram divulgados de forma virtual nas mesmas redes sociais.

Em relação ao resultado das enquetes sobre o uso de máscaras, os dados mostraram que, do total de 439 participantes, 320 tomaram parte pelo *Instagram*® e 119 pelo *Google Forms*®. Cabe ressaltar que o *Google Forms* foi utilizado como um instrumento alternativo e eficaz de rastrear o conhecimento prévio dos usuários que não possuem acesso ao *Instagram*® e/ou *Facebook*®, abrangendo também não seguidores das redes sociais do projeto. Não foi necessária a submissão da enquete ao comitê de ética em pesquisa, visto que o escopo deste relato de experiência é oriundo de um projeto de extensão. Além disso, todas as informações utilizadas para o trabalho são de domínio público, visto que a ferramenta de enquete no *Instagram*® é atualizada e exibida a cada voto. Os *stories* e perfil do projeto Teatro em Saúde podem ser acessados por qualquer indivíduo e em nenhum momento foram identificados os perfis votantes do *Instagram*® ou *Google Forms*® no relato.

Dentre os principais resultados, podemos destacar que a grande maioria dos participantes da enquete informou conhecer a necessidade do uso de máscaras, declarando também fazer uso destas ao sair de casa. Além disso, em sua maioria, os participantes responderam devidamente a pergunta que diz respeito ao posicionamento correto da colocação da máscara, cobrindo as vias respiratórias do comprimento do nariz ao queixo. Poucos foram os que afirmaram utilizar a máscara cobrindo apenas a boca, e uma parcela ainda menor informou que mantém apenas a máscara pêndula sobre a parte externa superior da orelha. Os dados também explicitam que mais da metade dos participantes responderam não se sentir confortáveis com o uso da máscara, e a grande maioria informou não fazer a troca da máscara a cada três horas de uso consecutivo.

No que se refere às questões sobre o manuseio de EPI, quase metade dos entrevistados informou que tem o hábito de tocar na parte externa da máscara. Sobre a lavagem das mãos ao manusear a máscara, quase metade dos participantes informou que não tem o costume de higienizar as mãos ao manusear a máscara (colocação, posicionamento e retirada). Em relação à questão da retirada da máscara, a grande maioria afirmou que faz a remoção pelas alças e evita tocar na parte externa. No que tange aos cuidados de manutenção e limpeza da máscara, uma pequena parte respondeu que, após o uso, não lava a máscara de tecido. Acerca da utilização de máscaras com duas ou mais camadas, uma grande parte dos entrevistados revelou que faz seu uso. Os dados relativos a essa enquete mostraram que a maior parte dos entrevistados tornou-se adepta, de algum modo, ao uso de máscaras. Todavia, é necessário salientar que uma significativa parte desse público,

ainda que tenha aderido, possui impasses quanto ao seu uso, seu manuseio, manutenção e a escolha da máscara que seja de qualidade e tenha proteção efetiva.

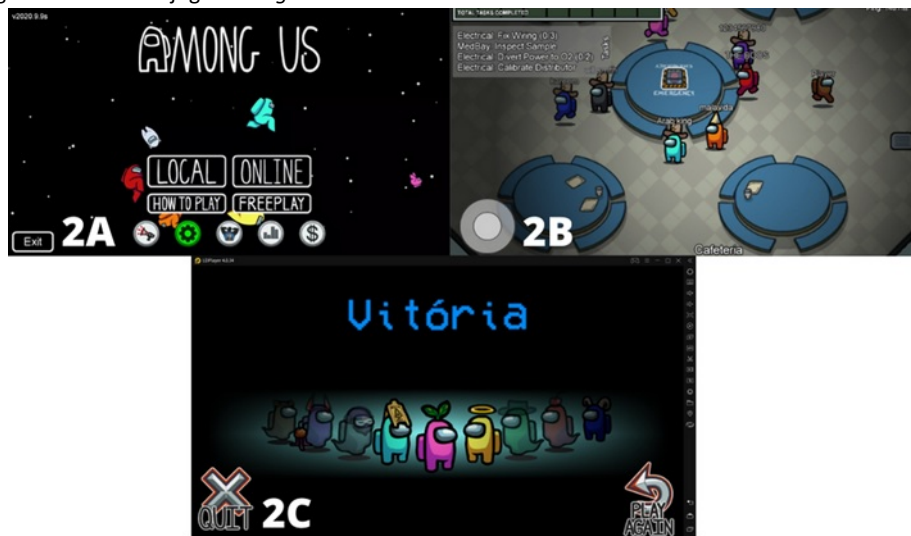
É importante destacar que a utilização desse tipo de estratégia de inclusão da comunidade no processo de criação da ação educativa, mesmo que de forma virtual, está embasada nos pressupostos de Paulo Freire, no que diz respeito à educação popular de saúde. O uso de metodologias ativas, tais como o teatro, na perspectiva freiriana, estimula uma atitude crítica e reflexiva, já que essa visão trata de extrapolar o modelo tradicional de ensino que é baseado em uma aprendizagem mecânica e passiva. Sendo assim, o “aprendiz” da ação educativa torna-se, na verdade, um sujeito crítico que constrói o conhecimento sobre uma situação ou participa da construção desta (Diesel; Baldez; Martins, 2017). Essa ferramenta versa sobre a educação compartilhada de modo horizontal e a troca de saberes bilateral. Sob essa perspectiva, é valorizado o saber popular em saúde, considerando o conhecimento prévio do indivíduo, favorecendo o protagonismo social e objetivando a capacitação da comunidade na obtenção de autonomia no que diz respeito ao seu processo de promoção de saúde (Camargo Junior *et al.*, 2020; Brasil, 2013). De acordo com Paulo Freire, a educação popular em saúde é elaborada de maneira dialógica, que respeita e incentiva os saberes e culturas adquiridos pelos educandos e tem como princípios fundamentais a ética, transformação social e solidariedade, valorizando as particularidades do ser. Além disso, essa ferramenta se configura como um modo de compreender a realidade da comunidade, incluindo suas questões e necessidades (Camargo Junior *et al.*, 2020; Falkenberg *et al.*, 2014).

A aplicabilidade das metodologias ativas, por meio do formato remoto, proporcionou a participação e o protagonismo social, sob o prisma do público-alvo e seu panorama crítico acerca de todo o processo saúde-doença, considerando o seu contexto de vida. Semelhantemente, possibilitou que os integrantes do projeto se aproximassem da conjuntura social do público em questão. Esse modelo de interação dialógica também permitiu que houvesse o entendimento da equipe do projeto sobre as dificuldades, expectativas e percepções dos seguidores das redes sociais no que se refere às medidas de combate à Covid-19.

Com os resultados da enquête, realizou-se a busca em literatura científica disponível acerca de aprofundar-se nos pontos cruciais a serem abordados em cada vídeo educativo. Após elencar os conteúdos teórico-científicos relevantes para o roteiro, a equipe discutiu as possíveis abordagens lúdicas a serem utilizadas no vídeo. Por se tratar de um público-alvo jovem, optou-se por estruturar a história, a partir do ambiente do jogo eletrônico *Among Us*, inserindo elementos gráficos e sua jogabilidade (características do *game* e modos de jogar). Além disso, foi confeccionada uma paródia da música “Toma”, da cantora Luísa Sonza, denominada “Máscara: do Nariz ao Queixo”, que foi incorporada na vídeo-história.

A fim de ilustrar como as aproximações entre o jogo e a temática apresentada foram realizadas no roteiro, cabe descrever rapidamente de que modo o *game* funciona. O *Among Us* é um jogo cooperativo *on-line* no qual um grupo de quatro a 15 jogadores utilizam astronautas de personagem que têm uma cor monocromática e acessórios cada um. Os jogadores assumem os papéis de “tripulante” ou “impostor”. Os tripulantes têm por objetivo fazer uma série de tarefas/missões, a fim de consertar a nave enquanto os impostores têm de eliminar os tripulantes. É importante ressaltar que os jogadores que assumem o papel de “impostores” conhecem a identidade dos jogadores que são “tripulantes”, contudo, os “tripulantes” desconhecem a identidade dos “impostores”. Ainda existe um esquema de votação, na qual a maioria dos jogadores pode escolher uma pessoa que desconfia para ser ejetada. Os tripulantes vencem caso terminem todas as tarefas ou votem para ejetar todos os impostores. Já os impostores ganham quando eliminam todos os tripulantes.

Figura 2 – Prints do jogo *Among Us*



Fonte: Google Imagens.

Legenda: 2A: Layout inicial do jogo *Among Us*; 2B: Personagens na nave presente no jogo *Among Us*; 2C: Layout final do jogo *Among Us*.

Tendo resumido a funcionalidade do jogo, pode-se descrever as relações entre seus componentes com a temática. O impostor foi denominado como o próprio vírus SARS-CoV-2, os tripulantes, uma família brasileira e as missões, uma série de atividades adotadas para prevenção à Covid-19, como a higienização das mãos e compras, uso de máscara, confecção de máscaras de tecido, dentre outras. Para aproximar o público do contexto do jogo foram adotadas também como estraté-

gias a utilização de cores monocromáticas nos figurinos dos personagens, elementos visuais do jogo como as fontes das letras, o uso da sonoplastia original do jogo com sirenes e sons ambientes e o momento de votação presente em cada partida.

Figura 3 – Prints do vídeo *Among Covid: Corona entre Nós*



Fonte: Elaboração própria.

Legenda: 3A: *Layout inicial do vídeo Among Covid*; 3B: *Personagem caracterizado no vídeo Among Covid*; 3C: *Layout final do vídeo Among Covid*.

Para a composição do vídeo educativo foi elaborada uma paródia com coreografia sobre a música intitulada “Toma”, da cantora Luísa Sonza. Essa música foi selecionada, pois permite maior interação com o público-alvo juvenil e potencializa o compartilhamento de saberes em saúde de forma lúdica, estratégica e acessível. O ritmo conhecido como *funk* brasileiro foi escolhido para essa composição, pois é um arranjo popular entre a faixa etária e favoreceu a criação de coreografias em formato de *challenge* que são prestigiosas no TikTok®. Essa plataforma é referenciada por seus vídeos curtos de danças e muito frequentada pelos jovens. Tais elementos foram essenciais para aproximar a plateia, despertar seu interesse pela temática e fortalecer o sentimento de pertencimento à ação de promoção da saúde (Lucas *et al.*, 2020).

Essa paródia foi elaborada com a junção entre os conhecimentos técnicos-científicos relevantes para o cenário pandêmico e a criatividade da equipe do projeto. A equipe promoveu essa busca literária mediante a compreensão do conhecimento prévio da comunidade sobre a técnica correta de lavagem de mãos, sobre o uso

correto de máscaras e prevenção da infecção por Covid-19 compreendido por meio da enquete.

A fim de ilustrar os conteúdos relacionados à prevenção ao SARS-CoV-2 presentes na letra elaborada, seguem alguns trechos da paródia: “Primeiro lava a mão/ com água e sabão/antes de você pegar a sua máscara; Segura pelo elástico/posiciona direito/do nariz até o queixo; Você precisa trocar/quando ela umedecer/a antiga vai guardar/numa sacola manter”. Nota-se na letra a abordagem dos conteúdos sobre a importância da higienização das mãos antes de realizar a troca da máscara quando estiver umedecida ou a cada três horas, bem como o uso correto desse equipamento de proteção individual. É importante salientar a atenção na utilização de estratégias como a linguagem descomplicada e a legenda ao longo de todo vídeo, a fim de torná-lo um material mais atrativo e acessível (Lucas *et al.*, 2021a).

No que diz respeito ao processo de confecção da paródia, foi feito em formato totalmente digital, com reuniões para sua confecção, via *Google Meet*®, gravação em domicílio e edição por meio do aplicativo *Band Lab*®. Nesse aplicativo foi possível unificar a faixa do instrumental e a faixa do áudio de voz da intérprete em um arquivo. No entanto, aponta-se como desafio enfrentado o distanciamento da equipe envolvida, visto que foi necessário refazer por diversas vezes a faixa do áudio de voz para que estivesse adequado aos períodos da música. Ademais, a ausência de recursos tecnológicos específicos, tais como microfone e equipamento de informática, repercutiram em um maior desdobramento para manter a qualidade do material no que diz respeito à qualidade do som e edição da faixa.

É importante ressaltar que incorporar elementos conhecidos pela comunidade, como músicas e personagens, nos vídeos educativos, facilita a aproximação do público-alvo à temática e a reflexão dos indivíduos acerca do conteúdo discutido. A sonoplastia do jogo foi utilizada, por exemplo, como uma estratégia de identificar os erros e acertos da família Silva, reforçando as práticas recomendadas como forma de combater o coronavírus. Por conseguinte, promove a ressignificação de saberes em saúde, potencializando a transformação dos hábitos de vida e saúde desses usuários. Cabe destacar que tal tipo de estratégia conversa com os atributos essenciais e derivativos da atenção primária à saúde, principalmente os de integralidade, competência cultural e orientação comunitária (Lucas *et al.*, 2021b; Lucas *et al.*, 2020; Starfield, 2002).

No que diz respeito à integralidade, o material educativo desenvolvido abrange a temática da prevenção à Covid-19, incorporando no teatro um olhar holístico acerca do indivíduo, valorizando aspectos relacionados à saúde física, mental e social. Quanto à orientação comunitária, propõe-se compreender as diferentes realidades sociais das coletividades brasileiras e incorporar as relações interpessoais no material educativo, mostrando que a máscara é um instrumento de proteção

individual e coletiva. Em relação à competência cultural, ao utilizar elementos de conhecimento dos jovens, sua linguagem e músicas por que esse público-alvo se interessa, possibilita-se a valorização das características culturais e das vivências dessa parcela da comunidade (Starfield, 2002).

Em relação ao processo de gravação do vídeo educativo, é interessante destacar as estratégias adotadas pela equipe, bem como as dificuldades enfrentadas. Todo o material audiovisual foi gravado com os equipamentos de cada ator, no qual estes registravam suas cenas em suas casas e eram dirigidos, via *Google Meet*®, por outros membros do projeto responsáveis pela direção. Devido ao distanciamento entre os atores, foi necessário gravar as cenas de cada um separadamente, tornando esse um obstáculo para sincronização do vídeo no produto final. Como esquema para superar essa adversidade, os diretores do vídeo educativo leram as falas das demais personagens da cena, facilitando a noção de tempo e interação para a execução da peça teatral.

Além disso, foi importante atentar-se aos aspectos visuais e de áudio para não prejudicar a qualidade do material produzido. Assim, mesmo que virtualmente, os diretores auxiliaram cada ator no posicionamento de câmera, organização do fundo das cenas para que o foco do vídeo fosse a interpretação teatral, cuidados com a iluminação evitando focos de luz ou ausência desta e presença de ruídos externos. Essa preocupação com a qualidade do material produzido se justifica pela necessidade de promover um material atrativo ao público-alvo, no qual este, por ter interesse pelo conteúdo criativo do vídeo, consequentemente, despertasse curiosidade pelo conteúdo científico (Lucas *et al.*, 2020).

Após a gravação das cenas de todos os atores, elas foram compiladas em uma pasta do *Google Drive*® e encaminhadas para a edição que foi realizada por um membro discente do projeto. Como já explicitado acima, devido à fragmentação de cenas, foi um empecilho para a edição juntar as sequências em uma história contínua e com ritmo. Isso exigiu um trabalho minucioso, chegando, em alguns casos, a ser necessário regravar a parte de algum ator. Além dos cortes, a edição ficou responsável por adicionar os elementos do jogo *Among Us* para facilitar o reconhecimento de sua atmosfera no vídeo produzido. Foram incorporados então os ruídos de sirene, som ambiente próprio do jogo, animações dos personagens astronautas nas cenas, *layout* de início e fim de jogo com identidade visual similar ao jogo, dentre outros componentes. Para edição das cenas foram utilizados os aplicativos *ShotCut*® e *Inshot*®, sendo o segundo uma ferramenta de celular, o que tornou árduo o trabalho preciso de edição, e para a confecção dos *layouts* foi utilizado o *Canva*®.

Após sua produção, o material educativo foi publicado em todas as redes sociais do projeto no dia 3 de novembro de 2021 em horário de maior alcance dos segui-

dores, segundo os levantamentos fornecidos pela plataforma do *Instagram*®. Foi obtido o total de 229 visualizações contabilizadas nas três redes sociais, além de compartilhamentos, *directs* e comentários dentro e fora dessas plataformas expostos pelo público-alvo e pais/responsáveis, contendo elogios e relatos extremamente positivos sobre a forma de discutir a temática, bem como o nível de atenção e identificação, especialmente de jovens e adolescentes referentes ao vídeo.

Além disso, o vídeo também foi compartilhado, via *WhatsApp*®, visto que essa é uma plataforma muito popular entre a comunidade, incluindo os jovens e adolescentes. Isso proporcionou uma maior abrangência do conteúdo e possibilitou o contato deste com a parcela mais vulnerável da sociedade. O número de visualizações do vídeo, no que se refere exclusivamente à plataforma *WhatsApp*®, não foi contabilizado, já que não há uma ferramenta que viabilize o acompanhamento desse processo. Vale ressaltar que atualmente muitos indivíduos não têm acesso à internet ou usufruem desse serviço de forma precária, o que inviabiliza sua interação com o material audiovisual disponível de maneira *on-line*. O *WhatsApp*® mostrou-se uma ferramenta viável para suavizar essa realidade, já que, uma vez baixado, o vídeo independe de internet para ser assistido. Também viabiliza o contato do público que não possui as demais redes sociais ou não tem domínio de manuseio sobre elas com a ação de educação em saúde. Essa rede de comunicação também foi utilizada para partilhar o material com profissionais da área da saúde que são colaboradores do projeto e que também estão vinculados às UBS e que auxiliaram a compartilhar o *Among Covid* com a comunidade adstrita.

Algumas das dificuldades relacionadas ao material educativo discutido neste estudo já foram apontadas ao longo do texto. Contudo, cabe ressaltar que inicialmente a ausência de experiência no desenvolvimento desse tipo de material educativo virtual foi um desafio à equipe. Com o advento da pandemia, o projeto teve de reunir esforços para se adaptar rapidamente ao novo cenário de atuação. Isso incluiu capacitação da equipe para utilização de programas de edição, gravação e demais ferramentas digitais. Além disso, devido ao distanciamento, as cenas de cada ator foram gravadas separadamente, tornando esse um obstáculo para a edição do vídeo educativo. Pode-se elencar também a ausência de recursos tecnológicos profissionais destinados à gravação de áudio e vídeo, como câmeras e microfones.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo descrito a experiência da equipe do projeto Teatro em Saúde na realização de um vídeo educativo juvenil sobre uso de máscaras, cabe destacar as potencialidades desse tipo de material. Ao adotarem-se as ferramentas virtuais como instrumento para a educação em saúde, foi possível dar continuidade às estraté-

gias do PSE, suprindo, em parte, a lacuna assistencial que o programa deixou referente à assistência da comunidade escolar. Ainda, para a equipe executora do projeto, a produção do material potencializou a descoberta de novas habilidades, bem como o aprimoramento de outras já existentes. Para o público jovem, o material favorece a discussão de um conteúdo tão basilar quanto a prevenção à Covid-19 de forma fluida e interessante. Vale destacar que, apesar do retorno das atividades presenciais, o projeto optou por continuar também essa modalidade virtual, uma vez que foi possível ampliar o alcance das ações educativas à comunidade. Nesse contexto, é possível vislumbrar a abordagem de outras temáticas relevantes para a promoção de saúde do público juvenil no formato de vídeos, tais como, *bullying*, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, combate ao uso de drogas lícitas e ilícitas, prevenção de acidentes, dentre outros assuntos emergentes da própria comunidade escolar. Desta maneira, a nova metodologia de atuação do projeto ocorrerá de maneira híbrida (presencial e *on-line*). Por fim, ressalta-se que para a produção desse tipo de material é necessária a capacitação dos profissionais e a sensibilização destes acerca da importância da incorporação das novas tecnologias em suas práticas de promoção da saúde. Para isso, é fundamental a presença de esforços de órgãos governamentais oferecendo subsídios para a produção desse tipo de material, como câmeras, microfones etc., além de instituições que possibilitem a capacitação desses profissionais e a continuidade de realização de tal estratégia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm. Acesso em: 26 maio 2022.

BRASIL. Governo Federal. Controladoria Geral da União. *Coronavírus: Ações do Governo Federal na luta contra a pandemia*. Brasília: Controladoria Geral da União, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/coronavirus/governo-federal>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 24 maio 2022.

CAMARGO JUNIOR, E. B. *et al.* Reflexão sobre as contribuições de Paulo Freire para a área da saúde e enfermagem. *Revista Saúde Multidisciplinar*, Mineiros/GO, v. 2, n. 1, p. 95-106, mar. 2020. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/22>. Acesso em: 18 out. 2021.

DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S.; MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Revista Thema*, Pelotas/RS, v. 14, n. 1, p. 268-288, 2017.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 25 maio 2022.

FETTERMANN, F. A. *et al.* Programa de saúde na escola e o alinhamento de ações na prevenção do coronavírus. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 10, n. 5, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14686>. Acesso em: 15 dez. 2022.

FONSECA, R. P.; SGANZERLA, G. C.; ENÉAS, L. V. Fechamento das escolas na pandemia de COVID-19: impacto socioemocional, cognitivo e de aprendizagem. *Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v. 10, n.4, p. 28-37, out./dez. 2020.

LOVATO, F. L.; MICHELOTTI, A.; LORETO, E. L. S. Metodologias ativas de aprendizagem: uma breve revisão. *Acta Scientiae*, Canoas/RS, v. 20, n. 2, 2018.

LUCAS, E. A. J. C. F. *et al.* Educação em Saúde e o Teatro: uma revisão de literatura. In: VASCONCELOS, A. W. S. *Linguística, letras e artes: sujeitos, histórias e ideologias*. Ponta Grossa/PR: Atena, 2021a. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/50048>. Acesso em: 27 maio 2022.

LUCAS, E. A. J. C. F. *et al.* O teatro e a educação em saúde na escola: relato de experiência. *Interagir: pensando a extensão*, Rio de Janeiro, n. 29, p. 50-62, jan./jul. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/50780/36278>. Acesso em: 27 maio 2022.

LUCAS, E. A. J. C. F. *et al.* Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: estudo do cotidiano escolar pelo desenho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4193-4204, set. 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.21882020>. Acesso em: 26 maio 2022.

MACEDO, E. N. O. *et al.* O uso de teatro como estratégia de promoção da saúde. *Revista Extensão*, Bahia, v. 21, n. 1, p. 96-103, 2022. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revistaextensao/article/view/2469>. Acesso em: 26 maio 2022.

NETO, M. *et al.* Fake news no cenário da pandemia de Covid-19. *Cogitare enfermagem*, Curitiba/PR, v. 25, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72627>. Acesso em: 10 out. 2022.

NUNES, G. C.; NASCIMENTO, M. C. D.; ALENCAR, M. A. C. Pesquisa científica: conceitos básicos. *Id online Revista de Psicologia*, Jaboatão dos Guararapes/PE, v. 10, n. 29, p. 144-151, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v10i1.390>. Acesso em: 25 maio 2022.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003417>. Acesso em: 14 de dez. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial das Américas. Histórico da pandemia de COVID-19. *Folha informativa sobre a Covid 19*, 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 27 maio 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial das Américas. *Entenda a Infodemia e a Desinformação na Luta Contra a COVID-19*: kit de ferramentas de transformação digital. Geneva: OPAS, 2020b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/FactsheetInfodemic_por.pdf?sequence=16. Acesso em: 27 maio 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial das Américas. Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante pandemia de COVID-19. *Folha informativa sobre a Covid 19*, 07 fev. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-2-2022-servicos-essenciais-saude-enfrentam-interruptoes-continuas-durante-pandemia-covid>. Acesso em: 15 dez. 2022.

PARCIANELLO, L.; SANTOS, V.; KRUG, M. M. Retomada do Programa Saúde na Escola: intervenção da residência multiprofissional na atenção primária. *In: SEMINÁRIO DE INOVAÇÃO E TECNOLOGIA*, 10, 2021, Injuí/RS. *Anais [...]*. Injuí/RS: Salão do Conhecimento, 2021. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/23/14>. Acesso em: 26 maio 2022.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; MIRANDA, E. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. O kit-covid e o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, 2021.

SCARPINI, N. A. M. *et al.* Atuação da enfermagem na escola na perspectiva de professores da Educação Básica. *Linhas Críticas*, Brasília, v. 24, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1935/193567199019/193567199019.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf](https://medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf). Acesso em: 27 maio 2022.

VALADÃO, M. M. *Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial*. 2004. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>. Acesso em: 20 maio 2022.

WHO. World Health Organization. Conselho para o público: Doença de coronavírus (COVID-19). *Redação*, 10 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em: 26 maio 2022.

Formação para o cuidado em saúde bucal na atenção primária à saúde: a experiência do curso – Focus

Elisete Casotti

Luiz Carlos Hubner Moreira

Cesar Luiz Silva Junior

Núbia Carolina da Silva Abreu

Carolina Gonçalves da Silva Iespa

Yuri Brasil Babinski

INTRODUÇÃO

A publicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Brasil, 2004) foi um marco para a organização dos serviços e ações de saúde bucal na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a despeito do aumento da cobertura assistencial ocorrida nessas quase duas décadas, é ainda o modelo biomédico que orienta a formação dos cirurgiões-dentistas nas instituições públicas e privadas do país – influenciando, sobretudo, o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), com muitos profissionais permanecendo fora da dinâmica do funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Casotti; Gouvêa, 2018).

A situação imposta pela pandemia pelo SARS-CoV-2 trouxe desafios adicionais ao modelo de organização dos serviços de saúde bucal: ao retirar a centralidade do consultório odontológico, as equipes precisaram se reorganizar e atuar em diversas frentes de resposta à situação sanitária (Brasil, 2020; Carletto; Santos, 2020; Ribeiro *et al.*, 2020; Rio de Janeiro, 2020a). Mais recentemente, o desafio tem sido gerenciar a demanda reprimida dos atendimentos, que legitimamente pressionam, exigindo um número maior de horas clínicas do dentista.

Com o apoio do Edital Proppi-Progad-Proex nº 04/2020, analisaram-se como as coordenações de saúde bucal operaram a reorganização de ações e serviços nos municípios no primeiro ano da crise sanitária. Os resultados preliminares mostraram que ações referentes aos eixos de planejamento, gerenciamento de risco no território e de suporte aos grupos mais vulnerabilizado foram escassos. Ainda, que a comunicação entre as coordenações municipais e as equipes de atenção primária foi predominantemente de natureza prescritiva, sem espaço para a discussão dos novos desafios impostos pela situação (Casotti *et al.*, 2021).

A análise ainda mostrou que o maior investimento gerencial se deu na direção da continuidade das ações clínicas individuais, com suprimento de novos equipamentos de proteção individual (EPI) e transferência de conhecimentos sobre novas normas de biossegurança, sem uma discussão sobre o papel das equipes nos diferentes eixos de combate à pandemia (*ibid.*).

Além disso, diante das eleições de 2020, houve grande rotatividade dos coordenadores setoriais, reforçando a ideia da necessidade da oferta de uma atividade que envolvesse os coordenadores municipais e profissionais de saúde bucal para discutir a organização setorial na rede de atenção e apresentar ferramentas de gestão e de cuidado.

A partir da instituição do Grupo de Trabalho de Articulação Ensino-Serviço para a Produção de Cuidado em Saúde Bucal (Rio de Janeiro, 2020b), que reúne representantes do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva e da Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (ATSB/SES-RJ), planejou-se o curso de extensão Formação para o Cuidado em Saúde Bucal na Atenção Primária – Focus, que se integrou ao Programa QualificaSB-SUS RJ,¹ no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ). Foram oferecidas vagas para duas turmas regionalizadas, entre os meses de agosto e dezembro de 2021.

Este trabalho relata o desenvolvimento dessa iniciativa, cujo objetivo foi refletir sobre a gestão da clínica e do cuidado e promover uma rede colaborativa para trocas de experiências e multiplicação dos conhecimentos no âmbito do SUS, particularmente na ESF.

¹ “O Programa de Qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Estado do Rio de Janeiro (QualificaSB-SUS RJ) tem como objetivo apoiar a qualificação de profissionais da assistência e gestão em saúde bucal que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Contempla iniciativas de educação permanente e continuada, por meio da realização de cursos, oficinas e seminários, incluindo a elaboração e divulgação de materiais de apoio.” Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/areas-tecnicas/saude-bucal/2020/03/programa-qualifica-saude-bucal-sus-rj>.

A APS, com seus princípios e atributos, é considerada “pedra angular” para o alcance de sistemas de saúde mais resolutivos e equânimes. Além disso, um sistema orientado à APS reconhece que esse nível de atenção tem um papel estratégico e integrador ao interior do sistema de saúde (Valentijn *et al.*, 2013). Na organização do sistema de saúde brasileiro, cabe aos municípios a gestão da APS. Na história da consolidação do SUS, a entrada da saúde bucal no modelo da ESF/APS, bem como a elaboração de uma política setorial de base nacional, foi tardia.

A publicação das diretrizes da PNSB, intitulada Brasil Sorridente, que reordenou as concepções e práticas no campo da saúde bucal, só ocorreu em 2004 (Brasil, 2004). Há consenso, em estudos que avaliaram a saúde bucal na atenção primária no Brasil, sobre a permanência de um modelo de atenção estranho às expectativas do processo de trabalho na saúde da família – mesmo naqueles que incluíram municípios que apresentavam os melhores contextos de implementação da PNSB (Aquilante; Aciole, 2015). Uma revisão integrativa sobre publicações relacionadas à inclusão da saúde bucal na ESF, no período de 2004-2014, mostrou que o “processo de trabalho” foi o segundo tema mais presente (Dalasen *et al.*, 2018). Os autores consideram que talvez isso possa ser justificado pelas dificuldades que as equipes ainda encontram de operacionalizar “as práticas recomendadas pela PNSB, além do desafio de romper com um processo de trabalho marcado desde a sua formação por uma fragmentação focalizada clinicamente”.

Pesquisas sobre a organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF mostram que: 1) O modelo é centrado na doença e procedimento centrado; 2) Há resistência e baixo nível de integração com os demais profissionais da ESF; 3) As ações intersetoriais são fragmentadas e limitadas a palestras e à aplicação de flúor em escolares ou em grupos da comunidade; 4) O processo de trabalho caracterizado por ações isoladas com predomínio de atendimentos à demanda não programada e/ou organizada e; 5) A participação em reuniões de equipe e visita domiciliar não são atividades incorporadas na agenda de trabalho (Cassotti; Gouvêa, 2018).

No momento, o setor público de saúde bucal enfrenta os mesmos desafios que perpassam todas as políticas de APS no Brasil, como a tensão entre o modelo biomédico e o de saúde da família. A permanência de iniquidades na oferta de serviços e procedimentos, desconstrução do modelo da ESF como prioritário (com habilitação de equipes com carga horária flexibilizada) e o atual desfinanciamento do sistema público de saúde (Ely *et al.*, 2021).

Há desafios na formação dos profissionais de saúde bucal para o SUS e a necessidade de criar estratégias para defesa e sustentação dos avanços da PNSB, com a

qualificação da gestão das redes e da participação social na micropolítica do processo de trabalho dos serviços. De outro modo, não menos complexa, é a situação imposta pela pandemia do SARS-CoV-2, que obrigou os serviços de odontologia a suspenderem/reprogramarem os atendimentos clínicos eletivos, face ao risco associado à produção de aerossóis na maioria dos procedimentos cirúrgicos-restauradores (Carletto; Santos, 2020).

A oferta do curso aqui apresentado teve como base o diagnóstico e os desafios já enfrentados pelos profissionais da assistência e da gestão, mas também considerou as questões da realidade imposta pela pandemia, como o cansaço e as tensões cotidianas vividas pelos profissionais.

Nesse sentido, o grupo coordenador trabalhou na construção de um curso *on-line*, em atenção à necessidade do distanciamento social, mas apoiado em momentos síncronos, pensados como espaços de diálogo, de colaboração, de trocas de experiências e de valorização das boas práticas. As vagas foram regionalizadas e destinadas para diferentes profissionais das equipes de saúde bucal do SUS-RJ e da gestão, promovendo o encontro de diferentes fazeres, da gestão e da assistência direta.

METODOLOGIA

O curso foi submetido ao Edital de Bolsa de Extensão 2021 – Ações Novas e aprovadas, sendo desenvolvido entre março e dezembro de 2021. A fase inicial foi de planejamento envolvendo a equipe da Área Técnica de Saúde Bucal (SES-RJ), quando foram discutidos os conteúdos, o formato e a organização da demanda. Posteriormente, houve a preparação do ambiente virtual de aprendizagem (AVA) no *Moodle*, seguido da chamada e inscrição dos alunos. E a última fase foi o desenvolvimento do curso propriamente dito.

Apoiado nos princípios da Educação *On-line* (Pimentel, 2020), foi planejado um curso de atualização de 40 horas de duração. Sua matriz foi dividida em cinco encontros quinzenais síncronos, via plataforma de videoconferência *Google Meet*®. As atividades assíncronas foram organizadas no AVA na plataforma *Moodle*®, sediado no servidor da Coordenação de Ensino à Distância (Cead-UFF).

Foram ofertadas duas turmas entre agosto e dezembro de 2021. A primeira turma incluiu as regiões de saúde² Metropolitana II e Baixada Litorânea; e a segunda, as regiões Serrana, Norte e Noroeste. Nas duas edições do curso, as vagas foram

² Outras informações sobre o processo de regionalização do estado do Rio de Janeiro estão disponíveis em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>.

oferecidas a todos os municípios das regiões selecionadas. Todos os coordenadores municipais de saúde bucal foram convidados e estes deviam indicar um ou dois profissionais de saúde bucal da atenção primária, preferencialmente de eSB na ESF. Essa etapa foi conduzida pelos apoiadores regionais da ATSB/SES-RJ e gerou uma lista inicial de profissionais por município.

Todos os profissionais que confirmaram interesse, mediante o preenchimento de um cadastro enviado pela coordenação do projeto, foram matriculados e receberam login e senha de acesso à turma de Formação para o Cuidado em Saúde Bucal na Atenção Primária – Focus, na plataforma Moodle.

O curso foi organizado em quatro macroeixos temáticos (ET), conforme a Figura 1, e dentro de cada ET foram selecionados e abordados conteúdos mais específicos: (I) território, visita domiciliar e trabalho em equipe; (II) fluxograma descritor e porta de entrada; (III) familiograma, projeto terapêutico singular e diagnóstico de necessidades de saúde; (IV) metodologia do processo circular como ferramenta na mediação de conflitos.

Figura 1 – Eixos temáticos estruturantes do curso Formação para o Cuidado em Saúde Bucal na Atenção Primária – Focus



Fonte – Elaboração própria.

No AVA, cada um dos quatro eixos temáticos foi disposto num formato de módulo de ensino, reunindo a gravação do momento síncrono, materiais de apoio, proposta de atividades assíncronas e estratégias de participação e trocas. O acesso dos alunos aos módulos foi sendo feito progressivamente, conforme o cronograma de desenvolvimento do curso.

As tarefas assíncronas incluíram leituras, estudos de casos, videoaulas e fóruns, a fim de induzir produções colaborativas e autorais e incentivar o compartilhamento de experiências pelos alunos. Todos os materiais desenvolvidos pela equipe e alunos durante o curso foram postados e/ou armazenados no AVA.

A oferta de conteúdos e atividades, anterior ao desenvolvimento de cada temática, permitiu que os encontros síncronos fossem dedicados ao debate dos materiais propostos, discussão de situações, problema e troca das experiências entre os participantes. O uso de aplicativos permitiu uma dinâmica de interação *on-line* para a produção de sínteses e/ou enquetes.

Os momentos síncronos, na sua maioria, foram planejados em quatro tempos: 1) espaço saúde e alegria: acolhimento com uso de música, poesia ou pequenos vídeos; 2) apresentação da programação do dia; 3) divisão da turma em salas virtuais distintas, com o apoio dos monitores, para a realização da atividade disparadora do debate; 4) retorno para a sala comum, apresentação da discussão dos grupos e posterior síntese coletiva. Alguns temas foram aprofundados com exposições curtas de docentes, técnicos da ATSB/SES-RJ e convidados.

Para manter e reforçar o vínculo dos participantes entre si e com o curso, foi criado um grupo em aplicativo de bate-papo, por adesão, destinado às comunicações rápidas e envio de cartões de estímulo à realização das atividades durante as semanas assíncronas (Figura 2).

Figura 2 – Exemplo de cartões temáticos de incentivo às atividades assíncronas, enviados pelo aplicativo de bate-papo



Fonte: Elaboração própria.

O fórum de discussão, recurso disponível na plataforma *Moodle*, foi utilizado em dois módulos (I e II) e teve como objetivo o compartilhamento de experiências dos alunos, realizadas no território de atuação e sobre o modo de organização da porta de entrada para o atendimento na odontologia, respectivamente. Os fóruns foram acompanhados pela coordenação, e os participantes receberam *feedbacks* na própria

plataforma, com comentários dos professores coordenadores. Os conteúdos postados também serviram como insumo para as discussões nos encontros síncronos.

Foram feitas duas avaliações sobre o desenho didático e a oferta dos conteúdos do curso, a primeira, na terceira semana do curso, para um diagnóstico intermediário do andamento e a segunda, no fim. Ambas foram realizadas mediante o preenchimento de um formulário *on-line*, com *link* enviado para cada participante. A coordenação ainda considerou a presença nas aulas, o grau de interatividade e a realização das atividades assíncronas como indicadores do desempenho global do curso.

Para fins de certificação no curso, os alunos deveriam obter, ao menos, 75% de participação e realizarem, no mínimo, 70% das atividades propostas.

RESULTADO COM DISCUSSÃO

No total dos 61 matriculados, representando cinco das nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, foram certificados 57 participantes. Destes, 50% possuíam mais de 20 anos de formação acadêmica, 44% atuavam na gestão, 56% na atenção primária e 33% dos participantes não moravam na cidade onde trabalhavam.

A maioria dos que representavam a gestão, estavam na função há menos de um ano no município que representavam (55%), porém, no conjunto dos coordenadores, a maioria deles já tinha acumulado pelo menos cinco anos de experiência no cargo (52%). Em 92% das cidades, a Coordenação de Saúde Bucal está representada no organograma da secretaria e 57% das cidades contam com Centro de Especialidades Odontológicas.

Ao serem indagados sobre as principais dificuldades no cotidiano do trabalho no SUS, os coordenadores de saúde bucal identificaram a obtenção de recursos para implantar as ações (55,2%) e a mobilização dos profissionais para as ações programadas (37,9%), enquanto os profissionais da assistência indicaram a organização da porta de entrada (47%), falta de insumos e problemas de infraestrutura (47%) e realização de ações nos territórios (41,5%).

Estudo conduzido por Roncalli *et al.* (2021), que avaliou a qualidade da saúde bucal na atenção básica, a partir do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica, destacou que “apenas um quarto das equipes de saúde bucal são consideradas boas quanto à qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil”. Ainda que a Região Sudeste apresente os melhores escores de desempenho, certamente, ainda há muito trabalho a ser realizado, como identificado pelos participantes.

A proposição do curso em quatro macroeixos temáticos, desenvolvido em 40 horas, tinha como horizonte que a seleção era somente um recorte no vasto uni-

verso de conteúdos, portanto, colocou-se desde o início como uma proposta limitada e insuficiente para responder à multiplicidade das necessidades dos municípios. Mas trabalhou-se com a compreensão de que essa curadoria, ao ser colocada em contato com a diversidade de experiências trazidas pelos alunos, ao abordar temas do cotidiano dos profissionais e apresentando novas ferramentas para a (re)organização do processo de trabalho, poderia produzir conhecimentos significativos e com valor de uso.

Partimos da ideia de Pimentel (2020), para quem uma educação *on-line* “parte da compreensão de que vivemos, hoje, em um (ciber)espaço-tempo propício à aprendizagem em rede: conectar-se, conversar, postar, curtir, comentar, compartilhar, colaborar, tornar-se autor, expor-se, negociar sentidos, cocriar...”, e investimos em metodologias para fortalecer um ambiente onde a relação dialógica, horizontal e colaborativa predominasse. A reserva do primeiro momento do curso para a escuta dos participantes e para a combinação sobre a sua dinâmica foi fundamental, pois tratou de desconstruir a ideia de um curso apoiado no tradicional binômio transmissão-recepção de conteúdo para um colaborativo.

Para Torres *et al.* (2004), a aprendizagem colaborativa “é uma estratégia de ensino que encoraja a participação do estudante no processo de aprendizagem e que faz da aprendizagem um processo ativo e efetivo”. A estratégia da divisão da turma em três grupos, destinada à reflexão inicial da temática central do encontro síncrono e produção de uma síntese colaborativa, criou um espaço mais amigável para que os participantes se posicionassem, o que ativou o debate coletivo e, em alguma medida, melhorou a coesão da turma.

Os resultados encontrados estão alinhados com algumas das vantagens da aprendizagem colaborativa sobre a aprendizagem individualista, identificadas por Pimentel (2020), como melhoria das aprendizagens, das relações interpessoais e das competências no pensamento crítico, maior capacidade em aceitar as perspectivas dos outros, maior motivação, aquisição das competências necessárias para trabalhar com os outros e menor tendência ao absenteísmo.

A presença e o apoio permanente de dois monitores, estudantes da graduação, criou um clima de confiança e ajudou no reforço à horizontalidade das relações. A participação dos acadêmicos foi fundamental, tanto na mediação direta com participantes, quanto no planejamento e organização do curso junto ao grupo coordenador. Os monitores assumiram a articulação dos grupos de discussão nos encontros síncronos e apoiaram os participantes quanto ao uso das tecnologias *on-line* e do acesso e uso do ambiente virtual de aprendizagem. Essa experiência, ao se distinguir do cotidiano intramuros da formação, reafirma o valor da indissociabilidade do ensino, da pesquisa e da extensão na qualidade da formação acadêmica.

Avaliamos que a modalidade *on-line* do curso mostrou-se bem-sucedida, a despeito de 48% dos participantes não ter reportado experiência anterior com cursos à distância com carga horária de 40 horas ou mais. Parte do sucesso pode estar relacionada à realização prévia desse diagnóstico, pois assim permitiu que a coordenação se preparasse para abordar a potencial dificuldade com a turma e organizasse o apoio *pari passu* dos alunos pelos monitores.

A carga horária de 40 horas, distribuídas em cinco momentos síncronos e em atividades assíncronas, parece ter sido uma boa proposta, pois permitiu que fossem realizados em horário de trabalho, sem sobrecarregar o serviço e a agenda do participante. A articulação entre a ATSB/SES-RJ e as coordenações municipais também se mostrou fundamental ao reforçar a importância da liberação das atividades clínicas do profissional inscrito, pelo gestor, para participação ativa nos encontros síncronos.

Cursos de curta duração, especialmente na modalidade *on-line*, costumam ter uma taxa de adesão e de integralização maior que aqueles mais longos. Autores que estudaram as causas de evasão no ensino à distância relacionam fatores como a desmotivação, a falta de companheiros presenciais, a falta de tempo, a dificuldade de acesso a computador e internet, a falta de disciplina e a crença de que curso *on-line* seria mais fácil do que se apresenta na prática (Abbad *et al.*, 2010; Andrade; Zerbini, 2019; Oliveira *et al.*, 2018).

Portanto, ter considerado o perfil dos participantes – trabalhadores do SUS, muitos sem experiência com ensino à distância, com muitos anos de formados num modelo de ensino presencial tradicional e, sobretudo, cansados pelos efeitos da pandemia no processo de trabalho, foi importante para ajustar a oferta à realidade dos participantes e minimizar os fatores que poderiam contribuir para a evasão.

Houve um ajuste no planejamento do intervalo entre os momentos síncronos da primeira para a segunda turma, de quinzenal para semanal, respectivamente. Na avaliação do grupo coordenador, o espaço quinzenal entre os momentos síncronos se mostrou mais favorável para o engajamento dos participantes nas atividades no ambiente virtual de aprendizagem, permitindo explorar mais as atividades assíncronas e aprofundar as discussões nos momentos síncronos, pois estes atuaram como espaços privilegiados de reflexão teoria-prática.

A avaliação final, enviada por meio de formulário *on-line*, foi respondida por 47 dos 57 concluintes. Ao responderem sobre o grau de importância dos eixos temáticos para sua prática cotidiana, indicaram que os dois eixos mais importantes foram sobre o Processo de Trabalho na APS/Trabalho em Equipe e a ferramenta do Projeto Terapêutico Singular. Para avaliar o impacto do curso na promoção de mudança na prática cotidiana profissional, foi utilizada uma escala do tipo *Likert* com valores de um a cinco, em que o menor valor representou "Nenhuma mudança" e

o maior valor seria "Importantes mudanças". A maioria (40%) dos concluintes marcou o valor quatro, enquanto 38% marcaram cinco. Isso mostrou uma percepção positiva dos participantes sobre a capacidade do curso na promoção de mudanças no cotidiano do trabalho cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciativas que articulam ensino e serviço, e constroem ações baseadas nas necessidades locais, têm mais chances de contribuir de forma substancial para aqueles que participam. O curso, ao priorizar a reflexão, a partir de aportes teóricos ancorados no cotidiano da assistência e da gestão, mobilizou os participantes, teve baixa taxa de abandono e manteve alta a frequência e a participação nos encontros síncronos e assíncronos.

O curso se mostrou um espaço de estímulo profissional e pessoal e de aprendizagem colaborativa, pois valorizou a escuta e as trocas de experiências e de boas práticas na produção do cuidado na rede SUS. Destaque para a participação dos monitores foi importante para o estímulo e apoio a um ambiente síncrono participativo e colaborativo.

A constituição de uma turma mista, com coordenadores de saúde bucal e profissionais da assistência, se mostrou viável e enriquecedora, pois agregou diferentes perspectivas dos profissionais na rede SUS. A avaliação positiva dos alunos sobre os efeitos do curso na promoção de mudanças no cotidiano do trabalho, ainda que não tenham sido investigadas a qualidade e a extensão das mudanças, indica que iniciativas de educação contextualizada e interativa são uma potente ferramenta para a qualificação da assistência.

O uso da modalidade *on-line* para o curso teve como principal ponto positivo a facilidade de reunir pessoas de diferentes municípios, sem custo adicional e tempo de deslocamento. Entretanto, problemas com a qualidade da rede de internet e a pouca familiaridade de alguns profissionais com plataformas virtuais podem ser identificados como fatores que precisaram ser contornados.

REFERÊNCIAS

ABBAD, G.; ZERBINI, T.; LIMA, D. Panorama das pesquisas em educação a distância no Brasil. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 15, n. 3, p. 291-298. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2010000300009>. Acesso em: 21 dez. 2022.

ANDRADE, R.; ZERBINI, T. Distance Learning Degrees: Possibility of Evasion, Styles and Learning Strategies, *Paidéia*, Natal, v. 29, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2931>. Acesso em: 21 dez. 2022.

AQUILANTE, A.; ACIOLE, G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - 'Brasil Sorridente': um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248. 2015. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-cuidado-em-saude-bucal-apos-a-politica-nacional-de-saude-bucal-brasil-sorridente-um-estudo-de-caso/14964?id=14964>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

CARCERERI, D.; CASOTTI, E. O trabalho das equipes de saúde bucal na APS em tempos de pandemia. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. *Rede APS*, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/05/11/o-trabalho-das-equipes-de-saude-bucal-na-aps-e-da-a%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20sintomas%20e>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CARLETTI, A.; SANTOS, F. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300310>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CASOTTI, E.; GOUVÊA, M. Reorganização das Práticas de Saúde Bucal: desafios no âmbito da Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (Org.) *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

CASOTTI, E.; HUBNER, L. C.; NEIVA, A. *et al.* Relatório de pesquisa. Edital de Seleção de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão voltados para o Enfrentamento à Pandemia de Covid-19. Niterói/RJ: UFF, 2021.

CORRÊA, H. *et al.* As reformas da atenção primária à saúde e as fragilidades da saúde bucal coletiva no enfrentamento da covid-19. In: NETTO, O. B. S. *et al.* (Org.) *Diálogos Bucais: reflexões em tempos pandêmicos*. São Paulo: Pimenta Cultura, 2021.

DALAZEN, C. E. *et al.* Fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese em idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 945-952, mar. 2018.

OLIVEIRA, T. J. S. L.; SILVA, N. M. J. M. O Programa Nacional de alimentação escolar um estudo do seu histórico e aplicabilidade na educação. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 5., 2018, Recife. *Anais [...]*. Recife: Realize, 2018.

PIMENTEL, M. Princípios da Educação Online: para sua aula não ficar massiva nem maçante! *SBC Horizontes*, 2020. Disponível em: <http://horizontes.sbc.org.br/index.php/2020/05/principios-educacao-online/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Oficinas de Planejamento em Saúde Bucal no contexto da Covid-19*: material orientador. Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2020. 54 p. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzQxOTM%2C>. Acesso em: 03 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-RJ N.º 6.274 de 8 de outubro de 2020*. Instituir Grupo de Trabalho de Articulação Ensino-Serviço para a Produção de Cuidado em Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde (RJ), 2020. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/684-2020/outubro/6942-deliberacao-cib-rj-n-6-274-de-08-de-outubro-de-2020.html>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SILVA, R.; PERES, A. C.; CERCERERI, D. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2259-2270, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.15992018>. Acesso em: 24 fev. 2022.

TORRES, P. L.; ALCÂNTARA, P.; IRALA, E. A. F. Grupos de consenso: uma proposta de aprendizagem colaborativa para o processo de ensino-aprendizagem. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 4, n. 13, p. 129-145, dez. 2004.

VALENTIJN, P. *et al.* Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, v. 13, n. 1, p. 1-12, fevereiro, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23687482/>. Acesso em: 21 dez. 2022.

Projeto número 365446.2054.124741.14032021, aprovado no Edital de Bolsa de Extensão 2021 - Ações Novas, da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense

Agradecimentos

A Cristina Tavares dos Santos, Regina Aparecida Varoto e Renata Costa Jorge (apoiadoras regionais da Área Técnica de Saúde Bucal/SAPS/Subvasps/SES-RJ) e Thaís Severino da Silva (Superintendente de Atenção Primária à Saúde/Subvasps/SES-RJ) e às acadêmicas voluntárias Julya Victoria de Azevedo dos Santos e Raquel Oliveira Mendoza (Faculdade de Odontologia da UFF) que apoiaram a segunda oferta do curso.

Estratégias de integração de medicinas tradicionais na formação médica: a experiência cubana

Maria Eneida de Almeida

Marilene Cabral do Nascimento

Paulo Roberto Barbato

Este texto apresenta o estudo realizado ao longo de um estágio de pós-doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó, SC, vinculado à Universidade Federal Fluminense em Niterói, RJ, com a finalidade de contribuir para a reflexão sobre a inserção de Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no processo de formação médica no Brasil.

INTRODUÇÃO

A inserção das medicinas tradicionais nos sistemas nacionais de saúde é um fenômeno global contemporâneo. Medicinas tradicionais são recursos terapêuticos que promovem, previnem e tratam no processo saúde-doença-cuidado de forma acolhedora, priorizando o vínculo com o paciente, com a sociedade e com o ambiente natural. O reconhecimento de outras culturas em saúde propicia a inserção de práticas terapêuticas que aumentam a resolubilidade dos serviços de saúde. A integração de recursos não convencionais ao modelo convencional tem proporcionado um cuidado em saúde diferenciado. O termo ampliado “Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas” (MTCI) é adotado pela OMS, sendo crescente e mundialmente reconhecido. É preciso apontar diferenças de nomenclatura: no Brasil são denominadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS); nos Estados Unidos, Medicina Complementar e Alternativa (MCA), e em Cuba, Medicina Natural e Tradicional (MNT). Entretanto, com a finalidade de simplificar a

leitura, neste texto, usaremos o termo “Medicinas Tradicionais”, tanto para PICS, quanto para MNT, pois contemplam esse campo do conhecimento e políticas desde sua origem em ambos os países.

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece diferentes formas de cuidado, tratamento e cura existentes no mundo, sendo as MTCT um dos temas de saúde elencados no site oficial da entidade. Segundo a OMS, as MTCT são saberes e práticas de outras culturas com uso de remédios à base de plantas, animais e/ou minerais e de técnicas manuais, corporais e espirituais aplicadas, coletiva ou individualmente, com objetivo de manter o bem-estar, diagnosticar, prevenir, tratar e curar enfermidades (WHO, 2002).

Dois conferências mundiais reestruturaram os sistemas nacionais de saúde de muitos países, a de Alma-Ata (WHO, 1978), que lançou a atenção primária em saúde, e a de Ottawa (WHO, 1986), que propôs a promoção da saúde nos sistemas públicos de saúde. Essas políticas públicas fazem parte das soluções encontradas para uma crise existente sobre a baixa resolubilidade dos serviços de saúde orientados convencionalmente pela medicina ocidental moderna, modelo que perpetuou a inacessibilidade de grande parte da população mundial aos serviços de saúde. A crise foi agravada pelos elevados custos relacionados a inovações e avanços de alta tecnologia, além de ter se caracterizado pela baixa efetividade, em especial, nos cuidados preventivos e tratamentos de doenças crônico-degenerativas, prevalentes na sociedade atual.

De acordo com estudos de Luz (2005), o paradigma biomédico tem sido foco de uma dupla crise, sanitária e médica, a qual é simultânea à emergência de outros saberes e práticas em saúde que se destacam pela alta resolubilidade e contribuem para a redução das arestas entre paradigmas e a integração de recursos complementares no cuidado da saúde humana. Para além do campo econômico da crise, que também é mundialmente discutido, um debate começou a emergir evidenciando um grande nó advindo da dificuldade de integrar os paradigmas existentes na área de saúde: o paradigma vitalista que envolve as medicinas tradicionais que enfatizam a força vital dos seres vivos, a singularidade de cada ser e a integralidade do cuidado e também o paradigma biomédico, flexneriano, hegemônico e proveniente da cultura ocidental moderna, que é impulsionado por especialidades que fragmentam o ser humano, na teoria e na prática, em partes cada vez menores, para serem estudadas e tratadas.

A inserção das medicinas tradicionais nos sistemas públicos de saúde é uma meta global que avança com êxito em todas as regiões do mundo apoiada pelo desenvolvimento científico, formulação de políticas nacionais, segurança técnica e regulamentação do setor (Souza; Guimarães; Gallego-Perez, 2021). Esses tópicos foram avaliados e redimensionados em duas grandes estratégias da OMS lançadas

com o objetivo de comunicar, informar e orientar o necessário afinamento do diálogo para o encontro de soluções que buscam o aumento na resolubilidade dos sistemas públicos mediante redução de despesas, potencialização do uso racional de medicamentos e maior qualidade de vida das populações. A primeira estratégia (2002-2005) apresenta um mapeamento de todas as medicinas e seus recursos terapêuticos, com reconhecimento dos saberes e práticas tradicionais (WHO, 2002). A segunda (2014-2023) mostra estudos, traz orientações para regulamentações, práticas, pesquisas, formação profissional, bem como a alocação de recursos, produtos, formas e integração de conhecimentos tradicionais aos métodos convencionais (WHO, 2013).

As medicinas tradicionais estão inseridas nos sistemas de saúde de 179 países, com grande diversidade, demonstrando a relevância do tema. Em 2018, uma conferência mundial da OMS realizada em Astana enfatizou o papel das medicinas tradicionais na atenção primária, reforçando a resolubilidade impulsionada pela aplicação de conhecimentos científicos e tecnológicos e pela aplicação de conhecimentos tradicionais e populares na promoção da saúde, na prevenção das doenças e nos tratamentos de enfermidades e agravos em todos os ciclos de vida, com destaque para o fenômeno do envelhecimento da população mundial (WHO, 2018).

Na mesma linha, com base nas informações do Relatório Global das Medicinas Tradicionais de 2019, do total de 194 países, 170 dispõem de políticas nacionais, regulamentos, leis, programas e/ou escritórios especializados. O mesmo documento aponta a questão da formação universitária. No ano 2012, a OMS informou que 63 países disponibilizavam alguma modalidade de formação em medicinas tradicionais, sendo que, destes, em 41 países se ofertava no nível universitário, em 36 eram treinamentos não reconhecidos oficialmente e, em 14, combinavam-se ambos os formatos (WHO, 2019).

Com a função de disseminar as orientações globais e monitorar a região das Américas com intercâmbios científicos e políticos, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) estimula e trabalha no sentido de organização e expansão do campo interagindo por meio dos seus centros colaboradores (Souza; Guimarães; Gallego-Perez, 2021). A Opas participa de estratégias para a região que se constituíram em entidades que contribuem para a consolidação das Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI): Rede de Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas das Américas (Rede MTCI Américas), Biblioteca Virtual em Saúde das Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas das Américas (BVS-MTCI Américas) e Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (Cabsin). Essas redes estão com livre acesso e compartilhamento, disponibilizadas *on-line*.

A primeira demanda oficial da população brasileira para a inclusão de práticas não convencionais no serviço público de saúde está registrada no Relatório Final

da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 1986: “a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (Brasil, 1986, p. 10-11). A 10ª e a 11ª conferências nacionais de saúde também tiveram propostas para ampliação da oferta de recursos terapêuticos não convencionais. A homeopatia passou a ser especialidade médica em 1980, e, em 1985, existia um convênio que a institucionalizava na rede pública de saúde. Esse fato impulsionou uma inserção lenta e gradual dessas práticas, porém, de forma consistente, nas modalidades homeopatia e acupuntura. A acupuntura se tornou especialidade médica em 1995.

A partir de 1988, a Constituição Federal passou a organizar o Sistema Único de Saúde (SUS), e, ao longo de 15 anos, foram empreendidas várias ações que se agregaram a um movimento de organização executiva do setor. Diversos movimentos se institucionalizaram, até a composição de grupos de trabalho com o objetivo de pesquisar o tema em todo o Brasil e, assim, ser institucionalizado esse campo do conhecimento e de oferta de recursos terapêuticos no SUS. Em 2006, foi promulgada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio da Portaria nº 971, do Ministério da Saúde, regulamentando a inserção de cinco PICS no SUS, com foco na atenção primária (Brasil, 2006a). Anos adiante, foi lançada a Portaria Ministerial nº 849/2017 (Brasil, 2017) que incluiu 14 práticas e a Portaria Ministerial nº 702/2018 que inseriu mais dez recursos terapêuticos para serem ofertados no SUS (Brasil, 2018).

Na atualidade, no sistema público brasileiro estão regulamentadas 29 PICS no SUS, com caráter multiprofissional, acompanhando as orientações mundiais registradas em documentos da OMS (WHO, 2002, 2013, 2018, 2019). As PICS são recursos terapêuticos que promovem a saúde, previnem e tratam as enfermidades de forma acolhedora, priorizando o vínculo terapêutico, a sociedade e o ambiente natural, cuidando das pessoas de forma holística e vitalista, considerando os corpos físico, psíquico, emocional, espiritual, ambiental, familiar, social. O objetivo da PNPIC é o aumento da resolutividade dos serviços de saúde no Brasil, e, para tal, busca-se uma integração das várias medicinas e recursos terapêuticos com o modelo convencional de cuidado, tanto no diagnóstico, quanto na avaliação e no tratamento (Amado *et al.*, 2020; Amado; Rocha, 2021).

Em síntese, essa é a proposta de um cuidado diferenciado. De acordo com as condições técnicas e políticas, as PICS foram sendo inseridas de forma transversal no SUS, podendo ser ofertadas em toda a rede da Atenção Primária em Saúde do SUS: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia,

Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (PNPIC, 2006; Brasil, 2022b; Amado; Rocha, 2021).

O lançamento de uma política específica no Brasil proporcionou a inclusão de diferentes saberes e práticas que visam complementar e integrar o sistema público de saúde, convencionalmente biomédico. Esse fato ressalta a necessidade da inserção do tema nos cursos de graduação em saúde com a finalidade de viabilizar a qualificação profissional para o SUS. Amado *et al.* (2020) ressalta a PNPIC como política transversal que alcança toda a Rede de Atenção à Saúde, inclusive, a média e alta complexidade, apesar de ter como foco a atenção primária em saúde: “dados do ano de 2018, mostram que as PICS estiveram presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, sendo 14.508 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 4.159 municípios (74%) e em todas das capitais (100%)” (p. 274). O Ministério da Saúde registra a distribuição por nível de complexidade, cujos dados devem ser levados em consideração: 78% na atenção primária, 18% média e 4% alta complexidade (Brasil, 2022b).

Ainda nos dias atuais, apesar de mais de 20 anos do lançamento das estratégias globais e mais de 15 anos do lançamento da política especializada no Brasil, com a imensa capilaridade que alcançou, como demonstram os dados, grande parte dos profissionais do SUS e da academia demonstram desconhecimento de outras culturas de cuidado em saúde. Isso é percebido por pesquisadores como um resultado da hegemonia do paradigma biomédico nos cursos de graduação:

de maneira geral, a formação de recursos humanos para o exercício de PICS em nosso país é considerada insuficiente e difusa, com limitações tanto na oferta quanto na qualidade do ensino profissional. Fato este reconhecido como um dos maiores desafios para a ampliação das PICS no SUS (Nascimento *et al.*, 2018, p. 752).

Outro motivo foi levantado por Sousa e Tesser (2017):

de modo geral, sua implantação no SUS tem tido pouco apoio, considerando o baixo incentivo financeiro, poucos investimentos em formação e baixa avaliação e monitoramento, sobretudo quanto à inserção da Medicina Tradicional e Complementar na atenção primária à saúde. (Sousa; Tesser, 2017, p.2)

A FORMAÇÃO EM MEDICINAS TRADICIONAIS

No cenário internacional, as medicinas tradicionais vêm sendo crescentemente reconhecidas e valorizadas pelas populações, gerando demanda e legitimação social, e impulsionando a regulamentação governamental. Na Suíça, 46% dos médicos têm alguma formação em medicinas tradicionais; no Canadá, 57% das terapias indicadas são com plantas medicinais, 24% de tratamentos com acupuntura, 31% dos cuidados quiropráticos; 50% dos médicos do National Service Health (NHS) na Inglaterra, 32% dos médicos da França, 20% dos da Alemanha e 50% dos médicos da Holanda usam ou indicam alguma prática como as plantas medicinais, terapias manuais, acupuntura, medicamentos homeopáticos, dentre outras modalidades (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018).

Nascimento, Nogueira e Luz (2012) analisam a produção científica e apontam que a expansão mundial abriu a discussão sobre a formação para alcançar a demanda da população. Em alguns países a formação pode estar na graduação, em disciplinas obrigatórias e/ou optativas; em outros países, na pós-graduação ou em programas específicos. Essas diferenças estão fundamentadas por fatores sócio-históricos, políticos, econômicos e culturais. No Brasil, a formação na graduação, além de reduzida, é ofertada principalmente em disciplinas optativas ou eletivas, ou como um tópico dentro de disciplinas não específicas. Na pós-graduação é ainda mais restrita.

Estudos de Tesser, Souza e Nascimento (2018) revelam que a inserção de conteúdos das medicinas tradicionais no Brasil se apresenta, na atualidade, instável, acessória, optativa, frágil e com pouco diálogo com o currículo principal. Há baixo conhecimento de estudantes, docentes, profissionais e gestores em relação à PN-PIC, o que tem sido um diagnóstico relevante para a permanência do preconceito estrutural com desconhecimento do campo e desvalorização dos métodos de cuidado do paradigma vitalista.

Albuquerque (2017) destaca em seu estudo sobre a inserção das PICS nas escolas médicas do Brasil que a falta de profissionais especializados e o desconhecimento generalizado da política dificulta o avanço da PN-PIC, indicando que falta conteúdo especializado ao longo do processo formativo, tanto no ensino, quanto na pesquisa, necessários para a superação do preconceito e das resistências paradigmáticas. Tal estudo registrou que 54% das escolas médicas no Brasil têm regime de administração privada e 46% pública, sendo que destas, 29% são federais, 13%, estaduais e 5%, municipais. Apesar de a maioria ser da iniciativa privada, 21% das escolas médicas que inseriram medicinas tradicionais no currículo estão predominantemente na esfera pública federal, indicando maior abertura, mas também demonstra que a quantidade de egressos que se orienta exclusivamente no paradigma

ma biomédico é significativamente maior. A autora observou também que, mesmo com a formalização da política, não houve inserção substancial do tema no ensino médico, o que reforça a necessidade de elaboração de políticas indutoras para qualificar professores e gestores que estão envolvidos com o processo de formação.

De acordo com os estudos apresentados, para se atender à crescente demanda mundial de integração das medicinas tradicionais nos serviços públicos de saúde e assistir à população dos países, é fundamental que se oriente a sensibilização às práticas não convencionais, ou seja, do paradigma vitalista, tanto da gestão, quanto da assistência e, sobretudo, da formação de profissionais. Esse movimento visa impulsionar uma articulação efetiva, entretanto, a oferta na formação da graduação médica apresenta-se bastante limitada. A regulamentação e o estímulo do tema nas universidades brasileiras podem transformar preconceitos e resistências do paradigma biomédico/convencional/hegemônico em um amplo diálogo entre os paradigmas e, assim, se abrirem para a inserção de outras medicinas e recursos terapêuticos vitalistas nas grades curriculares.

A QUESTÃO DO ESTUDO

Estados Unidos e Cuba são referências na região das Américas, em relação à inserção de medicinas tradicionais em cursos de Medicina (Andrade; Barros; Nascimento, 2021). Esse fato chamou a nossa atenção diante da existência de grandes diferenças em relação ao Brasil, sobretudo, nos contextos políticos, realidades sociais e estruturas econômicas.

Ao considerar que a organização de saúde norte-americana tem um caráter fundamentalmente hospitalar, excludente e de gestão que provém da iniciativa privada (Appelbaum *et al.*, 2006), optamos por estudar a trajetória do modelo cubano de inserção de medicinas tradicionais na formação médica. A experiência de Cuba destaca os princípios universais no conjunto de leis e políticas relacionadas à saúde, educação e segurança como prioridades de Estado (Moraes; Santos, 2015; OSA, 2011). O direito à saúde envolve atos legislativos e executivos diretamente relacionados, além da constituição de um sistema universal que assiste a toda a população (Santos; Vasconcelos; Dessotti, 2017; Dias, 2018).

Ao lado disso, a inserção das medicinas tradicionais no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Cuba está consolidada em todos os níveis de atenção em saúde, como uma perspectiva de integração paradigmática de saberes, como veremos nos resultados deste estudo. Cuba tem reconhecimento mundial referenciado pela OMS em decorrência do êxito de seu sistema público de saúde em organização, gestão e resolubilidade. No setor de Medicina Natural e Tradicional (MNT), Johan Pedromo, especialista em Medicinas Tradicionais e gestor no Ministerio de la Salud (Minsap)

de Cuba, revelou que não há divergências entre a medicina convencional e as medecinas tradicionais, mas, sim, complementaridade, o que sugere um comprometimento do sistema público de saúde na gestão, na assistência e na formação médica cubana (Vigna; Ordonez, 2015). Atualmente, Cuba oferta dez modalidades de práticas não convencionais no sistema público de saúde: Acupuntura, Terapia Floral, Fitoterapia, Apiterapia, Ozonioterapia, Homeopatia, Hidrologia, Heliotalassoterapia, Exercícios Terapêuticos Tradicionais, Orientação Nutricional Naturista.

Luz (2012), pesquisadora do campo da sociologia da saúde que introduziu o tema e o estudo das racionalidades médicas no escopo da saúde coletiva, o qual posteriormente contribuiu para a abertura de saberes e práticas das PICS no Brasil, reflete sobre grandes desafios na construção de um SUS universal dentro da proposta integrativa e complementar da PNPI. No 11º Congresso Brasileiro da Abrasco ressalta que, dentre os desafios, está a dificuldade de conciliação do paradigma biomédico com o paradigma vitalista, em virtude de suas divergências fundamentais e estruturais:

O sistema como um todo é hoje pensado na lógica da biomedicina, voltado para controle de doenças – patologias – na população que solicita mais os serviços. Ora, a lógica das Racionalidades Médicas complexas não biomédicas é centrada na vitalidade (ou perda dela) de pessoas doentes. O sujeito adoecido e sua recuperação é o centro de intervenção dessas medecinas e terapias, por isso mesmo denominadas vitalistas. Como conciliar lógicas tão divergentes? É um desafio. Desafio que tem sido enfrentado mais pelos profissionais que pelo sistema de saúde (Reis, 2015).

A autora explica que o paradigma biomédico tem o foco na doença e nos tratamentos medicamentosos, enquanto o paradigma vitalista tem o foco no cuidado do ser humano e na promoção da sua saúde, em que a diversidade cultural tem importância singular no processo saúde-doença-cuidado e as tradições são ressignificadas permanentemente desde os movimentos de contracultura nos anos 1960 do século XX pelas sociedades ocidentais (Luz; Barros, 2016).

Para deixar bem delimitada essa questão, central no nosso estudo, as autoras Nascimento, Nogueira e Luz (2012) abordam a presença de dois paradigmas vigentes na contemporaneidade da área de saúde: i) o paradigma biomédico, centrado na doença, com concepções materialistas e mecanicistas, que visa ao controle do corpo biológico e social, cuja visão é compatível com a ciência moderna ao controlar a natureza e traz uma concepção de cura vinculada ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, promovendo alto grau de medicalização da sociedade; e ii) o paradigma vitalista, pautado na “valorização da prevenção e promoção da saúde

e da integralidade do cuidado, compatíveis aos anseios de preservação e sustentabilidade nos níveis biológico, social e natural” (Nascimento; Nogueira, 2014, p. 7).

O desafio do diálogo paradigmático é vivenciado cotidianamente por docentes de PICS em universidades brasileiras (Albuquerque, 2017; Nascimento *et al.*, 2018; Andrade; Barros; Nascimento, 2021), como também pelos autores deste estudo na docência em cursos de Medicina de universidades públicas federais. Nesse sentido, a questão central deste estudo, tendo em vista a reflexão sobre as limitações e desafios, é “o que a experiência cubana pode contribuir na reflexão sobre estratégias para a integração dos paradigmas biomédico e vitalista na formação médica brasileira?”

CAMINHO METODOLÓGICO

De acordo com Gil (2008), a natureza das fontes documentais para realizar uma pesquisa deve ser proveniente de documentos originais que abordam o tema e que não tenham recebido tratamento analítico anterior. Com essa orientação metodológica, o processo de coleta de dados foi realizado com diferentes estratégias de busca, pois dificuldades surgiram na procura de documentação para nossa pesquisa. Uma dificuldade foi a inacessibilidade de alguns documentos originais pela internet e pela falta de resposta de correspondência eletrônica às solicitações para obtê-los no setor responsável do Minsap.

Superamos a inacessibilidade e logramos êxito por meio de tentativas que corresponderam aos objetivos da pesquisa. Localizamos um médico cubano residente em Chapecó, SC, vinculado ao Programa Mais Médicos, que se disponibilizou a tirar algumas dúvidas relacionadas à estrutura e à dinâmica do curso médico em Cuba, por troca de mensagens pelo aplicativo *WhatsApp*, o qual confirmou o impedimento à documentação oficial do curso, como a grade curricular e livros, bem como resoluções que regulamentam o setor. Ele nos esclareceu que muitos documentos anteriores a 2009 não foram digitalizados e não são encontrados na internet. E conseguiu nos repassar a Resolução nº 381/2015 que somou aos documentos da pesquisa. Também fizemos contato com a Rede MTCT Américas, da Opas, igualmente por meio do aplicativo *WhatsApp*, que conseguiu repassar a Resolução nº 261/2002 e o Programa Nacional MNT de 2012. Esses documentos contribuíram para dar consistência ao estudo e entendermos o funcionamento do setor de Medicinas Tradicionais – Medicinas Naturais e Tradicionais (MNT) – em Cuba.

Surgiu uma impossibilidade que gerou grande frustração. O projeto Político-Pedagógico do curso de Medicina cubano é um documento único, elaborado centralizadamente e institucionalizado pelo Minsap, sendo o documento orientador das 23

escolas médicas do país. A partir de inúmeras tentativas e estratégias, o acesso a esse documento foi, de fato, impossível. Os autores deste texto consideram essa lacuna um grande prejuízo, pois limitou a análise da realização da integração detalhada dos conteúdos, ao longo do processo formativo de médicos. O estudo desse documento norteador dos cursos de Cuba poderia agregar valor à investigação, abrir perspectivas e contribuir para a construção de um modelo para o caso brasileiro.

As fontes documentais foram sistematizadas em três categorias: i) legislação cubana do setor de saúde; ii) material didático básico da graduação em Medicina; e iii) conferências internacionais. Em relação à categoria ‘legislação’ que estrutura o setor de saúde em Cuba, foram selecionados cinco documentos sistematizados em ano, identificação, objetivo, motivo da seleção, informações gerais e estratégias específicas relevantes para o estudo. São eles a Lei de Saúde Pública nº 41/1983 (Cuba, 1983); Acordo nº 4282/2002 (Cuba, 2002); Resolução nº 261/2009 (Cuba, 2009); Programa Nacional/2012 (Cuba, 2011) e Resolução nº 381/2015 (Cuba, 2015).

A categoria ‘material didático’ proporcionou a seleção de três livros editados pelo Minsap, sistematizados em ano de publicação, autores, objetivo, importância, motivo da escolha, outras informações e estratégias encontradas. Essas obras fundamentam longitudinalmente a formação em saúde cubana, abordando prioritariamente ações na atenção primária com a finalidade de instrumentalizar estudantes e profissionais em práticas clínicas e indicações das medicinas tradicionais. São eles: Medicina General Integral: Vol. I - Salud y Medicina (Medicina General y Integral, 2008); Roca Goderich - Temas de Medicina Interna (Roca Goderich, 2017); e Manual para la práctica de la Medicina Natural y Tradicional (Manual Para La Práctica De La Medicina Natural y Tradicional, 2014).

A categoria ‘conferências internacionais’ foi sistematizada em ano, objetivo, importância, motivo da escolha e informações relevantes. A primeira, Webinar Internacional Rede MTCI Américas (Opas) – articulação das MTCI nos sistemas de saúde das Américas: regulação e políticas, cujas palestras selecionadas foram ‘Panorama das MTCI nas Américas: Regulação e Políticas’ e ‘Fortalezas e Lacunas da Integração de MTCI’ (PAHO, 2021). A segunda conferência, II Cumbre Mundial de Medicina Tradicional y Complementar Hacia una Medicina Integrativa (OMS), cujas palestras selecionadas foram ‘Modalidades de Medicinas Tradicionais Reguladas em Cuba’ e ‘Experiências de Educação, Formação e Treinamento em MTCI na América Latina/Cuba’ (WHO, 2021).

Mesmo diante das dificuldades iniciais, foram encontradas condições para a continuidade da investigação, pois essas fontes documentais apresentaram riquíssimo material de estudo, cuja análise possibilitou encontrar respostas à questão central do nosso estudo, como demonstraremos a seguir.

RESULTADOS

A opção para o registro dos resultados encontrados foi expor a trajetória de desenvolvimento das medicinas tradicionais em Cuba em três momentos: décadas de 1960 a 1980: antecedentes; década de 1990: inserção e estruturação; e décadas de 2000 a 2020: consolidação no cuidado e na formação.

O Quadro 1 apresenta a síntese da documentação investigada. Na sequência, faz-se o desenvolvimento da trajetória cubana, a partir da documentação citada, e discute-se com a trajetória brasileira na seção de discussão.

DÉCADAS 1960 A 1980: ANTECEDENTES

Ênfase na formação generalista

A Revolução Cubana ocorrida no ano de 1959 elegeu como uma das prioridades de Estado a organização de um sistema de saúde de caráter estatal, público e social, com base na solidariedade e na internacionalização. O marco primordial da ênfase generalista ocorreu em 1962, quando o médico argentino Floreal Carballo ministrou o primeiro curso de pós-graduação em Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no Colegio Médico Nacional, em Havana.

O primeiro material didático próprio para a formação médica foi o livro *Roca Goderich: temas de medicina interna*, organizado por Maria Elena Noya Chaveco e Noel Lorenzo Moya González. Lançado em 1967, é uma obra que orienta o profissional de saúde a ter uma visão integral do ser humano e do ambiente, contemplando os avanços da ciência e da tecnologia, com a prevenção sendo o princípio que rege a clínica e a epidemiologia social. Esse clássico atende aos jovens médicos e residentes para que tenham uma fonte de consulta rápida, acessível e eficaz no cotidiano da profissão. A edição de 2017 traz a inserção das medicinas tradicionais, introduzindo a Medicina Ayurvédica, Medicina Unani, Medicina Homeopática, Osteopatia, Plantas Medicinais, Fitoterapia, Apiterapia e Medicina Tradicional Chinesa, bem como traz protocolos para tratamentos de enfermidades comuns na clínica da atenção primária.

A Constituição da República foi promulgada em 1976 e estabelece que saúde é um direito de todos os cidadãos, e o Estado tem o dever de garantir esse direito com assistência médica na rede de serviços públicos (Cuba, 1983). Em 1978, Cuba atendeu à convocação da OMS para a implantação da atenção primária no país, construindo laços duradouros que contribuíram para a implantação das medicinas tradicionais com a finalidade de aumentar a resolubilidade e a qualidade de vida da população.

Quadro 1 - Síntese das trajetórias da inserção das medicinas tradicionais em Cuba e no Brasil

LEGISLAÇÃO	CUBA	BRASIL
Antecedentes	1949 – Revolução Cubana 1962 – 1º Curso MTC no Colégio Médico de Cuba 1976 – Promulgação da Constituição Federal 1978 – Assinatura na Declaração Alma-Ata/OMS 1983 – Lei de Saúde Pública nº 41	1978 – Assinatura na Declaração de Alma-Ata/OMS 1980 – Homeopatia – Especialidade médica 1985 – Convênio que institucionalizou a homeopatia na rede pública 1986 – 8ª CNS – Demanda para inserção de práticas alternativas nos serviços públicos de saúde 1988 – Res. Ciplan – normas e diretrizes para serviço público em homeopatia, acupuntura, termalismo, fitoterapia e técnicas em saúde mental 1988 – Promulgação da Constituição Federal
Década de 1990	1994 – Acordo nº 2840 – consolidação da estratégia de desenvolvimento para as medicinas tradicionais em Cuba, na formação de estudantes e docentes 1995 – Resolução nº 182 – Medicinas tradicionais como uma especialidade médica 1997 – Resolução nº 9 – Programa Nacional para Desenvolvimento e Generalização das Medicinas Tradicionais, com o objetivo de integração com a medicina convencional	1990 – Lei Orgânica da Saúde nº 8080 1995 – Portaria Ministerial nº 2.543 – instituição do grupo assessor técnico-científico em medicinas não convencionais 1995 – Acupuntura – Especialidade médica 1996 – 10ª CNS – proposta para incorporação, no SUS, de fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando terapias alternativas e práticas populares 1999 – SIA/SUS – Inclusão de consultas médicas em homeopatia e acupuntura no sistema nacional de informação do SUS
Década de 2000	2002 – Acordo nº 4.282 – desenvolvimento para as medicinas tradicionais no processo formativo de estudantes e docentes 2009 – Resolução nº 261 – consolidação da estratégia de desenvolvimento de medicinas tradicionais e agrupa e organiza as modalidades ofertadas 2012 – Programa Nacional de Medicinas Tradicionais 2015 – Plano D – regulamentação do plano de carreira para médicos 2019 – Plano E – regulamentação de novo plano de carreira para médicos	2000 – 11ª CNS – incorporação na atenção básica de práticas não convencionais de terapêutica em acupuntura e homeopatia 2003 – Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde – com o objetivo de elaborar uma política nacional para o SUS e 12ª CNS – delibera a efetiva inclusão de práticas não convencionais no SUS 2004 – Pesquisa – Inclusão do tema como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa 2005 – Grupo de Trabalho de Plantas Medicinais e Fitoterapia – Decreto Presidencial que cria grupo de trabalho para elaboração da política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos e inclusão do termalismo social no SUS 2006 – GM/nº 971, de 3 de maio de 2006, aprova a PNPIC com cinco modalidades de PICS 2017 – GM/nº 849, de 27 de março de 2017, inclusão de 14 modalidades de PICS 2018 – GM/nº 702, de 21 de março de 2018, inclusão de dez modalidades de PICS

Fonte: Elaboração própria.

A Lei de Salud Pública nº 41, promulgada em 13 de julho de 1983 (Cuba, 1983), estabelece os princípios básicos para a regulação das relações sociais para garantir a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, o restabelecimento da saúde e a reabilitação social. Essa lei estabelece ao SNS a responsabilidade na atenção à saúde, na atenção social, na legislação e divulgação de dados epidemiológicos, no desenvolvimento da ciência e na formação de recursos humanos e foi o princípio orientador para o desenvolvimento de recursos humanos em medicinas tradicionais. O Minsap é o órgão máximo que coordena todas as ações de saúde com responsabilidade de formar e coordenar recursos humanos próprios e a elaboração de material didático para todos os níveis do processo formativo.

DÉCADA DE 1990: INSERÇÃO E ESTRUTURAÇÃO

Primeiras experiências na implantação de medicinas tradicionais

Na década de 1990, novas terapias foram incluídas: Plantas Medicinais e Fitoterapia, Apiterapia, Ozonoterapia, a Digitopuntura e técnicas corporais de MTC (shiat-su e do-in), Acupuntura e Homeopatia. Para que essas novas terapias pudessem ter êxito no SNS foram promovidos cursos e treinamentos para os profissionais.

Em 25 de novembro de 1994, foi firmado o Acordo nº 2.840 (Cuba, 2009) que agregou exclusividade e novas funções ao Minsap, como a de dirigir e executar a aplicação da política de saúde pública para o desenvolvimento das ciências médicas e da indústria médico-farmacêutica, com ênfase na promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde humana. As primeiras experiências foram efetivadas no nível da atenção primária mediante inclusão de fitomedicamentos, técnicas chinesas, homeopatia, campos magnéticos, terapia floral e outras práticas naturais.

A Resolução nº 182, de 1995 (Cuba, 2009), aprovou as medicinas tradicionais como uma especialidade médica. No mesmo ano foi implantado o curso de especialização em Medicinas Tradicionais com duração de quatro anos em dois hospitais de Havana, curso até hoje vigente. Foi realizada, também, a primeira edição do mestrado em Medicina Bioenergética, Natural e Tradicional. A pós-graduação empregava práticas do paradigma biopsicossocial, ampliando os diagnósticos e os tratamentos biomédicos convencionais, além de orientar ações importantes na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura.

Em 4 de fevereiro de 1997 (Cuba, 2009), foi lançada a Resolução nº 9 que aprovou um programa de grande envergadura, o Programa Nacional para Desenvolvimento e Generalização das Medicinas Tradicionais, com o objetivo de integrá-las à

medicina convencional. Essa resolução surge motivada pelo impacto da resolubilidade relacionada às medicinas tradicionais, pela eficiência, bem como pela qualidade dos serviços de saúde. Esses fatos foram impulsionados pela manifestação favorável da opinião pública e contribuíram para que o país se destacasse na medicina de desastres naturais e bélicos. A partir de 1999, como resultado desse desenvolvimento, em todos os níveis do SNS começou a surgir uma nova geração de egressos de pós-graduação e de médicos com qualidades diferenciadas (WHO, 2021).

DÉCADAS 2000 A 2020: CONSOLIDAÇÃO NO CUIDADO E NA FORMAÇÃO

A integração sistemática dos paradigmas

O livro *Medicina geral e integral – Salud y medicina*, lançado em 2001 (*Medicina General Integral*, 2001) e elaborado por um coletivo de professores cubanos, revisado por Ricardo Álvares Sintez, é considerado um clássico para todos os profissionais de saúde de Cuba. A medicina geral e integral é uma especialidade médica cubana que coloca o paradigma biopsicossocial a serviço da população e de toda a humanidade, convertendo a ‘generalidade’ em ‘especialidade de Medicina de Família e Comunidade’ e promove a integração com as medicinas tradicionais. Trata-se de um material didático que amplia o modelo médico convencional e incorpora os avanços das ciências biológicas e da técnica propriamente dita, bem como aprofunda as matrizes psicossociais e ecológicas, permitindo ao estudante um entendimento dos aspectos biológicos vinculados aos sociais, na prevenção e na cura, relacionando o indivíduo à coletividade, à clínica e à epidemiologia. Essa obra é adotada na graduação, especialização e pós-graduação e utilizada por todas as escolas médicas. Com o estímulo à consulta a esse clássico, foi sendo gerado um padrão de saber e prática clínica em todo o país. A segunda edição, publicada em 2008 (*Medicina General Integral*, 2008), inclui as medicinas tradicionais e trabalha na integração do paradigma técnico-biológico com o paradigma biopsicossocial, abrangendo os indivíduos dentro do contexto familiar e social. É um guia que prioriza, em seu arcabouço teórico e prático, a MTC.

Em 7 de janeiro de 2002, o Comitê-Executivo do Conselho de Ministros promulgou o Acordo nº 4.282 (Cuba, 2002) que estabeleceu as disposições oficiais para a consolidação da estratégia para a formação de estudantes e docentes. Dentre as diretrizes, uma é específica no campo da formação de nível superior e estabelece a articulação entre o Minsap e o Ministério da Educação, com prioridade na formação e na qualificação de pessoal por meio do desenvolvimento de um Programa Nacional de Medicinas Tradicionais. Esse acordo registra um esforço de integração do cuidado e da formação profissional para aperfeiçoamento do SNS ao apresen-

tar uma sistematização das medicinas tradicionais desde a graduação, residência e pós-graduação, promovendo a integração na formação de especialistas em consonância com abordagens convencionais. Dentro dessa ótica, estabelece a inserção de medicinas tradicionais no Plano de Formação de Professores da Educação Superior na Graduação e Pós-Graduação em Saúde, bem como no ensino médio/técnico. Nesse contexto, desenvolve um processo de acreditação docente e determina a constituição de cátedras curriculares específicas. Todos os profissionais são convocados a intensificar o trabalho de promoção e educação em saúde com base nas medicinas tradicionais e avaliados por órgãos superiores quanto à evolução de competências e desempenho profissional.

Em 24 de agosto de 2009, foi lançada a Resolução nº 261 (Cuba, 2009) que estabeleceu as condições para a consolidação da estratégia de desenvolvimento de medicinas tradicionais, em vista do êxito alcançado em relação à sua integração no SNS, consolidando experiências nos campos da docência, da assistência médica e da pesquisa científica com comprovada eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Tais iniciativas impactaram positivamente a população. Esse documento organiza as modalidades ofertadas até 2009: Fitoterapia, Apiterapia, Medicina Tradicional Asiática (acupuntura com estímulo dos pontos com fármacos, luz, temperatura, mecânicos, ultrassônicos, elétricos, magnéticos, microssistemas), Ozonioterapia, Homeopatia, Terapia Floral, Sistema Floral Terapêutico de Bach, Hidrologia Médica (águas mineromedicinais, minerais, peloides, clima), Heliotalassoterapia, Exercícios Terapêuticos Tradicionais (tai chi chuan, qigong, lian gong, yoga), Orientação Nutricional Naturista (macrobiótica).

Medicinas tradicionais na formação de profissionais em todos os níveis

Em duas décadas, a inserção das medicinas tradicionais no SNS desencadeou novas exigências com a finalidade de integrar outros paradigmas no currículo das escolas de Medicina de Cuba. O resultado mais significativo alcançado foi a inclusão dessas práticas na atenção, na educação e no desenvolvimento científico, o que orientou a elaboração do Programa Nacional de Medicinas Tradicionais (Cuba, 2011). Essa iniciativa consolidou o conceito como um conjunto de modalidades, técnicas/procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos e reabilitadores, validados cientificamente, por tradição e por pesquisas, que estão integrados no SNS. A integração das práticas se apresenta na graduação, residências, pós-graduação e no nível médio, com qualificação contínua de professores. Os indicadores monitorados por esse programa são a presença de docentes qualificados em todas as instituições de saúde; plano de capacitação dos profissionais já formados; planos de estudo para a graduação e pós-graduação; avaliação continuada dos pro-

cessos de capacitação, graduação e pós-graduação; quantidade de professores diplomados; identificação das necessidades de capacitação em cada instituição; e documentação relacionada ao desenvolvimento da estratégia (Cuba, 2011).

Em 2014, foi publicado um manual (*Manual Para La Práctica De La Medicina Natural y Tradicional*, 2014) ou um guia para todos os profissionais de saúde e para todas as instituições de saúde de Cuba, com a finalidade de instruir ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, visando à qualidade do estado de saúde da população. É uma ferramenta de educação em assistência, pesquisa, docência e gestão, com foco na medicina tradicional chinesa. Essa obra é resultado do esforço de um coletivo de profissionais e docentes que trabalharam nela desde que o programa nacional começou a ser implantado na década de 1990.

Em 20 de maio de 2015, foi lançada a Resolução nº 381 (Cuba, 2015), a qual revogou a Resolução nº 261/2009. Nessa nova determinação foram ampliadas e regulamentadas as modalidades, no sentido de estimular a integração de medicinas tradicionais com a medicina convencional, sob a organização de ‘um sistema único’, tornando obrigatória a todos os profissionais a realização de cursos de especialização para:

[...] reconhecer as Medicinas Tradicionais como especialidade médica, integradora e holística, que emprega métodos para promoção da saúde, prevenção de enfermidades, diagnóstico, tratamento e reabilitação a partir de sistemas médicos tradicionais e outras modalidades terapêuticas que se integram entre si com tratamentos convencionais da Medicina Ocidental Moderna (Cuba, 2015, p. 291, tradução nossa).

A partir dessa resolução, foram regulamentadas dez práticas: Acupuntura, Terapia Floral, Fitoterapia, Apiterapia, Ozonioterapia, Homeopatia, Hidrologia, Helioterapia, Exercícios Terapêuticos Tradicionais, Orientação Nutricional Naturista (Cuba, 2015). As modalidades terapêuticas passam a ser aplicadas por profissionais, técnicos da saúde e profissões afins, segundo perfis ocupacionais. Em todos os casos, os praticantes devem ter titulação prévia que corresponda ao programa acadêmico de treinamento que o habilita para o exercício da modalidade terapêutica que aplica.

Atualização das medicinas tradicionais em Cuba

Dois eventos internacionais recentes, promovidos pela Opas e OMS, agregaram conteúdos importantes a este estudo.

O primeiro foi o Webinar Internacional da Rede MTCI Américas – Articulação das MTCI nos Sistemas de Saúde das Américas: Regulação e Políticas (PAHO, 2021), realizado em março de 2021, com o objetivo de compartilhar experiências da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, Estados Unidos, Haiti, México, Nicarágua e Peru e de buscar alternativas para implementação das políticas e ampliação da oferta de medicinas tradicionais na América Latina.

Com o título “Fortalezas e lacunas da integração de MTCI”, o pesquisador Johan Perdomo, chefe do Departamento Nacional de Medicinas Tradicionais do Minsap, enfatizou a consolidação das medicinas tradicionais em Cuba em sua palestra, destacando a implementação permanente nos sistemas de saúde e de educação e apontou que diferentes modalidades de medicinas tradicionais estão presentes na formação médica atual, no desenvolvimento científico e no cuidado, o que proporciona uma íntima integração entre os paradigmas, possibilitando maior resolubilidade dos serviços de saúde no país (PAHO, 2021).

Em outra palestra nesse mesmo Webinar, “Panorama das MTCI nas Américas”, o pesquisador Rafael dal Alba, consultor da Opas, apresentou um panorama global em sua fala e esclareceu que muitos países têm atendido às orientações da OMS com políticas nacionais sustentadas por leis de regulação das modalidades, regulação dos profissionais e criação de institutos nacionais de pesquisa visando ao fortalecimento das evidências científicas. Apesar de, nas Américas, haver uma grande institucionalização por meio de políticas ou leis específicas, segundo o pesquisador, o grande desafio atual está em transformar essas políticas em um arcabouço latino-americano comum a todos os países para maior divulgação dos benefícios às populações. Reflete que é preciso fazer um macroalinhamento epistemológico com a pluralidade de práticas, conceitos e formas existentes de medicinas tradicionais na região, assim a oferta poderá ir além da área de saúde e alcançar a intersectorialidade. O consultor finalizou apontando um outro grande desafio nos dias atuais: a necessidade de formação permanente de recursos humanos para as medicinas tradicionais (PAHO, 2021).

O segundo evento internacional contemplado neste estudo foi o II Cumbre Mundial de Medicina Tradicional, em março de 2021 (WHO, 2021). O evento proporcionou um espaço para a troca de experiências entre as regiões do mundo sobre o processo de integração de medicinas tradicionais nos sistemas de saúde no âmbito de legislações, políticas, articulação nos sistemas de saúde, formação e pesquisa.

Na palestra “Modalidades de Medicinas Tradicionais Reguladas em Cuba”, o pesquisador Ricardo Cortez Salazar enfatizou a necessidade de melhorar a integração da medicina ocidental com as práticas das medicinas tradicionais. Disse que o foco para a profunda integração está na educação e formação de absolutamente todos os profissionais de saúde do país. Revelou que, em Cuba, as medicinas tradicionais

só foram possíveis pela estratégia de inserção nos serviços dos três níveis de atenção em saúde, com disponibilização de produtos naturais no quadro básico de medicamentos e uma grande regulação do campo. O pesquisador afirmou que, apesar de os profissionais médicos e enfermeiros consultarem e prescreverem na maioria das unidades do SNS, essa inserção ainda não é uma totalidade no território cubano. Concluiu com a proposição de que todos os territórios tenham especialistas, tanto na atenção primária, quanto nos hospitais e centros de referência (WHO, 2021).

Na palestra “Experiências de Educação, Formação e Treinamento em Medicinas Tradicionais”, a pesquisadora Evelyn Anie Gonzalez Pla fez um resgate histórico, desde a década de 1990, quando novas modalidades começaram a ser inseridas em todo o país, como acupuntura, fitoterápicos, medicina bioenergética e macrobiótica. Relatou que o início de toda a formação acadêmica foi na aprovação das medicinas tradicionais como especialidade médica em 1995, sendo que no mesmo ano foram implantados cursos de especialização e mestrado. Destacou que, desde o ano 2000, há uma estratégia curricular de inserção das medicinas tradicionais em todos os cursos de graduação na área de saúde e todos os estudantes recebem a formação necessária para trabalhar na atenção em saúde com as medicinas tradicionais, cada vez mais integradas à medicina convencional. Também disse que o conceito de “interdisciplinaridade” contribuiu essencialmente para a integração dos conteúdos nos cursos de formação médica. Relatou que, em 2015, foi regulamentado o primeiro plano de carreira, específico para médicos, o Plano D, com ênfase no aprendizado em procedimentos terapêuticos integrados em tratamentos das enfermidades prioritárias que atingem a população. E que, em 2019, foi criado um novo plano para a formação médica, o Plano E, com o mesmo padrão do antecedente. A infraestrutura docente em cada universidade é de professores próprios com, no mínimo, uma especialização em medicinas tradicionais (WHO, 2021).

DISCUSSÃO

Primeiramente, é importante afirmar que todas as fontes documentais selecionadas para esta pesquisa contribuíram, em seu conjunto, para responder à questão central da nossa pesquisa e que os dados levantados puderam traçar alguns esclarecimentos e estratégias da experiência cubana relacionadas ao desenvolvimento das medicinas tradicionais no processo formativo de médicos.

Um ponto de contato primordial entre as Constituições Federais de Cuba e do Brasil, que deve sempre ser levado em conta, é o princípio da solidariedade, no qual o ‘direito’ universal à saúde está nas letras da Lei Magna como ‘dever’ do Estado para assistir integralmente a suas populações. Esse princípio abriu oportunidades gradativas de inserção de medicinas tradicionais nos sistemas públicos de

saúde. Na década de 1970, todos os estados nacionais foram chamados pela OMS a planejar e institucionalizar a atenção primária no sistema público de saúde como política de Estado e, tanto Cuba, quanto Brasil atenderam a esse chamamento (WHO, 1978).

No Brasil, a homeopatia foi aprovada como especialidade médica em 1980 e a acupuntura, em 1995, o que deu abertura a um processo de legitimação institucional por meio de convênios, portarias e a inclusão de consultas médicas no sistema de informações do Ministério da Saúde, fatos que estabeleceram normas e diretrizes para assistência de medicinas não convencionais no serviço público. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde recebeu e registrou a demanda da sociedade para introduzir práticas não convencionais nos serviços públicos de saúde (Brasil, 2006b). Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal do Brasil e dois anos após, a Lei Orgânica de Saúde Pública nº 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização, funcionamento dos serviços correspondentes e orienta um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive, de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (Brasil, 1990). Na mesma década, em Cuba, a Lei de Saúde Pública foi promulgada igualmente com leis que tratam da formação de recursos humanos para o sistema público de saúde (Cuba, 1983).

No início deste texto, quando abordamos o grande desafio posto para a formação brasileira que dê consistência e permanência ao desenvolvimento da PNPIC (Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2015), ao compararmos com Cuba, percebemos que nesse país essa questão foi ultrapassada. Podemos constatar, na trajetória analisada, que as divergências entre gestão, assistência e formação foram sendo minimizadas e harmonizadas conforme o reconhecimento oficial das medicinas tradicionais foi avançando, bem como a valorização de sua inserção e gradual integração na formação médica para atender ao sistema público de saúde.

No Brasil, segundo a legislação básica do SUS, a orientação central foi de organizar um sistema para formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Nesse mesmo tempo histórico o campo da saúde coletiva estava sendo constituído com a finalidade de atender a essa estratégia. Em Cuba, o Minsap liderou todas as ações de saúde com a responsabilidade de formar e coordenar recursos humanos próprios, inclusive, com elaboração de material didático para todos os níveis do processo formativo e de qualificação profissional.

Entretanto, na década de 1990, enquanto Cuba começou a se programar para formação de recursos humanos com especificidades das medicinas tradicionais,

no Brasil, existiram ações pontuais e exclusivas de inserção de modalidades terapêuticas no SUS, contudo, não houve um planejamento específico de longo prazo para formação de profissionais qualificados em medicinas tradicionais. A partir de 2000, essa diferença ficou muito mais nítida. Na análise dos dados, observamos que Cuba registrou um esforço crescente de articulação interinstitucional na atenção e na formação para aperfeiçoamento do SNS.

O planejamento cubano de longo prazo permitiu uma sistematização de qualidade na inserção das dez modalidades de medicinas tradicionais e na integração com a medicina convencional em todos os níveis, graduação, residência e pós-graduação. Em 2015, com a Resolução nº 381, estabeleceu a organização do SNS atendendo a ‘um sistema único’, ou seja, com ampla integração dos paradigmas. Outra estratégia importante para o êxito alcançado nesse país foi o chamamento de todos os profissionais para realizarem cursos de especialização com o objetivo de aprimorar suas ações de saúde mediante o uso de medicinas e recursos terapêuticos tradicionais e naturais (Cuba, 2015).

Já no caso do Brasil, o lançamento da PNPIC, em 2006, e a ampliação do leque de práticas totalizando 29 PICS, em 2018, aumentou a demanda da população e favoreceu uma efetiva capilarização da oferta de recursos terapêuticos não convencionais no sistema público de saúde em todo o território nacional. Apesar do êxito existente na assistência do SUS, segundo estudo de Andrade, Barros e Nascimento (2021), no Brasil, há um descompasso entre a formação e a implementação da PNPIC, apontando dois pressupostos. O primeiro é que, sem o apoio indutivo do Estado brasileiro, as instituições de formação não conseguem ultrapassar a margem introdutória e informativa de inserção de medicinas tradicionais nos cursos de graduação. Esse fato abriu espaço, ao longo do processo de implantação das PICS no SUS, da iniciativa privada de ensino atender à demanda de tal expansão. Entretanto, existe uma carência de critérios para esses cursos, sobretudo, em relação ao sistema público de saúde.

A PNPIC foi criada para atender ao sistema público, portanto, é preciso estimular a formação em medicinas tradicionais na educação superior nas instituições públicas de ensino. Existe a grande carência de organização do sistema no que toca à formação, inclusive, a formação médica. A expansão do campo na assistência, na gestão e na pesquisa precisa de sustentabilidade para uma efetiva consolidação da PNPIC. A sustentabilidade virá da formação, com currículos de caráter obrigatório, para apresentar princípios, valores e habilidades em medicinas tradicionais (Andrade; Barros; Nascimento, 2021).

Cuba desenvolveu um longo trabalho de integrar os conteúdos de medicinas tradicionais dentro da estrutura curricular dos cursos de graduação em Medicina, tendo o conceito de interdisciplinaridade um importante papel na integração de

conteúdos nos currículos, juntamente no incentivo de protagonismo dos estudantes na incorporação de novos saberes e práticas integradas ao conteúdo convencional. A integração de paradigmas naquele país foi desenvolvida na matriz curricular de forma paulatina, estruturada, organizada e coerente, mediante inserção horizontal, vertical e transversal em todos os cursos de graduação na saúde, principalmente nos de formação médica (Andrade; Barros; Nascimento, 2021).

De acordo com os documentos analisados na nossa pesquisa, Cuba se preocupou, desde o princípio, em formar um padrão de profissionais de saúde que atendessem às necessidades da população com critérios específicos para aumento de resolubilidade do sistema. Os materiais didáticos apresentados foram elaborados por docentes e profissionais cubanos que se empenharam em contribuir na formação de médicos próprios, comprometidos com as necessidades e prioridades do sistema nacional de saúde. No Brasil, temos as Diretrizes Curriculares Nacionais para as escolas médicas (Brasil, 2022a), que reúnem orientações com padrões mundialmente estabelecidos para o processo formativo, com base no humanismo e na saúde coletiva. Entretanto, ainda não há, nessas diretrizes, uma orientação específica para inserção e integração de medicinas tradicionais nos currículos.

Em Cuba, é oficialmente exigido que todos os docentes de Medicinas Tradicionais sejam, no mínimo, especialistas em MNT, na teoria e na prática. Contudo, o estudo de Sosa *et al.* (2019) concluiu que o desenvolvimento histórico do processo formativo em medicinas tradicionais na carreira de Medicina se mostra sistêmico, porém, irregular, visto que existem deficiências do desempenho docente e que não há textos básicos suficientes para qualificar a docência permanentemente e, assim, os docentes acabam não dominando totalmente os temas a serem abordados na graduação médica.

Herrera *et al.* (2018) e Alonso *et al.* (2019) comentam que a inserção das medicinas tradicionais no plano de estudos da Medicina representou um salto qualitativo no processo de formação de médicos, entretanto, ainda se apresenta deficiente quanto às habilidades dos estudantes para a prática em serviços de saúde. Dentro do mesmo movimento, Garcia *et al.* (2021) aponta que a qualificação docente deveria ser permanente como uma das principais tarefas da cátedra de Medicinas Tradicionais em Piñar del Río, com muitos cursos e projetos em diversas convocações ofertadas aos profissionais. Por sua vez, Padilla *et al.* (2018) desenhou uma estratégia curricular detalhada com a finalidade de integrar as medicinas tradicionais ao Programa de Formação em Medicina General Comunitaria, concluindo que essa estrutura

constituye una herramienta a tener en cuenta para la unión del arsenal terapéutico oriental y occidental, em función de mejorar la calidad en los

Por fim, constatamos que o desenvolvimento das medicinas tradicionais na formação médica é um processo que se encontra bastante avançado em Cuba, tanto quanto à inserção como à integração de paradigmas, porém, ainda há muito a avançar para sua consolidação plena. Quanto ao Brasil, podemos dizer que, no quesito da qualificação profissional de médicos, estamos com um atraso de mais de 20 anos em relação a Cuba. A formação profissional para o SUS, na atualidade, está em processo inicial de busca de estratégias nacionais para estruturação da ‘inserção’ das medicinas tradicionais na graduação em Medicina. Entretanto, é preciso afirmar que, no que toca à ‘integração’ de paradigmas, o processo ainda não deu sinais de avanço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia de pesquisar a graduação em Medicina foi fortalecida com Campos, Aguiar e Belisário (2012) quando destacam que a qualidade do sistema público de saúde de um país depende da formação de seus profissionais e suas políticas orientadoras. Os autores reforçam que é no período formativo que o futuro profissional adquire habilidades e conhecimentos que embasarão toda a sua atuação futura, ainda que o aprendizado seja sempre permanente, visto que os valores que permeiam a formação médica impactam diretamente o sistema de saúde porque, ao se formarem, os estudantes irão atuar como médicos da rede de atenção e para lá levarão atitudes e valores, além das habilidades técnicas e competências adquiridas no processo de formação.

Nascimento *et al.* (2018) abordaram os desafios para a ampliação e qualificação do ensino em medicinas tradicionais, cuja reflexão aponta para profissionais que cursam graduação com conteúdo permeado pelo paradigma vitalista, os quais podem contribuir muito no processo formativo, no sentido de sensibilização dos estudantes dentro de uma visão que integra recursos diagnósticos e terapêuticos em busca de maior resolubilidade de cada caso em particular e do sistema público como um todo. A busca pela melhoria da formação profissional na graduação aprofunda a reflexão sobre um conjunto de perspectivas relacionadas aos modelos de atenção existentes para atender ao processo saúde-doença-cuidado, visando à complementaridade dos paradigmas quanto ao saber técnico e científico.

Albuquerque (2017) apontou alguns dados importantes, dentro de um total de 272 escolas médicas existentes no Brasil: a maioria destas tem regime de administração privada, 47% pública (29% federal, 13% estadual e 5% municipal); apenas

57 do total abordam as PICS em seu currículo. Destas, a maioria teve a implantação, a partir do lançamento das DCN para cursos de graduação em Medicina, em 2001, sobretudo, nas universidades federais. Mesmo assim, a PNPIC não surtiu o efeito que poderia ter ocorrido. Nas palavras da autora,

O fortalecimento da PNPIC no SUS depende não só da implantação e expansão das PICS na rede assistencial, mas principalmente de seu incremento no ensino, produção de evidências científicas, eliminação do preconceito, esclarecendo e orientando gestores e professores universitários, além de investimento em pesquisa (Albuquerque, 2017, p. 80).

Tanto Nogueira e Nascimento (2018), quanto Almeida, Nascimento e Barbato (2022) e Safe (2019) demonstraram em seus estudos que, apesar de resistências institucionais e de docentes, na maioria das vezes fruto de desconhecimento pautado no paradigma biomédico, há grande receptividade pelos estudantes de novos olhares para o cuidado em saúde, que se abre para possibilidades de diálogo interdisciplinar dos paradigmas como contribuição para ampliação da clínica no período de formação médica no Brasil. Aprendendo com as lições que a experiência cubana pode nos dar, podemos dizer que para a PNPIC lograr êxito no SUS é preciso trabalhar na inserção das medicinas tradicionais na formação médica nas instituições federais de ensino, bem como na reflexão profunda relacionada aos fundamentos dos paradigmas, com o intuito de integrar e consolidar o conhecimento em todos os níveis da atenção, gestão e formação.

O grande desafio que podemos apontar para a formação médica na atualidade, no sentido de avançar nesse campo do conhecimento, é o questionamento e a análise crítica permanentes sobre a desinformação, o preconceito e a resistência às medicinas tradicionais ou PICS ou MTCI, pois é no período formativo que o estudante tem a oportunidade de aprender e desenvolver uma forma essencialmente humana de lidar com o outro, com equipes multiprofissionais, com a diversidade de conteúdos interdisciplinares e com a pluralidade de saberes. É isso que fará desse estudante um profissional comprometido com a vida das pessoas, com a sociedade do século XXI e, sobretudo, com um olhar para o processo saúde-doença-cuidado que qualifique e transforme a educação médica convencional em uma educação médica que esteja integrada com as Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas, as MTCI ou, simplesmente, com as PICS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. V. C. *O Processo de ensino aprendizagem em práticas integrativas e complementares nas escolas médicas do Brasil*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de Fortaleza UNIFOR, Fortaleza, 2017.

ALMEIDA, M. E.; NASCIMENTO, M. C.; BARBATO, P. R. Racionalidades médicas: avaliação de componente optativo na formação Médica *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 46, n. 3, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210396>. Acesso em: 21 nov. 2023.

ALONSO, Irene Álvarez *et al.* Uso de la medicina natural y tradicional em cuatro policlínicos pinareños. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, Pinar del Río, v. 23, n.5, p. 689-696, set./out. 2019.

AMADO, D. M. *et al.* Práticas integrativas e complementares em Saúde. *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 272-284, set./dez 2020.

AMADO, D. M.; ROCHA, P. R. S. Política Nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC). In: TOMA, T. S. *et al.* (Org.). *Práticas integrativas e complementares em saúde: evidências científicas e experiências de implementação*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2021.

ANDRADE, G. C. L.; BARROS, D. C.; NASCIMENTO, M. C. As universidades e o ensino e formação em outras abordagens em saúde: um diálogo entre as experiências cubana, norte-americana e brasileira. In: TOMA, T. S. *et al.* (Org.). *Práticas integrativas e complementares em saúde: evidências científicas e experiências de implementação*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2021.

APPELBAUM, D. *et al.* Natural and traditional medicine in Cuba: lessons for U.S. medical education. *Academic Medicine*, v. 81, n. 12, p. 1098-1103, dez. 2006.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022*. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 702, de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 849, de 27 de março de 2017*. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Práticas Integrativas e Complementares*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/composicao/saps/pics>. Acesso em: 15 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA L. et al (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CUBA. *Ley nº 41. Ley de la Salud Pública*. Gaceta Oficial de la República de Cuba 1983, 1983.

CUBA. Ministerio de la Salud Pública. *Resolución Ministerial nº 9 – Modalidades de Medicina Natural y Tradicional*. La Habana: Ministerio de la Salud Pública, 2009.

CUBA. Ministerio de la Salud Pública. *Resolución nº 381 – Especialidad Médica*. La Habana: Ministerio de la Salud Pública, 2015.

CUBA. *Programa Nacional para el Desarrollo y la Generalización de la Medicina Natural y Tradicional*. La Habana: Ministerio de la Salud Pública, 2011.

CUBA. Republica de Cuba. Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. *Acuerdo Nº 4282 – Medicina Natural y Tradicional*, 2002.

CUMBRE mundial de medicina tradicional y complementar hacia una medicina integrativa. *Día 4-II Cumbre Mundial de MTCI- Organización, implementación, articulación y gestión- Parte 2*. Youtube, 23 de jul. de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Qf7TrVw9Ib8>. Acesso em: 15 dez. 2022.

CUMBRE mundial de medicina tradicional y complementar hacia una medicina integrativa. *Dia 5-II Cumbre Mundial de MTCl-Formación académica y capacitación en MTCl-Parte 2*. Youtube, 24 jul. de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YJP2ahl8MHg>. Acesso em: 15 dez. 2022.

DIAS, J. O. O sistema de saúde cubano em análise comparativa de dados: um meio para avaliar seu funcionamento. *Revista Dizer*, [s. l], v. 3, n. 1, 2018.

GARCIA, S. H. H. et al. Apuntes históricos sobre el surgimiento de la Medicina Natural y Tradicional em Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, Pinar del Río, v. 25, n.1, p. 1-11, 2021.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HERRERA, L. H. et al. Softpuntura, software educativo sobre Acupuntura e Digitopuntura. *Revista Cubana de Informática Médica*, Ciudad La Habana, v.10, n.1, 2018.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: uma análise sócio-histórica e suas relações com a cultura atual. In: CAMPOS, G. W. S. et al (comp.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2012.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, 2005.

MANUAL para la práctica de la medicina natural y tradicional. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014.

MEDICINA GENERAL INTEGRAL. *Salud y medicina*. 2.ed. pról. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

MEDICINA GENERAL INTEGRAL. *Salud y medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001.

MORAIS, J. R. M.; SANTOS, M. L. Brasil e Cuba: sistemas de saúde sob análise comparada. *Economia e Políticas Públicas*, Monte Claros/MG, v. 3, n. 1, 2015.

NASCIMENTO, M. C. et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, 2018.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. *Forum Sociológico*, Lisboa, série II, n. 24, 2014.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. Produção Científica em Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, Santa Catarina, v. 1, n. 1, 2012.

NOGUEIRA, M. I.; NASCIMENTO, M. C. Homeopatia e Acupuntura na formação médica da Universidade Federal Fluminense: trajetórias e perspectivas. *Diversitates Revista Internacional*, Niterói/RJ, v.10, n. 3, 2018.

OLIVEIRA, I. F. *et al.* Homeopatia na graduação médica: trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 42, n.1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n1RB20160097>. Acesso em 09 nov. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Panorama de Articulação das MTCl nas América – Raphael Dall’Alba, consultor das Opas. *Youtube*, 20 abr. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6Tp1vDfR16w&t=2s>. Acesso em: 15 dez. 2022.

VIGNA, A.; ORDONEZ, G. Medicina: as alternativas cubanas. *Le Monde Diplomatique Brasil*, ed. 91, 4 fev. 2015. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/medicina-as-alternativas-cubanas/>. Acesso em: 15 dez 2022.

OSA, J. A. Um olhar para a saúde cubana. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 25, n. 72, 2011.

PADILLA, K. R. *et al.* Estratégia curricular de medicina natural y tradicional em programa de formación en medicina general comunitaria. *Revista Ciências Médicas*, Piñar del Rio, v. 22, n. 4, 2018.

PAHO. Webinar articulações das PICS nos sistemas de saúde das Américas: regulação e políticas. *Youtube*, 20 abr. 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=BJJ_GWgEX5k. Acesso em: 15 dez. 2022.

REIS, V. Madel Luz e o desafio das racionalidades médicas e PICS na construção do SUS. *Abrasco*, 17 jul. 2019. Disponível em: <https://abrasco.org.br/madel-luz-e-o-desafio-das-racionalidades-medicas-e-praticas-integrativas-e-complementares-na-construcao-de-um-sus-universal/>. Acesso em: 15 dez. 2022.

ROCA GODERICH. *Temas de medicina interna*. Colectivo de autores. 5ª ed. rev. María Elena Noya Chaveco y Noel Lorenzo Moya González. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017.

SAFE, D. M. O. *et al.* Acupuntura no ensino médico da Universidade Federal Fluminense: Desafios e Perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 43, n.1, p. 3-12; 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170097>. Acesso em: 15 dez. 2022.

SANTOS, F. L. B.; VASCONCELOS, J. S.; DESSOTTI, F. R. (Org.). *Cuba no século XXI: dilemas da revolução*. São Paulo: Elefante, 2017.

SOSA, R. A. *et al.* El desempeño de los docentes em la medicina natural y tradicional em la carrera de medicina. *Revista Panorama Cuba y Salud*, [s. l.], v. 14, n. 1, 2019.

SOUSA, I. C.; GUIMARÃES, M. B.; GALLEGOS-PEREZ, D. F. (Org.). *Experiencias y reflexiones sobre medicinas tradicionales, complementarias e integradoras en los sistemas de salud de las Américas*. Recife: Fiocruz-PE; ObservaPICS, 2021.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar e Integração com Atenção Primária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira, *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, 2018.

WHO. *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Declaração de Alma-Ata/USSR. In: BRASIL. Ministério da Saúde, 1978.

WHO. *Conferência Internacional sobre promoção da saúde*, 1, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde, 1986.

WHO. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Geneva: OMS, 2002. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965. Acesso em: 15 dez. 2022.

WHO. *Global conference on primary health care: from alma-ata towards universal health coverage and the sustainable development goals*. Geneva: WHO, 2018.

WHO. Global report on traditional and complementary medicine 2019. WHO, 2019. Disponível em: <http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/>. Acesso em: 15 dez. 2022.

WHO. *Traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/. Acesso em: 15 dez 2022.

A horta como uma ferramenta de educação popular em saúde na estratégia de saúde da família: um relato de experiência

Gleicielly Zopelaro Braga

Sabira Alencar

José Dionísio De Paula Júnior

Eu sou o viajante do deserto que, no regresso, diz: viajei apenas para procurar as minhas próprias pegadas. Sim, sou aquele que viaja apenas para se cobrir de saudades. Eis o deserto, e nele me sonho; eis o oásis, e nele não sei viver.
(Couto, 2013)

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão da residência pretende ser o relato de uma parte de minha experiência, ao longo dos anos 2019 e 2020, nas unidades de atenção básica da região de Petrópolis, cidade serrana do estado do Rio de Janeiro. A experiência que venho relatar se desenvolveu em torno de uma horta comunitária. As hortas comunitárias consistem no aproveitamento de terrenos públicos para a construção de hortas que servirão à população de modo geral.

O cultivo de alimentos é uma das mais importantes atividades milenares e pode ser concebido como uma das principais estratégias de cuidado à saúde de que se tem notícia (Silva *et al.*, 2015). O trabalho na atenção básica evidencia a alta incidência de doenças crônicas que estão diretamente ligadas à alimentação, como diabetes, hipertensão, câncer, doenças respiratórias, doenças autoimunes, ocasio-

nando 68% das mortes no mundo, destas, 40% são consideradas prematuras, ocorrendo antes dos 70 anos (Silocchi; Junges, 2017).

É nesse sentido que a horta se configura como um potente instrumento de intervenção no processo de saúde-doença, abrindo espaço para uma reflexão a respeito de nossos hábitos alimentares e dos efeitos que tais hábitos têm na nossa saúde e no nosso ambiente. Além disso, a implementação da horta como atividade de promoção da saúde possibilita a aproximação dos usuários entre si e com os profissionais das unidades de saúde, além de contribuir para o fortalecimento e empoderamento dos usuários como cidadãos de direitos e deveres (Costa *et al.*, 2015).

Foi participando da construção de uma pequena horta comunitária na unidade de saúde da família do bairro Fazenda Inglesa que surgiu a ideia desta pesquisa-intervenção que teve como objetivo geral o mapeamento do processo de construção da horta como uma ferramenta da educação popular em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). O uso do método cartográfico permitiu exercitar uma certa elasticidade de pensamento para receber o que fosse se apresentando, ao longo do processo, elasticidade também para ir construindo o conhecimento em cooperação com os demais participantes. Um dos desafios enfrentados foi o de não precipitar o caminho com metas e objetivos em conformidade mais com o meu desejo do que com os desdobramentos da construção comum.

A região de Petrópolis ocupa uma área importante do ambiente urbano, Região Serrana do estado do Rio de Janeiro. Entretanto, o bairro em questão pertence à Zona Rural do município. A baixa escolaridade e rendimento salarial, a dificuldade de acesso dos moradores aos serviços básicos por conta da distância geográfica e da precariedade dos transportes públicos, além dos diversos aspectos que compõem o modo de vida na área rural, favorecem hábitos que influenciam sobremaneira a saúde da população (Brasil, 2013c). As estratégias de cuidado precisam ser pensadas em conformidade com tais peculiaridades locais, ideia que está na continuidade de toda filosofia de trabalho que sustenta nosso sistema único de saúde brasileiro.

Cabe lembrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de importantes movimentos sanitários e sociais que resultaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Desse encontro, saiu o relatório que serviria de base para a construção do capítulo que colocava o SUS na Constituição Federal de 1988 como um sistema federativo e participativo, envolvendo as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), válido para toda a extensão do território brasileiro. Tal sistema se ergueu, a partir de um conjunto de diretrizes e princípios, de forma a garantir que todo cidadão tenha o direito à saúde, entendendo esta como um dever do Estado (Guimarães; Branco, 2020).

Mas, até que essa ampla compreensão de saúde se estabelecesse, o percurso das ações perpassou um longo e demorado caminho. Anterior à reforma sanitária na década de 1970, houve uma lenta trajetória das ações de educação em saúde em que as classes populares, sem o auxílio de sindicatos, não possuíam voz ativa. A partir da abertura do processo político no país e após várias lutas envolvendo sociedade civil e profissionais da saúde, o então movimento da Reforma Sanitária caminha para seu desfecho com o objetivo de um sistema público de saúde com garantia de direitos a todos os brasileiros (Macinko; Mendonça, 2018).

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e sob profundas mudanças na organização estatal, como a descentralização de recursos que apontava na direção da autonomia dos municípios em administrar e executar as políticas sociais traçadas pelo governo central, ergue-se, assim, o Sistema Único de Saúde, instituído pelo Artigo 196, que zela pelo direito universal à saúde dos cidadãos e o dever do Estado (Brasil, 1988). Regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), o SUS é regido por princípios e diretrizes, tais como universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Souza; Costa, 2010).

Como garantia de acesso à rede de saúde pública, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 1994). Com a efetividade de seu impacto como política social e forma de cuidado à saúde integral, em 1997, essa modalidade de assistência se torna uma estratégia de mudança do modelo tradicional orientado particularmente para a cura de doenças. Tendo como base o trabalho em equipe, a prática colaborativa, a participação dos usuários, das famílias e da comunidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil atualmente realiza a cobertura de 64,9% da população, contando com aproximadamente 43.160 equipes na ESF (Pezuzzi; Agreli, 2018). No município de Petrópolis, com população aproximada de 306.191 habitantes, esses dados somam cobertura em 47,32% na APS, totalizando em torno de 42 equipes na ESF (Brasil, 2022).

Com a reestruturação da APS, a ESF promoveu inúmeras mudanças e inovações, contribuindo significativamente no processo de melhoria do acesso e qualidade da assistência à saúde. Esse novo cenário favorece a criação de vínculos entre profissionais e comunidade, facilitando a adesão do usuário e consequentemente a continuidade do cuidado. Orientados por diretrizes que buscam oferecer mais protagonismo aos sujeitos atendidos e corresponsabilidade no cuidado, os profissionais de saúde caminham juntos para assistir ao usuário integralmente, por intermédio de equipes multiprofissionais compostas por enfermeiro, médico (generalista ou especialista em saúde da família), técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), dentista e auxiliar em saúde bucal (Peruzzo *et al.*, 2018).

Segundo Guimarães e Branco (2020), para atuar na ESF os profissionais precisam desenvolver competências para além de sua especialidade, saindo das consideradas práticas autônomas e isoladas, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde. Para que ocorra a reorientação do processo de trabalho, toda a equipe deve construir coletivamente as intervenções, entendendo o usuário em toda a sua complexidade e para além da doença.

Segundo Gomes e Merhy (2011), a antiga prática de educação em saúde que consistia em um trabalho educativo de perspectiva higienista e colocava o profissional de saúde no local da superioridade de saberes começa a ceder na década de 1970. Com práticas educativas voltadas para a construção conjunta dos saberes entre usuário e profissional de saúde, o novo modelo emergente defende a horizontalização do cuidado favorecendo a autonomia e emancipação do sujeito. Logo, como consequência da reorientação do modelo de atenção à saúde, temos ações estratégicas para alcançar os usuários, dentre elas, os diversos grupos de práticas educativas em saúde (Braga, 2013).

Boa parte das atividades das equipes de saúde da família ocorre dentro das unidades básicas de saúde e, além dos atendimentos de rotina como curativo, vacina, clínica, temos o atendimento multidisciplinar, as interconsultas e os grupos. Essas práticas colaborativas transcendem as fronteiras hierárquicas, permitem uma compreensão biopsicossocial e cultural dos usuários, a partir do diálogo dos profissionais de diferentes campos do saber, potencializando a atenção à saúde e estendendo o cuidado para além do usuário, alcançando a família e a comunidade. Essas ferramentas viabilizam a participação popular do processo de construção do cuidado, desde a articulação entre saberes técnicos e populares, promovendo saúde e educação, melhorando também as relações entre profissionais e usuários dos serviços (Mello Filho; Silveira, 2005).

A metodologia de dinâmica de grupos e rodas de conversas fazem parte de um conjunto de estratégias de educação popular em saúde no contexto da atenção primária no âmbito da prevenção e promoção da saúde (Almeida *et al.*, 2019). Os residentes em atenção básica do programa multiprofissional participam ativamente de tais atividades. Pautados na necessidade e demandas advindas dos usuários e das equipes de saúde, são grupos com variados públicos, tais como diabéticos, gestantes, hipertensos, idosos, dentre outros, e utilizam o espaço das unidades de saúde para a construção e partilha de saberes entre usuários e prestadores de serviço da rede de saúde:

Constata-se que a potencialidade terapêutica existe e repousa na possibilidade de promover saúde e educação em contextos que permitem “a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos

institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde”³, além de resgatar elementos capazes de implementar a integridade na assistência, melhorando também as relações entre profissionais e usuários dos serviços. O dinamismo que envolve os grupos, considerando as teorizações da promoção e educação à saúde, pode representar alternativa operacional necessária para a afirmação desses preceitos na prática. Acredita-se que são instrumentais metodológicos eficazes, capazes de viabilizar, por meio do vínculo entre os participantes, e desses com a estrutura institucional, a compreensão das situações de vida, saúde e doença, sendo incorporados aspectos importantes que fundamentarão certos comportamentos para a promoção da saúde (Maffaccioli; Lopes, p. 974, 2011).

A ideia de uma educação popular foi pensada por Paulo Freire (2014), importante educador brasileiro que fez diferença em vários campos do saber, inclusive, no campo da saúde. Seu pensamento crítico vem denunciar uma certa petulância e prepotência de uma pessoa se sentir superior a outra e julgá-la, a partir desse lugar, no sentido da horizontalização de saberes. Seu pensamento servirá de base para algumas reflexões que serão propostas neste trabalho a respeito da educação popular e que estão em linha de continuidade com as ideias de Félix Guattari e Gilles Deleuze sobre o método cartográfico (Deleuze; Guattari, 2004). Um dos mais conhecidos escritos de Paulo Freire é a *Pedagogia do oprimido*, no qual ele analisa as relações de poder, inspira um certo pensamento libertário e propõe que a educação seja uma “prática de liberdade” (Freire, 1987) como caminho de autonomia e fortalecimento das classes populares.

METODOLOGIA

O trabalho em questão consiste em um relato de experiência construído, a partir da vivência como residente de Psicologia no município de Petrópolis, no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, nos anos de 2019 e 2020.

Como método de pesquisa, foi utilizado o modelo cartográfico, que consiste no acompanhamento de processos, lançando mão da observação participante, pela qual o pesquisador mantém-se no campo em contato direto com as pessoas e seus territórios existenciais (Kastrup; Passos, 2013).

Na década de 1980, fazendo uma crítica ao modelo tradicional acadêmico, os filósofos franceses Deleuze e Guattari criaram esse método, no qual cartografar “tem que passar pela destruição, fazer toda uma limpeza, toda uma raspagem do inconsciente. [...] Destruir crenças e representações, cenas de teatro” (Deleuze;

Guattari, 2004, p. 325, p. 328), entretanto, não implica “somente se desviar, mas enfrentar, voltar-se, retornar, perder-se, apagar-se” (Deleuze; Guattari, 1997c, p. 53). Esse método foge ao tradicional em que regras e ações prescritivas são aplicadas, mas alia-se à subjetividade, articula com a História e cultura à compreensão dos processos, facilitando que o pesquisador se conecte ao mundo do qual quer pesquisar.

Método antimétodo, que explica bem o percurso aqui traçado – relato de experiência –, a cartografia recebe sem preconceito o que vai sendo construído. Acompanhando os processos, parte ainda de outra leitura da realidade, pois não quer só buscar a abordagem qualitativa no entendimento do fenômeno, mas também romper com a separação sujeito e objeto. Isso termina fazendo com que as metas e objetivos sejam móveis, tendo em vista que vão se desenrolando em conformidade com o caminhar do processo da pesquisa (Deleuze; Guattari, 2004). Tal experiência possibilita a intervenção não de forma unilateral, mas implicando em soma, num coletivo de forças, no qual pesquisador e pesquisados estão no mesmo plano comum.

O método cartográfico constrói e desenvolve sua proposta tendo em vista a subjetividade como um sistema complexo e heterogêneo, constituído pelo sujeito, por suas relações, vivências e saberes. Sendo assim, não se trata de um método com procedimentos, protocolos, mas, sim, como estratégia de olhar crítico e ação, descrevendo relações, trajetórias, apontando rupturas, resistências, provocando dúvidas, inquietudes, desassossegos, certezas e, para tanto, tem o diálogo como propulsor, diálogo esse enaltecido por Paulo Freire como o facilitador da construção ou reconstrução do conhecimento.

A construção de uma horta comunitária favorece esse espaço de cooperação. Na ocasião da horta aqui em questão, costumávamos nos reunir às quintas-feiras; éramos aproximadamente oito mulheres, dentre elas, agentes de saúde e auxiliar bucal, mulheres da comunidade que moravam próximo à unidade de saúde, e eu, psicóloga residente. Naquele espaço e naquele tempo, não sabíamos quanto tempo duraria, até onde iríamos, nem o que plantaríamos.

Foi realizada uma revisão da literatura integrativa sobre o tema de interesse em artigos científicos disponíveis na plataforma Scielo, periódicos da Capes, Google Acadêmico, no período compreendido entre 2011 e 2020, livros e manuais do Ministério da Saúde. No período em questão, nota-se a dificuldade de publicações no tema envolvendo hortas no contexto do SUS.

Entendendo os descritores como palavras-chave, tendo relação com o assunto da pesquisa, criados para classificar as informações e facilitar as pesquisas bibliográficas, para fazer a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores:

educação em saúde, educação popular em saúde, atenção primária, estratégia saúde da família, horta comunitária, grupos terapêuticos.

RESULTADO – REVISÃO DA LITERATURA

Nos tópicos, a seguir, serão apresentados os temas: educação popular em saúde e da horta comunitária, ambos contextualizados dentro das políticas públicas, dialogando com os principais autores da atualidade sobre o assunto em questão e discutindo as possibilidades de aplicação em cenários de prática.

PERCURSO: COMPREENDENDO A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Durante a década de 1980, as propostas de ações educativas se intensificaram em uma tentativa de se aproximarem da realidade social, rompendo com o padrão anterior que se restringia a ações de cunho individualista, biológico, autoritário e assistencialista. Contando com a participação de vários profissionais, esse processo de reforma começa a ser debatido com mais intensidade (Gomes; Merhy, 2011).

A concepção e a prática “bancárias”, imobilistas, “fixistas”, terminam por desconhecer os homens como seres históricos, enquanto a problematizadora parte exatamente do caráter histórico e da historicidade dos homens. Por isto mesmo é que os reconhece como seres que estão sendo, como seres inacabados, inconclusos, em e com uma realidade, que sendo histórica também, é igualmente inacabada. Na verdade, diferentemente dos outros animais, que são apenas inacabados, mas não são históricos, os homens se sabem inacabados. Têm a consciência de sua inconclusão. Aí se encontram as raízes da educação mesma, como manifestação exclusivamente humana. Isto é, na inconclusão dos homens e na consciência que dela têm. Daí que seja a educação um que-fazer permanente. Permanente, na razão da inconclusão dos homens e do devir da realidade (Freire, 1987, p. 102).

Desta maneira, a educação se refaz constantemente na práxis. Para ser, tem de estar sendo. Sua “duração” – no sentido bergsoniano do termo – como processo está no jogo dos contrários permanência-mudança (Freire, 1987, p. 65-66).

Nos anos 1970, no contexto da ditadura, fruto de uma insatisfação coletiva do cenário da época, um novo modelo de cuidado à saúde começa a ser construído por vários atores sociais. As ações de saúde, que antes aconteciam de forma isola-

da, começam a ser pensadas por um outro ângulo, visando também a técnicas simplificadas, de baixo custo (Gomes; Merhy, 2011).

Posterior a essa implementação, no fim dos anos 1990, tem-se o espaço para uma nova configuração de práticas de cuidado, dando início à Rede Nacional de Educação Popular, cujo objetivo era a ampliação da formação dos trabalhadores da rede de saúde, intensificando a necessidade da reorientação de uma metodologia voltada para a integração e participação dos diversos atores (Alves; Aerts, 2011).

Desde então, surgiram vários desdobramentos ocasionando a criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps), Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), até que, em 2013, origina-se a Política de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS) (Bornsteins *et al.*, 2016).

A implementação da PNEP-SUS objetiva a efetivação da participação popular, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde, conforme diz a Resolução nº 9, de 2 de dezembro de 2013:

Art. 2º A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Brasil, 2013a, art. 2).

Segundo Bornsteins *et al.* (2016), a PNEP traz para o âmbito do SUS os seguintes princípios.

- DIÁLOGO – uma escuta acolhedora, trocas de saberes e emancipação do sujeito como participante ativo na construção de saúde;
- AMOROSIDADE – incorporação do afeto na prática, reproduzindo humanização e fortalecendo o sentido da coletividade;
- PROBLEMATIZAÇÃO – debruçar crítico e questionador, atuando como ponto de partida no processo de educação, promovendo a ampliação no olhar para o aprimoramento da prática;
- CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO – a partir do estímulo ao protagonismo, legitimando a voz do usuário para construção ativa entre o ele e o profissional;
- EMANCIPAÇÃO – mobilização para autonomia, olhar crítico e proativo;
- COMPROMISSO COM A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DEMOCRÁTICO E

POPULAR – dar voz aos anseios, lutar pelo espaço, compromisso com as classes populares.

Em outras palavras, a política de educação popular reafirma o compromisso com os princípios do SUS e vem para fomentar novas práticas de cuidado em saúde que têm como interesse a construção conjunta de estratégias em saúde, dialogando com diversos saberes e consolidando a participação social. A partir das reflexões de suas ações, os profissionais da rede podem estruturar processos educativos com o intuito de empoderamento dos usuários. Valorizando os saberes de todos, é possível traçar ações que sejam compatíveis com as demandas do território (Cruz, 2018).

Enraizados na voz de todos e oxigenados pela educação popular em saúde, os saberes relegados aos porões da cultura oficial, como diz Benjamin (2016, p. 244), são capazes de “despertar no passado as centelhas da esperança”, um retorno ao paradigma holístico e integral, capaz de elucidar as práticas de cuidado em saúde, enxergando os usuários como verdadeiros protagonistas de suas histórias.

HORTA: AUTONOMIA, EMPODERAMENTO, TERAPIA

O modelo ainda hoje hegemônico de cuidado, o biomédico, tem como característica a priorização do tratamento voltado para a doença do indivíduo, a verticalização e a fragmentação de saberes. A filosofia de saúde trazida pelo conceito de SUS acredita que esse contorno de cuidado reduz a autonomia do indivíduo, limitando-o a mero espectador, enquanto o profissional é o detentor do saber (Oliveira; Lopes; Luz, 2013).

As lacunas provocadas pela abordagem biomédica vêm contribuindo para identificar as necessidades emergentes desse modelo, possibilitando o resgate de práticas e hábitos tradicionais, em outras palavras, a reorientação dos serviços de saúde. O diálogo e comunicação entre profissional e indivíduo pode proporcionar o resgate da responsabilidade desse usuário da sua própria saúde. Tal mobilização constitui o alicerce conceitual da educação popular, valorizando o saber do outro, sua cultura e crença, seu contexto social, político e econômico (Vasconcelos, 2008).

Um retorno ao paradigma holístico e integral que emerge desse novo caminho para a saúde favorece a lógica do autocuidado, com práticas e hábitos tradicionais que valorizam os saberes regionais, uma outra relação com a terra e o ambiente como um todo. Tal lógica concebe os usuários como verdadeiros protagonistas de suas histórias, traçando ações que sejam compatíveis com as demandas do território. Esse é um aspecto fundamental para que se possa de fato trabalhar na lógica da prevenção de doenças e promoção de saúde. Com base nessa filosofia de tra-

balho que une os saberes e os afetos, foi possível resgatar as práticas integrativas (PICS) na esfera dos serviços de saúde pública, além de hortas e outras estratégias de cuidados em saúde. A partir da elaboração da Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PPICS) (Brasil, 2006a), a oferta e estímulo do uso das PICS vêm aumentando consideravelmente, garantindo a integralidade de boa parte dos serviços em saúde (Ruela *et al.*, 2018).

Como diz Aílton Krenak (2018), escritor, ambientalista e líder indígena:

É o mais velho contando uma história, ou um mais novo que teve uma experiência que pode compartilhar com o coletivo que ele pertence e isso vai integrando um sentido da vida, enriquecendo a experiência da vida de cada sujeito, mas constituindo um sujeito coletivo (Krenak, 2018).

Para Costa *et al.* (2015), esse compartilhamento e o pensar coletivo são o terreno fértil para a criação de hortas comunitárias, um lugar de encontro que favorece o desenvolvimento de debates sobre a alimentação saudável, a relação com o alimento, a qualidade de vida, favorecendo ainda a participação popular por meio do empoderamento individual e coletivo. O fortalecimento dessa lógica da vida pode auxiliar no desestímulo ao uso excessivo de medicamentos e agrotóxicos, tornando propícia uma nova visão de cuidado fomentada na interação dos usuários entre si e com os profissionais de saúde. Esse local de convívio também possui a capacidade de revitalizar o espaço urbano, estimulando a agricultura, aumentando as áreas verdes da cidade, resgatando uma outra relação com o ambiente e a cultura em uma perspectiva de difusão de conhecimentos tradicionais.

Tal mobilização constitui a base da educação popular, conforme diz Dantas (2009, p. 65), “... oferece um instrumental teórico fundamental para o desenvolvimento dessas novas relações”, valorizando o saber do outro, sua cultura e crença, seu contexto social, político e econômico, numa lógica, mais uma vez, de horizontalização do saber e cuidado.

Para que esse sujeito se sinta estimulado a verbalizar sobre seus conhecimentos e vivências, para que este participe com a palavra, de acordo com Freire (2014), é necessário não subalternizar suas experiências, partindo de sua realidade; é necessário facilitar o encontro. É nesse sentido que a horta com viés em EPS é um lugar estratégico, pois valoriza as experiências de vida, a cooperação, a luta e a capacidade de resistência, construindo um conhecimento dialogado, a partir do contexto, com o propósito de efetivar modificações que venham qualificar esse sujeito.

É possível relacionar as atividades de horta como uma ferramenta da implementação da PPICS, aprovada em 2006 (Brasil, 2006a), modelo esse que tem uma visão ampliada do processo saúde/doença, considerando o sujeito em seus vários

aspectos: físico, psíquico, emocional e social, sua integralidade, singularidade e complexidade, estimulando mecanismos naturais de prevenção de doenças e da recuperação da saúde (Brasil, 2012b). Inicialmente compreendendo cinco práticas em suas diretrizes – Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais/Fitoterapia, Termalismo/Crenoterapia e Medicina Antroposófica –, aos poucos, esse número foi expandindo e englobando outros trabalhos. Compreendendo o acolhimento e escuta qualificada, sendo, por vezes, um complemento ao tratamento alopático, essas práticas vêm ganhando adeptos e se popularizando dentro das alternativas de cuidados da atenção básica (Ruela *et al.*, 2018).

Além da relação direta e positiva nas questões sociais, temos também o impacto na saúde mental dos envolvidos, a partir das atividades de contato com a terra. O desfrute de um espaço de encontro e de bem-estar, na construção de redes de apoio social, no âmbito de outra racionalidade terapêutica, permite um panorama com realidade distinta da consequência do desenvolvimento de práticas no modelo anterior de cuidado em saúde (Costa *et al.*, 2015).

NARRATIVA – RESGATE DE IDENTIDADE

Pátria
Pátria é o fundo do meu quintal
É broa de milho e o gosto de um bom café
Pátria
É cheiro em colo de mãe
É roseira branca que a avó semeou no jardim
E se o mundo é grande demais
Sou carro de boi
Sou canção e paz
Sou montanha entre a terra e o céu
Sou Minas Gerais
(Marcus Viana)

O mato é minha casa, é onde me sinto conectada comigo mesma. Minha infância sempre foi rodeada de plantas, de todos os tamanhos e formatos, samambaia, an-túrio, rosa, avenca, copo-de-leite, crista-de-galo, couve, taioba, cebolinha, boldo, hortelã.

Minha avó, mãe e tias sempre trocavam ideias sobre as formas de cuidar da terra: o melhor esterco para adubar, horário para regar, preferências quanto ao clima. E me lembro vagamente de meu pai construindo horta no nosso quintal ou em algum espaço próximo à casa, não como uma fonte de renda, mas como com-

plemento da feira de domingo. Regar a horta era um ritual matinal: “É preciso tirar o sereno delas”, repetia ele toda vez que eu participava desse rito.

Meu tio, pedreiro, além de ter em casa sua horta repleta de hortaliças e legumes, em todas as obras que inicia faz uma pequena horta, por pura paixão, pelo prazer de colher os frutos do plantio. Ele faz questão de apresentar aos empregadores no fim do dia seu progresso com o trabalho, o que inclui falar também sobre os pés de couve crescendo ao lado do jiló e como é possível evitar que as formigas estraguem seu canteiro recém-criado com vários tipos de tempero.

Não consigo me lembrar da primeira vez em que coloquei as mãos na terra para o plantio. Lembro-me, no entanto, de correr para áreas de plantações todas as vezes em que precisava me recompor, chorar, pensar, concluir.

Durante a faculdade, na disciplina de práticas grupais, nossa professora conduzia a maior parte das aulas na “sala verde”, literalmente verde. Um espaço para trabalhar diversas temáticas do curso, mas também nossos sentimentos como estudantes de graduação, nossos anseios, medos, angústias, felicidades, euforias. Essa sala sempre me trouxe a ideia de acolhimento, justamente pelo tom verde me remeter a locais de plantio.

Porém, de todas as lembranças, a que mais gosto é de um fim de tarde de verão, com um sol quente típico de Minas, em um terreno de 30 metros por 12 metros. Uma construção iniciava-se, e, ao fundo desse lote, uma pequena horta ganhava forma. Eu estava de pé, bem afastada do canteiro, imersa em diversos pensamentos, embora meus olhos fitassem aquela horta tão desejada. Com uma rápida mudança do tempo, aquelas mudas começam a receber pequenas gotas de chuva que atraíam minha atenção. O vento forte e quente trouxe o cheiro da terra molhada que, somado ao meu sentimento de ver aquelas hortaliças recebendo esse presente da natureza, me impediam de perceber que eu estava me encharcando com o que viria a ser uma tempestade.

Minha trajetória cercada de natureza trouxe-me até aqui. O que me ensinaram sobre respeito e cuidado com as plantas ecoa também na minha vida profissional e ganha vida quando me proponho a pensar e executar a horta como uma ferramenta dentro da atenção primária.

Regulamentada pela promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2005), as Residências Multiprofissionais em Saúde, programa de pós-graduação em nível *lato sensu*, é uma formação de educação em serviço. Levando em consideração todo o caminho percorrido até aqui no que diz respeito à Psicologia e à saúde pública, na mudança do paradigma em saúde mais voltado para a integralidade das ações, a inserção da Psicologia nesse contexto encontra alguns desafios por se tratar ainda de uma prática pouco conhecida por profissionais de saúde.

Com as plantas, primeiro se prepara a terra, joga a semente, rega, cuida e aguarda brotar, crescer, para então continuar cuidando e depois colher. Assim é também o desenrolar do nosso trabalho. Portanto, longa é a caminhada de todos dessa categoria maravilhosa, a Psicologia, quando efetivamente se trabalha dentro das premissas da atenção primária. É necessário se dedicar, ter paciência e perseverança.

CONSTRUÇÃO

Minha vinda para Petrópolis, ao passar na Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Unifase, foi e está sendo motivo de encantos. Como descrever minha felicidade ao ver tanto verde? As reservas florestais, ao longo do município, parques, cachoeiras, bairros repletos de arvoredos, seguem me encantando mesmo após quase dois anos de estada. É nesse cenário de natureza esplendorosa que se realiza o primeiro ano de atuação. Fazenda Inglesa, bairro considerado rural, foi minha escolha sem hesitação para o primeiro ano de residência, e me sentia em casa no meio de tanto mato rodeando o território referenciado pela unidade.

A ideia de construção de uma pequena horta surgiu como desejo em um dos encontros do grupo de mulheres que ocorria uma vez por semana na parte da manhã, em um ambiente externo à unidade, porém, no mesmo terreno. Esse grupo já existia quando cheguei à ESF. Era formado por mulheres com idade acima de 40 anos, que traziam consigo suas histórias de vida, marcadas por situações relacionadas à pobreza, à violência de gênero, problemas de autoestima, vínculos familiares empobrecidos, perdas de entes queridos, dentre outros. Também participavam duas agentes comunitárias de saúde. Diferindo de alguns modelos de grupo comumente adotados, ele possuía uma particularidade: era multiforme. Em outras palavras, ora nos reuníamos para aprender bordados como ponto-cruz, crochê, tricô, enquanto dialogávamos sobre as intemperanças da vida, ora fazíamos fuxicos para toalhas de mesa e conversávamos sobre a saúde da mulher ou outros temas trazidos por elas.

Em uma manhã, quando estávamos reunidas em meio a uma pilha de retalhos para confecção de tapetes, um tema surgiu. Começou com um simples desabafo da dona M. relatando uma horta que há muito existira ali na unidade. Logo, todas se uniram contando sua versão dos benefícios da horta e de como infelizmente ela se findou. Foi então que dona C. deu voz ao desejo que circulava em mim e quase escapava pelos olhos: “Vamos fazer outra horta!”, exclamou. Levantando-me rapidamente da cadeira, me posicionei favorável a essa opção e então demos início às primeiras ideias: onde, como e quando viabilizar a horta.

As semanas que se seguiram foram muito ricas em termos de uma experiência de diálogo, partilha, cooperação na construção e execução das ideias. Como diz

Paulo Freire (1987), “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”. Tendo o diálogo como norte, todas as decisões foram coletivas, o que coloca em prática uma das principais diretrizes da educação popular. Desde o processo de adaptação do espaço escolhido para plantio, a limpeza do local, aquisição da terra apropriada, às escolhas das mudas, tudo foi realizado junto, em cooperação. As ferramentas para plantio e capina foram emprestadas pela dona N.; as mudas, ganhamos da comunidade e das participantes. Nas pausas para descanso, outra partilha: o lanche levado por elas, ora café com broa, ora suco com biscoitos. Como na bela canção de Marcus Viana, aquela é nossa pátria, nosso fundo de quintal. E voltávamos para a horta.

Enquanto transformávamos cada pedaço daquele cantinho em nossa horta, compartilhamos histórias sobre o plantio, como se as mãos de nossos ancestrais preparassem a terra, os saberes de outras gerações regassem nossas mudas e usássemos a amorosidade como fertilizante. “O ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa da libertação. Mas este compromisso, porque amoroso, é dialógico (...)” (Freire, 1987). Quando coloco afeto em minha prática, reproduzo a humanização, se fazendo valer da empatia recíproca.

Por sentirem que seus saberes eram reconhecidos e valorizados, cada uma contribuía com o que conhecia: forma de ajeitar a terra, melhor ferramenta para manuseio, escolha das mudas, formas de plantio e adubagem, melhor período para regar, momento propício para colher, como lidar com as formigas e lagartas, outras possibilidades de se fazer uma determinada salada ou legume, possíveis combinações de temperos, quais os benefícios de determinados chás, dentre outros.

Logo, além da proposta terapêutica (no sentido de tratamento de doenças) do plantio, a possibilidade de estar em interação social, o convívio com demais pessoas da comunidade, foi também possível um resgate cultural, a partir do reconhecimento de suas habilidades e experiências, provenientes de suas culturas.

O ato de compartilhar suas experiências tem importância, pois a quebra da tradicional relação vertical entre profissional de saúde e o paciente viabiliza uma maior simetria e, portanto, a humanização do cuidado, e, à medida que se aproxima o membro da equipe de saúde do usuário, facilita-se a expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que impactam a saúde dos indivíduos e coletividades. A confiança depositada evidencia a relevância de se trabalhar em grupo, com valorização cultural e estímulo ao protagonismo.

“A consciência é temporalizada. O homem é consciente e na medida em que conhece, tende a se comprometer com a própria realidade” (Freire, 1987). Quanto mais se conhece, mais se cuida, seja de si próprio, seja da terra. A conscientização consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, implica no empoderamento, na emancipação do usuário. A criação de vínculo entre os usuários do

grupo e os profissionais também favorece o conhecimento e cuidado de si e do outro, possibilita a integração do profissional de saúde nas atividades e vida local, bem como a vitalidade da partilha das temáticas que vão surgindo.

Apesar de o grupo seguir com as atividades, em paralelo ao meu sentimento de euforia com o andar da construção da horta, também existia um sentimento de frustração. Seguir a agenda para diversas linhas de cuidado, bem como a preocupação com os indicadores, as metas e cobranças da gerência, distanciava os demais profissionais dos momentos reservados à horta.

CONCLUSÃO

Os estudos de Paulo Freire, desde a década de 1970, têm servido de norte não apenas para novas abordagens de educação, mas também inspirado temáticas na área da saúde. Nesse aspecto, seu trabalho em educação popular se tornou fundamental no processo de ação e reflexão de muitos profissionais de saúde que vêm enxergando a troca, as vivências, o debate e diálogo entre prestadores de serviço e usuários como empoderamento, impulsionando novas práticas de cuidado diante de tantos desafios da realidade.

A experiência explicitou a horta como um lugar para além do plantio, um lugar de encontro e, por meio dele, uma nova relação com os saberes locais, com a saúde, onde a horizontalização do cuidado permitiu o reconhecimento das experiências, viabilizando o envolvimento das participantes ao inaugurarem, no formato dialógico, um prazer nas partilhas, trocas de saberes e resgate da cultura.

Pautado em pressupostos como equidade, participação popular e integralidade, na filosofia libertária de Paulo Freire e no (anti)método cartográfico, o grupo se tornou um espaço de trocas, de proteção, promoção, prevenção em saúde contextualizado pela cultura e afetividade. Foi possível observar um maior entusiasmo nas idas aos dias de grupo, a intensificação de falas espontâneas de autocuidado e relatos sobre a melhora das condições de saúde.

Apontamentos e recomendação

As dificuldades aqui apontadas permitem concluir que, embora estejamos progredindo ante o modelo biomédico em relação às décadas passadas, ainda vivemos insuficiência de recursos e qualificação profissional, desdobrando em uma incompreensão das inúmeras formas de abordagem dialógica dentro da atenção primária. Paralelamente a esses fatores, temos somada ao modelo assistencial a sobrecarga de trabalho, metas constantemente cobradas à e pela gerência, precarização dos ambientes de trabalho, subfinanciamento do sistema de saúde, levando ao

desgaste do profissional da rede.

Sendo assim, sublinho a necessidade de pensarmos em uma capacitação dos trabalhadores de saúde, tendo a educação popular em saúde como ferramenta norteadora não apenas para estímulo ao empoderamento e autonomia da população, mas para também, quiçá, nortear a própria estratégia de saúde da família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. *et al.* A educação popular em saúde com grupos de idosos diabéticos na estratégia de saúde de família: uma pesquisa-ação. *Revista Ciência Plural*, Natal, v. 5, n. 2, p. 68-93, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16954>. Acesso em: 17 nov. 2023.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KWBfzpcCq77fTcbYjHPRNbM/abstract/?lang=pt>. Acesso em 17 nov. 2023.

BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2016.

BORNSTEIN, V. J. *et al* (org.). Eixo II: A educação popular no processo de trabalho em saúde. In: BORNSTEIN, V. J. *et al.* (org.). *Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39420>. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRAGA, E. P. P. C. *A importância dos grupos de educação em saúde na atenção básica/ Estratégia Saúde da Família*. 2013. Monografia (Graduação em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2013. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_importancia_dos_grupos_de_educacao_em_saude_na_atencao_basica_Estrategia_Saude_da_Familia_/461. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 125, p. 1, 1 jul. 2005.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, ano 128, n. 182, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 17 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, n. 225, p. 62, 20 nov. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em 17 nov. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica. Painel de indicadores da APS. Ministério da Saúde. *E-Gestão AB*, 20 dez. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 23 ago. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.ppd. Acesso em: 17 nov. 2023.

COSTA, C. G. A. *et al.* Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3.099-3.110, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JPy6yTpKQXj7x4qF5wrk5Xk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

COUTO, M. [Sem título]. *Pensador*, [s. l., 4 jan. 2024]. Site Pensador. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MTQzNjk0Mg/#:~:text=Eu%20sou%20o%20viajante%20do%20deserto%20que%2C%20no%20regresso%2C,e%20nele%20n%C3%A3o%22sei%20viver>. Acesso em: 04 jan. 2024.

CRUZ, P. J. S. C. Educação popular em saúde, seus caminhos e desafios na realidade atual brasileira. In: GRUPO TEMÁTICO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (Org.). *Educação popular em saúde: desafios atuais*. São Paulo: Hucitec, 2018.

DANTAS, V. L. A. *Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza-CE*. 2009. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/3282>. Acesso em: 17 nov. 2023.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: do capitalismo à esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assirio & Alvim, 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wcTZ5tX8K43XdxzxVgGkfkp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

GUIMARÃES, B. E. B.; BRANCO, A. B. A. C.. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 143-155, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v12n1/v12n1a11.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói/RJ, v. 25, n. 2, p. 263-280, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/nBpkNsJc6DrmsTtMxfRCZWK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

KRENAK, A. A potência do sujeito coletivo – parte I. *Revista Periferias*, Rio de Janeiro, v. 2, 2018. Disponível em: <http://revistaperiferias.org/>. Acesso em: 19 out. 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. suppl 1, p. 973-982, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tkXBd7KhYbPQ5B5HYmV4P8v/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 29, n. 5, p. 147-151, maio/ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PCvjMKkxFt9wwLjGyLJSMJw/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

OLIVEIRA, A.; LOPES, S.; LUZ, V. *O paradigma biomédico e holístico face aos cuidados de enfermagem*. 2013. Monografia (Escola Superior de Saúde) - Universidade de Mindelo, Cabo Verde, 2013. Disponível em: <http://www.portaldocohecimento.gov.cv/bitstream/10961/2491/1/Oliveira%2C%20Lopes%20e%20Da%20Luz%202013.Paradigma%20biom%C3%A9dico.%20BSc..pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. suppl. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

PERUZZO, C. M. K. Apontamentos para epistemologia e métodos na pesquisa em Comunicação no Brasil. *Comunicação e Sociedade*, São Paulo, v. 33, p. 25-40, 2018.

RUELA, L. O. *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DQgMHT3WqyFkYNX4rRzX74J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

SIOCCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 599-615, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/bXRQZ9mg6GcXb5QxcBLLWCb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

SILVA, F. C. M. *et al.* A política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas e o ambiente. In: SOUTO, K. M. B.; LIED, T. B. (Org.). *Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.ppd. Acesso em: 17 nov. 2023.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2023.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PARTE 3

POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS E PRÁTICAS DE CUIDADO

Estratégias para mitigação dos efeitos da pandemia de Covid-19: reflexões, a partir da experiência do município de Niterói, RJ

Patty Fidelis de Almeida

Elisete Casotti

Rafaela Fidelis Lima Silvério

Josy Maria de Pinho da Silva

Camilla Maia Franco

INTRODUÇÃO

Os efeitos sanitários e humanitários provocados e agravados pela pandemia de Covid-19 se mostram de longa duração e não podem ser enfrentados por meio de medidas pontuais. Para além da garantia de cuidado individual em momento agudo e crônico, as redes de atenção à saúde (RAS), mais que nunca, deverão estar direcionadas à manutenção de uma abordagem coletiva, comunitária, territorializada, vigilante e contínua, sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS). A Organização Mundial da Saúde reconhece os benefícios de sistemas sustentados por uma APS de qualidade (OMS, 2008), em geral, caracterizada por seus atributos essenciais (acesso/primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (competência cultural e abordagem familiar e comunitária) (Starfield, 2002).

De toda forma, em que pese a atuação do setor de saúde, o fortalecimento de políticas intersetoriais capazes de garantir a vida nos territórios se mostra essencial na medida em que evidências apontam que nos estados brasileiros a maior parte da variação, tanto da incidência de Covid-19, quanto da mortalidade pode ser justificada, dentre outros aspectos, pela desigualdade de renda e maior adensa-

mento domiciliar, sugerindo a necessidade de ações coordenadas para garantia de condições econômicas e de fortalecimento das RAS (Figueiredo *et al.*, 2020).

Embora o Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), maior sistema universal do mundo, tenha envidado esforços para o atendimento dos casos e a campanha massiva de vacinação para Covid-19, é imprescindível estar atento ao conjunto de políticas e ações destinadas a mitigar prováveis efeitos imediatos da pandemia nas condições de subsistência da população. A distribuição dos casos no país se mostrou muito desigual, concentrando duas vezes mais casos no quintil mais pobre da população, se comparado ao mais rico (Hallal *et al.*, 2020). Esse grupo em vulnerabilidade socioeconômica e com uma carga de doenças preexistentes tem o sistema público de saúde e outras medidas de proteção social como recursos de primeira ordem. É, portanto, esperado que ações simultâneas em diferentes níveis do sistema de saúde sejam produzidas, a fim de garantir uma resposta integral e equânime às necessidades existentes e àquelas oriundas de um problema sanitário como a Covid-19.

O objetivo central deste trabalho é identificar e analisar as principais estratégias para mitigação dos efeitos diretos e indiretos da Covid-19, a partir da experiência do município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, que se destacou pela implementação de um amplo conjunto de políticas e ações para além do setor de saúde, em uma perspectiva intersetorial de enfrentamento dos determinantes sociais (Conceição *et al.*, 2020; Silva Júnior *et al.*, 2020). Dar visibilidade às ações exitosas, assim como identificar problemas a serem superados e não replicados, é oportuno, na medida em que podem guiar as diretrizes das políticas públicas para esta e outras pandemias/epidemias.

No Covid-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP) para o ano de 2021, a OMS estimula os países a atualizarem os planos nacionais no sentido de incorporar as lições aprendidas ao longo de 2020, com vistas a antecipar e se preparar para os desafios de 2021 (OMS, 2021) e anos subsequentes. Com esse olhar, pretende-se documentar e analisar as experiências que estiveram em curso no município de Niterói no ano de 2021, ainda que algumas tenham sido iniciadas no ano anterior.

METODOLOGIA

Este capítulo apresenta parte dos resultados da segunda fase do estudo internacional “Identificação de efeitos indiretos da Covid-19 nos serviços de saúde essenciais para neonatos, crianças, adolescentes e pessoa idosa no nível subnacional no Brasil – Fase 2”, que foi coordenado, no Brasil, pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e que envolveu as cidades de Niterói, São Luís, MA e Pelotas, RS. Aqui

foram sistematizados os principais achados da experiência de Niterói com ênfase nas iniciativas articuladas entre diferentes secretarias e/ou setores da administração pública municipal no enfrentamento da pandemia.

DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

Segundo informações dispostas na caracterização do município organizada no Plano Municipal de Saúde Participativo 2022-2025 (Niterói, 2021a), a cidade possui uma população de 515.317 habitantes e demograficamente segue a tendência de envelhecimento nacional, com 22,9% de idosos – sendo que com as mulheres chega a 26%. Quanto à raça/cor, 64% se declaram brancas, 26% pardas e 9% negras. Tem um IDH de 0,837, considerado alto, mas com 15% das pessoas residindo em áreas vulneráveis. Em 2019, havia 35.179 famílias incluídas no Cadastro Único, sendo apenas 44,8% beneficiários do Programa Bolsa Família (Niterói, 2021a). O sistema de tratamento de esgoto cobre 95% da população. A assistência médica privada é acessada por 55% dos munícipes. A Estratégia Saúde da Família (ESF), no município, Programa Médico de Família (PMF), foi implantada com foco nas áreas de maior risco social e ambiental (Niterói, 2017). Em dezembro de 2020, a cobertura era de 53,7%, com 276 mil pessoas cadastradas (Brasil, 2021). A economia da cidade está baseada na prestação de serviços e área industrial, sendo o segundo município do estado com maior volume de *royalties* do petróleo (Niterói, 2021a).

A Secretaria Municipal de Saúde/Fundação Municipal de Saúde (SMS/FMS) é composta pelo secretário de Saúde, que também é o presidente da FMS, e uma estrutura de apoio (subsecretarias, coordenações etc.). A FMS descentraliza a gestão da RAS em duas vice-presidências, a Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (Vipacaf) e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar (Vipah). O sistema ainda é composto pela Central de Regulação (Creg) e pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), responsável pela gestão do Programa Médico de Família (PMF), principal estratégia de APS, e da rede de atenção psicossocial (Niterói, 2021a).

Quadro 1 - Equipamentos municipais de saúde e órgão de vinculação, Niterói, 2022

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS)
Vice-Presidência de Atenção Hospitalar (Vipahe)
Maternidade Alzira Reis Vieira Ferreira (MMARVF)
Hospital Orêncio de Freitas (HOF)
Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT)
Samu (Regional)
Hospital Municipal Oceânico Gilson Cantarino (HMOGC)
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mário Monteiro
Hospital Getúlio Vargas Filho (HGVF)
Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPI)
Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (Vipacaf)
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE (FeSaúde)
43 Módulos do Programa Médico de Família
2 Caps Adulto
1 Caps Infantil
1 Caps Álcool e Outras Drogas
1 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
10 Módulos de Residência Terapêutica
1 Centro de Cultura e Convivência

Fonte: Coleta e produção de dados, a partir do Plano Municipal de Saúde Participativo 2022-2025 (Niterói, 2021a), ajustado após vigência da FeSaúde.

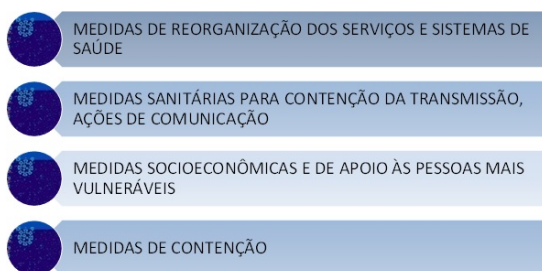
Para identificação das estratégias implementadas para mitigar os efeitos da pandemia em Niterói foi realizada busca sistemática em *sites* de acesso público, sobretudo, na página oficial da Prefeitura Municipal de Niterói (<http://www.niteroi.rj.gov.br/>), para o período de junho de 2020 a novembro de 2021. Na página inicial, a partir do item “Notícias”, é possível acessar a “Linha do tempo – Ações da Prefeitura para o combate ao coronavírus” que disponibiliza todas as ações, notícias e atualizações implementadas pelo Executivo Municipal relacionadas à Covid-19. A primeira informação, publicada em 30 de janeiro de 2020, refere-se à “criação do Grupo de Resposta Rápida ao novo coronavírus”.

Este trabalho documentou sistematicamente a linha do tempo, listando as ações/notícias por dia/mês até novembro de 2021. Para os dados de cobertura da vacinação foi acessado o Painel Covid – <http://www.niteroi.rj.gov.br/painelcovid/>. Além dessas fontes, também foram incluídas informações captadas, de forma complementar, em *sites* como <https://leismunicipais.com.br/>; <https://www.facebook.com/rodrigonevesoficial/>; <https://www.facebook.com/axelsgrael>. Também foram utilizados os relatórios técnicos, de acesso restrito, produzidos para o projeto Opas.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a produção dos resultados referentes às principais estratégias implementadas pelo município, inicialmente, procedeu-se à prospecção e identificação dos conteúdos relacionados com a Covid-19 e sua extração dos *sites* oficiais. Essa fase foi seguida de nova leitura de todo o material para fins de classificação, de acordo com as quatro dimensões (Figura 1) consideradas estratégicas para uma resposta coordenada e abrangente às pandemias (Hale *et al.*, 2021; OMS, 2021).

Figura 1 – Dimensões para resposta coordenada e abrangente às pandemias – estratégias para a elaboração de planos de ação, 2021



Fonte: Adaptada de Thomas Hale *et al.* Variation in Government Responses to COVID-19. Blavatnik School of Government Working Paper.

Após a classificação, foi realizada uma análise por dimensão e no conjunto, a fim de compreender a natureza das ações implementadas, sua distribuição, fortalezas e fragilidades.

RESULTADOS

A cidade de Niterói, ainda em janeiro, após o anúncio da situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, pela OMS, criou o Grupo de Resposta Rápida, destinado a preparar a rede de saúde com a elaboração de novos protocolos de acolhimento dos sintomáticos respiratórios, definição de fluxos de encaminhamento e estruturação de outros pontos da rede para receber os casos confirmados (Conceição *et al.*, 2020). Em 14 de março de 2020, foi criado o Gabinete de Crise da Prefeitura de Niterói, iniciativa ligada diretamente ao prefeito, que reuniu a Procuradoria-Geral e um conjunto de dez secretarias, além da Secre-

taria de Saúde, com o objetivo de alinhar e integrar as ações referentes ao enfrentamento da pandemia e, no mesmo mês, foi implantada a Sala de Situação, para apoio à Secretaria Municipal de Saúde na análise e acompanhamento dos indicadores referentes à situação epidemiológica de Covid-19 no município (Conceição *et al.*, 2020).

Após essas primeiras iniciativas, um conjunto de estratégias foram propostas pelo poder público municipal e constituem o foco de análise deste trabalho. Os resultados foram classificados, de acordo com as dimensões para uma resposta coordenada e abrangente às pandemias.

MEDIDAS DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE

Na dimensão “Reorganização dos serviços e sistemas de saúde”, que compreende a identificação das necessidades de novos recursos em saúde (físicos, financeiros e força de trabalho) e reorganização dos fluxos assistenciais em função das necessidades locorregionais (OMS, 2021), foram identificadas as seguintes ações.

Criação do hospital de referência e do Centro de Reabilitação Pós-Covid-19 – Hospital Municipal Oceânico de Niterói

Inicialmente chamado Hospital Municipal Oceânico (HMON), foi a primeira unidade do Brasil exclusiva para o tratamento de pacientes com Covid-19. A Prefeitura de Niterói arrendou as instalações de um hospital privado desativado, com recursos próprios, pelo período de 12 meses, posteriormente ampliado. Foram realizadas obras de adequação para receber os primeiros pacientes que começaram a chegar em abril de 2020. O hospital tornou-se a principal referência de tratamento da rede pública, acolhendo pacientes de outras unidades hospitalares em função de sua melhor estrutura assistencial, o que contribuiu para o atendimento em tempo oportuno e a queda da mortalidade institucional na rede. Estudos de satisfação realizados pela organização social responsável pela gestão da unidade mostraram altos índices de satisfação dos usuários, variando de 98,5% em junho de 2020 a 100% em setembro do mesmo ano (Noronha; Lapa, 2021).

A partir de junho de 2020, com a abertura de mais 36 leitos, o hospital passou a operar com sua capacidade total – 136 leitos exclusivos para pacientes graves de Covid-19 (Niterói, 2020a). Em junho de 2021, o HMON contabilizava duas mil altas de pacientes recuperados (Niterói, 2021b). Relatos dos profissionais, gestores municipais e pacientes compuseram um livro que conta a história do HMON (Noronha; Lapa, 2021).

Em agosto de 2021, na estrutura do próprio hospital, foi inaugurado o Centro de Reabilitação Pós-Covid-19, referência no tratamento para toda a rede. O serviço foi instalado no térreo, em área isolada da internação, para garantia da segurança dos pacientes. No ano de 2022, com o arrefecimento das internações por Covid-19, a unidade passou por outra transformação do seu perfil assistencial para atendimento oncológico e demais cirurgias eletivas.

Elaboração de notas técnicas, fluxos e reorganização dos processos de trabalho para atendimento aos grupos prioritários

A Fundação Municipal de Saúde, a partir de junho de 2020, emitiu um conjunto de notas técnicas que, em linhas gerais, orientavam a manutenção ou retomada dos atendimentos, sobretudo na APS, além da necessidade de manter a dispensação de insumos (medicação, receitas, material para monitorização de glicemia etc.), muitas vezes, com prazos alargados para diminuir a frequência de exposição do usuário nas unidades de saúde. Foram elaboradas orientações nas seguintes áreas: Saúde dos Pacientes com Hipertensão e Diabetes (Niterói, 2020a); Saúde da Mulher (Niterói, 2020b); Saúde das Crianças e Adolescentes para Retorno às Atividades Escolares (Niterói, 2020c); Programa Saúde na Escola – Niterói aos Escolares, Profissionais da Educação e à Comunidade em Geral (Niterói, 2020d).

Um dos temas que ganhou grande importância, destacado na nota relativa à Saúde na Escola, se referiu às medidas para o retorno às aulas, com movimentos de idas e vindas quanto à modalidade presencial. De toda forma, desde maio de 2020, foi iniciada a oferta de plataformas digitais de aprendizagem para ensino remoto na rede pública.

Em relação à saúde da mulher, a nota era explícita quanto à manutenção do pré-natal, o que pode ter se refletido no número de consultas, que não sofreu diminuição expressiva durante a pandemia. De acordo com a análise do percentual de gestantes residentes na cidade, segundo faixa de consultas pré-natais realizadas, o grupo que recebeu sete ou mais consultas durante o período gestacional foi de 82% em 2019 e 80,7% em 2020 (Casotti; Almeida; Silvério, 2021).

Embora as atividades coletivas de planejamento reprodutivo tenham sido suspensas, a nota orientava quanto à disponibilização de métodos contraceptivos de forma segura e facilitada nas unidades de saúde. A suspensão das ações de rastreio do câncer de mama e de colo do útero, todavia, podem ter como efeito a realização de diagnósticos tardios, sendo esse um aspecto a ser acompanhado. Para os casos de violência contra a mulher, a nota era explícita quanto à manutenção do acesso irrestrito em todos os serviços de saúde e encaminhamentos para outros pontos da rede, bem como a relevância da notificação dos casos.

Assim, com base na série histórica de indicadores de cobertura populacional pela ESF, de acordo com os dados do sistema e-Gestor, a rede pública municipal de APS, incluindo as unidades básicas tradicionais e aquelas classificadas como PMF, indicou diminuição em torno de 15% da cobertura populacional no período entre março e dezembro de 2020 –, incidindo e penalizando parte crescente da população que, em face da crise sanitária e econômica, tem no SUS a única opção de acesso a cuidados em saúde. No mesmo sentido, ainda que a direcionalidade das ações não indicasse interrupções nos serviços essenciais de saúde, observou-se diminuição importante no número de consultas ambulatoriais prestadas por profissionais de nível superior na APS, na ordem de 66%, quando comparadas com os anos de 2019 e 2020 (Casotti; Almeida; Silvério, 2021b).

Um conjunto de ações relacionado às adaptações dos processos de trabalho na APS foi implementado, dentre os quais, destacaram-se o monitoramento virtual dos casos e suspeitos; atendimento remoto com teleconsulta, teleatendimento, telemonitoramento; adequação física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com sinalizações, triagem na entrada das unidades e redefinição de fluxo com separação e isolamento de áreas para atendimentos específicos (vacinação, testagem, atendimentos de síndromes gripais e atendimentos de rotina); adequação da gestão da agenda, com priorizações de busca ativa de gestantes e puérperas, de grupos prioritários; oferta de visitas peridomiciliares e suspensão das atividades em grupo; orientações para a população sobre etiqueta respiratória, isolamento social, uso de máscara e higienização das mãos; apoio aos mais vulneráveis com entrega de *kit* de limpeza e cesta básica. Também houve apoio direto das áreas técnicas e supervisão aos processos de educação permanente, elaboração e atualização constante de protocolos e de normas técnicas, envolvendo desde procedimentos de biossegurança à redefinição das recomendações para realização das visitas domiciliares e atividades coletivas. Foram necessárias estratégias de gestão da força de trabalho, com readaptação da rotina para profissionais idosos ou com comorbidades e equipes de odontologia alocadas no monitoramento de casos e contatos (Almeida; Casotti; Silvério, 2021b).

MEDIDAS SANITÁRIAS PARA CONTENÇÃO DA TRANSMISSÃO E AÇÕES DE COMUNICAÇÃO

Nessa dimensão estão incluídas iniciativas como as políticas de testagem, de rastreamento de contato, de incentivo a medidas não farmacológicas (isolamento, higiene e uso de proteção facial), vacinação, assim como os esforços para combater a desinformação e fortalecer a implementação de ações que ampliassem o envolvimento e capacidade de comunicação comunitária, por meio da disseminação de

orientações de saúde de alta qualidade com base nas melhores evidências científicas, com linguagem apropriada e acessível (OMS, 2021). Nessa dimensão, as seguintes estratégias foram identificadas.

Vigilância ambiental de SARS-CoV-2 em amostras de esgoto sanitário

Essa foi uma das iniciativas inovadoras de vigilância em saúde, iniciada em 5 de abril de 2020. O projeto consistiu na coleta semanal de amostras de esgoto em 12 pontos da cidade, como estações de tratamento, pontos de descarte de efluente hospitalar e rede coletora de diversos bairros. Tal abordagem ambiental, pioneira no país, auxiliou no combate à pandemia, permitindo o rastreamento espacial e alerta precoce em locais nos quais havia subnotificação de casos. Foi uma ferramenta importante para rastreamento de patógenos novos ou emergentes que permitia acompanhar a evolução da circulação viral nas diferentes regiões, sendo uma importante estratégia para definição de ações de vigilância (Fiocruz, 2021).

Uso de aplicativo para monitoramento epidemiológico e agendamento de teste para Covid-19

Dados de BemTV foi uma plataforma desenvolvida por pesquisadores, infectologistas e equipe de inteligência do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, em parceria com a Zoxx Smart Data, cedido a órgãos públicos. O aplicativo foi utilizado para realizar o agendamento do teste rápido para Covid-19 nos pontos de *drive-thru* do município. O aplicativo, ao ser utilizado pela população, alimentava o sistema com informações sobre sintomas e resultados da realização de testes rápidos, permitindo o monitoramento epidemiológico por meio de tecnologia de geolocalização, em tempo real, da evolução da epidemia (IDOR, 2022).

Comunicação Social na Covid-19

Niterói, desde o início da pandemia, implementou um conjunto de ações de comunicação lideradas pelo Executivo Municipal, mantidas mesmo após a mudança da gestão. A partir de janeiro de 2021, o principal tema passou a ser a campanha de vacinação contra a Covid-19, com a convocação intensiva da população e atualizações permanentes dos dados de cobertura.

Com o objetivo de informar a população sobre as iniciativas da Prefeitura no combate à Covid-19, ações de prevenção, calendário de vacinação e desafios pós-pandemia, foram produzidos vídeos e publicações em redes sociais (<https://www.facebook.com/rodrigonevesoficial/>, <https://www.facebook.com/axelsgrael>), *lives*,

carro de som, rádios comunitárias, ocupação de mobiliário urbano, publicação em jornais locais, educação em saúde nos territórios, divulgação de dados no Painel Covid, com atualizações diárias. Eventos culturais também foram associados à vacinação como estratégia de atração da população.

Somaram-se a essas iniciativas o uso de aplicativos como o Colab – ferramenta com diversos serviços *on-line* da Prefeitura: água e esgoto, iluminação, segurança, saúde, dentre outros – utilizados para agendar o horário de vacinação Covid-19, fornecer instruções sobre a segunda dose, além de conter seção de dúvidas frequentes. Na aba “Comunique-se”, havia notícias e campo para postagem de comentários (dúvidas, críticas, elogios etc.) com interação entre os usuários (<http://www.niteroi.rj.gov.br/tag/colab/>).

O sistema por mensagem de texto (SMS) da Defesa Civil da Prefeitura, utilizado para comunicação de alerta à população sobre eventos meteorológicos com possível risco, a partir de agosto de 2021, também começou a enviar alertas sobre a importância da segunda dose da vacina contra a Covid-19. A iniciativa fez parte de um conjunto de ações do Executivo Municipal para estimular a vacinação.

Jovens Comunicadores – BemTV

Iniciativas lideradas pela sociedade civil organizada também se somaram aos esforços de comunicação social. A BemTV é uma organização sem fins lucrativos que atua, desde 1992, com mídia e educação junto a adolescentes e jovens nos territórios populares de Niterói e São Gonçalo, com o desenvolvimento de formação e prestação de serviços audiovisuais e novas mídias. O Grupo de Jovens Comunicadores iniciou uma ação de comunicação popular voltada para as comunidades e favelas, a fim de fomentar o acesso a informações sobre direitos, saúde e prevenção da Covid-19, com o apoio de diversas organizações sociais, universidade pública e governo municipal. Em julho de 2020, a ação se expandiu atendendo 500 jovens de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí e Maricá, atuando em 40 comunidades, ao longo de três meses, formando uma rede de comunicação comunitária que alcançou mais de 128 mil pessoas (BemTv, 2021, 2021a).

Cobertura vacinação contra a Covid-19

Os indicadores mostraram que o município, em meados de agosto de 2021, havia alcançado cobertura com a segunda dose/dose única de 51,4% da população-alvo (a partir de 18 anos), com resultados superiores aos do Brasil (24,2%) e da capital do estado (32,85%) (Casotti; Almeida; Silvério, 2021). Em 26 de junho de 2022, 87,4% da população geral da cidade encontrava-se imunizada com a segunda

dose, coberturas superiores à média do estado do Rio de Janeiro (75%) (Rio de Janeiro, 2022).

Em relação à vacinação, o município dirigiu esforços à integração regional para pactuação de um calendário único entre municípios da Região Metropolitana II. Em momento inicial de incerteza quanto à disponibilização da vacina pelo governo federal, o município agregou-se a iniciativas consorciais para a aquisição de vacinas, via Frente Nacional dos Prefeitos, ainda que sem sucesso (Almeida; Casotti; Silvério, 2021a).

MEDIDAS SOCIOECONÔMICAS E DE APOIO ÀS PESSOAS MAIS VULNERÁVEIS

Nessa dimensão foram incluídas medidas socioeconômicas por meio de programa de transferência de renda, alívio de dívidas e aluguel, incentivo à manutenção de postos de trabalho. No caso de Niterói, muitas e variadas foram as iniciativas no campo do apoio socioeconômico a famílias e setores da economia formal e informal impactados diretamente pela pandemia, dentre as quais, se destacaram as seguintes.

Distribuição de cestas básicas – Decreto nº 13.590/2020 – 12 de maio de 2020

O decreto regulamentou o Benefício Emergencial de cestas básicas, instituído pela Lei nº 3.489/2020, elaborada no contexto do enfrentamento aos efeitos econômicos da Covid-19 (Niterói, 2020a).

O público-alvo foram famílias em situação de risco de desnutrição, informadas pelas equipes do PMF e outras UBS do município. Adicionalmente, foram incluídas aquelas que se encontravam em situação de risco social por desemprego, sem condições de suprir as necessidades básicas de alimentação, identificadas pelas unidades de atendimento da Assistência Social, especificamente os Centro de Referência da Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e unidades de acolhimento, pelas unidades escolares ou equipes da saúde.

Programa Busca Ativa – Lei nº 3.485 – 9 de abril de 2020

O Programa Busca Ativa foi instituído como medida para a mitigação dos impactos econômicos e sociais decorrentes da pandemia e beneficiou vendedores ambulantes, incluindo aqueles que trabalhavam nas praias e seus auxiliares, artesãos que

exerciam atividades fixas em feiras, trabalhadores da economia solidária como catadores, quiosqueiros, permissionários das bancas de jornais, pescadores artesanais e produtores agroecológicos urbanos (Niterói, 2020b).

Programa Renda Básica Temporária – Lei nº 3.480 – 31 de março de 2020

O município instituiu um Programa de Renda Básica Temporária para cidadãos inscritos no CadÚnico. O benefício foi estendido a famílias que tivessem pelo menos um filho matriculado nas escolas da rede pública de ensino, ainda que não pertencente ao CadÚnico (Niterói, 2020c).

Programa Taxi Amigo – Lei nº 3.486 – 9 de abril de 2020

Foi concedido auxílio emergencial aos permissionários do serviço de táxi e seus auxiliares, bem como aos prestadores de serviço de transporte escolar (Niterói, 2020d).

Auxílio para MEI – Lei nº 3.477 – 24 de março de 2020

Foi instituído auxílio financeiro temporário aos microempreendedores individuais afetados pela pandemia, ou seja, empresários individuais ou empreendedores que se enquadravam nos termos do Artigo 18-A da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 (Niterói, 2020e).

Programa Empresa-Cidadã – Lei nº 3.482 – 2 de abril de 2020

O programa teve como público-alvo empresas, entidades religiosas e organizações sindicais com até 19 empregados (primeira fase), até 40 (segunda fase) e até 49 funcionários (terceira fase) que tiveram suas atividades suspensas em virtude do período de isolamento social. Foram beneficiados com um salário mínimo até nove empregados, que recebiam até três salários mínimos (Niterói, 2020f).

Programa Supera Mais – Empresas – Lei nº 3.507 – 4 de junho de 2020

O Programa Supera Mais possibilitou a contratação de empresa operadora de crédito para gerir e administrar a concessão de empréstimos às microempresas e empresas de pequeno porte, assim classificados nos termos da Lei Complementar Federal nº 123, de 14 de dezembro de 2006, com faturamento inferior a R\$ 1 milhão, bem como profissionais autônomos e liberais (Niterói, 2020g).

Hotel para população em situação de rua

Em abril de 2020, o município arrendou dois hotéis, um no Centro da cidade e outro no bairro do Ingá, que chegaram a abrigar 150 pessoas vivendo em situação de rua. As pessoas tinham acesso a repouso, banho, higiene pessoal, alimentação, condições de realizar o isolamento social com segurança, além do acompanhamento por uma equipe multiprofissional, em parceria com o Consultório na Rua. Para ter acesso a uma vaga, após a abordagem nas ruas, os usuários passavam por atendimento social no Centro de Referência à População em Situação de Rua, o Centro Pop, responsável pela regulação da vaga de acolhimento (Folhanit, 2020). De acordo com a Prefeitura de Niterói, por meio da Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária, até julho de 2021, aproximadamente 1.150 pessoas foram acolhidas (Niterói, 2021c).

MEDIDAS DE CONTENÇÃO

Essas medidas relacionam-se à restrição de circulação de pessoas e isolamento social, tais como, fechamento de escolas e locais de trabalho, cancelamento de eventos públicos, restrição de aglomerações, restrições de circulação do transporte público e das pessoas, monitoramento do isolamento social, dentre outras (OMS, 2020).

A promulgação de medidas de contenção foram diversas, sobretudo em 2020, com a definição de parâmetros para isolamento e consecutivas atualizações, criação de barreiras sanitárias e restrição dos acessos ao município, suspensão das atividades em equipamentos públicos como museus, centros culturais, bicicletários, concursos públicos, interdição das praias e atividades comerciais não essenciais, além da criação de canais para denúncias de descumprimento das medidas, descritas em trabalhos anteriores (Conceição *et al.*, 2020).

Nesse trabalho, destacaram-se as atualizações do Plano de Retomada das Aulas Presenciais e o Plano de Transição para o Novo Normal, que continham as principais diretrizes para o ano de 2021.

Regulação das aulas do Sistema Municipal de Ensino de Niterói – Decreto nº 13.533, de 1º de abril de 2020, e atualizações

A Secretaria Municipal de Educação e a Fundação Municipal de Educação apresentaram, em janeiro de 2021, o plano de retomada para as aulas da rede municipal, que previa 202 dias letivos em dois possíveis cenários: um primeiro com aulas apenas no modelo remoto, de forma virtual, e outro com ensino híbrido, que incluiria também aulas presenciais. O plano previa o uso da plataforma de ensino *on-line* –

ConectEdu, capacitação dos professores, o aproveitamento do Portal Educacional com videoaulas produzidas por professores e pelo Canal Futura, cadernos de aprendizagens, dentre outras ações. Foi prevista compra de material, treinamento e formação de merendeiros, diretores, professores, profissionais de apoio, limpeza e sanitização dos espaços, além da distribuição de equipamentos de proteção individual (Niterói, 2020h; Niterói, 2021d).

A partir de abril de 2021, os alunos da educação infantil e ensino fundamental de parte das escolas iniciaram o retorno presencial no sistema híbrido, com garantia de protocolos de segurança estabelecidos pelo Plano de Retomada das Aulas, como o uso obrigatório de máscara, aferição de temperatura e o distanciamento entre as mesas e cadeiras (Niterói, 2021e).

Plano de Transição Gradual para o Novo Normal – Decreto nº 13.604 – 21 de maio de 2020

Em maio de 2020, a Prefeitura de Niterói anunciou seu Plano de Transição (Niterói, 2020i). Desde então, vários decretos foram regularmente publicados, atualizando as normas, conforme condições sanitárias.

A situação municipal era avaliada por 12 indicadores, consolidados em dois grandes grupos, com pesos na definição final – Propagação (velocidade do avanço, estágio da evolução, incidência de novos casos sobre a população e mortalidade), peso de 55%; – Capacidade de atendimento (capacidade de atendimento e mudança da capacidade de atendimento), peso de 45% (Niterói, 2020i; Niterói, 2021f). Os resultados da mensuração eram classificados, conforme o escore, em quatro sinais, correspondentes às cores Amarelo Situação de “Alerta”, Amarelo Situação de “Alerta Máximo”, Laranja Situação “Atenção Máxima”, Vermelho “Situação Grave” e Roxo Situação “Altíssimo Risco”, cores utilizadas para a aplicação, gradual e proporcional, de um conjunto de medidas destinadas à prevenção e ao enfrentamento da epidemia.

Desde outubro de 2021, a Prefeitura vem implementando o Programa Novo Normal (Niterói, 2021), que define etapas graduais, protocolos, método de monitoramento, comunicação e recomendações de medidas intersetoriais para melhor apoiar a população na transição do enfrentamento à epidemia.

O QUE PODEMOS APRENDER, A PARTIR DAS ESTRATÉGIAS PARA MITIGAÇÃO DOS EFEITOS DA COVID-19 – NITERÓI, RJ?

Coletivamente, foi construído amplo rol de conhecimento técnico-científico de resposta à pandemia nos mais variados aspectos – biomédicos, assistenciais, epidemi-

ológicos e sociais (Barral-Netto *et al.*, 2020), com graus variados de implementação nos países. Para 2021 e anos subsequentes, os esforços e capacidade de adaptação devem ser redobrados para conter a transmissão, reduzir a exposição, proteger os mais vulneráveis, aprimorar os mecanismos de comunicação e saúde e de combate à desinformação, reduzir a mortalidade e morbidade por todas as causas e acelerar o acesso equitativo aos bens relacionados à Covid-19, o que inclui vacinas, diagnósticos e tratamentos (OMS, 2021).

O tempo prolongado de enfrentamento da pandemia, em escala planetária, nos conduziu a uma produção profícua e acelerada de conhecimentos e soluções, nem sempre utilizados e implementados de forma consistente. Na construção dos planos de enfrentamento da Covid-19, a OMS (2021) elenca um conjunto de objetivos estratégicos para uma resposta abrangente e adaptável aos desafios colocados aos sistemas de saúde. Destacamos aqui que, sobretudo em países com alto gradiente de desigualdade social como o Brasil, à saúde se somam problemas estruturais, agravados em tempos mais recentes, para manutenção da proteção social que garanta condições de vida e subsistência do imenso contingente de populações vulnerabilizadas.

Os resultados deste e outros estudos mostram que o município de Niterói se destacou na implementação de um plano intersetorial para a contenção da infecção (com medidas severas de isolamento, individual e das fronteiras municipais) e na reorganização de serviços de saúde para a prestação de cuidados, sobretudo, aumento de leitos hospitalares (Silva Júnior *et al.*, 2020, Conceição *et al.*, 2020), que se somaram àquelas voltadas à mitigação dos efeitos socioeconômicos da Covid-19 sobre os grupos mais vulneráveis e à manutenção do dinamismo econômico local. Tais iniciativas, iniciadas desde os primeiros meses de detecção dos casos na cidade, tiveram continuidade, ao longo de 2021.

Em relação à reorganização dos serviços de saúde, ao contrário de muitos municípios brasileiros, Niterói não passou por situação de espera expressiva por leitos de enfermaria e UTI. Além disso, também na contramão de outras experiências, cujos investimentos foram direcionados a unidades provisórias (como hospitais de campanha), o agora Hospital Municipal Oceânico Gilson Cantarino encontra-se em novo processo de readequação do seu perfil assistencial para atender às novas e velhas demandas, como a necessidade de reabilitação pós-Covid-19 e abertura de vagas para cirurgias eletivas. Tal experiência pode ser um caso exitoso de planejamento estratégico e adequada utilização dos recursos na gestão pública.

Observa-se, desde junho de 2020, orientações para a continuidade dos atendimentos aos grupos prioritários, sobretudo na APS, com base nas notas técnicas. Ainda assim, indicadores de produção de serviços mostram importante queda no número de consultas de profissionais de nível superior na APS, o que pode ter

agravado o segmento de usuários com doenças crônicas. Estudo nacional indicou que, entre os meses iniciais da pandemia no país, em 2020, portadores de uma ou mais doença crônica não transmissível apresentaram maior adesão ao distanciamento social, procuraram mais o serviço de saúde, embora tenham tido maiores dificuldades para marcar uma consulta ou conseguir atendimento de saúde e medicamentos, ratificando dificuldades na utilização dos serviços de saúde durante a pandemia (Malta *et al.*, 2021).

Sobre as medidas sanitárias e de comunicação, desde o início da pandemia, foi implementado um conjunto de ações de comunicação lideradas pelo Executivo Municipal. Uma vez que a comunicação representou um dos pontos mais críticos de enfrentamento da Covid-19 no país (Melo; Cabral, 2020), e em tempo de perda de credibilidade das autoridades públicas, o município instituiu canais governamentais de comunicação direta com a população, pautado em forte discurso pró-vacinas e outras medidas para diminuição dos riscos de contaminação. Todas essas experiências e dispositivos, inclusive digitais, podem ser adaptados e adequados para aumentar a adesão da população a determinados cuidados em saúde, dentre os quais, as vacinas do calendário regular, cujas coberturas apresentam queda no país (Arroyo *et al.*, 2020) e no município (Casotti; Almeida; Silvério, 2021b).

Somaram-se aos esforços de atenção aos adolescentes e de comunicação parcerias estabelecidas no âmbito da sociedade civil, pelos princípios da comunicação popular em saúde por uma rede de instituições. O combate à desinformação e informações falsas por meio de estratégias que envolvam e capacitem as comunidades por meio de orientação em saúde de alta qualidade e divulgação da ciência deve ser parte dos planos de ação para enfrentamento da pandemia e outros problemas de saúde (OMS, 2021). Particularmente para adolescentes, público pouco frequente nas unidades de saúde, essa pode ser uma estratégia replicável e permanente de atuação, em parceria mais estreita com as equipes de APS.

No campo das medidas sanitárias, as ações de “Vigilância ambiental de SARS-CoV-2 em amostras de esgoto sanitário” constituem uma experiência inovadora, que complementa e potencializa as ações de vigilância em saúde e ambiental no monitoramento da dispersão viral nas diferentes regiões da cidade. A análise dos resultados das amostras pode oportunizar desde a identificação da presença do vírus onde não houve notificação prévia de casos, até a tomada de decisão sobre a necessidade de ampliação de testes ou reforço na comunicação de medidas preventivas. Para a população, o acesso aos dados disponibilizados no Painel Covid-19 é mais uma fonte de informação sobre o comportamento do cenário epidemiológico.

A testagem em massa, componente fundamental de prevenção e controle da Covid-19 (OPAS, 2021), também foi estratégia municipal prioritária, promovida de

forma contínua nos serviços de saúde municipais e apoiada por parcerias, testagens na modalidade *drive-thru*, além da disponibilização nos serviços de saúde.

As medidas socioeconômicas e de apoio aos grupos vulneráveis parecem ter se constituído o campo mais potente de atuação do Executivo Municipal e se relacionam diretamente às condições necessárias à adesão da população às medidas de contenção e sanitárias. Ações para a proteção da população de rua, garantia de segurança alimentar, proteção do trabalho informal, autônomos, micro e pequenos empresários e garantia de renda básica tiveram início junto com a pandemia. Ao contrário de outros programas de transferência de renda e auxílio emergencial que perderam fôlego, ao longo do tempo, as ações emergenciais permaneceram ativas em 2021. Como continuidade das medidas de mitigação dos efeitos financeiros e sociais da pandemia, em sucessão ao Programa Renda Básica Temporária, a Prefeitura de Niterói lançou, em 2022, a Moeda Social Arariboia, cujo auxílio financeiro busca mitigar vulnerabilidade social e movimentar o comércio local (Niterói, 2022).

Como limitações, ressalta-se que esse trabalho se apoia em documentos e peças de comunicação de acesso público. O cotejamento entre políticas/medidas/ações e indicadores de produção e de saúde podem apontar os desafios a serem enfrentados. Outro aspecto é a realização de estudos que incluam perspectivas de análise dos atores diretamente envolvidos – gestores, profissionais e usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mitigação dos efeitos da pandemia por meio de medidas que beneficiem o conjunto da população, exemplificadas no caso estudado, se mostraram necessárias e adequadas, e podem se configurar como uma nova perspectiva na concepção e implementação das políticas públicas – abrangentes, multissetoriais, integradas e com resgate do papel de autoridade sanitária a ser exercido pelos gestores públicos. Nessa perspectiva, um novo desenho de política pública pode ser um efeito indireto e desejável da catástrofe sanitária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>. Acesso em: 25 jun. 2022.

ALMEIDA, P. F.; CASOTTI, E.; SILVÉRIO, R. F. L. *Documento com análise da experiência do no município de Niterói/RJ, do estado do Rio de Janeiro, de organizações não governamentais, agências das Nações Unidas e / ou Universidades no uso da tecnologia digital em saúde*. Produto III. Niterói/RJ: OPAS, 2021b.

ALMEIDA, P. F.; CASOTTI, E.; SILVÉRIO, R.F.L. *Identificação de efeitos indiretos do COVID-19 nos serviços de saúde essenciais para neonatos, crianças, adolescentes e pessoa idosa no nível subnacional no Brasil - Fase 2*. Produto I. Niterói/RJ: OPAS, 2021a.

ARROYO, L. H. *et al.* Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015619>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BARRAL-NETTO, M. *et al.* (Org.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: EDUFBA, 2020. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hg5rg/pdf/barral-9786556302447.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

BEMTV. Começou o Jovens Comunicadores 2021. *BemTV: Jovens Comunicadores*. Niterói/RJ, 13 jul. 2021. Disponível em: <https://bemtv.org.br/jovens-comunicadores-2021/>. Acesso em: 26 jun. 2022.

BEMTV. Comunicação popular: um direito que garante outros direitos. *BemTV*. Niterói, RJ, 2021. Disponível em: <https://bemtv.org.br/>. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-gestor da Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica. *Cobertura da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=6Kqo0x5SK2sRNFPv403mTF0D>. Acesso em: 11 jun. 2022.

CASOTTI, E.; ALMEIDA, P. F.; SILVÉRIO, R. F. L. *Identificação de efeitos indiretos do COVID-19 nos serviços de saúde essenciais para neonatos, crianças, adolescentes e pessoa idosa no nível subnacional no Brasil - Fase 2*. Produto I. Niterói/RJ: OPAS, 2021a.

CASOTTI, E.; ALMEIDA, P. F.; SILVÉRIO, R. F. L. *Identificação de efeitos indiretos do COVID-19 nos serviços de saúde essenciais para neonatos, crianças, adolescentes e pessoa idosa no nível subnacional no Brasil - Fase 2*. Produto III. Niterói/RJ: OPAS, 2021b.

CONCEIÇÃO, M. R. *et al.* Covid-19: um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe4, p. 281-292, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E419>. Acesso em: 28 jun. 2022.

FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. suppl 2, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>. Acesso em: 25 jun. 2022.

FIOCRUZ. Escritório de gestão de projetos Niterói. Sistema de gestão de geoinformação da prefeitura de Niterói. Acompanhamento dos Casos de Coronavírus (COVID-19). Prefeitura municipal de Niterói. Coronavírus no esgoto. *Análise da presença de fragmentos SARS-CoV-2 em amostras de esgotos sanitários em Niterói/RJ*. Niterói/RJ: Fiocruz/EGP/SIGeo, 2021. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/305269f3cdd24839b263c5ab346e1aa7/page/Coronav%C3%ADrus-no-Esgoto/>. Acesso em 26 jun. 2022.

FOLHANIT. Hotel arrendado pela Prefeitura de Niterói começa a receber moradores de rua. *Folha de Niterói*, 04 abr. 2020. Disponível em: <https://www.folhanit.com.br/2020/04/04/hotel-arrendado-pela-prefeitura-de-niteroi-comeca-a-receber-moradores-de-rua/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 25 jun. 2022.

GRAEL, A. [Facebook Axel Grael Político]. Niterói, 15 jun. 2021. *Facebook*. Disponível em: <https://www.facebook.com/axelsgrael>. Acesso em: 25 jun. 2022.

HAINES, A. *et al.* National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *The Lancet*, New York, v. 395, n. 10231, p. 1173-1175, abr. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30735-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30735-2). Acesso em: 27 jun. 2022.

HALE, T. *et al.* Variation in Government Responses to COVID-19. *Blavatnik School of Government Working Paper, University of Oxford*, version 15, p. 1-126, june 2023. Disponível em: <https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2023-06/BSG-WP-2020-032-v15.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2023.

HALLAL, P. *et al.* SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *The Lancet Global Health*, New York, v. 8, n. 11, p. 1390-1398, nov. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016%2FS2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016%2FS2214-109X(20)30387-9). Acesso em: 28 jun. 2022.

IDOR. Instituto D'Or de pesquisa e ensino. Zoon smart data. *Dados do Bem. Vamos juntos combater a pandemia*. 2022. Disponível em: <https://dadosdobem.com.br/#aplicativo>. Acesso em: 26 jun. 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 07, p. 2833-2842, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00602021>. Acesso em: 28 jun. 2022.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 27 jun. 2022.

MELO, C.; CABRAL, S. Pandemics and communication: an experimental assessment. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 735-757, jul-ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200137>. Acesso em: 27 jun. 2022.

NEVES, R. B. *Facebook Rodrigo Neves Político*. Facebook, 2021. Disponível em: <https://www.facebook.com/rodrigonevesoficial>. Acesso em: 25 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). *Decreto nº 13.533, de 01 de abril de 2020*. Dispõe sobre a suspensão das aulas nas instituições educacionais que integram o sistema municipal de ensino de Niterói em razão da pandemia provocada pelo novo Coronavírus. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020h.

NITERÓI (RJ). *Decreto nº 13.590, de 12 de maio de 2020*. Regulamento o Benefício Emergencial de cestas básicas, instituída pela Lei nº 3.489/202, elaborada no contexto do enfrentamento aos efeitos econômicos do COVID-19. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020b.

NITERÓI (RJ). *Decreto nº 13.604, de 21 de maio de 2020*. Institui o Plano de Transição Gradual para o Novo Normal – Distanciamento Responsável para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Município de Niterói. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020i.

NITERÓI (RJ). *Decreto nº 14.141, de 15 de setembro de 2021*. Institui o Programa Novo Normal Niterói – definindo etapas graduais, protocolos, método de monitoramento, comunicação e recomendações de medidas intersetoriais para melhor apoiar a população na transição do enfrentamento à epidemia causada pelo Sars-CoV-2 (COVID-19) no âmbito do Município de Niterói. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2021j.

NITERÓI (RJ). Fundação Municipal de Saúde. Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família. *Nota técnica sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis: hipertensão arterial sistêmica e diabetes*. Documento de circulação interna. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 2020a.

NITERÓI (RJ). Fundação Municipal de Saúde. Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família. *Nota Técnica – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Documento de circulação interna. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 2020b.

NITERÓI (RJ). Fundação Municipal de Saúde. Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família. *Nota Técnica sobre as rotinas e recomendações da área técnica de saúde das crianças e adolescentes para retorno às atividades*. Documento de circulação interna. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 2020c.

NITERÓI (RJ). Fundação Municipal de Saúde. Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família. *Orientações do Programa Saúde na Escola - Niterói aos escolares, profissionais da educação e à comunidade em geral*. Documento de circulação interna. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 2020d.

NITERÓI (RJ). *Lei Ordinária nº 3.477, de 24 de março de 2020*. Dispõe sobre o auxílio financeiro temporário aos microempreendedores individuais em virtude da pandemia Covid-19. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020e.

NITERÓI (RJ). *Lei Ordinária nº 3.480, de 31 de março de 2020*. Dispõe sobre a criação de renda básica temporária para cidadãos do município de Niterói inscritos no CadÚnico. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020c.

NITERÓI (RJ). *Lei Ordinária nº 3.482, de 02 de abril de 2020*. Institui o Programa Empresa Cidadã de Niterói como medida para a mitigação dos impactos econômicos decorrentes da epidemia do Coronavírus Covid-19 no município de Niterói. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020f.

NITERÓI (RJ). *Lei Ordinária nº 3.485, de 09 de abril de 2020*. Institui o Programa Busca Ativa como medida para a mitigação dos impactos econômicos e sociais decorrentes da epidemia do Coronavírus (Covid-19) no município de Niterói. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020b.

NITERÓI (RJ). *Lei Ordinária nº 3.486, de 09 de abril de 2020*. Dispões sobre a concessão e auxílio emergencial aos permissionários do serviço de táxi e seus auxiliares, bem como aos prestadores de serviço de transporte escolar em virtude dos impactos sociais e econômicos da pandemia da Covid-19. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020d.

NITERÓI (RJ). *Lei Ordinária nº 3.507, de 04 de junho de 2020*. Cria o Programa Supera Mais no contexto das medidas para o enfrentamento econômico da epidemia da Covid-19, para possibilitar contratação de empresa operadora de crédito, para gerir e administrar a concessão de empréstimos a empresas no Município de Niterói. Niterói, RJ: Sistema de Leis Municipais, 2020g.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. Niterói sempre à frente. Hospital Municipal Oceânico alcança a marca de 2 mil altas de pacientes recuperados da Covid-19. *Notícias de última hora*, Niterói, 17 jun. 2021b. Disponível em: <http://www.niteroi.rj.gov.br/2021/06/17/hospital-municipal-oceanico-alcanca-a-marca-de-2-mil-altas-de-pacientes-recuperados-da-covid-19/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. Fundação Municipal de Saúde *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Niterói, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Municipal%20de%20Sa%c3%bade%202018-2021%20vers%c3%a3o%20final%20aprovado%20CMS%2020mar2018%20%20com%20altera%c3%a7%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. Fundação Municipal de Saúde. *Indicadores de monitoramento da Covid-19 – semana de 02 a 08/09/2021*. Niterói, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2021f. Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_banners&task=click&bid=61. Acesso em: 28 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. Niterói sempre à frente. *Hospital Oceânico abre novos leitos e chega a sua capacidade*. Niterói, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2020a Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=993:ocean-cap. Acesso em: 25 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. Niterói sempre à frente. Com arrendamento de hotel, Prefeitura já acolheu mais de mil pessoas em situação de vulnerabilidade durante a pandemia. *Notícias de última hora*, Niterói, 8 set. 2021d. Disponível em: <http://www.niteroi.rj.gov.br/2021/09/08/com-arrendamento-de-hotel-prefeitura-ja-acolheu-mais-de-mil-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 26 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. Niterói sempre à frente. Secretaria de Educação de Niterói apresenta plano de retomada para aulas da rede municipal. *Notícias de última hora*. Niterói, 29 jan. 2021d. Disponível em: <http://www.niteroi.rj.gov.br/2021/01/29/secretaria-de-educacao-de-niteroi-apresenta-plano-de-retomada-para-aulas-da-rede-municipal/>. Acesso em: 25/06/2022.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. Niterói sempre à frente. Notícias de última hora. Niterói inicia processo de retomada gradual das aulas presenciais. *Notícias de última hora*, Niterói, 27 abr. 2021e. Disponível em: <http://www.niteroi.rj.gov.br/2021/04/27/niteroi-inicia-processo-de-retomada-gradual-das-aulas-presenciais/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. Niterói sempre à frente. Moeda Social da Prefeitura de Niterói completa 500 mil transações. *Notícias de última hora*, Niterói, 12 maio 2022. Disponível em: <http://www.niteroi.rj.gov.br/2022/05/12/moeda-social-da-prefeitura-de-niteroi-completa-500-mil-transacoes/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). Prefeitura Municipal de Niterói. *Plano municipal de saúde participativo 2022-2025*. Niterói, RJ: Prefeitura de Niterói, 2021a. Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Participativo%20Saude%2003.05.2022_off4.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

NITERÓI (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Escritório de Gestão de Projetos-Nit. Sistema de Gestão de Geoinformação da Prefeitura de Niterói. Acompanhamento dos Casos de Coronavírus (COVID-19) Prefeitura Municipal de Niterói. *Painel principal. Painel de Acompanhamento COVID-19 - Prefeitura Municipal de Niterói*. Niterói: Prefeitura de Niterói, 2022. Disponível em: https://experience.arcgis.com/experience/305269f3cdd24839b263c5ab346e1aa7/page/page_2/. Acesso em: 26 jun. 2022.

NORONHA, P. H.; LAPA, R. Hospital Oceânico: uma trincheira contra a Covid 19. Niteroi, RJ: Eduff, 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *COVID-19 Strategic preparedness and response plan*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1335425/retrieve>. Acesso em: 27 jun. 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Primary health care – now more than ever: the world health report 2008*. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>. Acesso em: 28 jun. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Recomendações para estratégias nacionais de testagem para SARS-CoV-2 e capacidades diagnósticas*. Brasília: OPAS, 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54449/OPASWBAPHECOVID-19210043_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 jun. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde do Rio De Janeiro. Vacinação Covid-19. Painel Covid-19. *Vacinômetro Estado do RJ*. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde RJ, 2022. Disponível em: <https://vacinacaocovid19.saude.rj.gov.br/vacinometro>. Acesso em: 28 jun. 2022.

SILVA-JUNIOR, A. G. *et al.* A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. *APS em Revista*, Belo Horizonte, vol. 2, n. 2, p. 128-136, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.126>. Acesso em: 28 jun. 2022

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

Injunções da governamentalidade neoliberal na saúde: do gerencialismo à (bio)medicalização¹

Eduardo Alves Melo

Neste texto buscamos mapear e problematizar algumas conexões entre neoliberalismo e saúde. Inicialmente, cabe ressaltar que tem havido importante crescimento de estudos sobre o neoliberalismo, notadamente após a crise econômica de 2008 (particularmente forte no norte global). Nós nos apoiaremos, de modo especial, numa linhagem foucaultiana de formulações sobre o neoliberalismo, destacando-se Dardot e Laval, além do próprio Foucault (2008a; 2008b). É oportuno lembrar que, quando se aborda tal tema, cabe ter em mente a diferença entre o neoliberalismo como corrente de ideias e o neoliberalismo de governo, ou seja, momento em que as ideias neoliberais se tornaram diretrizes de governos.

O desenvolvimento do neoliberalismo como sistema de ideias ocorre desde os anos 1920-1930, podendo ser vinculado a múltiplos fatores, como novos autores que enriquecem suas formulações, diferenças de contexto histórico, relação com outros sistemas de ideias adversários e que também “evoluíram” (do socialismo nos anos 1920-1930 à social-democracia e Estado-providência). Alguns pensadores, nesse contexto, buscaram renovar o liberalismo econômico, superando o que se consideram falhas do pensamento liberal. Nesse sentido, o neoliberalismo conservará o livre mercado (como dimensão econômica fundamental do liberalismo), mas os intelectuais neoliberais vão criticar a ideia da não intervenção do Estado na economia (o *laissez-faire*), defendendo a necessidade de um Estado forte (inclusive, por meio de intervencionismo jurídico) como suporte para o mercado livre, por

¹ Texto produzido, a partir do projeto “A governamentalidade neoliberal e a saúde: implicações e alternativas”, desenvolvido com apoio do CNPq e sob supervisão de Pierre Saûvetre.

meio de uma ordem política e de instituições, porém, buscando limitar a democracia e “despolitizar” a economia, com a força desse estado também sendo vista em termos de capacidade de resistir às demandas e pressões da sociedade por políticas públicas (Dardot *et al.*, 2021).

É interessante ver como Foucault (2008a; 2008b), estudando as artes de governar, identificou, a partir do século XVI, um novo sentido do governar, baseado na razão de Estado, indo do governo das almas ao governo político. Ele então falará em governamentalidade, que, por sua vez, sofrerá mutações, tomando progressivamente a vida das populações como objeto, utilizando saberes econômicos e um conjunto de tecnologias de poder, não apenas disciplinares (agindo sobre o corpo individual), mas cada vez mais regulatórias (das populações), compondo o que ele virá denominar de biopolítica (poder sobre a vida da espécie, governada indiretamente por meio da condução de condutas, orientando o uso da liberdade), articulando-a ao neoliberalismo (Foucault, 2008a; 2008 b).

No que se refere a esses estudos de Foucault, que no fim dos anos 1970 reconheceu a mutação da governamentalidade liberal em direção à neoliberal, é oportuno também ressaltar, ainda que sinteticamente: as lógicas de limitação interna e externa no liberalismo; o neoliberalismo não como saída do Estado, mas como intervenção permanente do Estado (diferentemente do *laissez-faire*); economia independente da política (esfera independente), com política a serviço da economia; passagem da lógica da troca à lógica da concorrência; o direito como campo privilegiado de intervenção; mercado como lugar/regime de verificação; o cálculo econômico em todos os domínios, incluindo a perspectiva do capital humano e do empreendedor de si; o governo indireto da sociedade, usando a concorrência como mecanismo de produção da vida social (Foucault, 2008b).

O ideário neoliberal não teve muito espaço de materialização até meados do século passado, quando o keynesianismo e o *welfare state* tiveram importante destaque. O pensamento neoliberal, no entanto, torna-se modelo de governo, a partir dos anos 1970, em meio a um contexto de crises, bem depois, portanto, do seu nascimento como corrente ideológica. Simbolizados inicialmente pelos governos Thatcher, na Inglaterra e Reagan, nos Estados Unidos (como também no governo ditatorial Pinochet, no Chile), políticas e reformas neoliberais se espalham e são adotadas em diferentes países, inclusive, por meio de organismos econômicos internacionais. Desde então, foi progressivamente se tornando a racionalidade governamental hegemônica no mundo (sobretudo, ocidental), a forma atual do capitalismo, tendo na propriedade privada e na generalização da concorrência seus elementos centrais. De fato, as democracias liberais contemporâneas têm sido fortemente alteradas, a partir de influências marcantes do neoliberalismo nos campos social, político e econômico, com dominância acentuada do capital financeiro

especulativo, que se desloca progressivamente do processo de produção de bens e serviços, na esteira de um processo de globalização que amplifica a norma concorrencial e a vulnerabilidade dos estados nacionais, além de impactar salários, políticas e gastos públicos. Diante do poder dos grandes conglomerados na definição das regras econômicas, os Estados hoje atuam para adaptar-se ao mercado mundial e lhes servir de suporte, desmontando frequentemente as políticas de proteção social.

Considerando que no neoliberalismo não houve retirada do Estado, mas transformação da ação pública, Dardot e Laval (2016) consideram que o Estado foi modificado por fora (com privatizações) e por dentro (com sua transformação em Estado avaliador e regulador). Comparando o período fordista com o atual, eles consideram que

Em vez de economia de bem-estar, que dava ênfase à harmonia entre o progresso econômico e a distribuição equitativa de frutos do crescimento, a nova lógica vê as populações e os indivíduos sob o ângulo mais estreito de sua contribuição e seu custo na competição mundial (Dardot; Laval, 2016, p. 284).

Inclusive, substituindo, no campo do trabalho e da produção, a negociação sindical (com potencial suavização ou inclusão da oposição de classes) pelo contrato entre partes interessadas, *stakeholders*.

Na esteira da *new public management*, as reformas da administração pública, de base gerencialista, espriam-se, portanto, em diferentes países e em diferentes setores (industriais, serviços – incluindo a saúde –, dentre outros), a partir de significantes e instrumentos comuns, como competição, reengenharia organizacional, melhores práticas, desempenho, *benchmarking*, sem resistências suficientemente consistentes e fortes. Nos serviços públicos, portanto, ganha destaque um modelo concorrencial e empresarial, marcado pela razão instrumental utilitária, reduzindo os possíveis sentidos sociais da atuação das profissões e dos funcionários públicos ao interesse individual (com recompensa ou punição), informados por uma lógica contábil, em que o único princípio ou valor que tem lugar é o do agir orientado a resultados. Terreno fértil para o fortalecimento do discurso da meritocracia.

Nesse processo, as práticas de avaliação ganharam relevo, unindo ciência, expertise e razão, incidindo sobre políticas e agentes públicos, secundarizando modos mais democráticos e menos científicos de acompanhamento público. A avaliação e suas derivações (como a auditoria) compõem, nesse quadro, estratégias de controle dos funcionários, reduzindo sua autonomia, buscando fazer com que estes introjetem critérios de desempenho e qualidade (frequentemente acompa-

nhados de autovigilância e competição), embora não sejam desprezíveis o tempo, energia e recursos gastos em nome do controle. Destaca-se, ainda, o privilégio de representações numéricas e quantitativas da realidade, ignorando dimensões imponderáveis e, por vezes, intangíveis de determinadas práticas técnico-sociais, reduzidas ou ignoradas em virtude da necessidade de (hiper)objetivação, razão pela qual alguns falarão em uma “governança pelos números” (Supiot, 2015). Além disso, “A desconfiança como princípio e a vigilância avaliativa como método são os traços mais característicos da nova arte de governar os homens” (Dardot; Laval, 2016, p. 319). Nesse quadro, destacam-se, ainda, novas técnicas para além da disciplina (como a motivação), reconhecendo, por exemplo, o lugar do desejo para, no passo seguinte, instrumentalizá-lo. Esse processo, no entanto,

[...] acarreta efeitos perversos significativos, levando os serviços a concentrar-se excessivamente nos indicadores de desempenho, sem se preocupar com o conteúdo real de sua missão [...]. Essa fetichização do número conduz essa hiper-racionalização à fabricação de resultados que estão longe de traduzir as melhorias reais, tanto mais que os gerentes e seus subordinados são todos obrigados a entrar no jogo e contribuir para uma produção coletiva de números. Nada nos permite afirmar que a realidade coincide com a retórica gerencial e comercial (Dardot; Laval, 2016, p. 318).

Vê-se, nessa lógica, uma certa perda do sentido do serviço público, juntamente com a transformação do usuário em consumidor, do cidadão de direitos em contribuinte (ou consumidor) que merece retorno.

No que se refere ao mundo do trabalho, vale ainda lembrar que tem sido afetado, tanto pela precarização (diante dos desmontes dos mecanismos de proteção dos trabalhadores), quanto pela reestruturação produtiva, reduzindo postos de trabalho em alguns ramos de atividade (diante da transição tecnológica com sua automação associada) e produzindo novas configurações organizacionais (e da atuação profissional) em outros, sendo a “uberização” dos serviços um dos exemplos recentes (Pochmann, 2018). Tais fenômenos podem ser sentidos de modos diferentes no centro e na periferia do sistema mundo, diante das desigualdades entre tais espaços.

É importante ressaltar que o neoliberalismo tem sido compreendido por alguns autores não apenas em sua dimensão econômica ou ideológica, mas como racionalidade política (ou governamentalidade), penetrando cada vez mais em diferentes esferas da vida social, tornando-a uma vida capital (Pelbart, 2003), borrando os limites entre sociedade, Estado e mercado (Dardot; Laval, 2016). Além disso, diante de fenômenos recentes como o crescimento do autoritarismo, nacionalismo,

conservadorismo e “ultraliberalismo” em diferentes países, ao que se somam fortes desigualdades, têm sido evidenciadas agudamente as implicações do neoliberalismo para as crises da democracia, saturando o campo social com suas formas de neoliberalismo *mainstream*, conservador e progressista, dividindo sociedades internamente (Dardot *et al.*, 2021), ainda que, sob outras lentes, interprete-se tal processo como uma crise do neoliberalismo.

Essa breve caracterização do neoliberalismo, no entanto, considera a necessidade de mediações históricas e socioculturais em cada país e mesmo a possibilidade da sua coexistência com outros regimes, inclusive, pelas resistências que pode enfrentar. O próprio Foucault (2008a; 2008b) duvida da ideia da economia como único lugar de onde tudo deriva, bem como dos universais, o que não significa desconsiderar a força (des)estruturante do metadispositivo neoliberal e sua capacidade de se traduzir e operar por meio de múltiplas formas e estratégias.

EXPRESSÕES DO NEOLIBERALISMO NA SAÚDE: SINGULARIDADES E LINHAS DE FORÇA

Antes de adentrar no mundo da saúde diretamente, é importante problematizar o modo como podemos considerar a relação entre saúde e neoliberalismo. Dizendo de outra maneira, pode-se imaginar tal interface, por exemplo, de modos completamente opostos, a saber: o neoliberalismo determinando e se aplicando na saúde ou a saúde independente do neoliberalismo. De fato, não seria de se estranhar completamente que, como ideologia e racionalidade governamental dominante, que opera por meio de diferentes mecanismos, o neoliberalismo moldasse ou estruturasse a saúde. Tampouco seria impossível que se alegasse que, devido à sua complexidade e grau de especialização, a saúde seja algo diferente, à parte, inclusive, considerando a anterioridade da medicina em relação ao neoliberalismo e mesmo ao capitalismo. De certa forma, esse debate remete ao tema da causalidade, da determinação e até mesmo, sob alguns aspectos, do grande debate presente nas ciências sociais entre estrutura e ação ou ainda entre as dimensões micro e macro da vida social.²

Diante disso, parece-nos útil, aqui, lançarmos mão das características da modernidade e do conceito de campo como suporte inicial para pensar sobre as relações entre o neoliberalismo e a saúde. De um lado, desde Weber, tem sido apon-

² Ainda que não seja o único nesse debate, vale aqui o registro das formulações de Gidens (Domingues, 2008) com a sua teoria da estruturação, em que tal autor, de certa forma, busca realizar uma síntese de várias correntes sociológicas e da teoria social mais geral, embora o estruturalismo, parte do funcionalismo e das teorias da ação sejam suas principais bases.

tada a complexificação do mundo social, com a diferenciação das suas esferas e especialização, que é parte do processo de “racionalização” (adaptação de meios a fins) presente no desenvolvimento ocidental (Domingues, 2008). De outro, lembramos a noção de campo, atribuída a Bourdieu (Corcuff, 2001), como uma esfera da vida social autonomizada, ao longo do tempo, dotada de relações, recursos e conteúdos singulares que a diferenciam de outros campos, sendo internamente um campo de forças e de lutas entre seus agentes e estando em relação com outros campos, ambos dotados de diferentes tipos de capitais. Nesse caso,

Não se tem uma representação unidimensional do espaço social [...] – em que o conjunto da sociedade é pensado inicialmente em torno de uma visão econômica do capitalismo – mas sim uma representação pluridimensional – o espaço social é composto por uma pluralidade de campos autônomos, que definem cada um modo específico de dominação (Corcuff, p. 54-55, 2001).

Essas características, aqui, servem não para isolar a saúde, mas para fazer mediações e conexões considerando as suas singularidades, ainda que não necessariamente imutáveis e, inclusive, podendo ser fortemente influenciadas “desde fora”, lembrando também a noção bourdieusiana de *habitus* (interiorização do exterior, disposições). Sendo assim, não se pretende, aqui, pensar estritamente em termos de causas ou determinações. A ideia é, sobretudo, de pensar a relação neoliberalismo – saúde em termos de implicações, tensões, linhas de força, influências, condicionamentos e mesmo de coprodução, o que não quer dizer autonomia, nem determinação absolutas *a priori*.

Frise-se que a discussão sobre a relação da saúde com o “geral” não é nova no Brasil, esteve presente de modo importante, inclusive, em formulações sobre o desenvolvimento na metade do século passado (Escorel, 2015) e na conformação da saúde coletiva como um campo inspirado pelas ciências sociais desde os anos 1970 (Birman, 2005). Vale lembrar a obra de autores como Donnangelo (2011), de importância fundamental no pensamento social em saúde no Brasil, destacando seu estudo do mercado de trabalho e prática médica, evidenciando o processo de assalariamento médico (vinculado a políticas de saúde e emergência de empresas), articulando-se ao processo de acumulação capitalista. E também o estudo da Medicina considerando suas dimensões técnica e social articuladas, produzindo um processo de medicalização no trato de questões sociais (Donnangelo; Pereira, 2011). A relação da saúde com a ordem mais geral está ainda hoje presente, também em torno da determinação social da saúde (Almeida Filho, 2010), do complexo médico – industrial e financeiro da saúde (Vianna, 2002) –, bem como de pers-

pectivas que criticam os limites de um determinismo econômico – estruturalista na saúde coletiva (Campos, 1994; Merhy, 1997).

A saúde, portanto, é um campo, histórica e socialmente, construído. Considerando tal pressuposto, a abordaremos no contexto do mundo ocidental, a partir do século XX e no Brasil. O setor de saúde possui algumas características, dentre as quais, destacam-se a influência de elementos sociais, econômicos, culturais, subjetivos, orgânicos e epistemológicos no processo saúde-doença (Campos, 2003); o elevado nível de especialização e desenvolvimento tecnológico, com incorporação de novas tecnologias duras em geral, não anulando a continuidade da utilização daquelas previamente existentes (Merhy, 2002); as organizações de saúde complexas e marcadas por grande utilização de conhecimentos nos seus processos de trabalho, com grau relativo de autonomia dos seus profissionais (Mintzberg, 2003); o cuidado profissional em saúde, como uma das ações típicas e representativas da saúde, sendo operado, a partir de relações, dependendo, deste modo, de trabalho humano em ação, de práticas não apenas técnicas, mas também intersubjetivas (Merhy, 1997).

O setor de saúde tem forte presença não apenas na vida das pessoas, mas também na atividade econômica, com alta participação no PIB dos países (Figueiredo *et al.*, 2018), além de inflação setorial frequentemente superior à geral. Uma das grandes disputas nesse campo, influenciada também pela ideologia neoliberal, se dá entre o entendimento da saúde como um direito de cidadania (produzindo valores de uso) e a saúde como um bem de mercado (em que se produzem valores de troca), com a tradição dos sistemas públicos de proteção social em saúde nos países do *welfare state* se aproximando mais da primeira lógica, e o modelo estadunidense de saúde como exemplo paradigmático da segunda. Há, ainda, entendimentos da saúde como parte do desenvolvimento de uma nação (Gadelha; Temporão, 2018), que podem ser vistos como positivos para a saúde (facilitando seu avanço e de outras áreas) ou como instrumentalização (utilizando-a como meio), a depender da perspectiva. Os sistemas de saúde, notadamente os públicos, são compostos não apenas por serviços de saúde (uma dimensão evidente e fundamental), mas também por ações coletivas – visando à proteção, promoção e prevenção –, pela formação e desenvolvimento de profissionais, pelas suas bases de financiamento, pela gestão de tecnologias (insumos, medicamentos e equipamentos), dentre outras (Giovannella *et al.*, 2012).

A complexidade da saúde, assim, requer olhar atento a pelo menos quatro planos inter-relacionados, quais sejam o epistêmico (concepção de saúde); o político-social (definindo-a como mercadoria ou direito de cidadania); o governamental (no qual se localizam as políticas específicas do setor, bem como os seus processos organizacionais e de gestão); e o plano das práticas de saúde (produção do cuidado em

saúde). Procuraremos mapear algumas linhas de força do neoliberalismo na saúde, tendo em vista esses planos, assim como a dimensão internacional e nacional.

No âmbito internacional, merecem destaque, a partir das últimas décadas do século passado, com o avanço de políticas governamentais neoliberais (sob influência direta do ideário gerencialista³), diferentes reformas da proteção social e dos seus sistemas de saúde em particular, separando o financiamento e a macrogestão da provisão de serviços, incorporando dispositivos provenientes de outros campos e lógicas econômicas de mercado na organização e gestão do setor e de seus serviços (como a competição administrada e atenção gerenciada) e reduzindo o papel do Estado e direitos dos cidadãos em alguns casos (Almeida, 1999; Filippon et al., 2016; Amadeo, Andreazza, Reis, 2021). O exemplo do National Health Service (NHS) britânico é importante nesse sentido. Ali, não houve extinção ou completa privatização (no sentido clássico) do NHS pelos governos neoliberais, inclusive, pela forte resistência social a mudanças nesse sistema, que goza de grande apoio. No entanto, estratégias sofisticadas de mudança e “modernização” (sob a perspectiva da *new public management*) foram adotadas progressivamente, como uma arquitetura organizacional diferente (agregando novos tipos de organismos e atores), terceirização e adoção de contratos como forma ampla de relação entre organizações da saúde, introdução de lógicas de concorrência e avaliação, conformando um verdadeiro mercado interno. Ressalte-se ainda a importância cada vez maior do discurso da eficiência. Se o NHS não foi destruído, certamente foi modificado, reinventado por dentro, tendo no gerencialismo e na chamada nova gestão pública sua principal referência.

Aqui, nos parece oportuno trazer o entendimento de Chamayou (2020) e a sua noção de “micropolítica da privatização” (nutrindo-se das formulações de Pirie), segundo a qual, as reformas neoliberais no setor público não se dão necessariamente de modo abrupto (com suporte de estratégias repressivas) ou por meio da batalha de ideias. O autor, considerando que o capital sabe esperar e faz cálculos considerando gerações, ressalta a importância da “ação” – por meio da criação de novos mecanismos e dispositivos que pouco falam, mas operam progressivamente na implementação concreta e simbólica do ideário neoliberal, levando os indivíduos a entrarem em circuitos de decisão no curto prazo que viabilizam os propósitos neoliberais num prazo mais longo. Eis sua síntese da micropolítica neoliberal:

³ Adotamos, aqui, o entendimento do gerencialismo como uma das dimensões do neoliberalismo, operando como um importante “analisador” da interface neoliberalismo – saúde, no sentido de abertura de possibilidades de ver/falar e/ou de “revelação”, conforme proposto por Barembliet (2002).

1) a micropolítica neoliberal é uma arte, uma tecnologia política. 2) Seu objetivo: a privatização. 3) Seu objeto: as escolhas individuais, a serem reorientadas. 4) Seu principal meio: nem a persuasão pelos discursos nem a coerção pela força, mas uma engenharia social que reconfigura as situações de escolha por meio de mecanismos de incitação econômicos. 5) Seu artifício (que poderíamos batizar, em homenagem a Adam Smith, de “a manipulação invisível”): fazer com que micro escolhas individuais trabalhem involuntariamente para produzir no varejo uma ordem social que a maioria das pessoas talvez não tivesse escolhido se lhes fosse apresentada no atacado (Chamayou, 2020, p. 370).

Como exemplo, poderíamos colocar a mudança dos provedores de saúde para privados (para além de públicos), ambos financiados pelo Estado, sem necessariamente comprometer o acesso num primeiro momento, podendo suscitar reações diferentes nos usuários (menos resistência) daquelas provocadas nos trabalhadores. Ainda que consideremos que a micropolítica neoliberal pode operar por vários outros caminhos (inclusive, pela subjetivação calcada na noção de capital humano e de empreendedor de si, como abordamos adiante), esse entendimento pode ser útil para dar visibilidade à multiplicidade de estratégias e tempos do neoliberalismo, segundo o contexto (ali, eles se baseiam especialmente na experiência inglesa). Como Chamayou (2020) mesmo diz, ao privatizar a oferta, busca-se despolitizar a demanda (que antes se apresentaria especialmente como pressão sobre o Estado), com usuários e outros atores progressivamente se tornando consumidores e empreendedores.

Mudando de escala e dando um salto no tempo, é importante assinalar que a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a defender a chamada cobertura universal em saúde, diferentemente da noção de sistema público e universal, na medida em que adota pressupostos de algumas das reformas anteriormente indicadas (a provisão contratada de serviços, por exemplo) e prevê pacotes de cuidado universalizados, porém, com restrição de escopo de ações (com diferentes graus de seletividade) e possibilidade (não problematizada) de sua compra no mercado (Giovannella *et al.*, 2018). Um dos destaques, aqui, é a valorização de uma certa atenção primária (em boa parte desejada), contudo, sem a garantia da continuidade de cuidados, evidenciando (sem necessariamente explicitar) uma destinação de parte das ações de saúde para ser explorada pelo mercado.

Alguns autores vêm buscando configurar singularidades da reestruturação produtiva no setor de saúde, considerando não ser possível tomá-la, segundo descrições gerais de tal processo (especialmente em seu âmbito industrial). Nesse sentido, tem sido identificada na atenção gerenciada (formulada nos Estados Unidos

desde os anos 1970) uma importante estratégia do capital financeiro na saúde, disputado internamente com outros setores capitalistas interessados na saúde (como a medicina tecnológica e o complexo médico-industrial), e operando, a partir de uma arquitetura que prevê financiadores, administradores, prestadores (em competição) e usuários (como clientes-consumidores), movimentos que buscam subsumir microdecisões clínicas por meio de ações administrativas, visando à diminuição de custos e aumento de lucros (Merhy, 2002; Iriart, 2008).

Há ainda movimentos de financeirização da saúde em países que preveem acesso universal à saúde, evidenciado pela presença de seguradoras, com tendência à concentração (menos seguradoras cobrindo a população segura) e internacionalização delas. Essas seguradoras, cada vez mais estranhas ao setor saúde, têm parte significativa de seus lucros com investimento dos recursos segurados no mercado financeiro, além de eventualmente fazerem operações como fusões e abertura de capitais. Note-se que a presença das seguradoras é proporcional aos limites dos serviços públicos e da retaguarda do Estado para os usuários, configurando-se como oportunidade de negócios para o setor privado (Cordilha; Lavinas, 2018).

Por sua vez, merecem destaque, ainda, as novas estratégias do processo de medicalização⁴ que vêm sendo denunciadas desde meados do século passado (Illich, 1975), para além da farmacologização (ou dando a ela novas contornos), tornando-se cada vez mais evidentes mesmo em algumas perspectivas de promoção da saúde operadas, a partir da noção de risco e responsabilidade individual (Castiel; Guilan; Ferreira, 2010), incidindo também, a contar de novas tecnologias, sobre o próprio futuro das vidas, como biomedicalização (Zorzanelli; Ortega; Bezerra Júnior, 2014), num movimento sofisticado que investe não apenas no corpo biológico, mas na própria subjetividade (Iriart; Merhy, 2017).

Na esteira do neoliberalismo e da reestruturação produtiva, desamparado por leis trabalhistas e pela previdência social, cada trabalhador, como empreendedor e empreendimento, passa a ser seu próprio vendedor e/ou empregador, precisando investir em si mesmo, manter-se valorizado, desenvolver ótima performance, ter flexibilidade e aproveitar as crises (vistas como oportunidades). Nesse movimento, para obter autocontrole e ter imagem de sucesso, há de se ter um estilo de vida saudável, mesmo que isso implique em consumo de vitaminas, psicotrópicos, fórmulas de emagrecimento, fenômeno caracterizado por autores como uma medicalização da performance (Secco; Kovalski, 2021). Diante disso, não é difícil perceber que quadros de sofrimentos e problemas de saúde mental (uma demanda crescente na saúde), incluindo os suicídios, podem ser acentuados ou mesmo produzidos pela precarização do trabalho e das condições de vida, notadamente em

⁴ Genericamente considerada em termos da apreensão de questões sociais como sendo problemas médicos.

contextos de forte desigualdade. Isso pode se dar, vale lembrar, tanto com usuários/pacientes, quanto com trabalhadores de saúde.

Sem contar os novos desafios para a saúde que as tecnologias de informação e comunicação e a chamada inteligência artificial começam a indicar (no plano coletivo assim como na chamada medicina de precisão, por exemplo), com potenciais implicações na reestruturação produtiva da saúde e nas condições de trabalho, o que tende a se acelerar com a pandemia do novo coronavírus, em que se viabilizou, por exemplo, intenso desenvolvimento de ofertas de teleatendimento, por vezes, sob a forma de mercadoria impessoal e desterritorializada, embora ainda requerendo a interação profissional-usuário no seu funcionamento (sem uma substituição radical da mão de obra como tem se dado em outros setores produtivos) e a despeito da ampliação de acesso que possibilitou.

SUS E SAÚDE NO BRASIL EM FACE DO NEOLIBERALISMO

A saúde, como se pode ver, é um campo atravessado por interesses e disputas, não se tratando apenas de um lugar de técnicas. Após a Segunda Guerra Mundial, no âmbito do *welfare state*, notadamente em países europeus (com destaque, a Inglaterra), constituíram-se sistemas públicos e universais de saúde integrando a proteção social. A tradição desses sistemas públicos e universais foi uma das inspirações, no Brasil, para a formulação do SUS, no âmbito da redemocratização, e com protagonismo do movimento da reforma sanitária. O SUS, principal materialização desse movimento no plano institucional, criado na Constituição de 1988 e definindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, foi implantado, a partir da década de 1990, em conjuntura desfavorável a políticas universais (com adoção de agenda neoliberal no Estado brasileiro). O SUS tem um conjunto de avanços (em áreas como HIV/Aids, imunizações, saúde mental e atenção básica) que convive, paradoxalmente, com grandes limites e desafios (subfinanciamento, conformação de redes regionalizadas de atenção à saúde, relações público-privadas, gestão da força de trabalho, legitimidade social, dentre outros), comprometendo as possibilidades de concretizar, na prática, os princípios de universalidade, integralidade e equidade (Campos, 2007; Paim, 2008).

No cerne dessa situação está o fato de que o setor privado de saúde, que cobre entre 20%-25% da população, tem gastos (em números absolutos e relativos) superiores ao SUS (que cobre toda a população), num país de dimensões continentais, diverso e desigual, organizado como uma federação tripartite com alto grau de descentralização da saúde. Esse fato resulta, dentre outras razões, de incentivos e subsídios do Estado brasileiro ao setor privado de saúde antes e após o SUS (Menicucci, 2007). A tudo isso se somou, nos últimos anos, uma crise política, eco-

nômica e social,⁵ em meio à qual o SUS teve seu orçamento congelado por 20 anos por meio de uma emenda constitucional (um exemplo flagrante de constitucionalização da austeridade fiscal), com previsões para as condições de vida e saúde da população cada vez mais negativas (Rasella *et al.*, 2018). Tal processo se deu juntamente com uma agenda vigorosa tendo como alvos iniciais o trabalho, a previdência social e as riquezas do país, com uma perspectiva preocupante de mudança radical nas instituições, nas leis e direitos, nas políticas governamentais e na sociedade, que tem evidenciado ainda mais os condicionamentos e relações que o projeto do SUS tem com a noção de democracia, cidadania e justiça social, nos fazendo lembrar a vinculação histórica entre democracia e saúde no movimento da reforma sanitária (Oliveira, 1987; Gershman, 1995; Dantas, 2017).

Cabe assinalar, entretanto, dois elementos problemáticos adicionais, do SUS e da saúde, situados antes da atual crise. O primeiro deles diz respeito aos limites (em que pesem os avanços) da ação dos governos no SUS (mesmo os progressistas comprometidos com esse sistema), seja no grau de enfrentamento do setor privado (de serviços e tecnologias) e seus *lobbies* (inclusive, nos processos legislativos e eleitorais), seja no processo de democratização da gestão (internamente e junto à sociedade, para além da existência das instâncias formais de controle social), seja nos modelos e tecnologias de gestão utilizadas (diante das restrições orçamentárias, das pressões por eficiência e da cultura política). Alguns autores (Campos, 2007; Paim, 2008; Fleury, 2009), já há algum tempo, também têm criticado uma certa institucionalização do movimento sanitário, capturando-se pelo espaço e lógica governamental de atuação, quando não pela utilização instrumental da saúde para outros fins, como os político-eleitorais.

O segundo elemento diz respeito à visão geral que a sociedade tem sobre o SUS, atravessada por uma construção política e simbólica de que o público-estatal (incluindo o SUS) é pior que o privado, por um lado, e de outro, pelas experiências das pessoas no encontro com suas condições materiais de funcionamento concre-

⁵ Desde o ano de 2013, o Brasil vem passando por uma situação de crise com componentes políticos, econômicos e sociais, destacando-se o recrudescimento de forças políticas de extrema direita, a diminuição do crescimento econômico e adoção de políticas de austeridade fiscal, o esgarçamento das relações sociais, ressaltando afetos políticos como indiferença, ressentimento, medo e ódio e novos métodos políticos (com destaque para o ambiente virtual da internet), além de conservadorismo. A conjuntura tem sido interpretada, por alguns autores, à luz da história colonizada e escravocrata do país (Souza, 2019), além de considerada nas suas conexões com disputas de hegemonia geopolítica num sistema de mundo com centro e periferia (Fiori, 2018). Esse período, notadamente, a partir de 2015, tem sido marcado por alta taxa de desemprego, piora nas condições de vida e retrocessos em políticas de proteção social. Alguns autores (Lessa, 2021) dirão que, diferentemente dos autoritarismos tradicionais, o que ocorre no Brasil nos últimos anos não é a totalização no Estado, mas uma expulsão da sociedade do Estado, em nome de um estado de natureza, uma sociedade entregue a si mesma, com armas, não regida por interesses comuns.

to, nas quais o acesso a alguns tipos de ações e serviços (sobretudo, hospitalares e especializados) ainda é difícil, e as práticas de cuidado exercidas – quando se tem acesso – são, por vezes, informadas por relações autoritárias, com baixa escuta e responsabilização (em que pesem avanços existentes), relacionadas às condições de trabalho, à formação profissional, ao poder médico-profissional e ao tipo de cidadania inferior efetivamente imputada aos usuários do SUS.

Desde a década de 1990, a gestão pública no Brasil tem sido alvo de críticas e disputas, destacando-se a noção de eficiência e o papel do Estado (e consequentemente do mercado), ora caminhando para a privatização clássica, ora buscando privatizar o Estado por dentro, de forma mais sutil, modulando seu funcionamento, a partir de lógicas e dispositivos empresariais, da sua governança, com aportes de teorias organizacionais (Spinelli; Arakaki; Federico, 2019). No campo da saúde, caracterizado por notável especialização, complexidade e peso econômico, esse processo pode afetar o desenho das políticas do setor, os processos de gestão em saúde e as práticas de cuidado, bem como o direito à saúde na prática, mesmo que siga existindo o direito formal na Constituição.

A pandemia provocada pelo novo coronavírus, por sua vez, recolocou a importância da saúde na agenda de vários países, inclusive, pelo seu potencial de revelar a dependência e fragilidade de várias nações em termos de tecnologias de saúde, gerada pela desindustrialização e fragmentação das cadeias de produção, com a saúde podendo se beneficiar provisoriamente dessa espécie de “momento keynesiano” gerado pela crise e que foi adotado em alguns países. Também tem evidenciado uma espécie de nacionalismo competitivo (Dardot; Laval, 2020) em torno da disponibilidade de vacinas, em boa parte, responsável pela enorme desigualdade entre países no que tange à imunização, notadamente os mais pobres.

No Brasil, apesar dos problemas crônicos do SUS e a antiagenda nacional de enfrentamento da pandemia, o SUS ganhou mais reconhecimento social na pandemia, inclusive, da classe média e grande imprensa. Ficou evidente que os planos de saúde não possuem inteligência sanitária, nem disposição para atuar como um sistema, tampouco compromisso com a saúde e vida sequer dos segurados, tamanha sua capacidade de criar barreiras até no acesso a testes diagnósticos de Covid-19, ao mesmo tempo em que aumentaram sua lucratividade (Souza, 2021). Por outro lado, o caráter federativo do Brasil, que ainda é um desafio para a constituição de efetivas redes regionalizadas de saúde, por exemplo, mostrou-se protetor da população, na medida em que a autonomia relativa dos entes federados que fazem a gestão do SUS possibilitou a adoção de medidas de enfrentamento da pandemia, a despeito do que Fleury (2020) definiu como “federalismo de confrontação”, provocado pela esfera nacional. Frisamos ainda que parte do reconhecimento social do SUS teve como referente os trabalhadores de saúde, tendo ficado claro que, se

não fosse o SUS, o impacto da pandemia no Brasil teria sido ainda mais nefasto do que já foi. A experiência de vulnerabilidade coletiva e compartilhada representada pela pandemia, com suas dimensões concretas e simbólicas, pode ser uma chave explicativa de tal processo.

Não sabemos até que ponto esse importante aumento do apoio social ao SUS, jamais visto em outro momento da sua trajetória de construção, terá continuidade e será acompanhado do enfrentamento de velhos problemas e da produção de novos avanços nesse sistema, o que efetivamente passaria também (embora não só) pela revisão e aumento das bases de financiamento público da saúde. Até o momento, podemos perceber uma certa adesão de diferentes atores políticos à ideia de fortalecimento do complexo produtivo da saúde no âmbito nacional (em função do déficit de insumos, equipamentos e da necessidade de incrementar a capacidade de produção de vacinas). De todo modo, parece estarmos diante de uma oportunidade histórica de afirmação da saúde como direito e do SUS como política pública democrática, uma política do comum, calcada em valores de solidariedade e de proteção da vida de todos e de cada um. O SUS como um *locus*, neste momento histórico de resistência ao ideário neoliberal, de afirmação do público e de renovação da (luta pela) democracia no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de seu potencial avassalador, é muito importante lembrar que o neoliberalismo não é, necessariamente, a realidade total de um país com predomínio capitalista/neoliberal, nem do mundo, estando sujeito, portanto, a mediações históricas, contextuais e socioculturais. Suas influências na saúde, por sua vez, são moduladas pela complexificação do mundo social, incidindo nesse campo por meio de linhas de força, fenômenos e mecanismos como o gerencialismo (e dentro dele as lógicas de macro e microprivatização) e a medicalização (sobre os modos e formas de vida), operando traduções singulares, a partir da racionalidade e dos dispositivos mais gerais, em composição com as especificidades da área. A pandemia do novo coronavírus, como fato sociossanitário, operou como um dispositivo analisador da ordem social vigente, incluindo, no caso brasileiro, as fragilidades do país e da proteção social (em saúde), a despeito do novo fôlego que o SUS, remando contra a maré desde a sua criação e, de modo especial, nos últimos anos, ganhou com o maior reconhecimento social nesse contexto. Nesse quadro, a saúde apresenta-se ao mesmo tempo como espaço de incidência, mas também de potencial resistência ao dispositivo neoliberal, afirmando a solidariedade em detrimento da indiferença meritocrática.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação social da saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- AMADEO, J.; ANDREAZZA, R.; REIS, A. A. C. Sistema Nacional de Saúde britânico: trajetória de reformas, 1990-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p.1-12, 2021.
- BAREMBLIT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
- BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 15, n. supl., p. 11-16, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, abr. 2007.
- CAMPOS, G. W. S. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CASTIEL, L. D.; GUILAN, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- CHAMAYOU, G. *A sociedade ingovernável: uma genealogia do liberalismo autoritário*. São Paulo: Ubu Editora, 2020.
- CORDILHA, A. C.; LAVINAS, L. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2147-2158, jul. 2018.
- CORCUFF, P. *As novas sociologias: construções da realidade social*. Caxias do Sul: EDUSC, 2001.
- DANTAS, A. V. *Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DARDOT, P.; LAVAL, C. Dardot e Laval: a prova política da pandemia, *Blog Boi Tempo*, São Paulo, 26 mar. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/26/dardot-e-laval-a-prova-politica-da-pandemia/>. Acesso em: 09 nov.2022.

DARDOT, P. *et al. Le choix de la guerre civile: une autre histoire du néolibéralisme*. Montreal: Lux Editeur, 2021.

DOMINGUES, J. M. *Teorias Sociológicas no século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

DONNANGELO, M. C. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Hucitec, 2011.

DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Hucitec, 2011.

ESCOREL, S. Mário Magalhães: desenvolvimento é saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2453-2460, ago. 2015.

FIGUEIREDO, J. O. *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 2, p. 37-47, out. 2018.

FILIPPON, J. *et al.* A liberalização do serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-15, 2016.

FIORI, J. L. C. Geopolítica internacional: a nova estratégia imperial dos Estados Unidos. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 10-17, nov. 2018.

FLEURY, S. Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro, *Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz*, Rio de Janeiro, 19 maio 2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>. Acesso em: 07 nov. 2022.

FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORAO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico - Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, jun. 2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Sistemas de salud em Suramérica: desafios para la universalidad da integralidad y la equidade*/Instituto Suramericano de Gobierno em Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IRIART, C. *A atenção gerenciada: seu papel na reforma dos sistemas de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 21, n. 63, p. 1005-1016, out./dez. 2017.

LESSA, R. Homo Bolsonaro. *Revista Serrote*, São Paulo, edição especial, p. 1-148, jul. 2021. Disponível em: <https://www.revistaserrote.com.br/wp-content/uploads/2020/07/serrote-especial-em-quarentena.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2022.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes*. São Paulo: Atlas, 2003.

OLIVEIRA, J. Reformas e Reformismo: democracia progressiva e políticas sociais (ou para uma teoria política da reforma sanitária). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 360-387, dez.1987.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PELBART, P. P. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

POCHMANN, M. Desestabilização do trabalho. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 67-77, nov. 2018.

RASELLA, D. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *Plos Medicine*, Califórnia, v 15, n. 5, p. 1-20, maio 2018.

SECCO, A. C.; KOVALESKI, D. F. Do empreendedor de si mesmo à medicalização da performance: reflexões sobre a flexibilização no mundo do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1911-1918, maio 2021.

SOUZA, J. *A elite do atraso*. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2019.

SOUZA, D. O. Pandemia da covid-19: mediação para entender a espiral economia-saúde. *Caderno CRH*, Salvador, v. 34, p. 1-11, 2021.

SPINELLI, H.; ARAKAKI, J.; FEDERICO, L. Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

SUPIOT, A. *La gouvernance par les nombres*. Paris: Fayard, 2015.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014.

Uso de tecnologias de acesso remoto na atenção básica: o caso do programa Atende em Casa em Recife, PE

Beatriz Camargo Belato

Túlio Batista Franco

INTRODUÇÃO

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou se estar diante de uma pandemia de coronavírus. O primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil se deu um pouco antes, em 26 de fevereiro do mesmo ano, apenas dois meses após o alerta na China, sendo os estados de São Paulo e Rio de Janeiro os primeiros a declarar presença de transmissão comunitária (Brasil, 2020).

Uma série de medidas globais precisaram ser tomadas para conter o avanço do vírus, havendo ainda insuficiente conhecimento sobre a infecção, a alta velocidade de disseminação e aumento crescente do número de mortos, sendo especialmente letal para populações vulneráveis (Werneck; Carvalho, 2020).

Diversos países enfrentavam incertezas quanto às melhores estratégias de ação ante a epidemia, ao mesmo tempo em que se estava diante da possibilidade de superlotação dos sistemas de saúde e subsequente colapso sanitário.

Para além do tratamento com viés individualizado ao paciente, o enfrentamento de uma pandemia requer investimento nos modelos de atenção que visam à comunidade, por meio de uma abordagem populacional. A Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) potencialmente está inserida no território, reconhece suas vulnerabilidades e atua em aspectos de vigilância em saúde, sendo crucial no controle de contágio de uma população (Giovannella *et al.*, 2021).

Sendo assim, dentre os setores mais afetados pela pandemia e que mais precisavam de novas articulações no Brasil, estava o setor de APS. A atuação territorial precisava ser fortalecida, com acompanhamento da população, adequação e proteção dos profissionais, mudanças operacionais, apoio logístico e outros, segundo Medina *et al.* (2020):

A atuação da APS [na pandemia] pode ser sistematizada em quatro eixos: (i) vigilância em saúde nos territórios; (ii) atenção aos usuários com COVID-19; (iii) suporte social a grupos vulneráveis; e (iv) continuidade das ações próprias da APS. [...]

Visando a bloquear e reduzir o risco de expansão, a APS deve estar envolvida no gerenciamento de risco da epidemia, atuando de forma articulada com a vigilância em saúde dos municípios, estabelecendo fluxos de informação, em uma via de mão dupla, para aprimorar a qualidade das ações (Medina *et al.*, 2020. p. 2).

O contexto exigiu uma mudança nos modelos tradicionais de atendimento, visando auxiliar à população e, ao mesmo tempo, reduzir a alta concentração de usuários buscando atendimento nas unidades. A redução da circulação de pessoas em estabelecimentos de saúde era fundamental para além da sobrecarga pontual do sistema, pois permitia uma redução no risco de contaminação e propagação da doença.

Com isso, utilizou-se de forma mais intensiva inovações tecnológicas de acompanhamento, reduzindo a demanda de atendimento presencial sem deixar a população carente de auxílio e monitoramento profissional. A tele saúde se mostrou fundamental para atender à nova demanda de pacientes infectados pelo vírus e proteger pessoas do grupo de risco, que, embora não infectadas, não poderiam comparecer aos atendimentos, devido às orientações de isolamento social (Caetano *et al.*, 2020).

É importante destacar que, anteriormente à pandemia, a telemedicina se encontrava em um cenário incerto no país. Em 2002, por meio da Resolução nº 1.643/2002, do Conselho Federal de Medicina (CFM), a telemedicina foi parcialmente regularizada – definiu-se o termo e se estabeleceu que seus serviços deveriam seguir as normas técnicas do CFM. Porém, a resolução não previa diversos serviços a serem utilizados, dentre eles, a teleconsulta, o telediagnóstico e outros.

Uma nova resolução de 2018 (Resolução nº 2.227/2018) ampliava as definições da telemedicina, além de completar as lacunas da resolução de 2002. Porém, em março de 2019, a resolução foi revogada devido a vários pedidos de alteração, op-

tando-se por mais tempo para sua reavaliação. Sendo assim, retornou-se à resolução anterior, já desatualizada para a situação tecnológica existente (Silva; Santos, 2021).

Em 19 de março de 2020, o CFM apresentou o Ofício nº 1.756/2020, que reconheceu a possibilidade e eticidade da telemedicina em caráter de excepcionalidade e enquanto durasse a pandemia de Covid-19. Além disso, definiu os termos teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta.

6. Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento; 7. Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença. 8. Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico (Conselho Federal de Medicina, 2020, p.3).

Diante do contexto de Covid-19, foi promulgada a Lei nº 13.989, em abril de 2020, responsável por regular a telemedicina no país, sendo a lei que é atualmente vigente e que permite o uso da telemedicina em caráter emergencial e enquanto durar a pandemia.

Diversas tecnologias passaram a surgir visando ao auxílio das equipes de saúde e da população. Foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o App Coronavírus, com objetivo de orientar quanto à prevenção, coletar dados do usuário possivelmente infectado e indicar encaminhamento clínico quando necessário (Celuppi *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a discussão sobre aplicações do telessaúde deveria se expandir para além do período pandêmico. A análise de experiências brasileiras exitosas é fundamental e possibilita a construção de futuras plataformas que permitam a continuidade desse novo processo tecnológico. Além de iniciativas no âmbito nacional, destacam-se no período pandêmico diversas iniciativas estaduais e municipais.

Este capítulo pretende discutir o uso intensivo de tecnologias de informação para acesso remoto entre trabalhadores de saúde e usuários no contexto da pandemia de Covid-19, e seu impacto no processo de trabalho e cuidado, tomando como caso o Programa Atende em Casa de Recife, PE, que foi lançado em 26 de março de 2020 na cidade de Recife, de acordo com o Manual de Teleassistência Atende em Casa (Fragoso *et al.*, 2020), e continua em operação ininterrupta desde então. Tomamos para estudo o funcionamento do programa nos anos mais agudos da pandemia, 2020 e 2021. O programa foi implantado com a particularidade de ter sido desenvolvido, a partir de uma parceria entre o governo de Pernambuco e a Prefeitura de Recife, e permite que médicos, enfermeiros ou residentes-médicos

façam videochamadas e orientações aos usuários (idem, ibidem). Sendo 100% público e operado pela Secretaria de Saúde de Recife, realizou um importante papel no acesso e cuidado às pessoas durante a pandemia, contando com uma grande adesão da população, o que indica, para além da relevância, o acerto das soluções encontradas quanto à interoperabilidade do sistema.

Pretende-se, assim, discutir os aspectos técnicos do programa, bem como seu impacto nas práticas de cuidado, reconhecendo o grande valor da teleassistência e seu caráter não substitutivo à atenção presencial à saúde.

PROCESSO DE TRABALHO E TELECUIDADO

O cuidado em saúde tem como base o encontro entre trabalhador e usuário. Esse encontro é mediado por diferentes tipos de tecnologias de trabalho, sendo importante se discutir as tipificações tecnológicas para melhor compreender a micropolítica do cotidiano em saúde e de que forma se aplicam os processos de trabalho vigentes. De acordo com Merhy (2002), as tecnologias de trabalho em saúde podem ser divididas em três tipos: tecnologias duras, tecnologias leves e tecnologias leves-duras.

As tecnologias duras são representadas pela maquinaria, protocolos e instrumentos já previamente pensados e organizados, sendo, portanto, uma tecnologia já estruturada. As tecnologias leves são as tecnologias das relações, sendo fundamentais no cuidado em saúde e formadas pelas intersecções entre o trabalhador de saúde e o usuário, e entre a própria equipe de saúde (Franco; Merhy, 2013).

Entendendo o conceito de tecnologias duras e tecnologias leves, é possível que se definam as tecnologias leves-duras, que consistem no conhecimento técnico. Por ser técnico, esse conhecimento pode ser considerado como algo estruturado e protocolado, porém, ainda possui uma parte leve em sua composição, como a liberdade de cada trabalhador aplicá-lo de seu modo na prática diária (Franco; Merhy, 2013).

As tecnologias de trabalho auxiliam no entendimento da micropolítica do cotidiano e das relações de trabalho vigentes. A forma como essas relações são dadas é fundamental para o processo de acolhimento e resolução dos problemas do usuário. Para que ocorra uma real mudança no sistema de saúde, torna-se necessário se sobressair a tecnologia leve sobre as outras duas formas, se reestruturando o processo de trabalho em saúde de forma a ter como foco a escuta e compreensão do usuário, a partir da visão deste como um ser dotado de complexidade e subjetividade.

Em todo trabalho os três tipos vão estar presentes. Mas Merhy (2002) alerta que as relações são o aspecto mais relevante, pois é por meio delas que é possível

estabelecer vínculo, fazer a escuta, obter a narrativa do usuário e especialmente pactuar um projeto terapêutico com continuidade do cuidado. Então, o maior desafio no processo de cuidado é, no uso das tecnologias, ter na centralidade do processo de trabalho a relação que se estabelece no encontro.

Outras duas questões são importantes considerar quando analisamos o processo de trabalho. A primeira que ele se dá também, a partir da implicação do trabalhador com a necessidade de saúde do usuário, ou seja, seu compromisso e até cumplicidade em resolver o problema. A segunda diz respeito às subjetividades que atravessam esse encontro e vão expressar os desejos, expectativas, formas específicas de significar as pessoas e o trabalho em saúde, e que estão inseridos no cenário das práticas clínicas e de cuidado.

Outro aspecto relevante é o fato de que o processo de trabalho em saúde é composto por um equilíbrio entre o trabalho vivo, que é o trabalho no seu exato momento de produção/criação e o trabalho morto, que se expressa nas máquinas e instrumentos, sendo esse equilíbrio dado muitas vezes pela preponderância de um sobre o outro. A relação entre o trabalho vivo e o trabalho morto constitui a composição técnica do trabalho. Dentro desse contexto, as redes de saúde constituem um espaço intercessor, ou seja, um campo comum entre o usuário e o trabalhador produtor do ato, onde ocorre um encontro de necessidades (Franco; Merhy, 2013).

Importante enfatizar que o trabalho morto consiste no trabalho prévio, já realizado e aplicado de forma a construir os instrumentos que serão utilizados no processo de trabalho. Em situações de predomínio do trabalho morto, tem-se um processo de trabalho guiado e comandado pela realização de procedimentos, exames e utilização de medicamentos, estabelecendo uma relação de domínio instrumental do atendimento em saúde ao usuário da rede, em detrimento das relações.

O trabalho vivo consiste no trabalho em ato, moldado durante o próprio processo de produção e criação, sendo, portanto, no qual é possível haver a expressão de subjetividades. No processo de trabalho com o trabalho vivo preponderante, há predomínio das relações entre trabalhadores com o usuário, com a rede e com a própria equipe, estando os instrumentos de trabalho comandados pelo próprio processo criativo e existindo liberdade em sua elaboração. É importante ressaltar que, ao mesmo tempo que o trabalho vivo tem a liberdade em seu cerne, ele depende da atuação da equipe e do trabalhador para seu êxito e seu melhor direcionamento.

Destaca-se que qualquer encontro entre o trabalhador e o usuário envolve o trabalho vivo em ato. Esse encontro é intersubjetivo, envolve fala, escuta, acolhimento, auxílio, confiança e até mesmo esperança. O usuário busca a resolução de seu problema, um atendimento individualizado e que demonstre comprometimento.

Segundo Merhy (2002), o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho. Desta forma, entendendo que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, os trabalhadores podem ser a engrenagem para a mudança, a partir da incorporação de novos modelos dentro de seu próprio campo de atuação. O trabalho vivo traz a potência criativa necessária para que se possa agregar novas subjetividades ao processo de trabalho.

A partir desse constante processo de adesão de novas subjetividades, têm-se que o trabalho em saúde se caracteriza como um encontro, composto pelo envolvimento entre trabalhadores e usuários e entre a própria equipe. Sendo o trabalho em saúde centrado no trabalho vivo, ou também denominado trabalho em ato, os próprios trabalhadores possuem força para mudanças na área de saúde em prol da forma de atendimento mais adequada à singularidade de cada um de seus usuários. A multiplicidade de encontros de trabalhadores entre si e com os usuários só é possível quando se tem o trabalho vivo no ponto central do processo de produção de cuidado (Franco; Merhy, 2013).

Os processos produtivos de saúde possuem alta implicação entre si, convivendo de forma mútua os processos estruturados e os processos em estruturação, respectivamente comandados pelo trabalho morto e pelo trabalho vivo. O núcleo tecnológico opera conciliando ambos os tipos de trabalho.

A análise sobre a mudança das práticas em saúde necessariamente leva a avaliar os processos de trabalho, e se insere no tema geral sobre o modo de produzir o cuidado. Nesse aspecto em particular, discutimos o tema da reestruturação produtiva na saúde. Ela significa a mudança no modo de produzir o cuidado, mas não necessariamente altera o núcleo tecnológico do trabalho. Por exemplo, é possível que a implantação da estratégia de saúde da família em um território antes não contemplado altere o processo de trabalho, deslocando-o da centralidade da unidade de saúde para o cuidado no território e município. Porém, o profissional pode prestar assistência nesse local levando consigo as práticas biomédicas e instrumentais usuais em sua prática cotidiana. Ou seja, alterou-se o processo de trabalho, mas não o suficiente para promover uma inversão no uso das tecnologias, que continuam centradas nas tecnologias duras e leves-duras, com as tecnologias relacionais secundárias nesse processo. Houve mudança apenas na forma de organização da produção de saúde, mas não no seu núcleo tecnológico (Franco, 2021).

Outro conceito importante nesse contexto é o de transição tecnológica, que significa haver uma modificação para além da reestruturação produtiva, isto é, do modo de organização do processo produtivo. Nesse caso, ocorre uma inversão das tecnologias de trabalho, em que as tecnologias relacionais passam a ser preponderantes diante das demais, com a necessária implicação dos trabalhadores no cuidado ao usuário, alterando em primeiro lugar a Composição Técnica do Trabalho

(CTT): há a hegemonia do trabalho vivo nos processos de trabalho, associada a uma subjetividade cuidadora e compromissada com o problema de saúde do usuário, tendo a ação da assistência voltada ao campo da necessidade dos usuários. Tal processo se dá por questões sociais, políticas e tecnológicas, e gera diferentes tipos de impacto aos usuários que receberão esse tipo de assistência (Franco, 2021).

A transição tecnológica, para além de trazer o novo ao contexto em que se insere, é resultado de um acúmulo de processos anteriores. É nesse cenário de mudança que entram as novas tecnologias em saúde, como é o caso da teleassistência. Dentro do contexto de tecnologia em trabalho, a teleassistência pode ser uma grande aliada da aplicação do processo de trabalho voltado para o usuário e suas necessidades, incorporando, inclusive, as subjetividades, por meio da ampliação das formas de comunicação da equipe com este, facilitando o auxílio ao usuário sem ser uma substituta do atendimento presencial.

Podem ser discutidos diversos dos problemas atuais no processo de trabalho, estando, dentre eles, o racionamento de recursos, usuários insatisfeitos com as demoras no atendimento e o aparente descompromisso com seu problema de saúde e trabalhadores de saúde preocupados e com sensação de impotência diante das demandas diárias. A teleassistência pode atuar nesse contexto como um auxílio à melhoria do acesso ao sistema de saúde, sem nunca ser considerada um substitutivo do cuidado presencial, mas, sim, um adjuvante do sistema. Diante desse contexto, a pandemia de coronavírus trouxe novamente à tona a discussão da implementação dos variados tipos de telecuidado na atenção básica.

A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA ATENDE EM CASA

O Programa Atende em Casa surgiu no município de Recife, em parceria com o estado de Pernambuco, em 26 de março de 2020, com o objetivo de suprir as demandas de atenção primária da cidade no início da pandemia de Covid-19.

Por meio de um centro composto por profissionais da rede SUS Recife, sendo eles médicos, enfermeiros e psicólogos, operadores de atendimento e um *chatbot*, o programa alcançou cerca de 300 mil moradores de Recife, segundo estimativas divulgadas pela Prefeitura do município em janeiro de 2022. Dentre os serviços oferecidos pelo aplicativo, tem-se atendimento, via videochamadas, telefone ou *chat*, para casos suspeitos de Covid-19 e orientações de conscientização populacional quanto ao isolamento domiciliar e medidas de prevenção ao contágio.

A divulgação do aplicativo se deu por meio de uma campanha publicitária para difusão do novo instrumento, acompanhada da orientação sobre como deveria funcionar o serviço de saúde, para que os usuários se sentissem bem orientados

para buscar assistência diante dos sintomas. Essa campanha foi feita pela Prefeitura de Recife por meio de suas páginas na internet, comerciais televisivos e nas rádios da cidade. Pelo computador ou celular, o público tem acesso à plataforma e pode fazer uma análise inicial de seus sintomas, que os direciona aos próximos passos com relação à doença. O preenchimento se inicia com o cadastro do usuário, composto de dados básicos como nome, CPF e localização, idade, sexo, raça/cor e telefone.

Em seguida, o usuário responde a um questionário com classificação de sintomas, sendo eles febre, tosse, corpo mole ou fraqueza, dor no corpo, dor de garganta, coriza, alteração do olfato e/ou paladar, perguntas a respeito da duração da febre, presença de falta de ar, se pertence aos grupos de risco e duração desde o início dos sintomas. Esse questionário será fundamental na classificação do indivíduo, feita por algoritmo, e nas subseqüentes ações ofertadas pelo sistema.

Dentre os serviços disponíveis para o usuário, está o serviço de Teleorientação, realizado de acordo com a classificação de risco advinda do questionário inicial. Além disso, há o Telemonitoramento, com busca ativa e acompanhamento dos usuários confirmados, casos suspeitos ou de risco elevado para Covid-19, e o Teleacolhimento, por meio da ação de profissionais das áreas de saúde mental e disponível para todos os que acessam a plataforma e preenchem o questionário (Fragoso *et al.*, 2020).

PREPARAÇÃO DA EQUIPE

Para desenvolvimento do projeto, utilizou-se o auxílio do Núcleo Municipal de Tele-saúde, que possuía experiência no manejo das teleinterconsultas, modalidade que permite que as equipes de Saúde da Família (eSF) municipais se comuniquem entre si. A partir dessa experiência anterior à pandemia, foi possível que a equipe do Atende em Casa pudesse se preparar de forma técnica e organizacional.

Destaca-se o apoio que os profissionais participantes recebem da equipe e a contínua reavaliação dos processos de trabalho aplicados. Em se tratando de um projeto inovador em um período atípico, o programa precisou se adaptar às necessidades da população em questão e estar em constante discussão sobre melhorias na plataforma e na atuação profissional.

Para preservar a continuidade dos momentos de educação permanente e o alinhamento da equipe, o novo formato de organização do trabalho incluiu: a distribuição dos profissionais em salas digitais com até 12 pessoas na Plataforma *Google Meet*®; a instituição de referências médicas e de enfermagem que exercem a coordenação do trabalho nas salas digitais; a

elaboração de um fluxo de comunicação entre os profissionais e a coordenação do serviço; e uma comunicação interna via *WhatsApp*® (Magalhães *et al.*, 2021, p. 50).

No Painel de Atendimento do programa, tem-se acesso à produção por profissional, e esses dados de cada participante são adicionados a uma planilha de avaliação, sendo possível avaliar a média diária de atendimentos e histórico em gráficos. O *feedback* dos usuários do programa também é importante, sendo obtido, a partir das avaliações do aplicativo (Fragoso *et al.*, 2020).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO USUÁRIO

A classificação de risco se dá em quatro categorias, que são definidas pelas cores: azul, verde, amarelo e vermelho. É sempre possível refazer a avaliação, caso o usuário sinta que não preencheu corretamente seu questionário.

Ao fim das classificações, independentemente de quais sejam, estão disponíveis o *link* para agendamento de testes de Covid-19, junto com informações quanto aos critérios de elegibilidade para sua realização no município. Somando-se a isso, é possível agendar apoio emocional com a equipe de Teleacolhimento. Também são oferecidas informações e orientações de profissionais do Programa Academia da Cidade, além de profissionais dos programas de Práticas Integrativas e Complementares da Prefeitura de Recife.

Usuários de classificação azul são aqueles que não possuem critérios que caracterizem seu quadro como Covid-19. Esses pacientes são teleorientados por meio do próprio algoritmo, sendo realizadas orientações quanto ao distanciamento social e higiene.

Usuários de classificação verde são os que possuem um quadro leve suspeito para Covid-19. São teleorientados, via algoritmo, quanto ao isolamento social, obtendo também recomendações por imagens e textos e informações quanto à testagem. O acompanhamento desses pacientes continua ocorrendo durante os próximos dias por meio do telemonitoramento, com mensagens automáticas diariamente e verificação de agravamento de quadro.

Na classificação amarela, o usuário apresenta quadro moderado de Covid-19. A partir dessa classificação, o usuário aguarda até o contato do teleorientador. Caso o contato não seja bem-sucedido, via videochamada, é realizada chamada telefônica.

A classificação vermelha indica quadro grave de Covid-19 e passa por contato com o teleorientador. Se descartado sintoma de gravidade, o paciente é reclassificado pelo teleorientador, porém, se realmente há gravidade, é orientado a se dirigir a uma unidade de saúde. A escolha da unidade se dá de acordo com avaliação

da dispneia. Quadros leves de dispneia são encaminhados à Unidade Básica de Referência e quadros moderados e graves são encaminhados ao Serviço de Pronto Atendimento ou é acionado o Samu 192 (Fragoso *et al.*, 2020).

TELEORIENTAÇÃO

Na Teleorientação, o usuário tem suas condições e sintomas verificados e recebe as orientações de acordo com a clínica de sua infecção. A Teleorientação ocorre por videochamada ou ligação de telefone, sendo direcionados a esse tipo de atendimento os usuários que foram classificados como “amarelo” ou “vermelho” pelo algoritmo.

Os teleorientadores possuem um roteiro prático para cada classificação de risco, contendo perguntas padronizadas para acompanhamento dos usuários. Todas as informações ficam presentes no *Manual do teleorientador*, inclusive, o manejo de situações específicas da teleorientação, como falecimento, prolongamento do isolamento domiciliar e necessidade de encaminhamento a unidade de saúde.

A demanda de pacientes é organizada de acordo com o momento em que foi solicitada a teleorientação. Na demanda regular há as pessoas que solicitaram teleorientação no dia corrente e aguardam atendimento. Já na demanda noturna estão os usuários que solicitaram atendimento no intervalo das 19h do dia anterior às 7h do dia seguinte, sendo estes direcionados a um atendimento durante o horário de expediente dos profissionais do programa, que se dá das 7h às 19h.

O roteiro para teleorientação inclui apresentação e acolhimento, conferir identidade do usuário, investigar se é um quadro suspeito para Covid-19 e, caso não seja, reclassificar o usuário, investigar sinais e sintomas de gravidade não relatados no questionário, como dispneia e desorientação, investigar comorbidades e verificar necessidade de avaliação em centro de referência em caso de descompensação, orientar sobre o isolamento domiciliar e afastamento do trabalho.

Dentre os desfechos aos usuários com classificação vermelha, está o encaminhamento à unidade de saúde mais próxima. Aos casos moderados e graves de dispneia, recomenda-se o Serviço de Pronto Atendimento ou o Samu 192 (Fragoso *et al.*, 2020).

TELEMONITORAMENTO

O Telemonitoramento se dá por meio de chamadas de vídeo ou telefônicas, de forma a acompanhar o usuário durante o percurso da doença. Os profissionais são bem orientados quanto aos passos a serem tomados, por meio do *Manual do teleorientador*.

Dentre as situações que envolvem o telemonitoramento, estão acompanhamento de usuários cujo desfecho foi “ir à unidade de saúde”, telemonitoramento de usuários com classificação amarela ou vermelha e que estão em isolamento domiciliar e telemonitoramento de usuários com classificação verde em isolamento domiciliar.

Dentre os usuários a serem acompanhados cujo desfecho foi “ir à unidade de saúde”, há orientação específica para pessoas que não foram atendidas na unidade de saúde indicada anteriormente (seja por não terem ido em busca de atendimento ou a unidade não ter oferecido o atendimento) e orientação específica para telemonitoramento de pessoas que foram atendidas e estão no serviço de saúde, como em casos de internação.

Esses pacientes são monitorados visando identificar precocemente sinais de piora ou surgimento de novos sintomas de alerta. Dentre os sintomas de alerta estão, febre por três dias seguidos, falta de ar ou dificuldade para respirar, retorno da febre após 48 horas afebril, tontura e desorientação. Em casos de melhora do quadro clínico, o paciente é reclassificado no sistema pelo teleorientador (Fragoso *et al.*, 2020).

TELEACOLHIMENTO

O objetivo do Teleacolhimento é reduzir os impactos da Covid-19 na saúde mental da população, estando inclusos os diagnosticados, suspeitos e/ou em isolamento social. É destinado aos usuários de classificação amarela e vermelha, porém, pode também ser solicitado por usuários de classificação azul e verde.

Os teleacolhedores são profissionais com afinidade com o campo de saúde mental e pelo estudo e trabalho com populações vulnerabilizadas. Atuam por meio de escuta qualificada e ativa, constantemente acompanhada por um supervisor que auxilia no desenvolvimento dos processos de trabalho, em possíveis intercorrências e que também promove treinamentos à equipe.

O processo se dá por meio de videochamada ou ligação telefônica e dura em média 20 minutos. Os dados e identidade da pessoa atendida são inicialmente confirmados, e, em seguida, o teleorientador se identifica, informa o motivo da ligação e explica como se realiza o serviço.

Com isso, se dá início à escuta e se avaliam as necessidades do usuário. É importante a identificação do pedido de ajuda, fornecendo apoio prático e emocional, e conhecer quais os recursos existentes e a situação do usuário, seus riscos sociais para a saúde física e psicológica, de forma a se pensar na melhor estratégia de manejo.

Dentre a averiguação de possíveis riscos sociais para a saúde física e psicológica, está a análise de como se dá o sono do usuário, uso de medicações, como ocorre o convívio familiar, se há sinais de idealização suicida e sinais de autoviolência. Nestes dois últimos casos, é necessário acionar o coordenador do turno para articulação de atendimento

Os profissionais também recebem orientações gerais, de forma a propor rotina saudável para minimizar a ansiedade, rotinas de autocuidado por meio da prática de *hobbies* e sugestão de plataformas disponíveis na internet e *smartphone*. Dentre as plataformas disponibilizadas pela Prefeitura de Recife, estão o aplicativo e *site* Movimenta Recife e o *blog* e canal no *YouTube* Recife Integrativo.

As escutas são encaminhadas para a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) de Recife quando há risco de suicídio, agitação psicomotora, episódios psicóticos e automedicação de psicotrópicos. Casos e queixas de violência de gênero, contra a pessoa idosa, contra a criança ou adolescente, racismo e/ou LGBTfobia devem ser encaminhados para a Rede de Proteção à Pessoas Vítimas de Violência. Questões de vulnerabilidade financeira devem ser encaminhadas para o Serviço Social.

Há casos que indicam necessidade de continuidade no cuidado, sendo então direcionados para a equipe de referência diária. A equipe poderá indicar encaminhamento para Escuta Psicoterápica, Atendimento Psiquiátrico e Acompanhamento Psicológico, advindos da equipe Acolhe SES (Fragoso *et al.*, 2020).

ATUALIZAÇÕES NO PROGRAMA

Durante a pandemia, o programa teve diversas atualizações, de forma a adequar o trabalho da equipe às demandas dos usuários. Desde o dia 10 de janeiro de 2022, a ferramenta passou a incluir crianças de até cinco anos nas teleorientações e teleatendimento e permitiu a possibilidade de prescrição de medicamentos feita por alguém da equipe médica durante o teleatendimento.

As demandas informadas pelos dados epidemiológicos também moldaram as atuações das equipes nas interações com o aplicativo, como, por exemplo, com o advento da epidemia de gripe H3N2, entre o fim de 2021 e início de 2022, foi-lhe incluído um questionário para a classificação de sintomas gripais (Recife, 2022). O aumento das demandas no aplicativo também tornou necessário o treinamento e a contratação de novos médicos e enfermeiros, permitindo que muitos profissionais pertencentes aos grupos de risco da Covid-19, como gestantes, idosos e portadores de cronicidades, pudessem continuar no trabalho sem o risco do contágio.

Com o avanço da vacinação contra a Covid-19, o aplicativo também passou a servir como apoio antes, durante e após a vacinação, de forma a continuamente prevenir aglomeração da população nas filas das unidades de saúde. É importante

ser citada a acessibilidade proporcionada pelo aplicativo, que, desde maio de 2021, apresenta opção para comunicação em Língua Brasileira de Sinais (Refice, 2021).

DISCUSSÃO

O uso de tecnologias em saúde durante a pandemia serviu de alicerce no enfrentamento à Covid-19, reduzindo a distância entre a equipe e usuários, na medida em que estes puderam acessar os trabalhadores da saúde à distância, sem se expor ao ambiente de circulação do vírus. Da mesma forma, foi importante para o aumento de escala no atendimento, da capacidade da rede de saúde em acolher as pessoas que supostamente haviam contraído Covid-19 e até mesmo outras nosologias. O trabalho assistencial tornou-se mais ágil, com o acolhimento e orientação para o procedimento a ser adotado, conforme os sintomas eram apresentados no primeiro teleatendimento.

As contribuições das medidas de assistência remota podem ser identificadas, tanto no aspecto técnico, por meio da relação do processo de trabalho com o telecuidado, quanto em medidas socioeducativas, como a promoção do distanciamento social. Iniciativas importantes foram criadas em todo o país, se destacando, neste capítulo, a apresentação do aplicativo Atende em Casa da cidade de Recife.

Diversos aspectos positivos foram trazidos pelo aplicativo e implementados para a população recifense. Por meio de um questionário e uma boa orientação à população sobre como proceder diante de sintomas, o aplicativo permitiu que ela os identificasse e obtivesse o auxílio de acordo com sua situação de saúde, mesmo sem estar em um local presencial de atendimento, podendo também ter a possibilidade de responder ao questionário novamente em caso de dúvida ou mudança nos sintomas. O atendimento à distância, assim, é moldado de acordo com as necessidades de cada usuário, permitindo também aos profissionais de saúde identificar os casos moderados e graves que necessitam de um atendimento mais especializado e melhor orientar esses usuários.

Tal iniciativa no atendimento permitiu que a população obtivesse auxílio sem precisar se locomover de sua residência, com potencial de reduzir o fluxo de moradores contaminados pela Covid-19 na cidade, minimizar a lotação do sistema de saúde e reduzir a possibilidade de novas transmissões. Além disso, a redução da ida de casos suspeitos aos postos de atendimento também pôde permitir que o morador que não estivesse realmente infectado se contaminasse pelo vírus na tentativa de busca por auxílio profissional.

Não foram encontradas informações sobre pessoas que eventualmente tivessem dificuldade de manejar o sistema de acesso ao Atende em Casa, via aplicativo.

De toda forma, caso não fosse possível acessar pelo aplicativo, havia a possibilidade de uso do telefone, imprimindo grande acessibilidade aos serviços.

Segundo o *Boletim da Secretaria de Saúde de Pernambuco*, de 10 de julho de 2020, havia 178 municípios (96,22% das cidades pernambucanas) assistidos pela tecnologia, em todas as XII Gerências Regionais de Saúde, beneficiando mais de 9,4 milhões de pessoas (98,59% da população total do estado) (Pernambuco, 2020).

Dados atualizados do Sistema de Informações do Programa Atende em Casa apontaram que, de 26 de março de 2020 a 1º de novembro de 2022, foram concluídos em torno de um milhão de atendimentos, via *chat*, sendo que 62% das conversas foram realizadas de forma integral por meio do atendimento automatizado por *Chatbot*. Foram realizadas 239.986 autoavaliações, via questionário inicial, e 223.727 atendimentos por vídeo e telefone, e apenas 15,4% dos usuários foram encaminhados para consulta presencial, evitando deslocamentos desnecessários. As avaliações dos usuários ao aplicativo mostraram que 97% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com os serviços ofertados (Pernambuco, 2022).

O trabalho remoto possibilitou que profissionais de saúde afastados por comorbidade ou infecção por Covid-19 prestassem assistência diretamente de suas casas, em segurança, sendo esta uma boa opção diante da escassez de equipe no atendimento pandêmico em diversos locais do Brasil. Após a regulamentação do uso da telemedicina durante a pandemia, vários desses profissionais usufruíram dos métodos tecnológicos para exercer suas tarefas diárias, incluindo a equipe do Atende em Casa de Recife.

Pode-se dizer, portanto, que a telessaúde consiste em uma tecnologia em saúde que pode trazer diversos benefícios se incorporada nas mais diversas áreas médicas e de cuidado à saúde. É necessário se ter em mente que o trabalho de forma presencial não pode e nem deve ser substituído, porém, incrementado com esses novos meios. Assim como visto no caso de Recife, é possível inferir que, apesar de possuir um saber previamente estruturado e protocolado em conjunto com o uso de diversos equipamentos pela equipe de saúde, como computadores, internet, aplicativos e suas diversas programações, a telessaúde também pode atuar de acordo com as subjetividades e necessidades dos usuários, não sendo apenas um meio puramente técnico de trabalho. Nesse contexto, pode-se concluir que é possível que a telessaúde seja considerada uma ferramenta que usa a tecnologia dura, *hardware*, assim como a leve-dura, o conhecimento técnico dos profissionais que operam o sistema e cuidam das pessoas, e a tecnologia leve, pois nesse processo, os trabalhadores mantêm relações com usuários e outros membros da equipe.

Apesar de divididos conforme sua sintomatologia, os usuários do aplicativo obtinham acompanhamento e, nos casos moderados a graves, a teleorientação e telemonitoramento iam de acordo com a evolução específica do paciente. A opção

de teleacolhimento também ilustra a adequação remota do sistema de saúde ao cuidado com a saúde mental do usuário. O uso de novas tecnologias e de sistemas de monitoramento, orientação e acolhimento semiestruturados serviu como um guia para a equipe no sentido do acompanhamento dos usuários de forma mais frequente e contínua. Isso tornou possível, em conjunto com cada usuário no momento de atendimento, adequar o cuidado às necessidades exigidas.

Observa-se que há um importante processo de mudança no modo de produzir o cuidado. Notadamente, o aumento de escala para o atendimento possibilita maior acesso à população, sendo um aspecto extremamente importante para o sistema de saúde. Ao mesmo tempo, foi possível uma melhor utilização dos equipamentos de saúde, com distribuição dos usuários para o cuidado mais apropriado ao seu problema e disponibilização de recursos de forma mais adequada.

Dentre as perspectivas do programa, está o aumento de sua capacidade de alcance por meio de novas ramificações de atendimento. Durante 2022, o programa passou a incluir um questionário de sintomas gripais em conjunto com o questionário de sintomas de Covid-19, e a previsão é de continuidade das atividades nessa área, porém, como novidade, tem-se a implementação do modelo de programa em outras linhas de cuidado: o cuidado às gestantes e às pessoas com diabetes. Serão, portanto, criados programas similares pela Prefeitura de Recife para outras áreas de abrangência (Pernambuco, 2022).

Podemos inferir que o Programa Atende em Casa representa a incorporação de uma nova tecnologia na rede básica, que trouxe grandes benefícios para seu funcionamento e para a assistência, conforto e segurança dos usuários. Trata-se de um processo de reestruturação produtiva altamente relevante na rede de saúde. O alto alcance proporcionado nos informa que esse pode ser considerado um importante dispositivo para avançarmos na universalidade de acesso no SUS.

Quanto ao aspecto que se refere a uma inversão das tecnologias de cuidado, com centralidade das tecnologias leves, o que caracterizaria uma transição tecnológica (Franco, 2021), podemos dizer que isso depende do modo como cada trabalhador organiza o seu próprio processo de trabalho. Se o trabalhador, no seu processo de cuidado, tiver como centro as tecnologias relacionais e for comprometido com o problema de saúde do usuário, mesmo com maiores complicações de saúde, pode ter sua necessidade mais bem direcionada para uma solução que tem por base a escuta qualificada, estabelecendo relações de trabalho acolhedoras, com criação de vínculo, pactuação de projetos terapêuticos e seguimento do cuidado. Constitui-se assim uma referência segura para esse usuário. O inverso também pode acontecer, ou seja, se o trabalhador usa a tecnologia relacional para um trabalho mais instrumental, vai fazer uma interação presidida por critérios biomédicos, mais dependente de procedimentos, reduzindo o protagonismo do usuário e

sua autonomia. Portanto, a transição tecnológica de um ponto de vista da micropolítica do processo de trabalho pode se verificar de uma forma singular, a partir do modo como cada trabalhador conduz seu trabalho, sua relação com os usuários e as microdecisões em relação ao cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do aplicativo Atende em Casa reorganizou o processo de trabalho da equipe do programa, ao instituir a jornada híbrida no SUS, com trabalho remoto e presencial, sendo uma inovação. Marca a possibilidade da incorporação de novas tecnologias que possam facilitar o processo assistencial dos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, ser de grande auxílio à população quanto à mobilidade, maior acesso, melhora na frequência de contato entre usuários e trabalhadores e outras tantas questões. Especialmente, proporciona um significativo aumento no acesso aos serviços de saúde.

A experiência do aplicativo pode ser vista como exitosa e marca novas oportunidades do uso do telecuidado no SUS, não como substitutiva do auxílio de saúde presencial, mas como uma possibilidade de promoção de melhorias no atendimento à população. Essas melhorias se dão, em especial, aos usuários da APS, sem atribuir ao atendimento um caráter essencialmente técnico, mas, sim, fornecendo mais uma possibilidade de atendimento individualizado e resolutivo, adequado às diversas subjetividades da população.

A incorporação de tecnologias de acesso remoto aos serviços de saúde coloca em pauta a universalidade de acesso, pois foi capaz de impactar a escala de atendimento de usuários durante a pandemia, servindo para momentos posteriores, fora do contexto da pandemia instalada no país. Isto é, a universalidade será conquistada também com processos de reestruturação produtiva, ou mudança no modo de produzir o cuidado, em diversas frentes, que possam representar ganhos de escala e melhoria no cuidado. É um fato marcante o fortalecimento dos serviços de referência territorial dado pelo aplicativo, o que é absolutamente importante para o fortalecimento do SUS.

O Programa Atende em Casa, que tem como foco o acesso de usuários na atenção básica, demonstra potencial para influenciar toda a rede de saúde, na medida em que reorganiza o processo produtivo do cuidado. Pode potencialmente reorganizar fluxos entre as linhas de cuidado, construir redes e conexões entre serviços. O que parece ser apenas uma nova tecnologia implantada no SUS é, na verdade, um poderoso dispositivo de reestruturação produtiva, com avanço progressivo para a universalidade de acesso, melhora do cuidado e potencialização da rede de serviços, em especial, os de referência territorial.

Importa registrar que o Programa Atende em Casa, como novidade estruturante do processo de trabalho, encontra resistência entre trabalhadores de saúde, em função da reorganização do modo de produzir o cuidado, assim como o impacto na própria organização do trabalho. Essa é uma questão a ser vencida com estratégias de educação permanente que tomam como objeto de ensino-aprendizagem o trabalho cotidiano, para que as resistências a um novo modo de cuidar possam ser analisadas e autoanalisadas, a fim de vencer a resistência de ordem subjetiva, para a construção do novo processo que se abre no período atual. Outro limite encontra-se na dimensão da implantação do sistema, que exige um maior dimensionamento da rede informatizada, com incorporação de outros segmentos, para que haja uma resposta mais efetiva ao processo de telecuidado inaugurado.

Em uma outra dimensão, o sistema requer um processo de reeducação dos usuários para o uso dos serviços de saúde. Isso precisa ser mais trabalhado, fora do ambiente da pandemia, incorporando o cuidado habitual na rede de saúde com a forte presença dos crônicos, idosos, mulheres e crianças, grupos de maior utilização dos serviços de saúde.

Por fim, torna-se importante salientar que o Programa Atende em Casa é completamente composto pelo SUS, portanto, desenvolvido pelo serviço público de saúde, com altíssima adesão da população, passando a ser uma importante referência para redes que pretendem implantar sistemas similares. Todas as descrições aqui explicitadas demonstram a capacidade do SUS no desenvolvimento de ferramentas avançadas e novas tecnologias, que contribuem positivamente para o cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa. Linha do tempo Coronavírus. *Anvisa*, Brasília, 12 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/linha-do-tempo>. Acesso em: 16 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 73, p. 1, 16 abr. 2020.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 16 nov. 2023.

CELUPPI, I. C. *et al.* Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>. Acesso em: 16 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.643, de 07 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, nº 164, p. 205, 26 ago. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Ofício CFM nº 1756, de 19 de março de 2020. Medidas em Caráter de Excepcionalidade Durante a Pandemia do COVID-19. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, nº 467, p. 1, 20 mar. 2020.

SILVA, F. M. V.; SANTOS, A. C. G. A regulamentação brasileira sobre telemedicina: um impulso dado pelo COVID-19 em busca da garantia do acesso à saúde. *Revista do CEPEJ*, Rio de Janeiro, n. 23, 2021. Disponível em: <https://revista.cepej.com.br/index.php/rcepej/article/view/63>. Acesso em 16 nov. 2023.

ELEONE, A.; GODOY, G.; FIGUEIREDO, R. O enfrentamento à pandemia pela transformação digital no Recife. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 07 jul. 2021. Saúde em Público. Disponível em: <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/07/07/o-enfrentamento-a-pandemia-pela-transformacao-digital-no-recife/>. Acesso em: 16 nov. 2023.

FRANCO, T. B. *Trabalho, Cuidado e Transição Tecnológica na Saúde*: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 748-762, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014>. Acesso em: 17 abr. 2022.

MAGALHÃES, G. S. G. *et al.* Telessaúde no enfrentamento à Covid-19 em Recife: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento mediados pelo aplicativo Atende em Casa. In: MACHADO, M. F.; QUIRINO, T. R. L.; SOUZA, C. D. F. (org.). *A saúde coletiva em tempos de pandemia: experiências e aprendizados do enfrentamento à Covid-19 no nordeste brasileiro*. Maceió: Edufal, 2021.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 16 nov. 2023.

MERHY, E. E. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

PEREIRA, C. C. A.; MACHADO, C. J. Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3283-3284, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.07082015>. Acesso em: 17 abr. 2022.

PERNAMBUCO (Brasil). Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Atende em casa ganha função de acessibilidade. *Prefeitura do Recife Notícias*, Recife, 20 maio 2021. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/20/05/2021/atende-em-casa-ganha-funcao-de-acessibilidade>. Acesso em: 28 maio 2022.

PERNAMBUCO (Brasil). Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Atende em casa passa por atualizações para atendimento de pessoas com sintomas gripais. *Prefeitura do Recife Notícias*, Recife, 06 jan. 2022. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/06/01/2022/atende-em-casa-passa-por-atualizacoes-para-atendimento-de-pessoas-com-sintomas>. Acesso em: 28 maio 2022.

PERNAMBUCO (Brasil). Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Prefeitura do Recife vai investir R\$ 400 milhões na maior reestruturação da saúde municipal. *Prefeitura do Recife Notícias*, Recife, 09 ago. 2022. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/09/08/2022/prefeitura-do-recife-vai-investir-r-400-milhoes-na-maior-reestruturacao-da-saude>. Acesso em: 25 out. 2022.

PERNAMBUCO (Brasil). Secretaria Estadual de Saúde. Atende em Casa chega a 178 municípios e está disponível para 9,4 milhões de pernambucanos. *Pernambuco Contra o Coronavírus*, Pernambuco, 2020. Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/atende-em-casa-chega-a-178-municipios-e-esta-disponivel-para-94-milhoes-de-pernambucanos/>. Acesso em: 25 out. 2022.

PERNAMBUCO (Brasil). Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Sistema de informações do programa atende em casa. *Prefeitura do Recife Notícias*, Recife, 2022.

PERNAMBUCO (Brasil). Governo Estadual. Secretaria Estadual de Saúde. Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de teleassistência atende em casa*: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento. Recife: SES-PE, PCR, 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Acesso em: 17 abr. 2022.

Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios à luz da clínica ampliada

Elaine Cristina Xavier Ferreira

Carla Ribeiro Guedes

Ivia Maksud

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada de atenção básica (AB) no Brasil, é responsável pela ordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), articulando as ações das redes de atenção à saúde (RAS). É considerada a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial (OMS, 1978) e apontada como centro de comunicação das redes e de coordenação de fluxos e contrafluxos (Mendes, 2011; Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada como modelo preferencial de reorientação da rede de atenção, enfatiza a lógica territorial, comunitária e a unidade familiar em equipes multiprofissionais. Nesse sentido, o território adscrito define-se pela proximidade com os usuários, permitindo a criação de vínculo, afetividade e confiança entre as famílias e as equipes. O profissional passa a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade da assistência aos usuários (Castro *et al.*, 2021).

O município do Rio de Janeiro implementou, entre os anos 2009 e 2016, uma significativa expansão da APS, ampliando progressivamente a cobertura da população, de 7%, em 2008 para 65%, em 2017 (Soranz *et al.*, 2016). Optou pelas organizações sociais (OS) para o gerenciamento dos serviços e a contratação de profissionais, qualificou a infraestrutura das unidades, priorizando a medicina de família

e comunidade, e adotou práticas gerenciais com normatizações de ofertas, avaliação e remuneração por desempenho (Mello *et al.*, 2019).

Ainda assim, a partir de 2018, ocorreu uma crise no sistema público de saúde da cidade do Rio de Janeiro. A gestão municipal, diante de problemas econômicos e com a argumentação de otimizar recursos, decidiu reduzir as equipes de saúde da família, respaldando-se na atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que, em 2017, havia possibilitado a diminuição do número mínimo de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe e indicado maiores incentivos financeiros para formatos de APSs anteriores à ESF. Ao fim de 2019, o município experimentava efeitos dessa medida, com uma retração de aproximadamente 13% de suas equipes de saúde da família (Mello *et al.*, 2019).

A reforma técnica e gerencial da APS ocorrida na última década inseriu os farmacêuticos e os técnicos/auxiliares de farmácia nas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. Os serviços farmacêuticos buscam garantir atenção integral e contínua às necessidades de saúde do usuário, da família e da comunidade, contribuindo para o acesso equitativo, o uso racional dos medicamentos e a sustentabilidade gerencial, por sua potencialidade de contribuir na racionalização dos custos (Silva *et al.*, 2016b).

Por sua vez, a assistência farmacêutica é preconizada pela Lei nº 1.3021/14 como o conjunto de ações e de serviços que visa assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e uso racional (Brasil, 2014a). Essas diretrizes contribuíram para reformulações nas práticas profissionais do farmacêutico, como a abordagem voltada para o cuidado, e não mais com foco, apenas, na tradicional gestão do medicamento (Barberato *et al.*, 2019).

A integração do farmacêutico às equipes, o uso de novas tecnologias apropriadas para a atuação na APS, assim como a construção do vínculo com os usuários e com a comunidade configuram-se em novos desafios da prática profissional (Barberato *et al.*, 2019). Esse processo produz outros modos de trabalhar com a incorporação de novas noções que podem contribuir para a qualificação do cuidado na APS (Araújo, 2017; Costa, 2017).

O problema que nos interessa investigar neste estudo recai sobre as possibilidades de uma assistência farmacêutica que incorpore um modo de fazer da clínica ampliada.

Trata-se de um conceito formulado por Campos (2003), amplamente defendido no âmbito da APS (Cunha, 2005) e das políticas públicas no Brasil nas últimas duas décadas, em especial, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Brasil, 2009). Sua proposta pressupõe uma reforma da clínica moderna, ao

defender um deslocamento da ênfase da doença para centrá-la no sujeito concreto, configurando-se numa “clínica do sujeito” (Campos *et al.*, 2008).

A clínica ampliada visa a uma abordagem em saúde que supere a prática biomédica hegemônica, contudo, sem dispensar a ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção. Inclui na assistência as dimensões subjetivas e das redes sociais, buscando maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos. Tais aspectos são capazes de auxiliar os profissionais de saúde a lidar com a singularidade de cada paciente, contemplando a família, o trabalho, a religião e suas influências culturais. Para tal, busca a articulação e o diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento. Nessa proposta, os usuários são considerados corresponsáveis pelas condutas em saúde (Campos *et al.*, 2008).

Assim, este artigo analisa as possibilidades e os desafios da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde à luz da clínica ampliada em uma área programática do município do Rio de Janeiro. Os dados foram produzidos no âmbito de uma pesquisa que resultou em dissertação de mestrado profissional (Ferreira, 2020) desenvolvida na Universidade Federal Fluminense (UFF).

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório com farmacêuticos da APS do município do Rio de Janeiro, realizado entre os anos de 2019 e 2020. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro é dividida em dez áreas programáticas (AP): uma divisão territorial em espaços geográficos. As áreas programáticas podem ser compreendidas como um espaço social em função da história e da evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade (PMS-RJ, 2013).

Para a realização da pesquisa optou-se pela área programática 1.0 (AP 1.0) por englobar os bairros centrais do município do Rio de Janeiro (Benfica, Centro, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, São Cristóvão, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo e Saúde). Esse território possui 16 unidades de APS, e cada uma delas conta com ao menos um profissional farmacêutico alocado.

O critério de inclusão para a pesquisa restringiu-se à atuação como farmacêutico na APS da área programática 1.0 do município do Rio de Janeiro.

Para o desenvolvimento do estudo foi necessária a assinatura de um termo de anuência institucional dos gestores de cada unidade. Obteve-se a autorização de 12 unidades, entretanto, foram entrevistados apenas 11 farmacêuticos, sendo um re-

presentante de cada unidade. Um dos farmacêuticos, que havia aceitado anteriormente, não pôde participar da pesquisa devido à incompatibilidade das agendas.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 participantes, a partir de um roteiro elaborado previamente, baseado em temas e indagações concernentes ao esclarecimento do objeto (Minayo, 1992), que contou com duas partes. A primeira deteve-se na caracterização dos entrevistados (dados sociodemográficos, formação acadêmica, trajetória profissional e atuação na atenção primária) e a segunda explorou temas relativos aos serviços farmacêuticos desenvolvidos na APS com base na clínica ampliada (reunião de equipe, projeto terapêutico singular, vínculo entre farmacêutico-usuário, visitas domiciliares, trabalho interdisciplinar em ações de promoção à saúde e apoio matricial).

Partiu-se da premissa de que a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma “situação de interação social”, sujeita às dinâmicas das demais relações sociais. Nesse sentido, buscou-se escutar e registrar sentimentos, experiências, opiniões e motivações no decorrer das conversas, visando à compreensão dos temas em questão (Minayo, 1992; VÍctora *et al.*, 2000; Boni, Quaresma, 2005).

As entrevistas foram realizadas em local de preferência dos farmacêuticos no período de setembro de 2019 a janeiro de 2020, por uma das autoras do artigo, que também é farmacêutica. Essa condição de proximidade foi discutida nas reuniões de análise dos dados e produção deste artigo. A duração das entrevistas não foi preestabelecida, variando aproximadamente entre 30 minutos e uma hora, de acordo com o interesse e a disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Após sucessivas leituras, fez-se a categorização das falas, que foram selecionadas pela relevância, e não apenas pela recorrência. Os dados foram tratados, a partir de análise temática (Pope, 2009). O material foi decomposto em trechos significativos, principalmente temas, em que se procedeu a uma classificação que permitiu a elaboração de categorias significantes. De acordo com os objetivos e as questões do estudo, construiu-se um sistema classificatório em que foram elaboradas duas categorias: “a construção de vínculo entre farmacêuticos e usuários na dispensação de medicamentos” e “dispositivos da clínica ampliada e a assistência farmacêutica”.

Para preservar a confidencialidade dos participantes, os entrevistados foram apresentados neste artigo com a letra F (farmacêutico), seguida de numeração arábica de 1 a 11.

Conforme recomendam as Resoluções 466/13 e 510/16, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 12114119.7.0000.5243 e 12114119.7.3001.5279).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos entrevistados

Foram entrevistados 11 farmacêuticos que atuam nas unidades básicas de saúde na AP 1.0 no município do Rio de Janeiro, sendo três deles homens e oito mulheres. A maioria tem idade entre 30 e 40 anos, dois encontram-se na faixa etária de 25 a 29 anos e um entre 41 e 45 anos. Em relação ao tempo de formação, quatro participantes possuem menos do que seis anos de formados, outros quatro têm entre seis e dez anos de formados, e três deles contam com mais de dez anos de término da graduação. Sendo assim, os tempos mínimos e máximos foram entre três e 12 anos de formados.

Dois farmacêuticos estão cursando pós-graduação *lato sensu* e três concluíram a especialização. Os outros cinco fizeram pós-graduação nos moldes de residência.

O tempo de atuação dos farmacêuticos na AP investigada variou de dois meses a oito anos: seis entrevistados atuaram de seis meses a dois anos; três, de dois a quatro anos; um, de quatro a seis anos; e um, de seis a oito anos. Como houve realocações de farmacêuticos entre os serviços na própria AP 1.0, o período de inserção na unidade de saúde atual foi de dois meses a quatro anos. Oito participantes atuavam no período de dois meses a dois anos e três, de dois a quatro.

A construção de vínculo entre farmacêuticos e usuários na dispensação de medicamentos

A dispensação é um ato privativo do farmacêutico. Em que, além de entregar o medicamento, deve promover as condições para que o paciente o utilize adequadamente. Para isso, deve avaliar a prescrição, sob o ponto de vista técnico e legal, e intervir junto ao prescritor quando necessário (Conselho Federal de Farmácia, 2016). Assim, é possível realizar o acompanhamento do usuário durante a utilização do medicamento, promovendo ações para seu uso racional, identificando os efeitos adversos e outros aspectos que podem interferir nas questões de saúde-doença (Correr *et al.*, 2011).

Para a prática de uma clínica ampliada é necessário que haja fortalecimento dos vínculos entre pacientes, famílias, comunidade e profissionais de saúde (Cunha, 2005). Campos (2003) lembra que vínculo é um vocábulo de origem latina: é algo que ata, liga pessoas, indica interdependência, compromissos dos profissionais com pacientes e vice-versa. A formação de um vínculo começa quando o usuário demanda ajuda, e os profissionais são capazes de responder a esse pedido.

Alguns entrevistados ressaltaram a construção do vínculo com o usuário no ato da dispensação e da revisão da farmacoterapia.¹

O vínculo que a gente cria com essas pessoas [os usuários], as orientações que a gente dá... as pessoas [outros profissionais] ficam surpresas (F1).

De acordo com as narrativas, os pacientes retornam mensalmente à farmácia para a dispensação dos medicamentos de uso contínuo. Essa frequência na interação com o farmacêutico pode contribuir para o estabelecimento do vínculo e da relação de confiança entre sujeito e profissional.

[...] a farmácia é o último setor que [eles] vêm, chegam às vezes com muita dúvida, saem do consultório com muitas dúvidas. Como eles vêm mensalmente aqui, criam um vínculo maior com a farmácia do que com outros profissionais, então se abrem mais com a gente (F2).

Os farmacêuticos mencionam que os usuários criam laços e ficam mais à vontade para expor questões que não são abordadas com outros profissionais de saúde. Campos (2003) ressalta que a condição básica para a construção de vínculos reside na capacidade de a equipe se responsabilizar pela atenção integral à saúde das pessoas que vivem em um determinado território. Nesse sentido, a presença regular do farmacêutico – somada à sua forma de orientar e esclarecer dúvidas – pode ser entendida pelos pacientes como responsabilização do cuidado.

Outra questão que a constância do ato da dispensação pode estar possibilitando na relação com o usuário é o que a psicanálise nomeia de “transferência”. Relaciona-se a sentimentos, desejos e afetos experimentados no passado que são sentidos na atualidade e projetados na figura do terapeuta. Campos (2003) considera este um conceito útil para o entendimento dos tipos de vínculos para o trabalho clínico em geral:

¹ A revisão da farmacoterapia é um serviço pelo qual o farmacêutico analisa de maneira estruturada os medicamentos do usuário, com a finalidade de resolver problemas relacionados à prescrição, ao uso e aos resultados terapêuticos. Os problemas encontrados podem ser, por exemplo, reações adversas, baixa adesão, erros de doses, interações medicamentosas, necessidade de acompanhamento ou de terapia adicional, bem como oportunidades de redução no custo do tratamento (Clyne; Blenkinsopp; Seal, 2008). A revisão da farmacoterapia aqui empregada refere-se a um serviço, e não ao ato do farmacêutico manter-se atualizado em relação aos medicamentos ou às ações relacionadas à revisão do registro de medicamentos e dos tratamentos disponíveis no mercado (Conselho Federal de Farmácia, 2016).

Quando nos vinculamos a alguém ou a alguma instituição (uma equipe, um centro de saúde) costumamos transferir afetos para essas pessoas ou instituições. Afetos são sentimentos imaginários, apostas que fazemos apoiados na história pessoal de cada um e na imagem que o serviço e o profissional produzem (Campos, 2003, p. 71).

A transferência pode ser positiva (predominância de afeto amistoso e cooperativo) ou negativa (predominância de afeto hostil e competitivo). O primeiro tipo é o que possibilita uma intervenção mais qualificada. Portanto, compreende-se que a confiabilidade do paciente na figura do profissional de farmácia se dá pela formação de uma transferência positiva, decorrente da assiduidade, do comprometimento e da orientação no ato da dispensação. Uma relação terapêutica pautada em um forte vínculo possibilita uma maior adesão ao tratamento. O paciente é visto como uma pessoa com quem é possível dialogar e negociar as formas de tratamento (Cunha, 2005).

O farmacêutico poderia aparecer como um integrante da equipe que tem potencialidade para ser uma referência para o cuidado na APS. O “profissional de referência” é aquele que possui mais vínculo com um determinado paciente, o responsável por acompanhá-lo mais de perto e por conversar com a família quando há necessidade. Em tese, pode ser qualquer componente da equipe, independentemente da sua formação (Brasil, 2009). Embora o farmacêutico tenha mostrado bastante potencial para ocupar essa função, não houve relatos de que tenha essa atribuição ou semelhante nas equipes de saúde da família.

Essa questão relaciona-se ao que afirmam Mattos *et al.* (2019). Para os autores, as atividades do farmacêutico ainda são pouco voltadas para o cuidado com o usuário e muito centradas na parte de gestão. Essa parece ser também a realidade dos entrevistados:

“60% ou mais do meu horário estão relacionados à logística. A gente preenche muitas planilhas” (F4).

Esse relato está de acordo com o que Luquetti *et al.* (2017) descrevem como os fatores que limitam o desenvolvimento das atividades clínicas: o excesso de burocracias, planilhas e as solicitações de atendimento. As tarefas relacionadas à gestão administrativa demandam muito tempo do profissional, enquanto o foco principal dos serviços farmacêuticos na APS deveria ser o usuário. As atividades logísticas e de gestão, que poderiam funcionar como facilitadoras para o atendimento, terminam por tomar grande tempo do farmacêutico, o impedindo de explorar o seu potencial clínico.

Um fator que prejudica a qualidade da assistência é a baixa quantidade de farmacêuticos na APS (Barberato *et al.*, 2019). Em consonância, constatou-se um ele-

vado número de atendimentos na farmácia em relação ao quantitativo insuficiente de profissionais no setor. Alguns entrevistados relataram que é comum a presença de filas:

Porque o atendimento lá é fila o tempo todo, a fila não para nem um minuto [...] com um computador, o atendimento é demorado [...] ocorria sempre um embate com os pacientes [que esperavam na fila] ... (F10).

O número reduzido de técnicos de farmácia, a sobrecarga de trabalho relacionada às demandas burocráticas e de gestão comprometem os serviços farmacêuticos na APS, como conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da condição de saúde, a educação e o rastreamento em saúde (Silva *et al.*, 2016a; Conselho Federal de Farmácia, 2016; Destro *et al.*, 2021).

Outra questão prejudicial a uma assistência farmacêutica à luz da clínica ampliada é a rotatividade de profissionais. Oito farmacêuticos dos 11 entrevistados atuam na unidade de saúde no período de dois meses a dois anos. Apenas três estão a mais de dois anos (e menos de quatro) no cargo.

O fortalecimento de vínculos não é um processo simples. Requer tempo, disposição, responsabilização e compromisso entre os profissionais e os usuários: “encarregar-se do seguimento de pessoas concretas, com nome, sobrenome, não é tarefa simples” (Campos, 2003, p. 69). A ausência de um profissional (por demissão ou realocamentos entre as unidades) pode ser sentida como um abandono, o que pode dissolver o vínculo construído ao longo dos anos.

DISPOSITIVOS DA CLÍNICA AMPLIADA E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A construção da clínica ampliada nas unidades de saúde é possível por arranjos e dispositivos de gestão que se efetivam com base em um método baseado na co-gestão, fundamentado na noção de democracia institucional (Campos, 2000). Neste tópico iremos analisar a assistência farmacêutica articulada a tais dispositivos, em que se destacam as reuniões de equipe, as equipes de referência, o apoio matricial e os projetos terapêuticos singulares (PTS).

A reunião de equipe na APS configura-se como um significativo espaço multiprofissional para a discussão de casos e elaboração de PTS (Brasil, 2009). O que o define, na ótica da clínica ampliada, é o olhar singular das equipes para o sujeito e o seu contexto, com o planejamento de ações e responsabilidades construídas

com os usuários, com o objetivo de produzir autonomia e novas realidades que favoreçam a saúde (Oliveira, 2008).

Em relação à participação em reuniões de equipe e nos PTS, constatou-se uma falta de integração dos farmacêuticos às equipes de saúde da família. Para eles, a presença nas reuniões semanais são uma forma de saírem do isolamento do ambiente da farmácia. Como elucida a fala a seguir:

As reuniões das equipes são essenciais, porque como a farmácia fica lá embaixo, a gente fica meio que isolado das equipes, então ficávamos sabendo de alguma coisa quando participávamos das reuniões (F3).

Embora os farmacêuticos tenham dificuldades de participar das reuniões de equipe pela sobrecarga de trabalho, esse dispositivo parece ser o principal meio de interação e sociabilidade com os profissionais de outras categorias, permitindo discutir casos, tais como adesão ao tratamento e as questões ligadas ao uso racional de medicamentos:

Quase toda semana eu consigo ir às reuniões de equipe (grifo nosso) [...] geralmente [a pauta da reunião] é dificuldade na adesão do tratamento, ou alguma reação adversa, para troca de medicamento, ou o paciente está pegando medicamento para um período menor do que 30 dias (F6).

A baixa quantidade de farmacêuticos, aliada à não percepção desses profissionais como parte da equipe, é bastante recorrente na assistência farmacêutica da APS (Barberato *et al.*, 2019). A dificuldade de integração dos farmacêuticos às equipes de APS não se limita à realidade nacional (Dobson *et al.*, 2006; Kunz, Méndez, 2010). Bradley *et al.* (2008) mostram que os farmacêuticos ainda não se sentem integrados às equipes na Inglaterra. Esses profissionais não têm acesso aos registros dos pacientes e encontram resistência de representantes de outras categorias profissionais em compreender a importância da sua participação no serviço.

Esse quadro modifica-se, à medida que os farmacêuticos se integram à equipe de saúde. A sua inserção produz resultados favoráveis na resolução dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM), na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na contribuição para a mudança no modelo assistencial. Produz-se, assim, uma nova visão do trabalho do farmacêutico (Costa; Linhares, 2012).

Do ponto de vista da construção de uma clínica ampliada, a participação dos farmacêuticos na discussão de casos indica sua contribuição nas equipes de saúde da família que acompanham a população em seu território de abrangência, as chamadas “equipes de referência” (Brasil, 2009). Mesmo sem integrar as equipes de

saúde da família, ao compartilhar os seus saberes com os demais profissionais, os farmacêuticos colocam-se na função de “apoiadores matriciais”. Podem contribuir, assim, para a compreensão ampliada do processo saúde-doença.

No relato, a seguir, um dos entrevistados narrou o reconhecimento das médicas, que passaram a convidá-lo constantemente para a discussão de casos junto à equipe:

As médicas [...] me chamavam para participar de tudo. A gente discutia caso [...], sugestão dentro da grade de medicações, o que poderia ser utilizado. Era bem participativo (F7).

O apoio matricial do farmacêutico pode se dar na discussão de casos clínicos, na elaboração de projetos terapêuticos singulares e em consultas compartilhadas. Um participante relatou ser solicitado por outros profissionais para tomar parte de consultas conjuntas e contribuir na tomada de decisão a respeito do melhor tratamento. Porém, em sua fala, observa-se que esse modo de consulta não costumava ser registrado, legitimado ou institucionalizado:

Interconsultas a gente faz, mas não estou documentando (grifo nosso)
[...] Uma dentista que me chamou na farmácia, uma criança que estava bem mal, já tinha caído um dente de madrugada, e ela estava bem desesperada. A gente, juntas, fez o atendimento para ver o que dava para preservar. Foi prescrito clindamicina, porque estávamos em falta de amoxicilina (F5).

A interconsulta é compreendida como uma modalidade de apoio matricial, que ocorre quando é necessário o apoio de um profissional especialista numa consulta. O atendimento conjunto consiste em realizar uma intervenção com a intenção de possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato (Oliveira, 2008). Nesse sentido, constatou-se que alguns farmacêuticos foram solicitados a contribuir em atendimentos de diferentes modalidades:

Fazia muito com a nutrição e fazia com a psicologia, com a odonto, eu já fiz (F11).

No marco do apoio matricial e no âmbito da assistência farmacêutica, ações em conjunto com outros profissionais são oportunidades para reforçar a inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional, além de contribuir para qualificar a atenção integral ao usuário na APS (Nakamura; Leite, 2016).

No entanto, ainda que essa pesquisa tenha mostrado exemplos de interconsultas/apoio matricial, a realização de consultas farmacêuticas não é uma prática recorrente para os profissionais entrevistados. Os relatos demonstram que elas ocorrem apenas com pacientes com doenças crônicas e, mesmo assim, foram percebidas pontualmente. Apenas um farmacêutico disse fazer consultas regulares com pacientes específicos:

A gente consegue fazer gestão de saúde dos pacientes de tuberculose e agora também está conseguindo fazer de alguns pacientes diabéticos (F4).

Além disso, embora o entrevistado acredite fazer apenas “gestão em saúde”, ele menciona em sua fala uma série de abordagens que caracterizam uma perspectiva ampliada da clínica e do sujeito:

Você vê interação medicamentosa e exame laboratorial. Porque quando olha a tuberculose, acaba olhando um todo. Olha o pessoal, o epidemiológico e o social. Quando a gente sugere o Todo [Tratamento Diretamente Observado], tem que ver se ele vai ter condições de vir, então acaba que, no final, é. Consegue o RioCard para todo mundo (F4).

Pode-se indagar as razões desse tipo de ação da assistência farmacêutica na APS se dar de forma tão escassa. O farmacêutico parece não se sentir autorizado a realizar um atendimento regular ao usuário e, mesmo quando o faz, tem dificuldade de nomeá-lo como tal. As consultas também se configuram como um espaço para a clínica se ampliar, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando as características singulares de cada caso, sem renunciar aos critérios técnicos previamente definidos (Figueiredo; Furlan, 2008).

Uma outra atribuição das equipes de saúde da família para fazer uma clínica de qualidade é a possibilidade de definir prioridades e identificar aqueles pacientes que necessitam de um cuidado especial:

Fazer clínica é avaliar riscos e, em função disso, intervir com recursos terapêuticos específicos, conforme o caso e sua fase: remédio, educação em saúde, visita domiciliar, orientações dietéticas, existenciais, grupos, etc. (Campos, 2003, p. 73).

Dentre as possibilidades de recursos terapêuticos citadas por Campos (2003), que visam à longitudinalidade, identificou-se no trabalho de campo que alguns far-

macêuticos realizam visitas domiciliares (VD) junto com outros trabalhadores de saúde, como forma de assistência aos usuários que necessitam de cuidados contínuos e como instrumento de diagnóstico local e de programação das ações (Abrahão, Lagrange, 2007).

Algumas demandas de VD são identificadas dentro da própria farmácia e outras reportadas pelos ACS. Diferentes questões podem gerar a necessidade de um atendimento em domicílio, como, no exemplo abaixo, a correção de um erro de medicação não identificado no ato de dispensação:

Era uma usuária que estava com câncer no estômago. [...] A gente ficou preocupada porque ela levou uma quantidade [de medicamento] que não deveria levar. A médica tinha prescrito uma quantidade a mais, o técnico não refez o cálculo e acabou liberando o medicamento a mais [...], e na época, eu chamei um ACS para ir comigo [na casa da usuária] (F5).

Outros farmacêuticos identificaram excesso de medicamento nas residências de outros usuários:

O ACS chegou falando que o paciente estava com muito medicamento em casa. Cheguei na casa, e realmente tinha medicamentos para três meses, então a gente conseguiu sentar para ver o que ela ia pegar na farmácia pelos próximos meses e separamos (F3).

De acordo com Ensing *et al.* (2015), as atividades domiciliares desenvolvidas pelo farmacêutico são capazes de produzir melhoras dos resultados em saúde. Dentre essas atribuições, podemos citar orientações de uso de medicamentos (como o próprio tratamento medicamentoso do usuário), a realização de acompanhamento farmacoterapêutico, a conciliação dos medicamentos e a compreensão da adesão ao medicamento.

A visita domiciliar foi apontada também como um modo de conhecer o território adscrito à unidade:

Eu faço, às vezes, VD. É quando você conhece o território. Porque você fala para [o usuário] voltar amanhã, com a maior facilidade. Hoje não dá, volta amanhã ou semana que vem para pegar [o medicamento]. Quando você vê [onde a pessoa reside], é uma outra realidade (F4).

Sabe-se que, no território, o profissional de saúde pode observar diferentes maneiras de viver, trabalhar e realizar trocas sociais. Essa imersão possibilita co-

nhecer a realidade de vida dos usuários, fortalecer os vínculos e compreender as diferentes dinâmicas familiares que interferem diretamente na saúde do paciente (Ensing *et al.*, 2015).

Outra ferramenta terapêutica da ESF que apresenta potencial de acompanhamento do cuidado e promoção à saúde é a intervenção grupal interdisciplinar. Alguns entrevistados participam dos grupos promovidos nas unidades de saúde direcionados para pessoas com hipertensão e diabetes, conforme narrou um farmacêutico:

Era um grupo para juntar hipertensos e diabéticos para falar sobre orientação, cuidados na alimentação. [...] O farmacêutico se inseria para falar sobre a medicação, sobre o cuidado, essas coisas (F8).

Os grupos de promoção à saúde também foram percebidos com uma oportunidade de parceria entre o trabalho de farmacêuticos com outros profissionais de saúde:

Eu e a psicóloga também éramos muito próximas. A gente fundou um grupo que existe até hoje. [...] Que é um grupo para quem tem ansiedade e depressão leve. Assim fica uma rede de apoio de moradores. Cada um compartilha sua experiência, o que sente... ansioso ou depressivo. Mais as questões de violência. Lá é muito violento (F9).

Esses relatos se coadunam com Leite (2007), ao ressaltar que o farmacêutico pode aproveitar os espaços de promoção à saúde para interagir melhor com a comunidade discutindo diferentes assuntos, e não apenas como “profissional do medicamento”. Tais ambientes possibilitam a troca de conhecimento, o empoderamento dos indivíduos e a promoção de autonomia. Uma prática pautada na clínica ampliada é aquela que estimula a construção de autonomia dos sujeitos por meio da reflexão e do acesso dos sujeitos à informação. A educação em saúde mostra-se como uma ferramenta potente para aumentar a capacidade de autocuidado das pessoas (Onocko-Campos; Campos, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência farmacêutica na APS à luz da clínica ampliada apresenta desafios como o excesso de carga de trabalho em atividades de logística e burocráticas, baixa quantidade de profissionais, isolamento do profissional no setor da farmácia, pouca integração nas equipes e rotatividade nos serviços. Como possibilidades, o farmacêutico revelou-se um profissional com elevado potencial para construir vínculos com o usuário, família e comunidade, podendo contribuir para uma maior

adesão ao tratamento e na elaboração de projetos terapêuticos singulares, bem como realizar um trabalho interdisciplinar como apoiador matricial, nas visitas domiciliares e nas intervenções grupais.

A partir dos resultados desse estudo, conclui-se que o cuidado em saúde no âmbito da APS, à luz da clínica ampliada, no qual se inclui a assistência farmacêutica, pode se concretizar pelos seguintes dispositivos:

- (1) a reunião de equipe, que associe a troca interdisciplinar em concomitância com a objetividade dos projetos e discussões;
- (2) o projeto terapêutico singular, que seja capaz de superar a perspectiva biomédica individual do caso clínico para pensar na dimensão subjetiva e na rede social e familiar;
- (3) o vínculo entre profissional e usuário como o meio de adesão ao tratamento e de construção de uma clínica compartilhada com estímulo à participação e a autonomia dos sujeitos;
- (4) a visita domiciliar como um recurso importante de integração entre os trabalhadores de saúde e de acesso à dinâmica familiar e ao território;
- (5) o trabalho em equipe interdisciplinar nos grupos e ações para possibilitar a promoção à saúde e, por conseguinte, o estímulo à autonomia e ao autocuidado dos sujeitos;
- (6) o apoio matricial como forma de realizar a troca de saberes entre os profissionais de saúde.

Para além dos desafios e possibilidades que precisam ser enfrentados no âmbito da assistência farmacêutica, defende-se que a construção de dispositivos que visam à clínica ampliada na APS é tarefa de gestores, trabalhadores, usuários e de todos aqueles que têm o compromisso de ofertar uma atenção integral à saúde da população.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: MOROSINI, M.V.; CORBO, A. D. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, P. S. *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, p. 1-11, 2017.

BARBERATO, L. C.; SCHHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, out. 2019.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, Florianópolis, v. 2, n.3, p. 68-80, jan./jul. 2005.

BRADLEY, F. *et al.* The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 387-398, ago.2008.

BRASIL. Lei nº. 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. *Diário Oficial da União*: parte 1: Poder Executivo, Brasília, DF, 11 ago. 2014, p. 1, edição extra.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G. W. S. *A clínica do sujeito*: por uma clínica reformulada e ampliada do trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de Atenção Básica*: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (Org.). *Atenção primária e atenção especializada no SUS*: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras. São Paulo: Hucitec, 2021.

CLYNE, W.; BLENKINSOPP, A.; SEAL, R. *A Guide to medication review*. 2. ed. London: National Prescribing Centre, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade*: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Pará, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

COSTA, J. M.; LINHARES, M. L. Implantação da atenção farmacêutica em uma unidade de atenção primária à saúde do Brasil: avaliação qualitativa por uma equipe multiprofissional. *Revista Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 28-29, 2012.

COSTA, K. S. *et al.* Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, 3s, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007146> Acesso em: 19 dez. 2019.

CUNHA, G. T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DESTRO, D. R. *et al.* Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310323>. Acesso em: 14 nov. 2023.

DOBSON, R. *et al.* Interprofessional health care teams: attitudes and environmental factors associated with participation by community pharmacists. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 20, n. 2, p.119-132, 2006.

DURÁN KUNZ, J.; MÉNDEZ, C. Implementación de la reforma de la salud: percepción del profesional químico farmacéutico. *Cuadernos médico sociales*, Santiago, v. 50, n. 2, p. 124-131, 2010.

ENSING, H. T. *et al.* Bridging the gap between hospital and primary care: the pharmacist home visit. *International Journal of Clinical Pharmacy*, [s. l.], v. 37, p. 430-434, 2015.

FERREIRA, E. C. X. *A Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde: a atuação do farmacêutico*. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

FIGUEIREDO, D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na coprodução de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

KUNZ, J. E. D.; MÉNDEZ, C. A. Implementación de la reforma de la salud: percepción del profesional químico farmacéutico. *Cuad Méd-Soc*, v. 50, n. 2, p. 124-131, 2010.

LEITE, S. N. Quê promoção da saúde? Discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n. 6, p. 1749-1750, dez. 2007.

LUQUETTI, T. M. *et al.* Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à saúde: Percepção dos farmacêuticos. *Diversitates International Journal*, v. 9, n. 3, p. 27- 43, set./dez. 2017.

MATTOS, L. *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 287-298, jan./mar. 2019.

MELLO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1565-1572, 2016.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G. W.; GUERRERO, A.V. *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W. *et al.* (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: WHO, 1978. Disponível em: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>. Acesso em: acessado 20 jun. 2018.

POPE, C.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre: Artmed. 2009.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciência Saúde & Coletiva*, v. 25, n. 5, 1799-1808, 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Prefeitura Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS-RJ) 2014-2017*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

SILVA, A. G, LIMA, J. G.; LIRA, A. C. Atuação do farmacêutico nos núcleos de apoio à saúde da família: uma contribuição para o fortalecimento da estratégia de saúde da família. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 19, n. 1, p.14 - 23, 2016a.

SILVA, R. M. *et al.* Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro. *Ciêñ Saúde Colet*, v. 2, n. 5, p. 1421-1432, 2016b.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo, 2000.

A busca ativa como estratégia de acolhimento em um território vivo: construindo a rede de atenção psicossocial para além dos muros

Allan de Aguiar Almeida

Maria Goretti Andrade Rodrigues

A noção de território em saúde mental e coletiva nos convida a pensar num espaço a ser habitado, a ser percorrido, vivido, ao mesmo tempo, humanizado. As práticas de um cuidado integral em saúde se articulam com a noção de territorialidade, pensado para além de um espaço geográfico, um espaço ou região da cidade.

Nós nos propomos nesta escrita a apresentar e discutir a humanização no acolhimento em saúde mental como produção de sujeitos e outros modos de existência. Tal empreitada fez parte do mestrado em ensino (Almeida, 2022), na discussão sobre os possíveis caminhos que podem colaborar na construção e transmissão de um processo formativo na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do município de Santo Antônio de Pádua, RJ. Pesquisar e mapear as minúcias da rede mostra-se fundamental para traçar os objetivos, assim como delinear discussões e trocas de saberes ante os nós e as barreiras a serem enfrentados no que tange à saúde mental e coletiva. Considerando que o pesquisador se torna figura atuante no processo, a cartografia (Deleuze; Guattari, 1995) constitui-se dispositivo de investigação e mapeamento dessa imbricada rede de espaços que tendem a movimentos múltiplos e variados, de avanços e retrocessos, de tutelas e interlocuções. Busca-se o desenvolvimento de políticas educacionais de saúde e a criação de saberes interdisciplinares necessários para nortear outros olhares e perspectivas transdisciplinares em processos de formação, transmissão e cuidados numa saúde ética, política e intersetorial.

O objetivo desse artigo, por meio do relato de vivências e experiências de profissionais junto a usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), é dar visibilidade aos deslocamentos da busca ativa como estratégia de acolhimento em um território vivo.

O trabalho no campo da saúde mental conclama, tanto profissionais, quanto os usuários a tomarem para si a multiplicidade do espaço coletivo como lugar de produção de saúde, trocas existenciais, pertencimentos e laços sociais: “É o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence” (Santos, 2003, p. 96-97). Assim, também pensamos no território a ser usado onde se tramam as relações e se constroem mundos, espaços políticos da realidade compartilhada a ser construída e inventada nas relações.

Dialogamos com o conceito de território vivo (Santos, 2003) e de território como agenciamento de desejo (Guattari; Rolnik, 1986). Trazemos a discussão sobre humanização, a partir dos documentos governamentais HumanizaSUS (Brasil, 2010a) e acolhimento nas práticas de produção de saúde (Brasil, 2010b), resistindo na luta contra a medicalização da vida (Freitas; Amarante, 2017). Apresentamos situações para além dos muros do Caps, em diálogo com o conceito de busca ativa (Lemke; Silva, 2010), e com a ideia de um comum e de clínica peripatética, de Lancetti (2016), para tratarmos de ir ao encontro das existências e dos sofrimentos dos sujeitos (Amarante, 1994), das conexões não previstas e conhecidas no mundo da saúde (Abrahão, Fernandes, Souza, 2019).

HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

Mesmo com todas as discussões de saberes transdisciplinares a atravessar o campo da saúde mental, ainda se elege, para os quadros de sofrimentos psíquicos, a prescrição de psicofármacos, assim como a “prescrição” de psicoterapias, como as únicas abordagens possíveis. A possibilidade de se pensar na amplitude dos serviços substitutivos da atenção psicossocial, naquilo que estes podem ser promotores de cuidados, bem como agentes de cidadania, recorrentemente são esquecidos no cotidiano do trabalho, assim como na transmissão da formação. Pensar a rede de serviços, a luta pela universalidade, equidade do acesso e o uso do território se mostram fundamentais a desconstruir esse cenário que sustenta o binômio psi desconstruindo os psicologismos e as condutas de medicalização da vida (Freitas, Amarante, 2017).

A reforma nasceu e desenvolveu-se não por consensos, mas por conflitos, disputas, posições divergentes, inclusive no âmbito teórico – envolvendo o questionamento dos saberes psi, seja seu discutível rigor epistemológico

co, seja em sua tendência de servir à normatização e à adaptação dos indivíduos ao ordenamento social (Lobosque, 2020, p. 135).

Considerando todos os processos de humanização em saúde, acolhimento, assim como escuta e vínculo, criam-se dimensões outras para as necessárias práticas do fazer implicado em produzir saúde para além do modelo centrado nas quatro paredes do consultório e seus procedimentos-padrão. Apostamos num outro fazer educacional que dá ênfase às transformações dos preceitos da clínica, tanto quanto ao olhar atento às políticas públicas, às legislações e àquilo que se mostra inaugural na vida.

No que diz respeito à formação e à prática na clínica da saúde mental, é visível um conjunto de lacunas preocupantes que, por vezes, desconsidera as políticas públicas, os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e de um conjunto de diretrizes da reforma psiquiátrica adotado há mais de 20 anos pelo Estado brasileiro. Nota-se, por meio de profissionais e de estudantes, brechas na formação e olhares reducionistas dos grandes e reais problemas concernentes à saúde coletiva, não apostando no olhar crítico e na intervenção daquilo já instituído. O trabalho humanizado em rede, o acolher atento nos mais diversos pontos do território, a sustentação de vínculos e a responsabilização do cuidado, ficam relegados aos especialistas parciais, dada a precária ou parcial formação dos profissionais de saúde, bem como os entraves da efetivação das políticas públicas.

As noções de redes de saúde e assistência, mesmo com a ampla cobertura, defendida e planejada no território, ainda são pouco consideradas na articulação do trabalho das equipes e entre as “unidades” de saúde. Tal situação faz retornar à velha lógica ambulatorial e hospitalocêntrica o que sustenta o velho mandato social e de poder da psiquiatria a excluir e a sequestrar, desconsiderando que o sofrimento mental requer considerações e abordagens que vão além da biologização própria das doenças orgânicas e das ações medicalizantes.

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde e pelas Leis 8.080 e 8.142, de 1990, é fruto de amplos movimentos da reforma sanitária brasileira. Em seus preceitos temos uma consolidada mobilização social, os princípios da democracia e a defesa das políticas públicas inclusivas. Ao se pensar numa saúde que se propõe coletiva, apostamos na universalidade, na integralidade e na equidade da atenção em saúde de modo amplo, assim como pensamos em uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doenças, mas a uma vida com qualidade (Brasil, 2010).

A dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde exige, indica a necessidade de mudanças nos modelos de atenção, assim como na gestão:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010a, p. 8).

Com todos os avanços e desafios, o SUS estabelece uma política pública que está constantemente receptiva à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, ao mesmo tempo que está aberta a constantes mudanças e ajustes. Dentre os grandes desafios, está a criação constante de um sistema de saúde em rede, que visa superar o isolamento dos serviços em seus mais variados níveis de atenção, vindo ao encontro de uma transversalização, uma comunicação entre os diversos profissionais e suas equipes. O fortalecimento e a qualificação da atenção primária em saúde (APS), a fim de ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado à saúde, também marca esses desafios cotidianos. Tal processo mostra a necessidade de superar a lógica estritamente sanitária biomédica, ao ampliar e fortalecer a vertente de uma saúde como produção social, tanto quanto econômica e cultural.

Dentre outros desafios, está a necessidade de garantia de recursos suficientes para o financiamento do SUS. A fragmentação dos processos de trabalho, a fragilidade intersetorial das redes e as difíceis relações entre os diferentes profissionais e suas áreas de atuação somam-se à precarização do trabalho. Observamos em nosso cotidiano que se faz essencial a implantação de diretrizes de acolhimento, para a sustentação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida, assim como a interação nas equipes e sua consequente qualificação para se lidar com as singularidades dos sujeitos e dos coletivos nas verdadeiras e abrangentes práticas de atenção à saúde. Dentre os preceitos, elegemos também como fundamental a promoção de estratégias de valorização do trabalhador para alcançar melhorias nas condições de trabalho e na educação permanente em saúde.

Quando sustentamos a humanização como política transversal na rede, pensamos nela não como um programa, mas como uma política pública que transpasse as díspares ações e instâncias gestoras do SUS, o que provoca a construção de trocas solidárias e empenhadas, tanto com a tarefa de produção de saúde, quanto com a produção de sujeitos e outros modos de existência, e assim revelam-se as práticas em saúde como eixos também subjetivos e presentes.

A valorização dos diversos usuários, trabalhadores e gestores, diretamente implicados no processo de produção de saúde, faz com que possamos pensar na humanização como via de promoção e vertente produtora da autonomia, a alçar o

protagonismo dos sujeitos e de seus coletivos. Esse processo de humanização vem, a partir de encontros, com o aumento do grau de corresponsabilidade, com o mapeamento e intercâmbio com as demandas sociais, coletivas e subjetivas nos processos de saúde. Há de se reconhecer ainda a heterogeneidade desse coletivo e o oferecer a mesma atenção e cuidado à saúde da população, sem distinção de idade, cor, origem, gênero e orientação sexual. Inclui-se assim a proposta de um trabalho mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo, tendo compromisso com a articulação fundamental dos processos de educação e formação com os serviços e práticas (Brasil, 2010).

Um dos princípios da proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) é a força da transversalidade, ao aumentar o grau de comunicação intersetorial, transformando os elos relacionais e de comunicação junto àqueles implicados nas tecnologias de produção de saúde. Esse sutil movimento teria como efeito a desestabilização das fronteiras e desconstrução dos saberes e dos territórios rígidos do poder e dos modos ultrapassados e instituídos na constituição das relações de trabalho.

Outra ênfase se dá na indissociabilidade entre o campo da atenção e da política pública, dada a impossibilidade de separar dos processos de gestão e apropriação do trabalho, assim como se faz impossível separar clínica e política, ou produção de saúde e produção de subjetividade.

Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (Brasil, 2010a, p. 24).

Algumas diretrizes da PNH são os preceitos de uma clínica ampliada, de cogestão, de acolhimento, de que trataremos, a seguir, da valorização do trabalho e do trabalhador, da defesa dos direitos do usuário e também do fomento das grupaliidades, coletivos e redes e na construção de um fazer efetivo. Dos dispositivos da PNH, destacam-se os grupos de trabalho, as câmaras técnicas, as equipes transdisciplinares e de apoio matricial (Rodrigues *et al.*, 2020), os projetos terapêuticos e os projetos de saúde coletiva.

Na implementação dessa política esbarramos com o não entendimento do que seja humanização em saúde, sendo esta relacionada a assistencialismos, paternalismos, caridade ou até mesmo solidariedade, ou então, em outra vertente, a um tec-

nicismo burocrático que se sustenta por uma racionalidade administrativa, gerencial a se medir pela qualidade dos resultados protocolares (Mori; Oliveira, 2014).

Com a implementação dos processos de humanização no sistema de saúde, que engloba a APS, atenção especializada, urgência e emergência hospitalar, busca-se a ampliação do acesso aos serviços, assim como atendimentos mais acolhedores e resolutivos, baseados em critérios de risco. Busca-se também a participação ativa do usuário e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de construção de um plano terapêutico e na garantia de uma gestão participativa dos usuários e trabalhadores, com imprescindível investimento profissional em educação permanente em saúde. Adota-se assim que a PNH possui uma perspectiva formativa, tanto quanto participativa e emancipatória, na qual o fazer e o aprender se articulam nos mesmos movimentos. Tomando como referência para essa pesquisa, a humanização na saúde deve ser incluída tanto como conteúdo, assim como componente dos cursos de graduação, de pós-graduação ou extensão em saúde e no fazer das próprias unidades e serviços de saúde.

Humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010a, p. 62).

Assim, a política de humanização, mais do que um programa ou alegoria caridosa, é uma transformação cultural nas relações a englobar todos os níveis de atenção em saúde, que se dá como processo que favorece o sujeito vulnerabilizado, a partir de seus cuidadores e junto à sua rede social, a enfrentar seus desafios, sendo agente ativo de sua própria saúde. Portanto, a humanização da saúde passa pela humanização do todo social.

Entretanto, o cenário a atingir tais objetivos e preceitos tem sido difícil, dada uma série de fatores, como a limitação de recursos financeiros, ingerências e dificuldades administrativas. Há que se considerar, ainda, a sobrecarga dos profissionais em jornadas intensas de trabalho, a não qualificação, as baixas condições salariais, assim como os desgastes físicos e subjetivos.

Na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, um dos principais desafios é o acolhimento, esse ato ou efeito de se aproximar de quem sofre, de “estar com”, de “estar perto”, de “estar em relação a algo ou a alguém”. Acolher diz reconhecer o outro em sua alteridade, em seus modos de viver, de estar e de colaborar com o sentir a vida. Acolher revela a possibilidade de invenção de soluções a dar sentidos, de dignificar o viver, ao mesmo tempo que convoca a processualidade do protagonismo e ao compromisso com a coletividade.

O sistema neoliberal, a lógica de um Estado mínimo, a precarização das relações de trabalho, a privatização da vida cotidiana, os processos de individuação e a objetificação dos usuários dos sistemas de saúde são elementos que vão de encontro dos preceitos de humanização. Em linhas gerais, o modo como se dá o acesso aos usuários nas redes de saúde revelam uma escuta desatenta e não qualificada e relações não solidárias, tal como deveriam se apresentar ao se defender os preceitos éticos e de afirmação da vida.

Acolher não diz de um voluntarismo ingênuo, tampouco de boa vontade ou concessão de favores ao outro. Acolher não se restringe em recepcionar, administrativa ou burocraticamente, tampouco a fazer uma triagem seguida de encaminhamentos diversos para espaços mais referenciados ou especializados. Tal lógica de ação pontual, descompromissada e isolada dos processos de responsabilização e de vínculo, sustenta as clássicas filas burocráticas para atendimentos, reproduz a lógica industrial contábil de produção, assim como não permite os vínculos fundamentais nos processos constitutivos de referência e produção de saúde.

Tais funcionamentos demonstram uma lógica produtora de mais adoecimento, na qual, ainda hoje, parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. O objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades. Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços, que, de modo geral, é organizado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento (Brasil, 2010b, p. 15).

Importante junto às diretrizes de humanização nos serviços de saúde é o acolhimento articulado com as propostas como a cogestão, a consideração de uma inversão da clínica, em que se deve colocar a doença entre parênteses e ir ao encontro das existências e dos sofrimentos dos sujeitos, desnaturalizando as verdades até então preestabelecidas e seus “pré-conceitos” construídos pelos modos de pensar e agir padronizados nas condutas profissionais, o que remete à formação permanente dos profissionais, além da sustentação do direito dos usuários, da ci-

dadania e ações coletivizadas. Acolher no campo da saúde mental é mais que receber a demanda espontânea institucional do sofrimento subjetivo humano, é mais que a recepção inicial, triagem ou o preenchimento de fichas, é uma processualidade de produção de vida e de saúde, a partir de laços sociais, culturais e comprometicimentos éticos a garantir a pluralidade das ações, que sejam a responsabilização, a construção de redes de autonomia e a reinvenção, tanto do usuário, quanto do profissional.

Das estratégias de interferência nos processos de trabalho, o acolhimento traz à tona o protagonismo dos sujeitos envolvidos, assim como convoca uma reorganização dos serviços de saúde, a partir da problematização dos processos de trabalho: no que diz respeito à dinâmica dos espaços de gestão, de elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos, de modo intersetorial e transdisciplinar:

Requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso às diversidades cultural, racial e étnica (Brasil, 2010b, p. 21).

PARA ALÉM DOS MUROS DO CAPS

Podemos pensar com Guattari e Rolnik (1986) no território como um agenciamento do desejo, como um espaço subjetivo no qual o sujeito se sente “em casa”. Quem nos ensinam as intervenções no cotidiano são os usuários dos serviços de saúde, os quais apresentamos, ao longo do texto, a partir de três relatos de vivências e experiências de profissionais do Caps Ilha da Convivência.

Após constantes idas de Maria ao Caps, a fim de tentar entender o que acontecia com seu filho, ao mesmo tempo que para nos pedir algum auxílio, nos aproximamos de Fernando, 34 anos, negro, sem atividade laboral, que apresentava uma série de temores, hipóteses de persecutoriedade e resistências em sair de casa. Sua história de menino ainda traz as marcas de uma marginalidade social, de estigmas da vizinhança e de olhares dos outros que também já se sentiam ameaçados. Fernando e seus três irmãos, quando jovens adolescentes, tinham o costume de furtar objetos de moradores dos bairros vizinhos, eram suspeitos do uso de drogas e envolvimento com o tráfico que começava a existir na região.

Por diversas vezes sua genitora marcou consultas no Caps, e o filho não comparecia, resistia relatando não estar bem e que, por isso, não poderia sair de casa. Após uma série de atendimentos domiciliares realizados pelo psicólogo da equipe

e uma técnica de enfermagem, Fernando se sentiu confiante e seguro, passou a frequentar a praça próxima à sua residência e começou a frequentar as redondezas, assim como aceitou o convite de ir à unidade para uma consulta. A partir desses encontros, concordou em participar da construção de seu projeto terapêutico singular junto à sua técnica de referência, bem como passou a estar no cotidiano do Caps para consultas e participação em oficinas terapêuticas e nas atividades coletivas da atenção psicossocial.

Para além das prescrições farmacológicas e dos atendimentos psicológicos clássicos no *setting*, Fernando nos convida a pensar na lógica territorial, na construção de vínculos, numa posição de sustentar o acolhimento na cidade e, ao mesmo tempo, apostar no atendimento domiciliar e na busca ativa como uma posição política de trabalho e de cuidado no território. Hoje, ele frequenta o Caps, faz um uso mais amplo da cidade e, quando se faz necessário, busca também a Estratégia Saúde da Família (ESF) de seu bairro. Fernando já não é aquele garoto tido como perigoso, já não é o adolescente arredo, se fez outro e se refez em sua vida.

Tanto nas políticas de APS, quanto no fazer em saúde mental pensar na desinstitucionalização e na integralidade do cuidado nos provoca a pensar em intervenções e inserções no território, nos convida a sair da institucionalidade das quatro paredes dos serviços e tomar para si o espaço sempre aberto da cidade e do contexto social no qual os sujeitos estão inseridos.

Este deslocamento não pode ocorrer no sentido de medicalizar, psiquiatrizar ou psicologizar o território, mas no sentido de romper com o mandato social de controle e normalização, inventar projetos de vida e produzir regimes de sociabilidade que tornem possível a existência da diferença (Lemke; Silva, 2010, p. 284).

Em nosso trabalho pensamos nos processos de desinstitucionalização quando contextualizados com a alteridade e a existência dos sujeitos, assim como pensamos a integralidade do cuidado em saúde ante uma escuta ativa, produção de outros sentidos e olhares no fazer da clínica.

Manoel, 58 anos, negro, desempregado, nunca atendido pelo Caps, foi acolhido por uma das estagiárias de Psicologia do Caps. O encaminhamento realizado pela ESF de sua localidade relatava discurso confuso e hipótese de alucinações auditivas, o que convidava a pensar de antemão numa esquizofrenia. Na avaliação da médica da ESF constavam os diagnósticos de tuberculose, tabagismo e as sequelas visíveis de um acidente vascular cerebral que o impediam de bem se locomover. Nos atendimentos com a estagiária e a assistente social, havia o choro intenso de

Manoel que revelava suas condições incertas de subsistência, a fragilidade nos vínculos, a precariedade habitacional, a solidão e a fome.

Mesmo com o olhar intimidador de traficantes de drogas, nas visitas domiciliares pela equipe do Caps, as dificuldades de sua residência revelaram-se ainda maiores na falta de energia elétrica, de água potável e saneamento básico, num bairro carente da área central da cidade. A fome, a fragilidade econômica e a moradia insalubre mobilizaram os profissionais que, para além de uma escuta atenta, se organizaram em redes sociais e laços de amizade e, a partir do apoio da comunidade, conseguiram móveis, roupas, eletrodomésticos e itens básicos, além de um benefício de prestação continuada junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social. Com o dinheiro foi possível alugar um imóvel mais adequado às suas limitações, além de agenciar alimentação e cuidados de manutenção da vida diária. A implicação de vários foi fundamental em todo o processo que, em poucos dias, fez mudar radicalmente o cotidiano de alguém que tinha uma suposta alucinação auditiva, um diagnóstico inicial de esquizofrenia.

Em nossas unidades de saúde têm sido comuns as determinações feitas pelo Tribunal de Justiça e pelo Ministério Público, exigindo a realização de uma “busca ativa” até a residência do paciente, a fim de realizar uma avaliação do quadro, uma intervenção, para que, na maioria das vezes, se produza um diagnóstico e um suposto meio de avaliação e controle. Nos documentos recebidos, regularmente determina-se que, “caso o paciente resista e seja necessário, deve-se contar com apoio do Corpo de Bombeiros”, e em algumas situações até “força policial”. Interessante notar que tais solicitações possuem prazos de realização que desconsideram todas as sutilezas e multiplicidade de fatores da clínica em saúde mental. O que chamamos e pensamos como “busca ativa” diz de um movimento de caráter político do território, de uma postura ativa dados os problemas da população, uma postura de trabalho de se ater à integralidade e amplitude do cuidado: “Um movimento de ir à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território” (Lemke; Silva, 2010, p. 285).

Adentrar o espaço do outro, sentir seu entorno, experimentar mais de perto seu cotidiano proporciona a quebra de olhares e movimentos estanques, assim como faz surgir movimentos outros do conhecer e do fazer clínico. Para além das intervenções unilaterais do modelo biomédico sintomático, com seus diagnósticos-padrão, prescrições protocolares e prognósticos preestabelecidos, um trabalho que produza as rupturas necessárias ao novo, ao que não se dava a conhecer, fazendo ruir uma cadeia de repetições que se abre às diferenças. É assim que Guattari (1992) toma as práticas de cuidado pensando a política como movimento pleno de um corpo, na ética como o movimento da crítica em face dos modos pas-

sivos da existência e na estética como possibilidade processual do movimento de ampliar a percepção.

No trabalho de cartografar o território, na pesquisa cotidiana na visita domiciliar, os atendimentos institucionais, as reuniões de grupo, os encontros familiares, o adentrar na prática do outro, o deixar-se conhecer, o provocar a prática passiva, operam como linhas de fuga para a criação de um plano de invenção da clínica que vai além das ordens de controle, de silenciamento e de um movimento maquínico de modulação e seriação social.

A possibilidade de um trabalho comum, a articulação de serviços de saúde e de profissionais de diversos campos de atuação são os elementos principais na construção de uma Raps, esta que também é tecida no conhecer o outro, ao mesmo tempo que respeita e cuida da pluralidade, de seus modos de existir e de se estar em sociedade.

Maycon, 43 anos, pardo, desempregado, alcoolista usuário do Caps há nove anos, e sua mãe nos levaram ao território, já que não nos procuravam há vários meses, devido a desconsiderar a necessidade de tratamento, assim como às orientações de isolamento social advindas com a pandemia da Covid-19. Maycon foi ao Caps por questões de abstinência alcoólica; sua genitora regularmente marcava consultas as quais ele negligenciava, por esquecimento ou por uso abusivo de psicofármacos.

A partir das solicitações e intervenções do Núcleo de Atenção à Saúde da Família, da agente comunitária de saúde (ACS) e da assistente social, soubemos que na residência da família havia mais de 20 cães e que ambos já não sabiam como lidar com os animais, quando foi convocada a Vigilância Epidemiológica e integrantes do Canil Municipal. As intervenções foram ao encontro de explicitar a necessidade de melhor cuidado do imóvel, devido às queixas dos vizinhos, assim como verificada a necessidade de avaliação médica por suspeita de tuberculose, que se verificou nos dois. A morte da genitora de Maycon revelou a fragilidade dos laços familiares, as dificuldades institucionais e econômicas de se viver numa sociedade de consumo, ao mesmo tempo que mostram a força da resistência do viver e de um cuidado compartilhado, a partir de um plano comum, em que uma rede pode vir a ser tecida no cotidiano dos afetos.

A invenção de estratégias, a ampliação do cuidado nas atividades cotidianas e o fortalecimento existencial mostraram-se, tanto na vida de Maycon, quanto no reforçar os laços e composições de uma rede de saúde e de assistência que demonstrou ser possível estar junto do outro naquilo que ele mesmo não consegue realizar sozinho. Na convivência junto ao Caps, Maycon deixou o uso compulsivo do álcool, assim como conseguiu fazer alguns trabalhos e ter algum dinheiro para um mínimo de subsistência.

O olhar da ACS, da psicóloga, das assistentes sociais e dos demais profissionais das diversas instituições nos fez estabelecer um novo e outro vínculo, assim como criar um espaço de partilha e de cuidados que se torna o plano comum. Deste modo, Maycon pôde aprender com os profissionais algo a respeito de si e de uma nova fase de sua vida, sem a mãe, mas com suas capacidades, seus desejos e aspirações, deixando abertura às possibilidades de rompimento dos limites que acreditava possuir.

Esse é o trabalho de uma Raps, que não está para fazer com que os sujeitos tenham de se psicologizar ou se psiquiatrizar, mas que está para transcender um espaço comum de convivência àqueles que se mostram diferentes, mesmo com os olhares normativos. O trabalho em rede não está para incluir sujeitos dentro de uma lógica-padrão de existência, não está para formatar vidas que se organizam de outro modo.

Isso significa que há diversas maneiras de existência que não conseguem ganhar espaço, porque se institui um único caminho como sendo o normal. É nesse sentido que algumas pessoas se fragilizam, sofrem e são por isso excluídas da participação social. Isto mostra o quão pouco este modo hegemônico de viver, de pensar, de trabalhar em saúde, é capaz de compreendê-las (Azevedo, 2015, p. 87).

Maycon, Manoel e Fernando, assim como tantos outros, nos contam de suas fragilidades iniciais, bem como nos ensinam sobre nossas forças, ensinam sobre a importância da organização de uma rede ante as complexidades das demandas daqueles que necessitam de atenção e são estigmatizados, quando não esquecidos. Essas composições de alianças dizem da produção de espaços comuns, de traçados e ações potencializadoras a produzir sujeitos mais fortes, participativos e protagonistas de suas existências. Esses percursos questionam nossas próprias formações, nossas atuações para além de uma atenção psicossocial em seus moldes-padrão, para além de um imperativo de higiene social e institucionalizações. Construir e sustentar essa rede de cuidados e ações é o agir coletivo de um trabalho comum e num movimento incessante e vivo no território.

Lancetti (2016) propõe uma clínica peripatética que vai ao encontro daqueles que não se adequaram à clínica tradicional, uma clínica além da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia ou da pedagogia, uma proposta de cuidado a ser construído junto aos toxicômanos, nas situações de violência, no abandono do Estado, com as psicoses e nas situações sociopolíticas surgidas em nosso cotidiano. Uma prática baseada no pensamento aristotélico do ensinar e do aprender andando, no movimento da cidade, das ruas, dos encontros e seus meandros. O autor destaca que a

desconstrução do hospício é solo fértil para a produção de subjetividades e de cidadania, tanto quanto propicia a organização de espaços e tempos a promover identidades cronificadas, onde “o debruçar sobre o paciente” deve ser subvertido numa anticlínica a “pôr as pessoas de pé”, a convocar a invenção de experiências diversas nas áreas da assistência social, educação, saúde e segurança pública.

Em relação ao trabalho intersetorial e às práticas clínicas no território das equipes de saúde mental junto às equipes de saúde da família, as parcerias peripatéticas proporcionam produções de vida e ativações de um comum.

Assim como um atendimento é absolutamente mais rico quando realizado no lugar em que a pessoa mora e com as pessoas e a comunidade com as quais convive, a discussão do caso realizada enquanto se caminha pelo território é muito mais rica e propícia a ideia e revelações singulares (Lancetti, 2016, p. 36).

Lancetti aborda que um dos grandes problemas dos Caps ainda é sua centralidade em si, sua pouca abertura para o território, assim como a sustentação da lógica ambulatorial. Relata que instituições que atendem doentes mentais tendem a cronificar-se, institucionalizam-se e sustentam o poder psiquiátrico como elemento final.

A maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade, em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência. Nesse caso, não cabe aos terapeutas procurar novas estratégias clínicas: os pacientes é que devem adaptar suas demandas às ofertas dos serviços. Tal linha de ação foi criando uma corrente tecnocrática e burocrática: os CAPS envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes, voltam a centralizar-se no psiquiatra (Lancetti, 2016, p. 47).

Na linha de frente territorial estão os ACS, aqueles que melhor traduzem e vivem em ato a clínica peripatética. São os que facilitam e fazem circular um saber técnico e científico, mas também saberes da cultura local e daquele coletivo. Esses profissionais, junto a outros inseridos na comunidade, se tornam os principais membros da organização sanitária de nosso sistema de saúde ao identificar os casos de isolamento domiciliar, os casos graves que não chegam aos serviços de saúde tomados

como de maior complexidade; são esses profissionais que identificam a difícil tríade biopsicossocial, a importância das articulações intersetoriais e o matriciamento.

Todo o processo da reforma psiquiátrica nos revela a importância dentro dos serviços de saúde mental, tanto quanto a importância daquilo que está fora dos estabelecimentos, da margem como espaço a se criar uma subjetividade que dê ênfase à cidadania. A luta antimanicomial, para além dos atendimentos ambulatoriais clássicos, para além das formas de acessibilidade e de acolhimentos, para além dos grupos operativos e das oficinas terapêuticas, pode e deve se ater a territórios existenciais inéditos e àqueles que não demandam ajuda e nem suporte. E como intervir nesses desafiadores contextos?

Lancetti (2016) aposta no comum, naquilo que se dá, a partir da comunicação entre singularidades e que se apresenta nos processos sociais de cooperação e produção. Importante notar que esse comum é tecido por ações coletivas, por laços de solidariedade, redes de forte poder de cuidado e cooperação.

A atenção psicossocial necessita desse rompimento com a clínica, em que se deve colocar a doença entre parênteses e ir ao encontro das existências e dos sofrimentos dos sujeitos, desnaturalizando as verdades até então preestabelecidas e seus “pré-conceitos” construídos pelos modos de pensar e agir padronizados nas condutas profissionais.

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao “duplo” da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (Amarante, 1994, p. 65).

Ao se pensar nesses encontros, em articulação de redes, em éticas de cunho colaborativo, assim como nos processos e narrativas de formação em saúde, tomamos a direção de práticas transversais e solidárias que constroem o campo da saúde mental como um processo social como uma prática política. Consideramos que as demandas de nossos usuários ocorrem de modo direto, assim como também ponderamos em suas asserções e apresentações subjetivas, bem como dos profissionais de saúde. Os vínculos entre usuários e profissionais das diversas instâncias do cuidado se mostram necessários na implementação das políticas públicas e na organização das redes de saúde, o que se faz fundamental na articulação da APS com a Raps.

Trabalhar em função de um movimento dialético de transformação é apostar para além de protocolos técnicos e de políticas preestabelecidas, abrindo margem a novos valores no que diz respeito a um encontro ético que priorize o cuidado àquele sujeito.

Os usuários das redes de saúde como um todo, mesmo que fortemente vinculados, possuem conduta nômade no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo da saúde. Eles traçam linhas e caminhos buscando construir outros processos que não os instituídos pelos serviços de saúde, mas que eles consideram como necessários para o seu próprio cuidado (Abrahão, Fernandes, Souza, 2019, p. 53).

Os autores Abrahão *et al.* (2019) destacam a necessidade de mapear as situações vividas no cotidiano, do mesmo modo que dão destaque aos movimentos dessas redes e de suas constantes construções, enfatizando investigar as barreiras de acessibilidade que estas apresentam para além de suas formalidades. Essa aposta abre espaço para que os deslocamentos surjam como potências a influenciar significativas mudanças na organização e no estabelecimento da rede de cuidados. O desafio se dá também no mapear esse território e na observação como os sujeitos acolhem os cuidados oferecidos pelas redes de saúde e como estas se integram ao cotidiano das políticas públicas.

Cabe questionarmos em nossas práticas se estamos a fazer elos de cuidado em saúde endereçados à diversidade do mundo ou apenas propomos condutas normativas e mecanismos de controle social do mal-estar? Essas questões balizam nossas atuações, assim como entram em jogo naquilo que diz respeito a uma formação permanente em saúde e a uma produção dialógica no cuidar e no intervir. As construções de espaços coletivos para acolher as mais diversificadas trajetórias devem compor o cotidiano dos serviços e das redes, a fim de abrir:

Uma chance de interlocução com a ordem cultural que se revelou promissora quanto às transformações nas pessoas, em seus valores sobretudo, no sentido de pensarem a saúde como produção e sustentação do cuidado – em suma, como cuidado responsável de si e dos seus (Abrahão, Fernandes, Souza, 2019, p. 62).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na intensidade e na burocracia das demandas cotidianas, dos variados serviços de saúde, avaliar os riscos e as vulnerabilidades, tanto dos sofrimentos subjetivos, quanto dos sofrimentos físicos se faz fundamental para a melhoria de acesso dos e aos usuários. A humanização das relações refina a escuta e o olhar, é participante, convida para a mudança de objeto, não mais centrado na doença, mas no sujeito, assim como redefine os parâmetros de um atender de modo mais humanitário, solidário e cidadão.

Implantar sistemas de acolhimento na APS, em seus variados espaços de atuação, a partir das demandas espontâneas e também daquelas não programadas, se mostra como possível desde esse viés e do matriciamento da saúde mental, uma interlocução entre diferentes especialidades que ajuda na construção de algo em comum. Estar aberto às intercorrências e aos modos de recepção nos serviços de atenção especializada, faz coro nessas proposições. Para ampliar o debate, redefinir as necessidades, promover e sustentar reuniões de equipes, assembleias com os usuários, participações nos conselhos de saúde também se mostram como necessárias e frutíferas ações ao se pensar na qualificação da atenção no SUS.

O acolhimento deve ser uma intervenção, uma técnica de abertura do outro e ao outro com o qual se identifica, se organizam as necessidades e soluções que possam surgir. A construção de projetos terapêuticos criativos, dialógicos, individuais e coletivos a intervir nos aspectos amplos da vida, não se restringindo aos aspectos curativos, medicalizantes, psicologizantes e restritivos tradicionais, se mostra como diretriz desse cuidar humanizado, para além do modelo queixa-conduta.

Subvertendo a lógica mercantil da contabilização de números e procedimentos mecânicos, diferente de mero modelo de triar, ou de somente receber quem sofre, o acolhimento também, como busca ativa e humanizada no território, é esse processo implicado na produção e promoção da saúde do usuário. De uma escuta qualificada da queixa, de suas dores, angústias, passando pela análise da demanda desse sujeito, pensamos que acolher o território vivo e dinâmico nos convoca a ir ao encontro do outro. Esse processo de abertura, de interlocução de saberes, que inclui todos os profissionais, de receber aquele que sofre, ocorre nos encontros com uma atenção integral, resolutiva, responsável e possível. Apostamos numa possível horizontalidade do cuidado, seja nas instituições de saúde, em domicílio, na rua, todos estes transpassados pelas redes de cuidados, num trabalho coletivo, múltiplo e em constante movimento, similar à processualidade da vida.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; FERNANDES, F. L.; SOUZA, A. C. Ética colaborativa e de solidariedade, narrativas na formação em saúde. *Diversitates*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 49-65, jul./dez. 2019.
- ALMEIDA, A. A. *Ilhas, rios, redes e muros: a saúde mental nas cartografias da convivência*. 2022. Dissertação (Mestrado em Ensino) - Programa de Pós-Graduação em Ensino, Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior, Universidade Federal Fluminense, Santo Antônio de Pádua, 2022.
- AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, out. 1994.
- AZEVEDO, A. B. O trabalho comum através do aprendizado dos afetos na Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Polis e Psique*, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 3, p. 80-93. 2015.
- BARROS, M. E. B.; CRUZ, C. B.; ZAHN, J. Saúde e trabalho na educação: lutas a partir do Fórum Cosate. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 134-145, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v.1.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2016.
- LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 281-95, 2010.
- LOBOSQUE, A. M. *Intervenções em Saúde Mental: um percurso pela Reforma Psiquiátrica Brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2020.

MORI, M. E.; DE OLIVEIRA, O. V. M. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1063-1075, 2014 .

RODRIGUES, M. G. A. Saúde mental, articulações intersetoriais e o apoio da universidade em tempos de covid-19. *Diversitates International Journal*, Niterói, v.12, n.1, p. 6-16, 2020.

SANTOS, M. *Por outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

Proteção de dados em saúde: os desdobramentos jurídicos e os impactos na saúde coletiva

Letícia Maciel Lescura

Paula de Castro-Nunes

A era digital marca a trajetória da sociedade contemporânea em função de uma revolução tecnológica sem precedentes, responsável por transformações estruturais que refletem cotidianamente na vida das pessoas. São renovações em diferentes níveis e áreas, desde as matrizes energéticas, de produção, os modelos de governos, instituições, financeiros, negociais, consumeristas, comunicativos, educacionais, de saúde, permeando a forma com que os indivíduos vivem. A partir do avanço e da inovação das tecnologias digitais, o acesso, a disponibilização e a necessidade de informações *on-line*, por intermédio da internet, em frações de segundos, é recorrente, além da superoferta de dados (Rogers, 2019).

Na área da saúde, houve a necessidade da adaptação às iminências tecnológicas, fazendo do cenário ainda mais dinâmico. Assim, exames laboratoriais, laudos, marcação de consultas, boletins médicos, prontuários, histórico vacinal, informações sobre doenças e tratamentos estão passando por um processo de informatização, a fim de serem produzidos e armazenados em meio digital. De acordo com os indicadores do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC, 2021), esse processo ainda está em desenvolvimento, principalmente no SUS; de qualquer sorte, tais informações pessoais devem ser desde já tratadas com rigoroso sigilo, por lidarem com particularidades sensíveis dos pacientes.

Diante dessa conjuntura, encontramos um ponto de interseção entre o direito e a saúde: dados e informações pessoais acerca da saúde do indivíduo. Para Asensi (2016), direito e saúde são áreas que se relacionam, já que os atores jurídicos ope-

ram progressivamente na garantia do direito à saúde no país. Inclusive, para o referido autor, o direito à saúde perpassa não apenas por conflitos judiciais entre a sociedade e o Estado, mas diante das numerosas interações entre direito e a saúde nota-se que a interação entre a sociedade, o Estado e as instituições jurídicas refletem e influenciam as relações políticas e sociais rotineiramente.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde recebeu *status* de direito social, direito de cidadania, tendo como vetores a universalidade, a equidade e a integralidade; além disso, são também elencados como direitos pelo texto constitucional o direito à proteção dos dados pessoais, incluindo os presentes nos meios digitais, bem como o direito à vida privada e à intimidade das pessoas (Brasil, 1988). Nesse prisma, a proteção de dados em saúde encontra convergências aos aspectos jurídicos, uma vez que estamos diante dos direitos à saúde, à privacidade e à intimidade, constitucionalmente garantidos e que devem ser respeitados no âmbito da saúde. Assim, a desproteção ou invasão às informações de saúde pode desencadear consequências e tomar graves proporções, não apenas aos usuários, mas também à confiabilidade dos dados e do sistema de saúde como um todo.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) é responsável por algumas plataformas digitais que disponibilizam informações em saúde das pessoas assistidas pelo SUS. À medida que os sistemas de saúde informatizados representam facilidades e adequação ao momento tecnológico atual, exige também providências no âmbito da segurança digital. Esse assunto ganhou notoriedade no fim de 2021, quando *websites* do MS foram objeto de cibercriminosos, que os retiraram do ar juntamente com os dados neles acoplados. Segundo Rodrigues (2020), sob a perspectiva de uma sociedade globalizada, complexa e conectada, apenas a análise interdisciplinar entre diversificados âmbitos do saber seria razoável, já que especificamente sobre o uso e proteção de dados em saúde, estamos diante de uma questão que envolve saúde coletiva e a legislação que regulamenta a proteção de dados na internet. Por isso, este capítulo pretende-se uma abordagem interdisciplinar, na qual, primeiramente, analisaremos o caso do apagão de dados do Ministério da Saúde e, a partir dele, teceremos reflexões acerca das informações e dados digitais e os impactos para a saúde coletiva dessa forma atual de se lidar com dados em saúde, num diálogo jurídico à luz da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Trata-se também de apontar alguns caminhos a serem percorridos no sentido de avançar com as discussões pertinentes a um mundo amplamente conectado, com a “internet das coisas” cada vez mais presente no dia a dia das pessoas e um sistema de saúde que precisa se adaptar a essas tecnologias, até mesmo para que possa estar mais presente no cotidiano da população e ser mais eficiente em sua assistência.

O ATAQUE CIBERNÉTICO AO *WEBSITE* DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

No dia 10 de dezembro de 2021, a infraestrutura de TI, a qual promove o suporte aos sistemas nacionais de informação em saúde relacionados à pandemia de Covid-19, foi alvo de um ataque cibernético, noticiado como “apagão de dados da saúde”, responsável por suspender o acesso e funcionamento de vários *websites*, como o e-SUS Notifica, SI-PNI, ConecteSUS e Sivep Gripe. Embora o ataque tenha sido anunciado tecnicamente como um *ransomware*, caracterizado pela interrupção do sistema e exigência de resgate para sua liberação, já que a mensagem “dados internos dos sistemas foram copiados e excluídos” constava no endereço eletrônico do MS (Oliveira, 2021), em verdade, a estratégia utilizada não foi confirmada pelo MS, nem mesmo por outros órgãos do governo ou da sociedade civil. O grupo de cibercriminosos Lapsus\$ Group assumiu a autoria do ataque, declarando acesso, cópia e retirada do sistema de cerca de 50 *terabytes* (TB) de dados do SUS, o que significa um volume altíssimo de dados, e deflagrou a gravidade do problema. Os referidos serviços ficaram cerca de 13 dias fora do ar, embora alguns tenham se mantido instáveis até meados de março de 2022.

Cabe destacar que os sistemas de informação em saúde são alimentados pelos municípios e pelos estados, ficando o MS incumbido pela consolidação e integração de todos os dados do país na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs) e, em seguida, pela disponibilização nas plataformas do ConecteSUS, via Datasus e outros. Os responsáveis pela alimentação dos *websites* identificaram dificuldades para o acesso e envio dos dados, portanto, muitas informações mantiveram-se repressadas durante o período de suspensão e instabilidade.

O ataque afetou, principalmente, os seguintes sistemas: (i) e-SUS Notifica: sistema para notificação e acompanhamento de casos de síndrome gripal (SG), referindo-se a casos leves; (ii) SI-PNI: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações, incluindo o registro de aplicação de doses de vacinas para Covid-19; (iii) Sivep-Gripe: síndrome respiratória aguda e grave (SRAG) relaciona-se a casos mais graves, contendo hospitalização e óbito; (iv) SIM: Sistema de Informações de Mortalidade, refere-se a dados preliminares, possibilitando, por exemplo, a comparação entre óbitos por Covid-19 e óbitos por motivo diverso; (v) ConecteSUS: sistema responsável pela emissão do Certificado Nacional de Vacinação Covid-19 e da Carteira Nacional de Vacinação Digital, dentre outras informações de saúde.

Em regra, os programas de informação em saúde são formados por, pelo menos, três componentes: 1. entrada/digitação de dados; 2. processamento e armazenamento de dados; e 3. disponibilidade dos dados. Ao que tudo indica, os dados de saúde foram atingidos em todas as referidas etapas, sendo que vários incidentes de segurança restaram evidenciados, desde a indisponibilidade do serviço, até

mesmo a desfiguração de alguns *websites*, como o do Ministério da Saúde. Segundo Rodrigo Cruz (2022), à época, secretário-executivo do MS, todas as informações estavam armazenadas em nuvem e, embora o *cracker* (termo utilizado para identificar o responsável pela quebra de um sistema de segurança virtual) as tenha acessado e apagado, tanto o MS, quanto a empresa responsável por armazenar os dados detinham o *backup*, ou seja, efetivamente não houve perda de informações.

Algumas ponderações são agravantes nesse caso. Primeiro, como o episódio aconteceu durante o período pandêmico, os observatórios de dados sobre Covid-19 ficaram paralisados, inviabilizando o acompanhamento epidemiológico da pandemia no país e dificultando a tomada de decisão dos gestores públicos para adoção de várias medidas de ordem prática, como a abertura de leitos, a compra de insumos e medicamentos, a contratação de funcionários, dentre outros, o que torna possível um colapso no sistema de saúde. Segundo, havia o surgimento de variantes do Covid-19 e de festas de fim de ano, alta temporada para viagens, confraternizações familiares e festas comemorativas que reúnem grande número de pessoas. Nesse ínterim, uma das medidas implementadas para contenção de novos surtos foi a apresentação do comprovante de vacinação contra o vírus, popularizado como “passaporte vacinal”, comprovantes esses que estavam indisponíveis nas plataformas digitais, sendo que tal exigência passou a ser comum para o acesso a locais públicos, meios de transporte e locais com aglomeração. Para a população, a falta de dados também é prejudicial, pois tolhe a sua autodeterminação e a expõe às *fake news* sobre a doença, o seu tratamento e a vacinação. Ademais, houve morosidade para o restabelecimento integral dos sistemas; alguns voltaram à normalidade apenas em março de 2022, cerca de três meses após o ocorrido, corroborando para a defasagem dos dados em saúde. Anteriormente ao ataque ora comentado, houve notícias acerca da alteração indevida de dados de saúde disponibilizados no ConecteSUS, especificamente sobre informações de pessoas vacinadas e seus dados pessoais (O Globo, 2021).

As ocorrências divulgadas revelam a fragilidade digital das plataformas contendo dados virtuais. Embora nenhum órgão esteja livre de cibercriminosos e ataques dessa espécie, faz-se necessário o fortalecimento de uma política de segurança de dados, bem como a implementação de outras providências preventivas para novos ataques. A Polícia Federal e a Procuradoria-Geral da República conduzem as investigações para apurar o caso. Ademais, em junho de 2022, o Tribunal de Contas da União (TCU) decidiu manter a fiscalização junto ao MS, em razão da pouca transparência acerca das causas e características do ataque. Registre-se que todas essas informações foram veiculadas pela grande mídia.

DADOS DIGITAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE: IMPACTOS PARA A SAÚDE COLETIVA

Os dados são imprescindíveis para o conhecimento da situação de saúde de uma determinada população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um instrumento de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para operacionalizar e aprimorar os serviços de saúde (World Health Organization, 2004). A partir deles, são delineadas estratégias e medidas de prevenção e contenção, decidindo as prioridades, a alocação e gerência de recursos, tendo em vista melhorias nas condições de vida e de saúde das populações. Para que essas medidas sejam precisas, é essencial que os dados utilizados como parâmetros sejam atualizados, válidos, confiáveis, oportunos, principalmente em conjunturas de epidemias, a fim de que haja o adequado monitoramento.

O SUS apresenta um vasto conjunto de sistemas de informações, que levantam dados daquilo que é produzido e realizado, como as estatísticas vitais, doenças e agravos de notificação compulsória, dados de internações hospitalares e produção ambulatorial, consultas e vacinas aplicadas. Há também dados epidemiológicos, que monitoram casos e óbitos de diferentes tipos de doenças e são utilizados na vigilância de saúde epidemiológica. Nesse contexto, entende-se por vigilância em saúde o monitoramento próximo da ocorrência dos eventos de saúde interessantes para a saúde pública, como, por exemplo, as doenças transmissíveis. A vigilância epidemiológica, rotineiramente, levanta informações que possibilitam responder a uma série de questões importantes, como os períodos em que há aumento do número casos de doenças, o local, o público atingido, os grupos específicos mais vulneráveis, dentre outros. Com esse monitoramento é possível identificar o surgimento e mudanças no comportamento das doenças, assim como surtos e epidemias.

Os dados que versam sobre as estatísticas de morbidade, por exemplo, objetivam fomentar o controle de doenças transmissíveis, fornecer subsídios para explicações causais dessas doenças, além de auxiliarem no planejamento de serviços preventivos e assistenciais, como a definição dos grupos populacionais com prioridade na intervenção e, posteriormente, tais estatísticas corroboram para avaliação do impacto das ingerências implementadas. Além disso, menciona-se ainda doenças ligadas à transmissão venérea e sexual, as quais não raras vezes representam uma carga estigmatizante, sendo que uma vez explicitada tal informação, o portador da enfermidade sofre não apenas em termos pessoais com a violação de sua intimidade e privacidade – o que, por si só, teria contornos extremamente penosos –, mas vários aspectos de sua vida pública, social, profissional e econômica podem também ser afetadas. O indivíduo pode deixar de ser cotado para alguma vaga de

trabalho, seu(ua) filho(a) pode ser impedido de se matricular em alguma escola, pode ter seu acesso dificultado a clubes ou times, prejudicando interações sociais, dentre outras situações de caráter pejorativo. O vazamento do prontuário de um indivíduo que tenha histórico de dependência química, uso de drogas injetáveis, pode dar início a uma nova forma de mediar a contratação para o trabalho: em vez da observância aos aspectos profissionais do candidato à vaga, as suas condições de saúde pretéritas podem se tornar decisivas. Elenca-se também a interrupção do acesso aos dados vacinais, ocorrido no período da pandemia, no qual o passaporte vacinal era uma exigência para a frequência em aeroportos e diversos locais públicos e privados, e a inacessibilidade a tais dados inviabilizou o trânsito das pessoas. São algumas hipóteses extremamente constrangedoras, as quais ilustram o fato de que uma violação primária aos dados sensíveis de um indivíduo pode tolher diversos outros direitos e causar muitos embaraços em sua vida.

Voltando ao ataque às plataformas digitais do MS, esse episódio trouxe consequências para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, pois criou-se uma ruptura na disponibilidade de dados em saúde no Brasil. Para qualquer doença transmissível, a notificação de casos realizada pela vigilância epidemiológica é das etapas mais importantes, e quando esta não é realizada corretamente, os gestores não têm possibilidade de tomar nota acerca do volume de casos, do ritmo de contágio, as possíveis modificações da doença, a forma e frequência de adoecimento. Ou seja, não só os gestores, mas toda a sociedade fica de mãos atadas, sem parâmetros, numa conjuntura nebulosa para que políticas e planos de ação sejam definidos e postos em prática.

ASPECTOS JURÍDICOS DA PROTEÇÃO DE DADOS

Deve-se compreender que a noção de direito à privacidade perpassava, inicialmente, pela imposição de um dever geral de abstenção à coletividade, no sentido de não haver interferências na intimidade alheia, assumindo conotação negativa, um não fazer. Na sociedade contemporânea, por sua vez, caracterizada pelo constante intercâmbio de informações e pela hiperconectividade, o conceito de privacidade vincula-se ao direito de controle no que tange à coleta e ao uso dos dados pessoais, sendo estes definidos como todo tipo de informação relacionada à pessoa natural com condão de identificá-la. Atualmente, a privacidade é um direito fundamental, qual seja, o direito de deter o controle acerca de suas próprias informações e, também, de determinar a forma de construir a sua própria esfera particular, aproximando-se de um direito à autodeterminação informativa.

A Constituição Federal de 1988, assim como o Código Civil, em seu Artigo 21, dispõe acerca da inviolabilidade da vida privada. No entanto, com a ascensão das

tecnologias digitais e o uso cada vez mais frequente e indissociável da vida humana da internet, mostrou-se indispensável textos legais que regulamentassem especificamente as relações na internet, e, nesse contexto, inaugurou-se, em 2014, o Marco Civil da Internet, Lei nº 12.965, instituindo princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil. O legislador preocupou-se com a proteção da privacidade e dos dados pessoais, nos termos do Artigo 3º, Incisos II e III, elencando isso como princípio dessa lei e, inclusive, tratou especificamente sobre a proteção aos registros, dados pessoais e às comunicações privadas, no Artigo 10, Parágrafo 1º.

Sob o viés da intensa conectividade das relações e dos serviços, um dos grandes desafios contemporâneos aponta para a proteção dos dados pessoais, a fim de delimitar a coleta, o processamento e a disseminação indevida destes. Nessa toada, advém a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709, aprovada em 2018 e entrada em vigor 2020, sendo um marco na regulamentação de dados pessoais no Brasil e inspirada pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia, normativa mais relevante sobre a proteção de dados no mundo. Inclusive, desde a Emenda Constitucional nº 115, de 2022, há previsão da proteção de dados como direito constitucional (Brasil, 2022).

A LGPD congrega normas esparsas elucidadas por outros diplomas legais, conferindo unidade à regulamentação da proteção de dados pessoais e, principalmente, consolida um novo paradigma de proteção dos dados, o que significa dizer que os dados são de titularidade da pessoa natural, e não de quem os coleta. O responsável pela coleta e tratamento de dados – podem ser entidades públicas e privadas que, como estão se comprometendo com bens alheios, assumem o dever fundamental de prestar contas sobre a forma com que os dados são coletados, quais dados estão sendo coletados, como são tratados e armazenados.

A título de exemplo, a plataforma do ConecteSUS, um dos aplicativos do MS afetados pelo ataque, funciona, tanto via *website/on-line*, quanto via *mobile/aplicativo*, e teria à sua disposição dados dos titulares que podem envolver vacinação, exames, medicamentos, atendimentos, internações, dentre outros. Além disso, no ato de cadastro no *website*, outros dados são solicitados, como identidade, nome, foto, endereço de *e-mail* e número de telefone. Nessa conjectura, os dados envolvidos são constitucionalmente resguardados, além de incidir a regulamentação da LGPD para o ataque cibernético em voga.

Note-se que a LGPD diferencia dado pessoal de dado pessoal sensível. O primeiro se presta à informação relacionada à pessoa natural identificada ou identificável, de acordo com o Artigo 5º, I; o segundo refere-se àqueles que poderiam dar margem a alguma discriminação do indivíduo e, dentre esse rol, estão inseridos os dados relacionados à saúde, conforme o Artigo 5º, II. Portanto, o Conecte-

SUS lida com dados pessoais e dados pessoais sensíveis: os dados pessoais comuns seriam o *login*, nome, foto, *e-mail* e telefone, por exemplo. Já os sensíveis, são os relacionados à saúde da pessoa, como os dados de vacinação, exames, medicamentos, atendimentos.

Dentre os princípios que regem a LGPD, em seu Artigo 6º, são aplicáveis ao caso os dos incisos (IV), que trata do livre acesso, no qual os titulares têm direito a acessar, a consultar, de forma facilitada e gratuita, os seus próprios dados pessoais que, afinal, fazem parte de sua personalidade; (V) qualidade dos dados: os dados têm de ser atuais, correspondentes à realidade. Logo, se determinada pessoa já se vacinou com a segunda ou terceira dose da vacina contra Covid-19, por exemplo, essa informação deve constar nos estritos termos; (VI) transparência: relaciona-se, tanto ao titular ter conhecimento sobre quais dados pessoais estão sendo coletados, quanto ter informações acerca do tratamento dos dados, dos incidentes de segurança; (VII) segurança: exige do responsável por tratar os dados pessoais a adoção de medidas para mitigar os incidentes de segurança. Note-se, tecnicamente é impossível evitar todo e qualquer problema de segurança digital; é possível, entretanto, mitigar as suas possibilidades e recorrências; (VIII) prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos.

As atividades que envolvem segurança de dados pessoais exigem uma estrutura estratégica e tecnológica; a LGPD estabelece o Relatório de Impacto de Proteção de Dados, documento, a princípio, de uso facultativo, mas com o condão de auxiliar o responsável pelo tratamento dos dados a realizar uma espécie de prospecção dos riscos envolvidos, a gravidade e as medidas a serem tomadas para amenizá-los. Esse documento faz parte de uma estratégia de prevenção e de segurança, demonstrando aos titulares e, principalmente, à autoridade nacional de proteção de dados uma preocupação grande com a conformidade do trato com dados às exigências legais.

O dever de segurança é aclarado pela LGPD em seu Artigo 46, o qual dispõe que os agentes de tratamento, ou seja, quem decide como os dados serão tratados e provê essa execução, também chamados controladores e operadores, devem adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas, aptas a proteger os dados pessoais dos incidentes de segurança. No caso do ConecteSUS, há possibilidades diversas sobre os incidentes de segurança atingidos, no entanto, ainda são possibilidades e suspeitas, não há que se falar em certezas, pois até o presente momento não foram divulgadas as conclusões obtidas, a partir das investigações perpetradas pelos órgãos oficiais responsáveis pelo caso.

O dever de comunicação sobre os incidentes de segurança é do controlador – no caso, é o Ministério da Saúde, por ser o responsável pelo tratamento dos dados – e decorre dos princípios da transparência e da segurança. Essa comunicação

deve ser feita aos titulares dos dados e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), o órgão da Presidência da República competente para estabelecer a fiscalização dos dados pessoais e regulamentar a proteção de dados. Estipulado pelo Artigo 48, Parágrafo 1º, o dever de comunicação deve ser realizado em prazo razoável, sendo que a ANPD adotou o prazo do Decreto nº 9.936/2019, o qual determina que, em havendo incidente de segurança, a partir do momento da detecção de tal incidente, o controlador tem o prazo de dois dias úteis para comunicar aos titulares e à ANPD. Há ainda uma série de requisitos a serem cumpridos e podem ser observados no *website* (plataforma do governo federal, denominada “Comunicação de incidentes de segurança”). Até o momento não foi noticiado nada a esse respeito.

No que tange à violação de direitos do titular dos dados, o Artigo 18, Inciso II, determina como um de seus direitos o acesso aos seus dados. Em um cenário no qual o sistema ficou fora do ar durante dias e, mesmo depois de retomado, ter apresentado dificuldades para acesso e instabilidade, não há que se falar em garantia de acesso aos dados; além disso, não se tem acesso de qualidade aos dados, uma vez que estes poderiam estar desatualizados ou adulterados.

Embora as investigações estejam em curso, assim como a ANPD e o Gabinete de Segurança Institucional do governo federal estejam fiscalizando, ainda não há que se falar em informações e outros detalhamentos concretos. Assim, nesse momento, não se pode atribuir responsabilidade direta à administração pública devido ao incidente de segurança, nem mesmo responsabilização no que se refere à desídia para o restabelecimento do sistema, pois para tanto é imprescindível uma averiguação pormenorizada do fato. À medida que as investigações trouxerem à tona os fatos e os envolvidos, caberá às autoridades tomar as devidas providências. Ressalta-se a importância da LGPD para a proteção de dados digitais, a qual elucida toda uma estrutura para que se consiga cercear a má utilização das informações digitais e conferir proteção aos seus titulares.

O ACESSO AOS DADOS DE SAÚDE E OS VULNERÁVEIS

Ao tratar de dados pessoais e sensíveis e, principalmente, no contexto do ataque cibernético em tela, cabe a seguinte reflexão: todos que foram afetados de alguma forma por esse ataque e perderam acesso aos seus dados, ainda que temporariamente, tornaram-se, em alguma medida, vulneráveis em âmbito digital/tecnológico. E, embora o ordenamento jurídico disponha de dispositivos legais visando à diminuição dos danos, ainda assim as pessoas que fornecem seus dados estão expostas a possíveis vazamentos, exclusões, perdimento de seus dados.

Outro ponto importante é a forma com que a legislação dispõe acerca da acessibilidade digital de grupos considerados vulneráveis, como os idosos e as pessoas com deficiência. O Artigo 6º, Inciso IV da LGPD, menciona o princípio do livre acesso, dispondo aos titulares dos dados a garantia de terem a consulta facilitada e gratuita no que concerne à forma e duração do tratamento, assim como a integridade dos seus dados pessoais. A menção, pela LGPD, sobre a consulta facilitada, abarca os usos, os modos de acesso e as possibilidades de cada indivíduo. Ademais, o Artigo 9º da LGPD confirma o princípio acima e elucida, ainda, o direito do titular dos dados de ter à sua disposição informações sobre o tratamento, a finalidade do uso, os responsáveis pelos seus dados, dentre outros. Tais registros da LGPD estão em grande consonância com o Marco Civil da Internet, o qual também se preocupa com o acesso à internet, corroborando a ideia do acesso múltiplo, plural, universal, e, além de essencial, declara o acesso à internet como parte do exercício da cidadania.

Além disso, o Artigo 55-J, Inciso XIX da LGPD, estabelece como uma das atribuições da ANPD a garantia de que o tratamento de dados dos idosos seja realizada de forma simples, clara, acessível e adequada ao seu entendimento, em conformidade com o Estatuto do Idoso. Significa dizer que o idoso tem, portanto, o direito de que seus dados sejam acessíveis de acordo com as suas características e condições pessoais. Já o Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/15, em seu Artigo 63, determina que os *websites* da internet sejam acessíveis para os usos da pessoa com deficiência, garantindo o acesso às informações disponíveis conforme as melhores práticas e diretrizes adotadas internacionalmente.

Essas foram algumas menções a textos legais que demonstram um viés protetivo aos grupos mais vulneráveis, buscando proporcionar-lhes condições de acesso, segundo as suas particularidades. Isto é, o Brasil dispõe de leis que fundamentam o tratamento e proteção dos dados, em especial, os dados sensíveis, que abrangem os dados em saúde, no entanto, ainda existem dificuldades no momento de implementação de tais dispositivos e direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões acerca do tema de proteção de dados em saúde são imprescindíveis pela essencialidade do conteúdo dessas informações, versando sobre a condição de saúde e doença do indivíduo, e merecem, portanto, ser tratadas com o devido respeito e sigilo. As repercussões por conta do vazamento ou inadequado tratamento de tais informações podem gerar consequências incalculáveis não só para o cidadão, já que vivemos em uma sociedade na qual o preconceito, a misoginia e o estigma muitas vezes são presentes nas relações interpessoais, como também

para a saúde pública, mesmo porque a fiabilidade do sistema de saúde com um todo é colocada à prova. Outrossim, o aspecto da confidencialidade guarda direta relação com as diretrizes essenciais do SUS, principalmente no que se refere à universalidade, à integralidade e à equidade. Integralidade entendida como o olhar humanizado, amplo e holístico ao paciente, isto é, o considerar de suas características de forma a responsabilizar-se por ele e seu itinerário no tratamento. A equidade, por sua vez, o ideal seria analisá-la atribuindo igualdade de condições a todos indistintamente, entretanto, vivenciamos tamanha desigualdade social e, por isso, inevitavelmente, o público mais suscetível às mazelas das questões levantadas, ao longo do capítulo, são justamente as pessoas já presentes nos grupos sociais mais vulnerabilizados, os quais muitas vezes não têm acesso ao conhecimento e, nem mesmo, acesso aos seus direitos, o que torna as proporções de um vazamento de dados sensíveis ainda mais graves e os já vulneráveis ainda mais fragilizados.

O contexto atual aponta a tecnologia em coexistência com os desencadeamentos sociais, de maneira a se influenciarem reciprocamente, trazendo inúmeras vantagens e facilidades. Não se pode olvidar, todavia, os diversos desafios envolvidos, os quais deve-se enfrentar e adaptar, buscando alternativas consonantes à promoção de direitos e bem-estar comum. O manejo de dados digitais em saúde é apenas um instrumento com o objetivo maior de promover o direito à saúde, assim como o texto constitucional e infralegal traz disposições que visam à garantia de direitos – à informação, à proteção de dados, à saúde, à cidadania. Em termos legais, o Brasil segue a tendência mundial de fortalecer a proteção dos dados pessoais, restringindo o uso injustificado, garantindo direitos aos titulares dos dados e impondo obrigações aos agentes de tratamento. Inclusive, é um país expressivo em termos estratégicos e tecnológicos; um episódio como o ocorrido com as plataformas digitais ligadas ao Ministério da Saúde deve ser firmemente apurado e as necessárias providências adotadas, a fim de que tenhamos a devida segurança e a tecnologia se mantenha como forte aliada da promoção à saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

ASENSI, F.; PINHEIRO, R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). *Revista Direito Sanitário*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 48-65, jul./out. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p48-65>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. [Constituição (1998)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Presidência da República, 1998.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 115, de 10 de fevereiro de 2022*. altera a Constituição Federal para incluir a proteção de dados pessoais entre os direitos e garantias fundamentais e para fixar a competência privativa da União para legislar sobre proteção e tratamento de dados pessoais. Brasília: Presidência da República, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc115.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%20115%2C%20DE,e%20tratamento%20de%20dados%20pessoais. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Brasília: Presidência da República, 2002.

BRASIL. *Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014*. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Brasília: Presidência da República, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. *Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. *Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018*. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. *Comunicação de incidentes de segurança*. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/incidente-de-seguranca>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. *Comunicação de incidentes de segurança*. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/incidente-de-seguranca>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ConecteSUS*: plataforma de saúde para o cidadão, profissionais e gestores de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://conectesus.saude.gov.br/home>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *DataSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *e-SUS Notifica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://notifica.saude.gov.br/onboard>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre mortalidade - SIM. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *SI-PNI - Programa Nacional de Imunizações*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://si-pni.saude.gov.br/#/login>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Site do Ministério da Saúde*, [2023.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SIVEP-Gripe*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-e-2022>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CETIC. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação. Indicadores em saúde. *TIC Saúde-Cetic-BR*, São Paulo, [2023]. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/saude/>. Acesso em: 15 out. 2022.

CRUZ, R. [Relatório da Saúde descarta apagão de dados após ataque cibernético]. [Entrevista cedida à] *CNN Brasil*, São Paulo, 12 jan. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/relatorio-da-saude-descarta-apagao-de-dados-apos-ataque-cibernetico/>. Acesso em: 4 jan. 2024.

INTERNATIONAL IT. Lapsus\$ Group: sites do ConecteSUS e do Ministério da Saúde sofrem ataque hacker durante madrugada. *International IT*, 5 dez. 2023. Disponível em: <https://www.internationalit.com/post/lapsus-group-sites-do-conectesus-e-do-minist%C3%A9rio-da-sa%C3%BAde-sofrem-ataque-hacker-durante-madrugada>. Acesso em: 30 jun. 2022.

O GLOBO. Ministério da Saúde afirma que alterações de dados pessoais no sistema do ConecteSUS foram feitas por um operador credenciado à pasta. *O Globo*, 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ministerio-da-saude-afirma-que-alteracoes-de-dados-pessoais-no-sistema-do-conectesus-foram-feitas-por-um-operador-credenciado-pasta-1-25271574>. Acesso em: 30 jun. 2022.

OLIVEIRA, I. Relatório da Saúde descarta apagão de dados após ataque cibernético. *CNN Brasil*, 12 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/relatorio-da-saude-descarta-apagao-de-dados-apos-ataque-cibernetico/>. Acesso em: 30 jun. 22.

RODRIGUES, Horácio Wanderlei. Informática e sociedade: tópicos para reflexão. *Sequência*, Florianópolis, v. 18, p. 74-84, 1989. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/16268/14810>. Acesso em: 25 jun. 2022.

RODRIGUES, H. W.; BECHARA, G. N.; GRUBBA, L. S. Era digital e controle da informação. *Revista Em Tempo*, v. 20, n. 1, nov. 2020. ISSN 1984-7858. Disponível em: <https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/3268>. Acesso em: 25 jun. 2022.

RODRIGUES, H. W.; GRUBBA, L. S. Informática, direitos humanos e sociedade: um caminho para a cidadania. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, Belo Horizonte, v. 104, jan./jun. 2012. p. 207-227. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/P.0034-7191.2012v104p207>. Acesso em: 23 jun. 2022.

ROGERS, D. *Transformação digital: repensando o seu negócio para a era digital*. São Paulo: Autêntica Business, 2019.

SAÚDE É PÚBLICA. Apagão de dados na saúde. [Locução de]: Zilda Pereira da Silva. FSP-USP, 16 mar. 2022. *Podcast*. Disponível em: <https://www.fsp.usp.br/website/noticias/mostra/34366>. Acesso em: 01 jul. 2022.

WHO. World Health Organization. *Developing health management information systems: a practical for developing countries*. Manila, Western Pacific: WHO, 2004.

Saúde mental de estudantes universitários: o grupo de suporte como dispositivo para uma rede de cuidado

Carla Ribeiro Guedes

INTRODUÇÃO

Os estudantes universitários vivenciam uma série de mudanças biológicas, psicológicas e sociais, situações causadoras de sofrimento psíquico ao longo das suas trajetórias acadêmicas.¹ São frequentes a presença de quadros de depressão e ansiedade caracterizados por queixas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e manifestações somáticas. No entanto, observa-se um maior comprometimento da saúde mental discente associado a ser mulher, mais jovem, com baixa renda, baixo apoio social, com dificuldade para fazer amigos e percepção de desempenho acadêmico “insuficiente” (Graner; Cerqueira, 2019).

A pandemia de Covid-19 exigiu novas transformações no cotidiano dos universitários, que se viram obrigados a iniciar ou migrar suas atividades acadêmicas usando plataformas virtuais, num cenário de ensino remoto, além dos temores e inseguranças relacionados à manutenção da saúde e da vida no contexto pandêmico. Diante da crise humanitária e sanitária causada pela pandemia de Covid-19, detectou-se uma significativa elevação de sintomas de ansiedade, estresse, depressão, alta prevalência de risco de suicídio, dificuldade severa na qualidade de sono e sensação de perda na qualidade de vida dos discentes (Silva *et al.*, 2021; Brignol; Fonseca, 2021).

¹ A faixa etária e a prevalência do sofrimento psíquico dos discentes variaram, segundo a população estudada e os métodos utilizados nas pesquisas (Graner; Cerqueira, 2019).

As universidades em todo o mundo têm se consolidado como uma importante fonte de suporte psicossocial ao corpo discente por meio de seus diferentes serviços, a exemplo das seguintes ações: atendimento psicológico, escuta qualificada, rodas de conversa, grupos terapêuticos, dentre outras (Wang *et al.* 2020). Nesse sentido, defendemos que a universidade pública tem como missão desenvolver estratégias que visem proporcionar apoio à comunidade estudantil que produza a formação de uma rede de cuidado.

Este artigo tem o intuito de apresentar o grupo de suporte como dispositivo para a promoção da saúde mental dos estudantes universitários. Trazemos a experiência de um projeto de extensão, vinculado ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF), que oferece um espaço para que os discentes de diferentes cursos de graduação possam compartilhar suas questões existenciais e desafios da vida universitária.

REDE DE CUIDADO

Segundo Boff (2002), os mitos antigos e pensadores contemporâneos nos ensinam que a essência humana se encontra no cuidado: “o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que se projeta e faz, eis a característica singular do ser humano” (Boff, 2002, p. 35). Entretanto, para ele, nos encontramos diante de uma crise civilizacional que aparece sob o fenômeno do descuido, descaso e abandono.

Com o advento da pandemia, aliada à crise social e política em nosso país, resgatamos a urgência, que nos aponta Boff (2002), de emergir um novo ethos civilizacional em que o paradigma que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é uma atitude de “ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 2002, p. 33).

Em consonância, Kittay (1999) afirma que o princípio ético do cuidado é fundamental para a vida coletiva, visto que a condição humana é a de interdependência; defende a noção de que todos somos dependentes em algum momento da vida: na infância, na velhice ou em momentos de fragilidade por doenças. Realiza então o que denomina de “crítica da igualdade pela dependência”, argumentando que a concepção de que a sociedade é uma associação entre iguais, tal como proposto pelos liberais, encobre as relações de dependência da vida que são inevitáveis. Além das assimetrias que são parte da condição humana, tais como as que se estabelecem com as crianças, os idosos e os doentes. São os vínculos de dependência que estruturam as relações humanas, pois a dependência é algo inescapável da história de vida de todas as pessoas.

A noção de interdependência nos remete ao conceito de suporte social, definido por Caplan (1976) como padrões duradouros de vínculos que contribuem de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Para Cobb (1976), o apoio social configura-se por uma determinada forma de relacionamento grupal em que prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca entre as pessoas. Trata-se de uma rede grupal solidária, com papéis definidos, contínua e constante. O sentimento de coesão permite que o grupo atue como um moderador de estresse e adquira recursos para um melhor enfrentamento da realidade.

A rede de apoio social vem sendo apontada como estratégia para lidar com os desafios da vida. São redes que muitas vezes se tecem, a partir da sociedade civil organizada, e mantêm sua vitalidade em função dos vínculos de solidariedade, de troca e reciprocidade que estabelecem os diferentes sujeitos. As redes diversas vezes se formam de tal modo que os vínculos que unem os seus membros fornecem apoio social, ajudam-nos a ter um maior controle das situações estressantes, assim como auxiliam a enfrentar melhor os problemas de saúde-doença e as adversidades do cotidiano (Lacerda *et al.*, 2007).

O GRUPO DE SUPORTE

O grupo de suporte é um recurso terapêutico para lidar com pessoas em circunstâncias de estresse ou em crise existencial. As pessoas reunidas em torno de uma situação comum se identificam e se unem umas às outras. Compartilham angústias, esperanças, trocam informações e constroem estratégias para superar os desafios vivenciados. A possibilidade de se encontrarem regularmente e o estímulo às trocas afetuosas, por meio da criação e da manutenção de vínculos interpessoais, complementam o clima de coesão e apoio (Campos, 2000; Muniz; Taunay, 2000).

Além disso, o grupo visa promover a socialização, o altruísmo, a compreensão das situações vividas, reforçar o *self* do indivíduo, elevando sua autoestima e autoconfiança. Sua base é formada pela constância, cuidado e comunicação (Yalom; Leszcz, 2005).

Do ponto de vista psicodinâmico, o principal referencial que fundamenta a modalidade grupal de suporte é a noção de *holding*, do psicanalista britânico Donald Winnicott (2000), que refere-se aos cuidados recebidos pelo bebê que envolvem, simultaneamente, o ato físico e o amor, criando um “ambiente suficientemente bom”. A necessidade primitiva de um *holding* prolonga-se por toda a vida do indivíduo e passa a ser expressa pela necessidade de coesão social, ou seja, pela necessidade de relações grupais (sociais) afetuosas, asseguradoras e empáticas que

permitam ao indivíduo sentir-se apoiado e estimulado a afirmar a sua individualidade (Campos, 2000).

Nas palavras do autor:

A condição inicial é a de que as pessoas estejam juntas de modo relativamente constante. Não há suporte se não há encontro. A seguir, o sentimento amoroso é, talvez, o cerne dessa ligação ou vínculo que o suporte pressupõe, pois, havendo amor, haverá carinho, acolhimento, aceitação e respeito pelo outro. E haverá ímpeto para cuidar fisicamente e estar disponível. Por fim, e não menos importante, será a capacidade de se colocar no lugar do outro, de empatizar, de compreendê-lo nos gestos, nos sentimentos e nas palavras. De trocar informações de modo franco, aberto, transparente, buscando e dando esclarecimentos claros e precisos (Campos, 2000, p. 114).

A seguir, apresentaremos o relato da experiência do grupo de suporte aos estudantes de graduação.

RELATO DA EXPERIÊNCIA: O PERCURSO METODOLÓGICO

O projeto de extensão Grupo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante (Gapp) iniciou-se em abril de 2020, momento em que o período letivo na Universidade Federal Fluminense foi suspenso devido à pandemia de Covid-19. A coordenadora do projeto entrou em contato com alunos dos cursos de graduação, via grupos de *WhatsApp* de algumas turmas de disciplinas que já haviam sido oferecidas por ela. Posteriormente, as formas divulgação ampliaram-se com a indicação dos próprios participantes, professores, coordenadores, dentre outras estratégias.

No momento de escrita deste artigo, o Gapp completa dois anos de existência, portanto, será relatada aqui a experiência relativa ao período de abril de 2020 a abril de 2022. Durante esse intervalo, foram realizados 75 encontros por meio da plataforma virtual *Google Meet*, com frequência semanal e horário fixo, com duração de duas horas.

No total, 45 discentes, entre 18 e 27 anos, passaram pelo grupo: 34 mulheres e 11 homens, dos cursos de Farmácia, Odontologia, História, Administração e Biologia da Universidade Federal Fluminense. Destes, 24 tiveram uma frequência contínua, isto é, participaram de encontros de forma regular no período de 12 a 24 meses.

O grupo configura-se na modalidade aberta, ou seja, os participantes são livres para entrar e sair. Apesar de não existir um compromisso rígido de frequência e per-

manência (característica de um grupo aberto), estimulou-se o comparecimento constante aos encontros, a fim de possibilitar a formação de vínculos e apoio estáveis.

A proposta consiste em reunir os participantes em torno de uma situação comum – no caso em questão, a saúde mental dos estudantes universitários. Os encontros são mediados por uma facilitadora, autora do artigo, com uma postura ativa, acolhedora, de modo a estimular a fala dos participantes, favorecendo a livre discussão, dinamizando os debates e incentivando também as comunicações interpessoais, além de assegurar um clima emocional favorável, de apoio e oferecendo continente aos conteúdos colocados pelos participantes. Desta forma, buscou-se propiciar que os integrantes encontrem recursos mais amadurecidos de enfrentamento das situações vivenciadas (Campos, 2000; Muniz; Taunay, 2000).

A fim de demarcar os marcos de estabilidade do grupo, cabe também ao facilitador garantir um bom funcionamento do *setting* por meio da previsibilidade (Mello Filho, 2001). Para tal, estabeleceu-se uma rotina de funcionamento nos grupos de apoio ao estudante que passam por etapas bem delimitadas. Inicialmente, ocorre uma circulação da palavra entre os participantes, seguida de debate; os momentos finais são reservados para um rápido *feedback* sobre o encontro, e o encerramento se dá com uma fotografia do grupo.

Ao fim do ciclo de dois anos, marcado pelo encerramento do ensino remoto e o retorno presencial à universidade, foi realizada uma avaliação escrita. Os participantes foram convidados, por meio do grupo do *WhatsApp*, a responder à seguinte questão aberta: “Em que o Gapp te ajudou?” Foram obtidas 14 avaliações escritas e o consentimento para divulgar trechos das falas sem que os autores fossem identificados. Portanto, para preservar a confidencialidade dos estudantes, os participantes foram apresentados neste artigo com a letra E (Estudante), seguida de numeração arábica de 1 a 14.

AS EXPERIÊNCIAS NO GRUPO DE SUPORTE COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

No primeiro ano estabeleceu-se uma dinâmica de encontros temáticos. Os temas foram propostos pelos participantes ou pela facilitadora, a partir de questões que imergiam nas falas durante as reuniões. As temáticas foram diferentes a cada encontro, visto a importância de reunir os integrantes em torno de uma situação comum. As técnicas utilizadas mais frequentes foram o uso de uma pergunta disparadora, de um trecho de um livro, o relato da cena de um filme ou uma dinâmica de grupo que pudesse, em simultâneo, ilustrar a questão sugerida e produzir uma reflexão pessoal. Em seguida, circulava-se a palavra, momento em que cada participante se colocava e assim possibilitava a troca de experiências de modo franco e aberto.

No segundo ano, os encontros passaram a ter temas livres; cada participante trazia a questão que gostaria de compartilhar com o grupo e seguia-se o livre debate. Essa mudança foi ocorrendo à medida que os vínculos se fortaleceram e os integrantes se apropriaram do espaço do grupo.

Os assuntos abordados relacionaram-se à saúde mental, ao autoconhecimento e ao autocuidado dos participantes, bem como os desafios experimentados na vida universitária. Observamos que esses temas tiveram matizes consoante a realidade social, sanitária e acadêmica enfrentada. De forma sistemática, podemos destacar cinco fases da dinâmica do grupo.

1. A pandemia de Covid-19 e a suspensão do período letivo – como lidar com o isolamento físico, os temores de se contaminar e de perder um familiar, a construção de estratégias para manter os vínculos afetivos, de cuidado de si e do outro, como lidar de forma criativa com o tempo livre e a possibilidade de desenvolver novos hábitos.

2. Os desafios do ensino remoto – a ansiedade de estudar com a mediação da tecnologia, os desafios de conciliar no mesmo espaço físico o ambiente de estudo e a vida familiar, como lidar com o excesso de atividades assíncronas e com autocobranças relacionadas ao rendimento acadêmico e ao futuro profissional. Abordou-se também temas como relacionamentos, autoestima, a autoimagem, emoções, recursos das práticas integrativas e complementares como a meditação e a yoga.

3. A retomada dos contatos sociais – com o avanço da vacinação da Covid-19, os participantes começaram a problematizar as formas de retomar os contatos sociais de forma responsável, compartilharam sobre o retorno aos exercícios e passeios ao ar livre, o contato com a natureza, os reencontros com amigos e o início de relacionamentos amorosos. Também foi uma fase marcada pela inserção em estágios, de algumas atividades acadêmicas presenciais e o cansaço do ensino remoto.

4. A preparação para o retorno do ensino presencial – a transição do ensino remoto para o presencial foi vivenciada com ansiedade pelos integrantes do grupo e de forma bastante distinta. Alguns relataram estarem bem adaptados aos estudos em casa, outros que gostariam de fazer uma dinâmica híbrida e outros que não viam o momento do retorno das atividades presenciais. Houve o compartilhamento dos processos de mudanças de cidades – daqueles que se encontravam em casas de familiares –, assim como de busca de repúblicas estudantis e de moradias. Pacuou-se também a continuidade do Gapp em formato híbrido, com encontros vir-

tuais e alguns presenciais.

5. Os desafios do retorno ao ensino presencial – a retomada do ensino presencial, após dois anos em regime remoto, trouxe desafios como voltar a transitar de transporte público (tempo de deslocamento, lotação, custo das passagens e sensação de perda de tempo), a dificuldade de acompanhar o ritmo das aulas (manter a atenção e o sono), o ensino híbrido (deslocamentos e organização dos horários), além do desconforto em usar máscaras muitas horas e o sentimento de não pertencimento à faculdade. Naquele momento identificou-se também que os participantes formaram uma rede de apoio que extrapolou os encontros semanais, propiciando empréstimo e doação de livros, apostilas e de equipamento de proteção individual (EPI). Houve também acolhimento e apresentação do espaço físico da universidade para participantes que ingressaram na graduação na modalidade remota, bem como ajuda em disciplinas e esclarecimentos gerais, em casos de integrantes do mesmo curso.

Os reencontros foram marcados pelo compartilhamento de fotos no grupo do *WhatsApp* e pela organização de um encontro presencial para um público ampliado em formato de sarau. Esse evento foi uma atividade que permeou todas as etapas do grupo de suporte. Foram realizados quatro eventos que funcionaram da seguinte forma: os participantes preparavam, com antecedência, suas apresentações com expressões artísticas variadas – dança, dramaturgia, poesias, contos, leituras, desenhos, pinturas, músicas, cantos, exposição de maquiagem, figurino, decoração e diferentes tipos de artesanatos.

Com o estímulo à criatividade e à expressão artística, ao longo dos encontros, ao fim do primeiro ano, decidiu-se ampliar as formas de inclusão, sendo criado um perfil no *Instagram* com o propósito de produzir e divulgar material relacionado à saúde emocional, ao autoconhecimento, ao autocuidado e ao apoio psicopedagógico à comunidade universitária.

Formou-se uma equipe que conta com alguns integrantes do grupo de suporte e a coordenadora do projeto. Optou-se por utilizar como forma de comunicação a expressão artística e a linguagem acessível. O @gapp.uff produz semanalmente conteúdo de promoção à saúde mental em forma de *posts* e vídeos, a fim de provocar reflexão e troca com os participantes pelo uso da arte. Temas como descanso, foco, reconhecimento de limites, formas de organização nos estudos, autocuidado, psicoterapia, relacionamentos, dentre outros, foram abordados em formato de poemas, tirinhas, desenhos, animações e pelo compartilhamento de apresentações de um sarau realizado pelo grupo.

Além de iniciativas coletivas, em alguns casos de maior vulnerabilidade, como em processos de perdas, quadros depressivos e de ansiedade, a coordenadora do projeto ofereceu, pontualmente, a escuta individual, no sentido de propiciar um maior suporte às situações vivenciadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de relatos extraídos das avaliações, podemos constatar que o grupo de suporte aos estudantes universitários atingiu resultados terapêuticos mencionados por Campos (2000), Muniz e Taunay (2000) e Yalom e Leszcz (2005), isto é, promoveu a coesão do grupo e o sentimento de apoio entre os participantes, como ilustrado na fala, a seguir: “Me ajudou a não me sentir só, sentir que eu tenho uma rede de apoio com pessoas amorosas que sabem escutar e querem ajudar” (E3).

Como ressalta Campos (2000), as pessoas reunidas em torno de uma situação comum, no caso, a saúde mental dos discentes, sentiram-se imediatamente identificadas, como aponta um integrante: “Teve um papel importante de identificação, estar com pessoas que te entendem e passam por situações parecidas gera um conforto muito grande” (E9).

Os componentes também perceberam que passam ou já passaram por desafios semelhantes, o que contribuiu para a presença de universalidade de conflitos, citada por Yalom e Leszcz (2005). Como vê-se na seguinte narrativa: “Saber que não era só eu que vivia aqueles problemas que pareciam ‘pequenos’ demais para falar, mas que precisavam ser tocados” (E5).

A possibilidade de se encontrarem regularmente e o estímulo ao compartilhamento de experiências e às trocas afetuosas por meio de vínculos interpessoais, como apontado por Muniz e Taunay (2000), também foram mencionados em alguns depoimentos: “Na faculdade, não é com frequência que encontro com outros colegas ou pessoas para conversar, de maneira frequente, aberta, sem julgamentos, sincera, acolhedora e com o objetivo de cuidado” (E10). Foi dito também: “... me ajudou a me abrir mais e com isso conseguir expressar o que estou sentindo; como consequência, eu passei a me sentir menos ansiosa por não ficar guardando as palavras comigo” (E7).

Nesse sentido, ampliou-se a capacidade de escuta e empatia (Campos, 2000), como mencionado nas avaliações de duas integrantes: “[o principal] foi aprender a escutar mais e falar menos” (E2). E ainda: “Me ensinou a silenciar no momento que o outro fala para escutar com atenção e ter empatia pelo outro” (E1).

Em simultâneo, o grupo configurou-se como um espaço em que os estudantes puderam expressar e melhor compreender suas angústias, receios, dificuldades e

preocupações (Campos, 2000). Alguns membros ressaltaram: “Me ajudou em momentos de ansiedade, medos...” (E11); e também: “Nos ajuda a compreender nossos dilemas e dificuldades” (E4).

Identificou-se o desenvolvimento do sentimento de altruísmo, mencionado por Muniz e Taunay (2000), à medida que os participantes se sentiram apoiados entre si e tiveram mais condições de serem solidários. Como pode-se exemplificar com as declarações: “Me ajuda muito a reconhecer e a conhecer a humanidade entre nós” (E10). E ainda: “Me ajudou a me sentir acolhida, compreendida” (E11).

O grupo de suporte também proporcionou socialização (Muniz; Taunay, 2000). Os integrantes tiveram um espaço de interação social mesmo estando privados de convívio com os colegas devido ao ensino remoto, como podemos constatar pelo testemunho de uma frequentadora assídua: “Me ajudou a proporcionar o contato social que estava faltando para mim, fazer novos amigos, criar novos laços, poder falar e ser compreendida, algo que faltava muito na minha vida, ainda mais na pandemia” (E6).

O grupo também serviu como continente e propiciou a função de *holding*, mencionada por Campos (2000), cuidando e dando suporte, como explicitam alguns testemunhos: “O Gapp para mim foi uma âncora e um lugar seguro quando mais precisei” (E12) e: “O Gapp é um refúgio” (E1).

O suporte social oferecido pelo grupo atuou reforçando o *self* (Campos, 2000) e, com isso, os estudantes se sentiram melhores consigo. Esse fato aumenta a disposição da pessoa de se sentir bem, de viver, de se aceitar e se valorizar mais, além de confiar nos próprios recursos. Alguns depoimentos demonstram estes benefícios: “... foi o fato de eu conseguir viver com mais leveza não só na vida acadêmica, como também na [vida] pessoal. Para ser sincera, não me lembro a última vez que tive uma crise de ansiedade” (E8). Outra participante diz: “Me ajudou na desconstrução de certos pensamentos e sentimentos, a me aceitar e reconhecer minhas questões e falar delas sem culpa” (E13), e: “Fez com que eu buscasse me entender e reconhecer aquilo que me faz bem” (E1).

O ambiente de reflexão e para o autoconhecimento contribuiu para poderem construir estratégias, a fim de superar os desafios vivenciados, como ressaltam Campos (2000). Seguem dois exemplos citados: “Me incentivou a buscar novos hábitos que me fazem mais feliz hoje (a leitura, por exemplo)!” (E14); “Aprendi a me desafiá-lo e sair da minha zona de conforto, o que ainda está em andamento” (E12).

O perfil criado no Instagram serviu como um instrumento para a ampliação à comunidade externa e reforço à comunidade interna dos elementos vivenciados no grupo de suporte, como coesão, apoio, compartilhamento de experiências, trocas afetuosas, socialização, altruísmo, reforço de *self* e *holding*, além de ser um

espaço de expressão artística para a equipe executora, que apresenta a possibilidade de desenvolver outras formas de comunicação e de cuidado de si e do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise do relato da experiência, consideramos que o grupo de apoio ao estudante abarcou quatro recursos presentes no suporte social.

- a) afetividade, com a presença do aspecto emocional de troca de amor, carinho e acolhimento;
- b) informativo, em que há o compartilhamento de informação e orientação;
- c) instrumental, em que ocorre fazer uma atividade para outra pessoa do grupo (doação, empréstimo, favores);
- d) sociabilidade, em que se destacam as atividades de interação social entre os participantes.

Desse modo, conclui-se que o grupo de suporte se revelou como um importante dispositivo para a formação de uma rede de cuidado no ambiente universitário, propiciando um espaço de segurança, proteção e acolhimento.

Configurou-se também como um lugar de fortalecimento de vínculos, de construção de estratégias para lidar com o momento vivido, de aquisição de confiança, de estímulo ao autocuidado e de incentivo ao potencial criativo. Foi possível, assim, em meio a uma crise humanitária, construir coletivamente algumas formas de reinvenção da vida.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BRIGNOL, S; FONSECA, V. A. Relatório projeto SABREGA-UFF: estimativas para eventos de saúde mental: estudantes de graduação dos cursos presenciais do Campus Niterói (2020/2021). Niterói, RJ: UFF, 2021.

CAMPOS, E. Grupos de Suporte. In: MELLO FILHO, J. (Org.). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul, 2000.

CAPLAN, G. The family as social support. In: CAPLAN, G.; Killilea, M. *Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations*. Nova York: Grune & Stratton, 1976.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, [s. l.], v. 38, n. 5, p 300-314, Sept. 1976.

GRANER, K. M.; CERQUEIRA, A. T. R. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1327-1346, 2019.

KITTAY, E. *Love's labor: essays on women, equality, and dependency*. Nova York: Routledge, 1999.

LACERDA, A. *et al.* Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2007.

MELLO FILHO, J. *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MUNIZ, J. R.; TAUNAY, M. Grupos de enfermagem no hospital geral. In: MELLO FILHO, J. *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

SILVA, A. N. *et al.* Demographics, Socioeconomic Status, Social Distancing, Psychosocial Factors and Psychological Well-Being among Undergraduate Students during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [s. l.], n. 18, v. 7215, p. 2-14, 2021.

WANG, C. *et al.* Risk management of COVID-19 by universities in China. *Journal Risk Financial Manag*, [s. l.], n. 13, v. 36, p. 2-6, 2020.

WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

YALOM, I. D.; LESZCZ, M. *The theory and practice of group psychotherapy*. Nova York: Basic Books, 2005.

Lista de autores

Adriana Lemos – Graduada em Enfermagem; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/Uerj; professora Associada da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Unirio.

Allan de Aguiar Almeida – Graduado em Psicologia e mestre em Ensino pela Universidade Federal Fluminense; psicólogo e diretor-geral do Departamento de Saúde Mental de Santo Antônio de Pádua; professor da Faculdade Santo Antônio de Pádua, RJ.

Alexandre Oliveira Telles – Médico do ISC/UFF; professor efetivo do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (DMAPS/FM/UFRJ); professor permanente do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (MPAPS) da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Ana Paula Marques Martins Gomes – Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica-RJ; mestranda em Saúde Coletiva do PPGSC/UFF; psicóloga clínica infantil com experiência em práticas somáticas.

Andréa Felizardo Ahmad – Graduada em Enfermagem; doutoranda em Enfermagem e Biociências pelo PPGENBIO-Unirio; mentora acadêmica de acadêmicos de graduação e pós-graduação.

Andréa Neiva da Silva – Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense; doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz; professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Antonio Eduardo Vieira dos Santos – Graduado em Enfermagem com habilitação em Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); doutor em Ciências – Área de Saúde Coletiva e Subárea de Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); servidor público do quadro efetivo da Fiocruz e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) atuando, respectivamente, como tecnologista em Saúde Pública no IFF e como professor adjunto no Departamento Materno-Infantil (Demi) da Faculdade de Enfermagem (Fenf).

Amanda dos Santos Cabral – Estudante de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Armando Cypriano Pires – Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF); doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz / MS); professor adjunto do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Beatriz Camargo Belato – Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Beatriz Selles – Graduada em Medicina; mestra em Saúde da Família pelo ProfSaúde/ISC/UFF; médica de família e comunidade; preceptora da Residência Médica em MFC da Uerj/SMS Maricá.

Bruna Liane Passos Lucas – Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Celso Lisboa (UCL); mestranda em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM/UFRJ).

Catharina Albiero Bueno Ramos – Graduada em Biomedicina pela Universidade Federal Fluminense; mestre em Ciências Médicas; atua em clínica na área de Biomedicina Estética.

Camilla Maia Franco – Graduada em Psicologia pela PUC-Minas Gerais; mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense; residência em Saúde da Família pela Ensp/Fiocruz; especialista em Apoio Institucional pela Unicamp; professora e coordenadora do curso de Psicologia da Unesa.

Carla Ribeiro Guedes – Graduada em Psicologia; doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj); professora associada e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Carolina Gonçalves da Silva Iespa – Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Célia Sequeiros da Silva – Graduada em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Reabilitação da Frasca; mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense; professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Cesar Luiz Silva Junior – Graduado em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); mestre em Saúde Coletiva pelo ISC/UFF; gestor em saúde bucal na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; pesquisador-colaborador no Laser/Densp/Ensp/Fiocruz.

Clara Adarme Davoli de Oliveira – Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (2022); bolsista de extensão do Projeto Prosain (2019) e colaboradora do grupo de pesquisa de 2018 a 2021; foi representante discente em órgãos colegiados e outros núcleos deliberativos e esteve à frente do Diretório Acadêmico da Medicina da UFF.

Claudia Regina Ribeiro – Graduada em História e Jornalismo; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/Uerj; professora e pesquisadora do mestrado profissional em Saúde da Família ProfSaúde da UFF.

Danielle de Fatima Aguiar de Sousa Silva – Graduada em Biologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

Deison Alencar Lucietto – Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria, RS; doutor em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz/RJ; professor e pesquisador do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca – Graduado em Medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia (EMC) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio); doutorado em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP); coordenador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (MPAPS) da Faculdade de Medicina da UFRJ; professor Adjunto do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Eduardo Alves Melo – Graduado em Medicina; médico sanitarista; doutor em Saúde Coletiva; professor do ISC/UFF; pesquisador da Ensp/Fiocruz.

Eduardo Caron – Graduado em Psicologia pela USP; doutor em Saúde Pública pela FSP/USP; docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da SES-SP.

Elaine Cristina Xavier Ferreira – Graduada em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); mestrado em Gestão e Administração da Assistência Farmacêutica (Gafar/UFF); farmacêutica do Hospital Central da Aeronáutica (HCA).

Elisabete D' Oliveira Paula Sousa – Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF); médica do Programa Médico de Família de Niterói/FeSaúde Niterói.

Elisete Casotti – Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria; doutora em Educação em Ciências e Saúde; professora associada do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Flávio Marques de Oliveira – Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (2022); foi extensionista do projeto Prosain (2019-2021) e colaborador do grupo de pesquisa de 2018 a 2022; foi representante discente em órgãos colegiados e outros núcleos deliberativos e esteve à frente do Diretório Acadêmico da Medicina da UFF.

Gleicielly Zopelaro Braga – Graduada em Psicologia pela Faculdade Presidente Antônio Carlos; especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Atenção Básica Unifase; mestranda em Saúde Coletiva UFF.

Hayda Alves – Graduada em Enfermagem; mestra em Enfermagem pela Unicamp; doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz; docente do curso de graduação em Enfermagem UFF-Rio das Ostras; colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFF.

Ivia Maksud – Graduada em Ciências Sociais; doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj); pesquisadora e docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Jéssica Andressa Reis de Souza – Estudante de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

José Dionísio de Paula Júnior – Graduado em Enfermagem; doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); professor e pesquisador da Fundação Presidente Antônio Carlos (Fupac-Ubá), Minas Gerais.

Josy Maria de Pinho da Silva – Graduada em Fisioterapia pela Faculdade de Reabilitação da Asce; doutora e pós-doutoranda em Saúde Coletiva pelo Iesc/UFRJ; coordenadora da Sala de Situação de Saúde do município de Niterói.

Katia I. Marro – Graduada em Trabajo Social pela Universidade Nacional de Rosário, Argentina; mestre e doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; pós-doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, professora associada do curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, Campus de Rio das Ostras.

Lenita Barreto Lorena Claro – Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense; doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz; professora e pesquisadora do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Letícia Maciel Lescura – Graduada em Direito pela Universidade Federal Fluminense (UFF); mestranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense; advogada, residente jurídica do MPRJ e pesquisadora no grupo Direito, Saúde e Bioética Clínica da UFF de Volta Redonda.

Lilian Koifman – Graduada em Pedagogia pela UFRJ; doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz; professora titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Lucas Lima de Carvalho – Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; mestrando em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM/UFRJ).

Lucas Rodrigues Claro – Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; mestrando em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM/UFRJ).

Luiz Albérico Araújo Montenegro – Graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); doutor em Epidemiologia com ênfase em Doenças Transmissíveis pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); professor adjunto do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Luiz Carlos Hubner Moreira – Graduado em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); doutor em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; professor do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Magda de Souza Chagas – Graduada em Enfermagem; doutora em Ciências da Saúde (UFRJ); professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF; membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (Nupges/CNPQ) e da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde (UFRJ).

Marcos Antônio Albuquerque de Senna – Graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Campos dos Goytacazes; doutorado em Odontologia (Odontologia Social) pela Universidade Federal Fluminense (UFF); professor titular da Universidade Federal Fluminense do Instituto de Saúde Coletiva com exercício no Departamento de Saúde em Sociedade.

Marcos Paulo Fonseca Corvino – Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; doutorado em Saúde Pública - USP; professor associado do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Maria Eneida de Almeida – Graduado em Biomedicina pela Universidade Estadual de Londrina; doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professora e pesquisadora da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.

Maria Goretti Andrade Rodrigues – Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense; doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz; professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino no Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior da UFF.

Maria Kátia Gomes – Graduada em Medicina pela Universidade Federal (UFRJ); doutorado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro do Rio de Janeiro (UFRJ); professora da Faculdade de Medicina da UFRJ; chefe do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS).

Maria Raimunda Penha Soares – Graduada em Serviço Social e Economia pela UFMA; doutora em Serviço Social pela UFRJ, com pós-doutorado em Políticas Públicas pela UFMA; docente em Serviço Social da UFF-Rio das Ostras; pesquisadora do Neab.

Mariana de Castro Gonçalves – Graduada em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense; farmacêutica residente do Programa de Saúde da Mulher e da Criança da UFF.

Marilene C. Nascimento – Graduada em Ciências Sociais e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professora e pesquisadora no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense; membro do GT Abrasco RM-PIC.

Michelle Cecille Bandeira Teixeira – Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense; doutora em Bioética e Saúde Coletiva pelo PPGBIOS; professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Michele Soltosky Peres – Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); doutorado em Linguística pela UFRJ; pós-doutorado em Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde pelo ICICT/Fiocruz; professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Moema Guimarães Motta – Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF); doutora em Ciências Jurídicas e Sociais pela UFF; professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Mônica Villela Gouvêa – Graduada em Odontologia; doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF); professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Núbia Carolina da Silva Abreu – Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Pamela Lima Dias Lins – Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); residente em Terapia Intensiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

Paula de Castro-Nunes – Pós-doutorada em Saúde Coletiva pela UFF; doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela UFF; mestrado em Saúde Coletiva pela UFF, atualmente, é pesquisadora do Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho da Fiocruz.

Patty Fidelis de Almeida – Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz; professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Paulo Roberto Barbato – Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); doutor em Saúde Coletiva pela UFSC; professor de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó.

Rafaela Fidelis Lima Silvério – Graduada em Biomedicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF; servidora técnico-administrativa do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Ramiro Marcos Dulcich Piccolo – Graduado em Licenciatura em Serviço Social na UNR (Argentina); PhD em Serviço Social na UFRJ; professor Associado IV da UFF-Rio das Ostras; educador do MST.

Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos – Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj); mestre em Enfermagem pela Uerj; professora assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (Demi) da Faculdade de Enfermagem da Uerj.

Rute Costa – Graduada em Nutrição pela Uerj; doutora em Educação em Ciências e Saúde Nutes/UFRJ; docente do Instituto de Alimentação e Nutrição da UFRJ-Macaé e do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde - Nutes.

Sabira de Alencar Czermak – Graduada em Psicologia; doutora no formato sanduíche (Universidade de Paris V – René Descartes); membro em formação do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro.

Sandra Brignol – Graduada em estatística pela UFBA; mestrado (2008) e doutorado em Saúde Pública (2013) pela UFBA; pós-doutorado (2022) em Saúde das Mulheres Trans (UFPE); professora adjunta do Departamento de Epidemiologia e Bioestatística do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Simone Fonseca Lucas – Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora de Ciências da Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro (Seeduc-RJ).

Suenya Santos – Graduada em Assistência Social; mestrado e doutorado pela ESS/UFRJ; doutorado-sanduíche pela EHESP/Paris; docente do Departamento Interdisciplinar da UFF/Rio das Ostras; coordenação do Núcleo de Estudos em Agroecologia - Chaia.

Thalisson Serrath de Carvalho – Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense; residente do Programa de Enfermagem em Urgência e Emergência pelo Hospital Sírío-Libanês.

Thalles Spinelli Rodrigues – Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense em 2019; trabalha com o médico clínico de emergência e em serviço de *homecare*.

Thamires Ribeiro da Silva – Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense; residente de Clínica e Cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.