

Lina Faria
Jane Mary de Medeiros Guimarães
Rocio Elizabeth Chavez Alvarez
Antônio José Costa Cardoso
Márcio Florentino Pereira
Luiz A. de Castro Santos

Organizadores

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE-EQUIDADE

SOBRE O CUIDADO REALIZADO NAS REDES
DE ATENÇÃO NO CONTEXTO DA COVID-19



Você está convidado a compartilhar de um esforço coletivo de produção intelectual e troca de experiências e aprendizados acerca de desafios nos campos da Saúde e da Educação em tempos de Covid-19. Este é um trabalho colaborativo que, tendo envolvido professores, pesquisadores, profissionais de saúde e estudantes de pós-graduação das áreas de saúde coletiva e saúde da família e comunidade, resultou em doze artigos. Os autores partem de suas práticas de formação ou de cuidado em saúde para refletir acerca do fenômeno, ainda em curso, da pandemia de Covid-19 em suas múltiplas e complexas dimensões. Os artigos aqui apresentados nos aproximam de realidades em rápida transformação enquanto buscam analisar as profundas desigualdades sociais, econômicas e tecnológicas geradas no contexto da pandemia, com impactos diversos nas condições de vida, trabalho e saúde dos indivíduos e populações, mas também as respostas construídas coletivamente por meio de uma ecologia de saberes e práticas inter-transdisciplinares, articulados em cenários interprofissionais e interculturais, quando foi imprescindível desenvolver, por exemplo, competências e habilidades para o uso intensivo de tecnologias digitais a fim de atender às exigências do distanciamento físico. Desejamos uma ótima leitura e reflexões!

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE-EQUIDADE

**SOBRE O CUIDADO REALIZADO NAS REDES DE ATENÇÃO
NO CONTEXTO DA COVID-19**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor

Penildon Silva Filho



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo



Lina Faria
Jane Mary de Medeiros Guimarães
Rocio Elizabeth Chavez Alvarez
Márcio Florentino Pereira
Luiz A. de Castro Santos
Antônio José Costa Cardoso
Organizadores

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE-EQUIDADE

SOBRE O CUIDADO REALIZADO NAS REDES DE ATENÇÃO
NO CONTEXTO DA COVID-19

Salvador
Edufba
2022

2022, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.
Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa
de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Analista editorial
Mariana Rios

Capa, projeto gráfico e diagramação
Rodrigo Oyarzábal Schlabit

Coordenação gráfica
Edson Sales

Revisão e
Debora Sales da Rocha

Coordenação de produção
Gabriela Nascimento

Normalização
Marcelly Moreira

Sistema Universitário de Bibliotecas – SIBI/UFBA

E24 Educação em saúde e qualidade-equidade: sobre o cuidado realizado nas redes de atenção no contexto da COVID-19 / Lina Faria ... [et al.], organizadores. - Salvador: EDUFBA, 2022.
230 p.

ISBN: 978-65-5630-391-8

1. COVID-19 (Doença) - Tratamento. 2. Medicina - Estudo e ensino (Superior). 3. Cuidados primários de saúde. 4. Médicos - Formação. 5. Saúde pública. I. Faria, Lina. II. Título: sobre o cuidado realizado nas redes de atenção no contexto da COVID-19.

CDU: 614.2

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n - Campus de Ondina
40170-115 - Salvador - Bahia

Tel.: +55 71 3283-6164

www.edufba.ufba.br / edufba@ufba.br

SUMÁRIO

9 PREFACIO

NAOMAR DE ALMEIDA-FILHO

13 PRÓ-ENSINO NA SAÚDE

PESQUISAS SOBRE FORMAÇÃO DOCENTE E OS PROCESSOS DE ENSINO E TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), COM ÊNFASE NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE

ANA ESTELA HADDAD
ELIANA GOLDFARB CYRINO
NILDO ALVES BATISTA

19 PRÁTICAS COLABORATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

HELOISE LIMA FERNANDES AGRELI
MARINA PEDUZZI

33 REDES DE ATENÇÃO E PRÁTICAS COLABORATIVAS

COMO GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO?

MATHEUS RIBEIRO DOS SANTOS

45 REDES DE ATENÇÃO, PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

MARCIA ALVES QUARESMA

65 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTERPROFISSIONAL PARA O CUIDADO INTEGRAL EM TEMPOS DE CRISE SANITÁRIA

ROCIO ELIZABETH CHAVEZ ALVAREZ
DANDARA SILVA SANTOS
MIGUEL ANDINO DEPALLENS
PAULA HAYASI PINHO

87 AS DESIGUALDADES EM SAÚDE E O FUTURO DA FORMAÇÃO NO PÓS-PANDEMIA

LINA FARIA
LUIZ A. DE CASTRO SANTOS

111 PRÁTICAS COLABORATIVAS NO CONTEXTO DAS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

NATAN FIOROTTI DA SILVA
PALOMA DORNAS DE CASTRO
LUCAS VIANA DE OLIVEIRA
WANESKA ALEXANDRA ALVES

131 A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL E O USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TDIC) PARA O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

JANE MARY DE MEDEIROS GUIMARÃES
GABRIELA ANDRADE DA SILVA
ADROALDO DE JESUS BELENS
ITA DE OLIVEIRA E SILVA
DAYSE BATISTA SANTOS

155 ESTÁGIO SUPERVISIONADO II NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MODO INTERPROFISSIONAL

JOSENEIDE SANTOS QUEIROZ
PATRÍCIA FIGUEIREDO MARQUES
URBANIR SANTANA RODRIGUES

163 AUSÊNCIAS INTERCULTURAIS E RESISTÊNCIAS INDÍGENAS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 JUNTO AOS POVOS ORIGINÁRIOS

ALGUMAS REFLEXÕES

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

183 A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL O MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

MARIA CRISTINA RODRIGUES GUILAM
ANA PAULA MENEZES BRAGANÇA DOS SANTOS
DANIELLE CRISTINE ALVES RODRIGUES PEREIRA
CARLA PACHECO TEIXEIRA

201 LIÇÕES APRENDIDAS NA GUERRA CONTRA O SARS-COV-2 NO SUL E EXTREMO SUL DA BAHIA

CONHECENDO PARA ENFRENTAR, ENFRENTANDO PARA CONHECER

ANTÔNIO JOSÉ COSTA CARDOSO
LUCAS LEONE SILVA SANTOS

225 SOBRE OS AUTORES

PREFÁCIO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE-EQUIDADE

SOBRE O CUIDADO REALIZADO NAS REDES DE ATENÇÃO NO CONTEXTO DA COVID-19

NAOMAR DE ALMEIDA-FILHO

Se a pandemia provocada pela covid-19 fosse um acontecimento do passado da história brasileira, como a pandemia da peste bubônica, em 1899, talvez se pudesse recordar a atual crise sanitária com a distância necessária para analisar suas consequências diretas em diversas dimensões da vida social. Ao revisitar a historiografia sobre as várias doenças no Brasil, a pandemia de covid-19 desperta-nos uma sensação de algo já visto e de uma situação já vivenciada. Situações ocorridas no passado parecem se repetir em relação às políticas de enfrentamento às doenças epidêmicas e às medidas sanitárias necessárias para sua prevenção e controle.

Além das consequências no âmbito social, político e econômico, uma das áreas em que a pandemia teve e continua a ter impactos significativos

é a educação em saúde. No campo da saúde coletiva, essa área tem se concentrado na problematização do cotidiano, na valorização das experiências individuais e coletivas e na leitura crítica das diferentes conjunturas. Sem dúvida, o novo cenário pandêmico impactou na formação e na prática dos profissionais de saúde, que precisaram se adaptar a uma nova rotina, com foco em ações de atendimento em todos os níveis do sistema de saúde, necessitando, por exemplo, recorrer a tecnologias digitais para lidar com uma demanda desconhecida em saúde.

Na formação em saúde, foi imprescindível desenvolver rapidamente competências e habilidades para o uso de tecnologias interativas, a fim de atender às exigências do distanciamento físico, na modalidade de aulas remotas. Isso implicava criar e recriar a sala de aula de maneira interativa, prática e dinâmica, incluindo novos papéis e relações entre os atores envolvidos, docentes-discentes, mesmo que metapresencialmente. Nesse contexto, o processo de formação em saúde se revela um grande desafio, visto a necessidade de formar profissionais preparados para atuar em contextos que envolvam situações complexas e de incertezas. Desse modo, as ações frente ao contexto pandêmico também podem representar novas oportunidades e experiências, uma vez que geram vivências para os profissionais que precisam desenvolver novas habilidades e competências, capazes de garantir a qualidade-equidade do cuidado que se realiza nas redes de atenção à saúde.

Daí a importância desta discussão, particularmente as reflexões sobre didáticas e pedagogias, as propostas metodológicas e práticas educativas comprometidas com a formação para o trabalho nas redes de atenção à saúde, em especial, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na valorização de ações coletivas interprofissionais e interdisciplinares promotoras da saúde e do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os capítulos da presente coletânea objetivam ampliar, dessa forma, a discussão sobre os vários temas debatidos durante o III Simpósio de Saúde Coletiva, ocorrido no mês de junho de 2021, evento organizado pelo corpo docente e discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (Profsaúde/UFSB), cujo tema principal foi “Educação em saúde e qualidade-equidade: sobre o cuidado realizado nas redes de atenção no contexto da pandemia da covid-19”.

O III Simpósio de Saúde Coletiva foi um espaço possível de encontro de redes de apoio e diálogos de educação e formação em saúde, com base no ensino problematizador que pertence ao universo das experiências e das vivências de quem aprende aprendendo, refazendo e desfazendo. Tudo isso ressalta a importância de integrar esses temas e debater a relevância social do ensino-aprendizagem para formação de profissionais de saúde.

Nesse momento, profissionais de várias áreas do saber tiveram a oportunidade de discutir, entre outras questões, a integralidade do cuidado e das práticas colaborativas e interprofissionais nas redes de atenção, estratégias frente às futuras crises e emergências que existirão no sistema de saúde, no pós-pandemia, o papel dos órgãos de controle social do SUS em tempos de vertigem democrática e crise socio sanitária, as fragilidades detectadas por um ultraneoliberalismo que promove ostensivamente desigualdades socioeconômicas, além dos avanços e retrocessos das políticas de atenção primária.

De maneira geral e a despeito das diferentes visões nas últimas décadas, estudos apontam para a necessidade de se repensar a formação dos profissionais, em especial, na área da saúde coletiva. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e outros instrumentos normativos acerca da formação profissional em saúde reafirmavam uma base comum para a educação, cujos princípios devem buscar uma educação pautada em saberes e práticas nas diversas áreas de conhecimento científico, enfatizando competências técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas contextualizadas. Tal profissional deve ser capaz, portanto, de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde, com senso de responsabilidade social.

Importante destacar que, como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em tempo e espaço delimitados, que se definem a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida social, possível e real. Assim, tudo aquilo que é chamado de educação e de saúde acontece também no âmbito da cultura. O trabalho e a educação em saúde conformam, portanto, um campo articulado de saberes e práticas que se organizam no cotidiano dos contextos culturais, sociais e econômicos, mas, também, no cotidiano dos serviços de saúde, orientados pelas políticas públicas. Estes campos articulados mobilizam a produção, a circulação e

a utilização do conhecimento na integração com vários atores e na conformação de um conjunto de práticas características do setor.

As demandas atuais de saúde requerem do profissional competências gerais para se adaptar às novas mudanças do ponto de vista das questões sanitárias, das tecnologias, das evidências científicas, mas sobretudo no que diz respeito às demandas sociais da população. Ou seja, aqui se verifica uma oportunidade de apresentar propostas e perspectivas em resposta à grande diversidade de problemas sociais da população – desigualdades socioeconômicas, injustiças e violências.

Importante destacar que mudanças na formação superior dos profissionais de saúde vinham sendo estimuladas por meio de políticas públicas, com a aprovação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2005, e do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013 – dois programas que impulsionaram iniciativas de mudança na formação nas duas últimas décadas.

O processo de luta por um sistema de saúde universal, equânime, integral e que atenda as diferentes necessidades das populações no contexto pandêmico e pós-pandêmico impõe um novo modelo de atenção e de formação amparado pela concepção ampliada de saúde – que leve em conta as diversidades, singularidades e necessidades das pessoas na lógica do trabalho colaborativo.

É imprescindível que profissionais possam identificar grupos populacionais que se encontram vulnerabilizados, em situação de risco ou submetidos a violação de direitos e, que, nesse momento de crise sanitária, possam estar mais suscetíveis às iniquidades ou desvantagens resultantes de exclusão pela pobreza e processos de marginalização. No contexto atual, torna-se evidente a premência da interface entre educação e saúde no trabalho na atenção primária. Esta coletânea reflete, portanto, a diversidade de olhares disciplinares, e essa multiplicidade de recursos teóricos e práticos possibilita aglutinar saberes sobre o tema. Os capítulos trazem, enfim, reflexões acerca da complexidade do tema e de suas interfaces e indicam os principais desafios que se colocam diante da formação em saúde, em especial, com foco na formação interprofissional, como uma possibilidade de alterar as centralidades na disseminação de saberes e práticas no cuidado à saúde.

PRÓ-ENSINO NA SAÚDE

PESQUISAS SOBRE FORMAÇÃO DOCENTE E OS PROCESSOS DE ENSINO E TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), COM ÊNFASE NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE¹

ANA ESTELA HADDAD
ELIANA GOLDFARB CYRINO
NILDO ALVES BATISTA

As experiências desenvolvidas em diversos programas de mestrado profissional e mestrado e doutorado acadêmicos têm em comum o desenvolvimento de pesquisas e a formação docente no campo de conhecimento da interface entre a Saúde e a Educação, com ênfase na reorientação da formação profissional na saúde. Esses programas e as experiências aqui registrados resultam de uma política de indução construída a partir do trabalho partilhado entre a comunidade acadêmica, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e o Ministério da Educação, por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – o Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde (Pró-Ensino).

1 Artigo publicado originalmente na Revista Interface – editorial • Interface 22 (suppl 1) • 26 Set 2018.

O reconhecimento do ensino na saúde, como área de conhecimento, pela pós-graduação estrito sensu é uma aspiração e esteve por muito tempo entre os ideais perseguidos pela comunidade acadêmica historicamente envolvida com a formação na saúde e com a diretriz da integração ensino-serviço-comunidade. O processo de redemocratização do Brasil, no final da década de 1980, que, no âmbito das políticas sociais, avançou na conquista da saúde como direito, pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), teve um de seus preceitos – o do Artigo 200, inciso 3º da Constituição Federal – efetivado a partir de 2003, com a criação da SGTES no Ministério da Saúde. A política nacional de educação na Saúde, que norteou a consolidação da SGTES em sua primeira década de atuação, foi constituída por diversificadas estratégias, articulando educação e trabalho em saúde.

O eixo paradigmático que alinhou e organizou essa política é a integração do ensino com a rede de prestação de serviços do SUS, instituído como ato pedagógico que aproxima profissionais da rede de serviços de saúde das práticas pedagógicas, e os professores e estudantes dos processos de atenção em saúde, possibilitando a inovação e a transformação dos processos de ensino e de prestação de serviços de saúde. Podemos afirmar que, a partir de 2003, “foram deflagradas iniciativas visando ampliar a qualificação da força de trabalho por meio de ações de educação permanente que entre outros objetivos, articulam a formação profissional às práticas dos serviços de saúde”. (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013, p. 1614)

A reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde, PET-Saúde), as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), a constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Saúde (FNEPAS), a formação de ativadores de processos de mudança, o reconhecimento, fortalecimento e expansão das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde (Pró-Residências), a educação permanente em saúde como eixo estruturante, o Programa Telessaúde Brasil Redes e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) estão entre iniciativas relevantes.

Atuar por meio de múltiplas estratégias, endereçadas a públicos distintos, mas complementares, e buscar induzir sua articulação foram formas encontradas para responder, ao mesmo tempo, à necessidade de reorientação da formação dos futuros profissionais, mas, também, às necessidades formativas de um contingente de quase um milhão de profissionais

em serviço no SUS – inserindo a educação permanente nos espaços dos serviços de saúde como ferramenta de mudanças no nível organizativo e gerencial e no processo de trabalho das equipes, rumo ao modelo das redes de atenção à saúde e da atenção primária como a porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado em saúde.

Além dos referenciais já mencionados, o Pró-Ensino resultou da avaliação e do monitoramento da implementação do Pró-Saúde e do PET-Saúde, em especial, da percepção do grande desafio colocado para o corpo docente dos cursos de graduação na área da saúde, que não foi instrumentalizado para fazer frente às novas dimensões inseridas na reorientação da formação, envolvendo a ação pedagógica referenciada e inserida no SUS, representada pela integração ensino-serviço-comunidade, pelas metodologias ativas do processo ensino-aprendizagem e pela educação e o trabalho em equipe interprofissional. Ainda, os profissionais de saúde dos serviços que atuavam como preceptores do PET-Saúde, participando das ações pedagógicas dirigidas aos alunos de graduação, passam também a aspirar a continuidade da sua formação, tornando-se um público-alvo importante para o Pró-Ensino, em especial, na modalidade do mestrado profissional, mas, também, de programas acadêmicos. Da mesma forma, o componente de pesquisa, estabelecido no PET-Saúde, ganha densidade com o Pró-Ensino, fazendo com que as diferentes estratégias se desenvolvam em articulação, se complementem e se fortaleçam mutuamente.

O Pró-Ensino consistiu no apoio institucional e financeiro a projetos de mestrado profissional na área de Ensino na Saúde; projetos de formação de mestres, doutores e pós-doutores, e desenvolvimento de pesquisas na área de ensino na saúde, apresentados por programas de pós-graduação já existentes e avaliados pela Capes com nota mínima igual a quatro. Os projetos poderiam ser interinstitucionais ou abranger mais de um programa de uma mesma instituição; residências médica, multiprofissionais e em área profissional da saúde associadas ao mestrado profissional, conferindo aos residentes, mediante credenciamento, oferta de disciplinas de pesquisa, orientação e trabalho de conclusão, a dupla titulação, pela residência e pelo mestrado.

Como orientação para o escopo temático dos projetos, foram estabelecidos os seguintes temas: gestão do ensino na saúde; currículo e processo

ensino-aprendizagem na formação em saúde; avaliação no ensino na saúde; formação e desenvolvimento docente na saúde; integração universidades e serviços de saúde; políticas de integração saúde e educação; tecnologias presenciais e a distância no ensino na saúde.

A excelência da formação, aliada à relevância social, está claramente ligada à possibilidade de as unidades acadêmicas e dos serviços consorciarem-se para a produção e divulgação de conhecimentos no campo das necessidades em saúde e educação, promovendo a qualidade da educação de profissões de saúde, por meio da formação de professores e profissionais criativos, críticos e comprometidos com a realidade de nosso país.

A pós-graduação, por sua vez, tem como premissa essencial formar profissionais qualificados, associada à produção de conhecimento que, neste caso específico, tome como objetos as variadas dimensões do ensino, que possam se materializar em transformações efetivas no cotidiano da formação de recursos humanos no campo da saúde no Brasil. Na formação de professores e pesquisadores, a pós-graduação é uma atividade acadêmica com inquestionável legitimidade e reconhecimento no Brasil. É essencial que essa esfera de atividade esteja também comprometida com a consolidação do SUS.

O Pró-Ensino buscou valorizar, na pós-graduação: a necessidade de formação docente para a docência nos cursos de graduação, o trabalho do professor universitário como formador, a valorização do processo de ensino, da docência, da prática clínica comprometida com a integralidade do cuidado no SUS, a presença de uma pedagogia comprometida com o processo criativo, a realização e valorização de pesquisas sobre ensino na saúde, e a publicação dos estudos.

Esta discussão reveste-se, assim, de grande importância, na medida em que registra e divulga alguns resultados do Pró-Ensino e de um período histórico em que a janela de oportunidades para a articulação intersetorial e a integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação esteve comprometida com a qualidade, na educação superior, para as profissões da saúde, e na atenção à saúde da população atendida pelo SUS.

Os resultados das pesquisas realizadas nos programas chamam à produção sobre a formação em saúde comprometida com a qualificação do SUS; e os relatos de experiência permitiram uma produção que promove

o diálogo entre saberes voltados a temas como a integralidade da atenção, o protagonismo de professores, profissionais e estudantes na construção de inovações pedagógicas e na maior integração ensino-serviço-comunidade e a responsabilização com os usuários, entre outros.

Acreditamos que essa iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e com envolvimento da Capes, permitiu constatar uma grande vitalidade de pesquisas sobre o ensino na saúde. Entendemos que precisamos ocupar esse lugar, que este não seja um processo isolado, mas valorize a formação profissional como campo de pesquisa e de desenvolvimento de tecnologias inovadoras, garantindo a realização de pesquisa, formação e inovação no ensino na saúde.

REFERÊNCIAS

DIAS, H. S. A.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

PRÁTICAS COLABORATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

HELOISE LIMA FERNANDES AGRELI
MARINA PEDUZZI

INTRODUÇÃO

Prática colaborativa e trabalho interprofissional, juntamente a outras iniciativas introduzidas nos sistemas de saúde, podem contribuir para melhoria da atenção à saúde. Entretanto, elementos do contexto relacional, social, político e econômico representam desafios à operacionalização do trabalho interprofissional e prática colaborativa. Acrescenta-se a esses desafios a imprecisão conceitual no estudo das temáticas. O presente capítulo visa apresentar os conceitos atuais da prática interprofissional colaborativa e do trabalho interprofissional, problematizando-os à luz do processo de trabalho em saúde e no contexto dos avanços e retrocessos da Atenção Primária à Saúde (APS). Concluímos que a colaboração na APS precisa ser abordada de forma contingencial, ou seja, segundo características dos usuários/população adscrita e segundo contexto e condições de trabalho.

PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA

A Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) representa uma alternativa à fragmentação das ações executadas pelos profissionais das diferentes áreas e um deslocamento das ações focadas na própria atuação profissional para um horizonte mais amplo, de foco no paciente e suas necessidades de saúde. Espera-se que a PIC seja ancorada pelo diálogo entre os profissionais e destes com os usuários, famílias e comunidade do território, contemplando a participação de todos os sujeitos envolvidos nos processos de decisão acerca do cuidado à saúde. (ORCHARD, 2010) A clara relação recíproca de dupla mão e influência entre a atenção centrada no paciente e a PIC significa que mudanças no trabalho interprofissional, em prol da colaboração, só são possíveis se as práticas de saúde estiverem orientadas às necessidades de saúde de forma integral, universal e coordenada.

A PIC é relacionada ao trabalho interprofissional (em equipe e em rede), pois é preciso colaboração entre equipes de um mesmo serviço e entre equipes e profissionais de diferentes serviços da rede de atenção à saúde (RAS) para cumprir com um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade. (AGRELI, 2017; PEDUZZI et al., 2020; PEDUZZI; AGRELI, 2018) A colaboração interprofissional, tanto no âmbito das práticas quanto na educação, tem sido preconizada pela Organização Mundial da Saúde como forma de otimizar os serviços de saúde, incitar melhorias na assistência e sistemas de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016) Argumenta-se que equipes de saúde pautadas na colaboração podem contribuir para melhorar o acesso universal e a qualidade da atenção à saúde (CARTER; BOSWORTH; GREEN, 2012; REEVES et al., 2017; ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2010), a redução de erros médicos e o desempenho profissional. (SALAS; ZAJAC; MALOW, 2018) No contexto da APS no município de São Paulo, equipes com características que predisõem à PIC, tais como compartilhamento de objetivos comuns e atuação orientada para busca de melhores resultados na atenção à saúde de usuários, famílias e população, evidenciam efetividade do trabalho em equipe para o bem-estar dos trabalhadores, à medida que estudo recente evidenciou

associação direta e proporcional entre clima de equipe e satisfação no trabalho. (PEDUZZI AGRELI, ESPINOZA, 2021) Entretanto, a operacionalização da prática interprofissional ainda constitui um desafio intenso e atual (AGRELI; PEDUZZI; BAILEY, 2017a, 2017b) e as iniciativas no país continuam, na maior parte dos serviços de saúde, incipientes. (PEDUZZI, AGRELI, SILVA, 2020) Os modelos majoritários são: o de profissionais que continuam sendo formados separadamente, de forma uniprofissional, para no futuro trabalharem juntos; o da reprodução da forte divisão do trabalho em saúde, da hierarquia entre as diversas profissões da saúde e do seu tribalismo. (BRAITHWAITE et al., 2016)

Acrescenta-se à dificuldade de operacionalização da PIC a polissemia e imprecisão conceitual no estudo das temáticas correlatas, o que acaba por dificultar o seu avanço. (ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009) Termos como “colaboração”, “redes” e “trabalho em equipe” são frequentemente utilizados como sinônimos entre si, embora não sejam equivalentes. Nesse sentido, apresenta-se a seguir os conceitos atuais de trabalho interprofissional, problematizando-os no contexto da APS.

TRABALHO INTERPROFISSIONAL E COLABORAÇÃO NA APS

O trabalho em equipe interprofissional é definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos, de maneira integrada e interdependente, para atender às necessidades de saúde. (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015) A mera denominação de um grupo de profissionais como “equipe” não é suficiente para que os profissionais desenvolvam senso de pertencimento e trabalhem de forma integrada. O exercício de tornar-se equipe é um processo dinâmico no qual os profissionais aprendem a trabalhar juntos, conhecem os papéis, saberes e práticas das diferentes áreas e também as demandas e necessidades de saúde dos usuários e população.

O trabalho em equipe interprofissional envolve elementos do contexto social, político e econômico (FOX; REEVES, 2015), como destaca Reeves e demais autores (2010), ao propor um modelo para compreensão do trabalho, considerando suas dimensões relacionais, contextuais e da

organização do trabalho. O modelo de Reeves e demais autores (2010) descreve a “abordagem contingencial” no trabalho interprofissional, que coloca a necessidade de expandir a noção de trabalho interprofissional tradicional, normalmente restrita ao trabalho em equipe, adicionando outras formas de interprofissionalidade, o que inclui o trabalho em rede, colaboração e prática colaborativa interprofissional. Prática Interprofissional Colaborativa é o termo utilizado para descrever elementos da colaboração interprofissional implementados na prática dos serviços de saúde.

De acordo com a abordagem contingencial, é preciso que as equipes alternem as diferentes formas de trabalho descritas (trabalho em equipe, colaboração e trabalho em rede) segundo as necessidades dos usuários e população que estão sob sua responsabilidade. A abordagem contingencial do trabalho interprofissional considera que não basta o trabalho em equipe efetivo para melhoria da atenção à saúde – é essencial que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços. Para Reeves e demais autores (2010), a “colaboração interprofissional” é uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento e interdependência das ações; e o “trabalho em rede”, caracterizado por ainda maior flexibilidade e menor interdependência das ações, mas com a integração em rede mantida. Essa abordagem do trabalho interprofissional reconhece que as equipes são mais efetivas na atenção à saúde à medida que correspondem, com plasticidade, às diferentes formas de trabalho interprofissional.

Na perspectiva interprofissional, espera-se que, ao invés de reforçar a expectativa de autonomia e independência de cada profissão, os profissionais busquem reduzir a competição, mantendo um certo grau de autonomia pertinente para a tomada de decisão solo ou compartilhada (D'AMOUR et al., 2008), e fortaleçam relações de parceria interprofissional, responsabilidade coletiva e tomada de decisões compartilhadas. (KHALILI; HALL; DELUCA, 2014)

Estudo da colaboração na APS brasileira mostrou que as equipes que referem características favoráveis ao trabalho em equipe – participação mais intensa de seus membros na tomada de decisões; existência de atividades orientadas por mecanismos consolidados de avaliação do trabalho;

e apoio a novas ideias – são também aquelas equipes com maior fluidez na abordagem contingencial do trabalho interprofissional. Ou seja, são equipes mais capazes de ampliar a colaboração do âmbito das equipes para o âmbito das redes e de trabalho articulado com outros setores. (AGRELI, 2017)

No contexto da APS, a colaboração interprofissional pode ser compreendida em duas modalidades, que se alternam dependendo das condições e necessidades dos usuários. A primeira modalidade de colaboração na APS é a “colaboração em equipe”. Nessa modalidade, os profissionais buscam alternativas entre os próprios membros da equipe ou entre equipes de uma mesma unidade básica de saúde, para melhorar a qualidade da assistência à saúde, otimizar processos de trabalho, e colaborar entre si também para aumentar a participação dos usuários no cuidado clínico individual. Alguns exemplos de colaboração em equipe são: o atendimento a partir do acolhimento em equipe; novas divisões do trabalho na equipe e papéis profissionais de acordo com às necessidades locais dos usuários e população do território; ações interprofissionais voltadas para o desenvolvimento; e apoio da corresponsabilização dos usuários no cuidado. (AGRELI, 2017)

A segunda modalidade de colaboração na APS é a “colaboração em rede e com a comunidade”. Nessa modalidade, os profissionais da equipe buscam alternativas na equipe e também em outros serviços, setores e com os usuários, família e comunidade. Essa modalidade de colaboração ressalta a importância do trabalho interprofissional em equipe na promoção do trabalho intersetorial e da participação social. (BRASIL, 1990) O exemplo mais claro da colaboração em rede e com a comunidade é o estabelecimento de parcerias intersetoriais em rede e com a comunidade. (AGRELI, 2017)

O estabelecimento de parcerias interprofissionais e intersetoriais tem como desafio o contexto de fragmentação da atenção à saúde. Nesse sentido, a seguir, apresenta-se discussão sobre elementos do processo de trabalho em saúde na APS que reiteram a necessidade de iniciativas de integração, como trabalho em equipe e PIC.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A divisão do trabalho em saúde frequentemente é considerada exclusivamente na sua dimensão técnica do parcelamento das atividades, operada com base na separação entre ações de cunho predominantemente manual e ações de cunho predominantemente intelectual. (MENDES-GONÇALVES, 2017) Contudo, trata-se de processo sobretudo de caráter social, apoiado na divisão de classes que constitui agentes e sujeitos que executam trabalhos diferentes, mas, sobretudo, com desigual valor social que se desdobra em persistentes relações hierárquicas no exercício cotidiano do trabalho. (MENDES-GONÇALVES, 2017; PEDUZZI et al., 2020)

A divisão social e técnica do trabalho tende a aumentar a produção, no presente caso do setor saúde, e a produtividade do trabalhador em saúde. Este, no Brasil, configura um enorme contingente de aproximadamente 5 milhões de trabalhadores de diversos setores (zeladoria, segurança, limpeza, almoxarifado, outros), diferente escolaridade, educação e formação profissional, dentre os quais destacam-se, para a presente análise, os que têm formação específica do campo da saúde, decorrente de ensino médio e técnico e de ensino superior que são usualmente denominados profissionais de saúde. De fato, são trabalhadores e são profissionais de saúde de diversas áreas de saberes e práticas especializadas, cujas ações de saúde, articuladas ou fragmentadas, produzem a atenção à saúde e os cuidados que contribuem ou não para a saúde da população.

O destaque para o processo de divisão do trabalho ajuda a compreender algumas contradições presentes nas práticas de saúde. A complexificação do trabalho no setor configura crescente especialização, que tende a fragmentar a atenção à saúde, o que, por sua vez, requer a adoção, também crescente, de iniciativas e estratégias de integração, tais como trabalho em equipe e PIC.

Embora persistam barreiras para a PIC e o trabalho em equipe, no Brasil, foram realizados avanços importantes nessa direção, em especial na APS, com a implantação, a partir de meados dos anos 1990, do Programa e depois Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiada na concepção e implementação da APS abrangente e integrada ao SUS.

AVANÇOS E RETROCESSOS NA APS E SEUS EFEITOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

A literatura mostra os avanços trazidos pela ESF, considerados seus impactos positivos na saúde de usuários e população, como a redução da mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006) e da mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardíacas (RASELLA et al., 2014), e também com a implementação dos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Quanto a integralidade da saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) avança à medida que as equipes de ESF passam a contar com equipes de Saúde Bucal (SB), a partir de 2001 (SCHERER; SCHERER, 2016), e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, visto que ambas iniciativas permitem ampliar a composição das equipes e o seu alcance, tanto no reconhecimento como nos cuidados às necessidades de saúde.

A efetividade das equipes de ESF na atenção à saúde decorre da consistência entre, de um lado, o perfil de necessidades de saúde de usuários e população adscrita e, de outro, as condições concretas de trabalho em que atua. (PEDUZZI et al., 2020; REEVES et al., 2010; WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013) Portanto, a composição das equipes de ESF com SB e o apoio do Nasf, via matriciamento e educação permanente, lhes possibilitam ampliar o leque de ações de saúde na perspectiva da integralidade. Mas retrocessos e desafios vêm sendo enfrentados pelas equipes a partir da nova PNAB (BRASIL, 2017), que introduz mudanças na composição das equipes as quais expressam a volta à cena da ênfase no modelo biomédico: um agente comunitário de saúde por equipe ESF, sua ausência nas equipes de atenção primária, médicos com jornada de trabalho de 10 horas semanais nas equipes de ESF, e a extinção do credenciamento e financiamento federal aos Nasf, sob o argumento de maior autonomia do gestor municipal na gestão e composição das equipes. (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020) Essas medidas fragilizam o trabalho interprofissional e sua abordagem territorial orientada a integralidade da saúde, porque reintroduzem a primazia do pronto atendimento, focalizado nas intercorrências e queixas do usuário, bem como no cuidado individual

descontextualizado do perfil de necessidades de usuário, família e comunidade. (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020)

Também a universalidade da APS alcançou avanços com a implantação de aproximadamente 43 mil equipes de ESF e cobertura de 63% da população brasileira (BRASIL, 2020), embora seja necessário avançar mais para alcançar no mínimo 85% de cobertura nos cuidados primários com seus atributos de orientação para APS. Entretanto, o princípio de acesso universal que as equipes de ESF com SB e Nasf buscam atingir está desafiado e pode sofrer retrocessos com a recente mudança do modelo de financiamento da APS. A alteração se refere à substituição do piso de atenção básica fixo e variável que constituía incentivo às equipes ESF com SB e Nasf pelo modelo de pagamento por captação ponderada, calculado segundo o número de pessoas cadastradas em cada equipe. No modelo anterior, as ações de saúde das equipes estavam voltadas a toda população do território, mas passaram a ser orientadas apenas àqueles cadastrados, o que pode vir a significar a exclusão de grupos mais vulneráveis, com maior dificuldade de cadastro na equipe. O movimento de limitar o financiamento das equipes às pessoas cadastradas tende a comprometer a universalidade da APS do SUS e a abordagem territorial com suas ações de orientação comunitária e de promoção à saúde, aumentando o risco de ênfase no atendimento individual limitado ao âmbito da unidade. (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020)

Outros desafios de retrocessos na APS são identificados nas reiteradas tentativas de reversão do reconhecimento da saúde como direito de cidadania, presente na Constituição Federal e no aparato jurídico normativo do SUS, pelo entendimento da saúde como direito a serviços contratados. Esse movimento pode ser verificado em várias propostas que buscam criar espaço para privatização da APS do SUS, veiculadas em diversos meios de comunicação, em anos recentes. As referidas propostas visam o financiamento público do SUS para a prestação de serviços privados, com base em contratos com consultórios e empresas de consulta médica. (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020) Destaca-se que as ameaças de retrocesso no SUS, em particular na ESF, que é reconhecida internacionalmente como um modelo de excelência de APS (MACINKO; HARRIS; PHIL, 2015), além de configurar possíveis perdas de direito à saúde para a

população brasileira, colocam em risco os avanços alcançados no âmbito do trabalho em equipe e da PIC na ESF e seus efeitos positivos, tanto nas condições de saúde de usuários, famílias e população, como dos profissionais e equipes de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram apresentados os conceitos atuais de trabalho interprofissional de acordo com a abordagem contingencial que contempla diversos formatos, como: trabalho em equipe, colaboração e prática interprofissional colaborativa. Também se destacaram duas modalidades de colaboração na APS “colaboração em equipe” e “colaboração em rede e com a comunidade”.

Trabalho em equipe e prática colaborativa devem contribuir e ter repercussões em duas direções: melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a usuários e população do território e promover maior satisfação no trabalho dos profissionais envolvidos. Para isso, trabalho em equipe e colaboração interprofissional na APS precisam ser abordados de forma contingencial, ou seja, segundo as características dos usuários/população adscrita e segundo as condições de trabalho e o contexto mais amplo referido as políticas de saúde e modelos de atenção. Assinala-se, ainda, que a colaboração requer o desejo em cooperar/contribuir com o trabalho desempenhado junto com o outro e pode se dar tanto no microcontexto das equipes (colaboração na equipe) quanto de forma mais abrangente, no cenário das RAS e comunidade (colaboração em rede e com a comunidade).

Por fim, ressalta-se uma dimensão da PIC e do trabalho em equipe que precisa avançar tanto nas práticas de saúde e educação interprofissional, como nas pesquisas sobre o tema. Trata-se da construção de parcerias com usuários, famílias e grupos sociais dos territórios, o que remete a participação e ao controle social previsto no SUS e na política de humanização da atenção à saúde. Essas parcerias e outras com instituições sociais e outros setores podem, inclusive, constituir formas de resistência aos desafios e às ameaças de retrocesso nas políticas de saúde que constituíram e consolidaram o SUS e a ampliação de acesso aos serviços de APS.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. L. F. *Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na atenção primária à saúde*. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care*, London, v. 31, n. 2, p. 184-186, 2017a.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. *Journal of Interprofessional Care*, London, v. 31, n. 6, p. 679-684, 2017b.
- BRAITHWAITE, J.; CLAY-WILLIAMS, R.; VECELLO, E. *et al.* The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: A laboratory-controlled teamwork experiment. *BMJ Open*, London, v. 6, n. 7, p. 1-10, 2016.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos núcleos de apoio à saúde da família - NASF. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 7 out. 2007.
- BRASIL. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- BRASIL. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 out. 2011.
- BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Histórico de cobertura por competência e unidade geográfica*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em: 31 jan. 2021.

- CARTER, B. L.; BOSWORTH, H. B.; GREEN, B. B. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *American Journal of Hypertension*, Greenwich, v. 14, n. 1, p. 51-65, 2012.
- D'AMOUR, D.; GOULET, L.; PINEAULT, R. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, London, v. 8, n. 188, p. 1-14, 2008.
- FOX, A.; REEVES, S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, London, v. 29, n. 2, p. 113-118, 2015.
- GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política nacional de atenção básica: para onde vamos?. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington, D. C.: National Academy Press, 2015.
- KHALILI, H.; HALL, J.; DELUCA, S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, London, v. 28, n. 2, p. 92-97, 2014.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; PHIL, D. Brazil's family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, [Toronto], v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.
- MENDES E. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família*. Brasília, DF: CONASS: OPAS, 2012.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (org.). *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 298-374.
- ORCHARD, C. A. Persistent isolationist or collaborator? the nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management*, Oxford, v. 18, p. 248-257, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: OMS, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/. Acesso em: 4 abr. 2017.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; ESPINOZA, P. *et al.* Relações entre clima de equipe e satisfação no trabalho na estratégia saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, n. 117, p. 1-10, 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-20, 2020.

RASELLA, D.; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *The BMJ*, London, v. 349, p. 1-10, 2014.

REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S. *et al.* A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: BARR, H. (ed.). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, v. 22, n. 6, p. 1-40, 2017.

SALAS, E.; ZAJAC, S.; MARLOW, S. L. Transforming health care one team at a time: ten observations and the trail ahead. *Group & Organization Management*, [Newbury Park], v. 43, n. 3, p. 357-381, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1059601118756554>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, n. 98, p. 1-12, 2016.

WEST, M. A.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organization and Management*, London, v. 27, n. 1, p. 134-142, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/14777261311311843>. Acesso em: 22 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>. Acesso em: 16 out 2020.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, v. 8, n. 3, p. 1-24, 2009.

REDES DE ATENÇÃO E PRÁTICAS COLABORATIVAS

COMO GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO?

MATHEUS RIBEIRO DOS SANTOS

O CUIDADO INTEGRAL E OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Este capítulo surge das reflexões sobre integralidade e cuidado, feitas a partir dos componentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (Profsaúde/UFSB) e das discussões realizadas no III Simpósio de Saúde Coletiva do Sul da Bahia, na mesa redonda “Redes de atenção e práticas colaborativas: como garantir a integralidade do cuidado?”.

As redes de atenção e as práticas colaborativas são essenciais na garantia da integralidade do cuidado em saúde prestado às populações. Tendo o cuidado como questão central nesta temática, é imprescindível compreender as concepções que os profissionais da saúde possuem sobre tal conceito, visto que esse entendimento vai ditar as atitudes tomadas frente às diversas situações encontradas no serviço, os atores envolvidos em sua prática colaborativa e as redes que estes trabalhadores compõem/acionam.

Para discutir essas questões, é necessário retomar os princípios, atributos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) e estabelecer de que forma esses quesitos são concretizados na atenção ao usuário.

Segundo Batista e demais autores (2016), a APS representa um conjunto de ações estruturadas a partir das necessidades da população, do estabelecimento de vínculos com os usuários e do contato permanente com o território, não se limitando a uma assistência médica centrada em procedimentos curativos. As ações realizadas nesse âmbito devem ter foco na promoção, proteção e recuperação dos agravos.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define ainda a APS como

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida a população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017)

Além dessas características, Brasil (2010, p. 9) e Starfield (2002, p. 47) definem os atributos essenciais e derivados para a APS, sendo os atributos essenciais: “Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação da atenção”. De acordo com a autora, esses quatro atributos são considerados estruturantes para a atenção primária, com a possibilidade de ampliar seu alcance e interação com a comunidade, caso apresente os atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e orientação cultural que, por sua vez, qualificam as ações realizadas na APS. Quando um sistema de saúde possui forte orientação para o maior alcance da presença de tais atributos, ele será capaz de prover atenção integral a sua comunidade.

O TERRITÓRIO E SUAS REDES

Além dos atributos definidos para a atenção básica, alguns outros conceitos, como o de território e determinantes sociais em saúde, são essenciais para se discutir a atuação e o cuidado na APS. A concepção de “território” na saúde vai além da compreensão de espaço geográfico. Entretanto, essa referência à localização ainda é importante, na perspectiva da organização e da distribuição dos serviços nos municípios, visto que as unidades de atenção básica devem possuir um território adscrito. O território deve ser pensado como um espaço de construção social, onde sua identificação, utilização pela população e seus fluxos são relevantes para a compreensão da dinâmica social, hábitos, costumes, bem como na determinação de vulnerabilidades em saúde.

O artigo “Determinantes sociais e território em sua inter-relação com as famílias e os processos de saúde-doença” apresenta a ideia de “território usado”, em que

[...] a dimensão socioespacial dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) ganha potencialidade, na medida em que a categoria território é apreendida para além da dimensão geográfica e compreendida como processo relacional entre as famílias, seus modos de vida e suas condições sociais, sendo, ao mesmo tempo, condicionada e condicionante do processo saúde-doença. (JACQUES et al., 2017, p. 77)

Nesse sentido, para que as ações da APS atendam aos princípios e atributos comentados, os profissionais devem conhecer, interagir e, acima de tudo, ouvir o território onde atuam. A participação da comunidade é essencial, somente assim é possível conhecer as necessidades em saúde da população no local em que se atua, para que o cuidado seja integral. Tal participação pode ser incentivada de diversas formas: criação de conselhos locais de saúde, escuta das principais dificuldades individuais durante consultas/visitas domiciliares, atividades de educação em saúde que valorizem a problematização e o conhecimento da comunidade (como as práticas envolvendo educação popular), interação intersetorial com

outros órgãos presentes no território – como escolas, Centro de Referência de Assistência Social (Cras) – etc.

Entendendo o território como um lugar dinâmico e diverso, é preciso levar em consideração que as unidades de saúde, enquanto espaços institucionalizados, não detêm o domínio sobre o cuidado em saúde. No território vivo, as pessoas procuram os tratamentos que acreditam ser mais adequados para sua condição e nessa busca são acionados familiares, vizinhos, religiosos, benzedores, parteiras, pajés, profissionais da saúde etc. Nesse processo, além das próprias concepções sobre a doença, as pessoas levam em conta os recursos financeiros disponíveis.

Considerando essa rede terapêutica informal, trilhada pela pessoa enferma, buscamos em Merhy e demais autores (2014) o conceito de redes vivas, como possibilidades existenciais de sujeitos que são múltiplos e em constante produção no mundo. É preciso, então, que o profissional de saúde compreenda que as pessoas são protagonistas do seu cuidado e que trilham e tecem redes que, em inúmeras ocasiões, fogem da lógica estabelecida pelo setor oficial da saúde. Faz parte do cuidado integral compreender e valorizar a riqueza que o território vivo tem a oferecer às equipes de saúde, construindo uma relação com base no diálogo e respeitando as experiências prévias dos usuários em promover o próprio cuidado.

A INTEGRALIDADE

O ponto central em toda a discussão (sobre princípios, atributos do SUS e da APS, sobre o território e suas nuances) é o esforço para a implementação da integralidade. Mas o que será o cuidado integral? Apenas uma grande variedade de serviços por onde o usuário passa a depender do seu estado de saúde? Mattos (2006) amplia a ideia de integralidade, indo além de um conceito único, mas com sentidos expressos de diversas maneiras.

O primeiro sentido, segundo o autor, está ligado a prática da “boa medicina”, ou na forma como o profissional de saúde se posiciona e lida com os pacientes e suas questões. Aqui a integralidade é definida “[...] como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”. (MATTOS, 2006, p. 52)

Essa ideia de integralidade se opõe fortemente ao modelo biomédico que encontramos em larga escala nos centros de saúde. Isso porque a prática biomédica é centrada na doença e em sua terapêutica. Ela ignora a pessoa, a subjetividade, a história, os determinantes e todos os outros itens essenciais para um cuidado pleno e centrado na pessoa/usuário. Nesse contexto, a integralidade está associada à prática do profissional de saúde, que não deve limitar-se a queixas pontuais dos pacientes, mas pensar de modo abrangente as necessidades dos usuários, com intuito de oportunizar as práticas de prevenção e conhecer as necessidades e condicionantes que não estão necessariamente ligados ao processo saúde-doença. (MATTOS, 2006)

O segundo sentido, expresso por Mattos (2006), está na integralidade como um modo de organizar os serviços de saúde e os processos de trabalho. A organização dos serviços deve propiciar o atendimento integral do usuário, de forma que este seja acompanhado por um profissional que tenha conhecimento de todos os processos de saúde pelos quais tal usuário passa. Tal ideia está muito relacionada ao conceito de ordenamento do cuidado da APS, em que ela é protagonista do acompanhamento dos pacientes pelas redes de saúde.

A integralidade como forma de organização do processo de trabalho nos leva à ideia de que os profissionais devem sempre estar vigilantes e abertos a possibilidades além dos programas preconizados e planejamentos realizados. A perspectiva do cuidado integral muitas vezes está além da organização exclusiva para o atendimento de doenças. Os serviços devem se organizar para assistir de forma ampliada à população, através do diálogo com o território.

O terceiro sentido está relacionado às políticas de saúde específicas, como forma de resposta dos governos a problemas de saúde específicos. A problemática aqui se encontra no fato de que muitas políticas focam em um recorte específico do problema, reduzindo suas dimensões ou desconsiderando-as. As respostas do governo frente a esses problemas devem integrar as mais variadas dimensões, respeitando os diversos grupos atingidos pelos problemas e levando em conta suas especificidades. (MATTOS, 2006)

O primeiro sentido, voltado para a integralidade como valor incorporado às práticas do profissional, nos remete à formação dele. É indiscutível a influência da formação acadêmica, seus métodos, técnicas e práticas na atuação do futuro profissional. Moretti-Pires e Bueno (2009, p. 441) mostram que o modelo de ensino universitário “[...] mantém-se distante do enfoque totalizador de ser humano”, ou seja, longe da proposta de integralidade – de Mattos (2006) e do SUS como princípio. A falta de articulação das universidades com o SUS torna tal profissional incapaz de exercer um raciocínio crítico reflexivo na atuação no “território vivo”, que não se limita a doença e suas terapêuticas, foco da visão reducionista da saúde de muitas academias. (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009)

Uma possível solução para tal defasagem na formação profissional é a aproximação do estudante de saúde à realidade das unidades de saúde da família (USF) e sua inserção em um contexto interprofissional e interdisciplinar. O avanço tecnológico e das especialidades no campo da saúde favoreceram o foco no tratamento da doença e dos problemas de saúde, tendo como consequência a dificuldade de muitos profissionais em repensar e ressignificar suas práticas, com base nos determinantes sociais que impactam a vida da população. O conhecimento fragmentado e descontextualizado dos diversos profissionais é uma ameaça à integralidade do cuidado, uma vez que dificulta a visão ampliada sobre o processo saúde-doença e a capacidade de trabalhar em equipe. (ESCALDA; PARREIRA, 2018)

A interprofissionalidade e a interdisciplinaridade se fazem, então, necessárias para que ocorra uma verdadeira integração entre profissionais das diferentes áreas, com suas práticas e dos diferentes saberes, respectivamente. Segundo Escalda e Parreira (2018), o trabalho interprofissional em saúde é uma das formas mais eficientes no enfrentamento aos complexos desafios vividos no território. A integração de práticas e saberes fortalece os cuidados centrados no usuário e suas necessidades, possibilita uma maior dinâmica na produção dos serviços de saúde e dá suporte para ações mais integrais e resolutivas.

O desafio atual é a implementação da prática interprofissional e interdisciplinar. Apesar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ser composta por diferentes profissionais, muitos limitam suas atuações às áreas de

formação. A rotina e o processo de trabalho estabelecidos pelas equipes (quase padronizados e comum a grande parte das unidades de saúde), quase que setorizados por programas e onde predominam agendas inflexíveis, dificultam a integração entre profissionais. As relações de poder e uma suposta hierarquia presentes em muitas equipes também são elementos que dificultam a atuação conjunta. (ESCALDA; PARREIRA, 2018; FARIAS et al., 2018)

Além do trabalho interprofissional e interdisciplinar, a adoção/alteração de algumas estratégias no processo de trabalho das equipes pode promover a integralidade do cuidado à comunidade assistida. O acolhimento é uma estratégia que possibilita uma melhor escuta, melhor resolução dos problemas de saúde, facilita o acesso aos serviços de saúde, qualifica a relação entre o trabalhador da saúde e o usuário, além de aumentar o vínculo. A participação de todos os profissionais nesse processo é um estímulo à interprofissionalidade. (ESCALDA; PARREIRA, 2018; FARIAS et al., 2018)

As visitas domiciliares também constituem as práticas que visam a integralidade; através delas é possível identificar as características sociais e epidemiológicas, problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos em saúde, além de possibilitar a prática interprofissional e a escuta coletiva.

Uma questão levantada pela PNAB é a necessidade da APS estar inserida em uma rede de atenção à saúde (RAS). Tal inserção é essencial para que seja proporcionado ao usuário um cuidado integral (atributo essencial da APS). A RAS, de acordo com a PNAB, deve ser constituída de “arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais”. Reforça ainda que, para que a APS cumpra seu papel ordenador da RAS, faz-se necessário o conhecimento das necessidades em saúde da população e que suas ações sejam organizadas e planejadas com base nessas necessidades. Nesse processo, deve-se levar em consideração a “dimensão socioespacial dos determinantes em saúde” mencionado por Jacques e Leal (2017), onde o território deve ser compreendido não apenas sob o aspecto geográfico, mas como “território usado”.

O CUIDADO COMO ENCONTRO E TRABALHO

O cuidado em saúde, segundo o *Dicionário da educação profissional em saúde* (2009), pode ser caracterizado como “[...] o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento”. Tal conceituação nos remete ao caráter relacional entre profissional de saúde e usuários, abordado por Merhy e Franco (2003) como componente essencial dos serviços de saúde na promoção da integralidade.

O cuidado como encontro é definido por Ayres (2000) como a relação entre o que é cuidado e o que cuida; para Merhy e Franco (2003), é o encontro do trabalhador da saúde e usuário, que ocorre em ato, como uma dança, na qual o profissional se compromete com a demanda do outro para restabelecer seu caminhar. A rica relação estabelecida nesse encontro é denominada pelo autor como a “micropolítica do encontro”, em que se apresentam “suas dificuldades, comensalidades, possibilidades e lutas”.

Considerando que o cuidado em saúde faz parte do cuidado integral do paciente, pode-se, a partir de tais concepções, refletir sobre o próprio conceito de integralidade. A reflexão trazida por Merhy e Franco (2003) sobre “trabalho morto” (TM) e “trabalho vivo” (TV) pode ser analisada a partir da integralidade. O TM está relacionado a integralidade quando considerados apenas os vários serviços ofertados pela rede de saúde, tendo o usuário um cuidado integral quando transita entre os serviços, realizando exames e consultas de acordo com a necessidade imposta por sua doença. Temos, assim, uma integralidade “impregnada” pelo cuidado biomédico. De maneira oposta, a integralidade permeada pelo TV está muito mais ligada à caracterização de cuidado feita inicialmente, visto que o TV é essencialmente relacional e leva em consideração os aspectos individuais dos dois lados: profissionais de saúde e usuários. A integralidade como TV vai além dos serviços oferecidos, pois o seu foco é o bem do outro e, para alcançá-lo, o vê como ser integral (reconhece sua dor, sua cultura, seus objetivos, suas necessidades, sua história, suas possibilidades etc.).

Nesse sentido, Merhy e Franco (2003) reforçam que a produção do cuidado é um espaço de tensões, onde estão envolvidos os interesses dos profissionais e dos usuários. No âmbito da Saúde Indígena (SI) esse encontro de interesses é ainda mais significativo e importante, visto o

impacto que as diferentes culturas têm sobre a concepção de cuidado de cada um desses públicos. A governabilidade dos espaços de produção do cuidado, citada pelos autores, passa por processos que envolvem muito mais a comunidade (representada pelas lideranças – caciques, pajés), aspecto de extrema importância devido às diferentes dinâmicas sociais, entre eles a manutenção e o incentivo aos ritos tradicionais essenciais na manutenção do bem-viver.

O autor traz a compreensão de que os modelos assistenciais são organizados de acordo com determinados saberes da área. O resultado desse serviço está relacionado ao processo e às tecnologias de trabalho, mas, sobretudo, à forma como tais itens são ofertados, podendo impactar em melhoria (ou não) da situação de saúde, tanto no âmbito individual como coletivos. Define ainda os diferentes aspectos das tecnologias da saúde, dando destaque às relações estabelecidas entre profissionais e usuários, como parte essencial do cuidado, sendo esta uma tecnologia leve. As definições de “trabalho morto” e “trabalho vivo” podem também ser contextualizadas no âmbito da SI. O trabalho morto está relacionado aos instrumentos e à tecnologia dura; de modo contrário, o trabalho vivo ancora-se nas relações e nas tecnologias leves. A correlação entre os trabalhos é chamada de Composição Técnica do Trabalho (CTT).

O trabalhador da saúde oferta o cuidado e transita entre o TM e o TV, influenciado pela sua formação (geralmente baseada no modelo biomédico), pelas necessidades de saúde da população e pela gestão dos serviços de saúde. De um lado está a população, que necessita de uma abordagem “viva” (para superação dos problemas de saúde não sanados pelo modelo biomédico), e do outro a gestão, que, através dos seus relatórios e notas técnicas, “obriga” o profissional a lançar mão cada vez mais do TM, avaliando tal profissional apenas pela sua produção de procedimentos.

O conceito de trabalho vivo trazido pelos autores tem íntima relação com o método clínico centrado na pessoa, uma vez que o aspecto relacional é condição *sine qua non* para a efetivação dos dois, principalmente no que tange ao protagonismo do paciente na sua própria produção do cuidado, na sua autonomia. As várias iniciativas das equipes para valorização dos territórios

[...] dão ideia de que há mudança no modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho, revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde. (MERHY; FRANCO, 2003, p. 320)

Para Ayres (2000), não será fácil superar os limites do modelo hegemônico de atenção à saúde, entretanto o caminho de superação deve ser permeado pela busca de saberes que possibilitem uma intervenção concreta nos processos saúde-doença-cuidado. Deve ocorrer diálogo com outras ciências e saberes, inclusive os não acadêmicos, para que se possa vislumbrar a construção de novos horizontes no cuidado em saúde, considerando a intersubjetividade dos atores envolvidos, suas visões de mundo e seu protagonismo. O diálogo e a responsabilização entre usuário e profissional só ocorrem, entretanto, com a formação do vínculo, sendo necessárias estratégias como o acolher, integrar e reinventar saberes e práticas. Para tal, os trabalhadores da saúde devem colocar antigas práticas de lado e fazer diferente em prol do encontro e da arte da atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover a integralidade do cuidado vai além de tratar doenças. Esse processo precisa ser permeado pela construção do diálogo e do respeito nos encontros entre profissionais e usuários. Entretanto, para que de fato aconteça, o trabalhador da saúde precisa sair dos muros das unidades de saúde e estar nas ruas e nos territórios vivos. É preciso aliar-se às pessoas e famílias no cumprimento da sua missão de cuidar, fortalecendo-as e propiciando o apoio necessário. É preciso promover um diálogo horizontal, em que os saberes sejam compartilhados e integrados, visando o bem-estar. Por fim, é necessário construir uma visão holística das pessoas, famílias e das comunidades, para que possamos concretizar uma atenção à saúde repleta do verdadeiro cuidado.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.
- BATISTA, V. C. L.; RIBEIRO, L. C. C.; RIBEIRO, C. D. A. L. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *SANARE*, Sobral, v. 15, n. 2, p. 87-93, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1717-1727, 2018.
- FARIAS, D. N.; RIBEIRO, K. S. Q.; ANJOS, U. U. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, [Rio de Janeiro], v. 16 n. 1, p. 141-162, 2018.
- JACQUES, C. O.; LEAL, G. M. Determinantes sociais e território em sua inter-relação com as famílias e os processos de saúde-doença. *Revista Sociais & Humanas*, Santa Maria, v. 30, n. 1, p. 75-89, 2017.
- MATTOS, R. A. Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ: ABRASCO, 2006. p. 43-61.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para modelos tecno-assistenciais. *Saúde em debate*, São Paulo, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.
- MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E. *et al.* Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a

produção do conhecimento em saúde. *Saúde em debate*, São Paulo, n. 52, p. 153-164, 2014.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-444. 2009.

PINHEIRO R. Cuidado em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em: 10 fev. 2022.

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

REDES DE ATENÇÃO, PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

MARCIA ALVES QUARESMA

O talento vence jogos, mas só o trabalho em equipe vence campeonatos.

Michael Jordan

A COMPLEXIDADE DO CUIDAR EM SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde definiu, em 1946, que a saúde não é apenas ausência de doença. Não se pode compreender a saúde de um indivíduo sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural. Complexos dispositivos produzem as condições de vida das pessoas e a maneira como nascem, vivem e morrem. Ter saúde está relacionado a vários fatores condicionantes e determinantes, sendo assim, cada vez mais o cuidar em saúde tornou-se complexo e desafiador. Para além do condicionante biológico, temos o contexto das desigualdades e vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, a transição epidemiológica, demográfica e nutricional, a globalização, predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT),

aumento de mortes por causas externas, fluxos migratórios e recentemente a pandemia pela covid-19; estes têm interferido no processo saúde-doença, gerando mudanças no padrão de qualidade de vida da população, levando várias pessoas a transtornos mentais, como ansiedade, depressão, entre outras consequências.

Além da complexidade acima, vivenciada por um indivíduo ou uma coletividade, ainda estamos no cenário de uma das maiores epidemias registradas no país nas últimas décadas, a covid-19, doença causada pelo novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que tem se constituído em uma emergência de saúde pública mundial, com impacto nos diversos setores da sociedade e, principalmente, no setor da saúde, exigindo mobilização de diversos atores para o enfrentamento dessa doença.

A implementação de medidas de alcance individual – como de isolamento social, lavagem das mãos, uso de máscaras –, medidas ambientais – como limpeza rotineira de ambientes e superfícies – e medidas comunitárias – como a suspensão de aulas presenciais, eventos esportivos e religiosos, além de outros estabelecimentos, a fim de evitar aglomerações e, com isso, promover a diminuição do ritmo de contágio do vírus – tem sido extremamente importante para a preservação de vidas, mediante a redução do pico de incidência da doença. (TRACE, 2020)

Entretanto, o cenário da pandemia por covid-19 produziu enormes desafios; para além da crise de recessão econômica, revelou mais acentuadamente as desigualdades sociais e a pobreza existentes em várias regiões do país, além de evidenciar as fragilidades dos serviços de saúde e a descontinuidade do cuidado aos grupos prioritários, principalmente aos portadores de doenças crônicas, crianças, gestantes e idosos.

Dessa forma, com as mudanças no modo de viver, com a transição epidemiológica, nutricional e demográfica e com o aumento das condições crônicas torna-se ainda mais desafiador garantir a integralidade do cuidado, de modo que se fazem necessárias modificações nas práticas dos profissionais e na gestão em saúde, para atender às necessidades e demandas da população.

Nessa direção, exige-se o fortalecimento da atenção básica, atenção especializada qualificada e redes de atenção à saúde integrada. A integralidade pressupõe práticas inovadas em todos os espaços de atenção à

saúde, práticas em diferentes cenários e conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde. (BRASIL, 2004)

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integração pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (GONDINHO et al., 2017)

Para Santos e Assis (2006), integralidade aglutina diferentes dispositivos, como acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade na construção das linhas de cuidado, para tentar garantir e facilitar o percurso das pessoas a todos os serviços da rede de atenção à saúde. Entretanto, é fundamental que ocorram mudanças, é preciso desconstruir a prática centrada no saber médico e nos saberes pautados nos núcleos especializados das profissões, com o cuidado apenas no ato prescritivo, ou seja, teríamos que incorporar nessa nova prática os saberes ampliados e a dimensão cuidadora que há em cada trabalhador de saúde, a valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um. (ASSIS et al., 2010)

Para tanto, teríamos que ter profissionais atuando de forma interprofissional e que desenvolvessem práticas integradas e colaborativas, nas quais o foco da atenção não seja só atender à queixa do usuário, mas compreendê-lo dentro do contexto familiar, social, com os determinantes e condicionantes que interferem e influenciam o processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, este capítulo abordará sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e constituição de redes de atenção à saúde (RAS); o trabalho em equipe na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF); práticas colaborativas e os desafios para a integralidade do cuidado; além de um breve relato de experiência sobre as iniciativas desenvolvidas no município de Porto Seguro-BA.

Vale ressaltar que este capítulo se encontra embasado na minha experiência como enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro-BA, na ocasião da apresentação do III Simpósio de Saúde Coletiva do Sul da Bahia, organizado pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), realizado em 2021.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CONSTITUIÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é o nível de atenção de um sistema de saúde, que deve ofertar o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, para apresentação de problemas e necessidades, com assistência centrada no indivíduo e não apenas na enfermidade, com a oferta de atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação; cuidados para os problemas de saúde comuns da comunidade, referenciando apenas os casos incomuns; trabalho em equipe; e articulação e coordenação da atenção com os outros níveis do sistema de saúde. (STARFIELD, 2002)

Dessa forma, segundo Aquino e demais autores (2014), a APS tem sido prioridade das políticas públicas nas últimas décadas no Brasil e no mundo. Em diversos movimentos de reforma dos sistemas de saúde, atribuiu-se à APS um papel central na mudança dos modelos de atenção e das práticas sanitárias, enfatizando, especialmente, que esse nível de organização do sistema é *locus* privilegiado para a implementação de ações de promoção da saúde e de articulação intersetorial.

A instituição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em seu Artigo 1º, parágrafo único, considera os termos “atenção básica” (AB) e “APS”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. (BRASIL, 2017) A PNAB aponta a saúde da família como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS), seu conceito está expresso na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, assim:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos

e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017)

Assim, a AB tem a saúde da família como principal estratégia para sua organização, mas ainda persistem várias equipes com outras configurações, definindo outras modalidades de atenção na AB. Além disso, é preciso considerar a existência de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) em inúmeros municípios, que, com equipe multiprofissional, acabam proporcionando uma atuação diferenciada por meio da APS. (LAVRAS, 2021)

Na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu Artigo 2º, consta que a AB é um conjunto de ações de saúde, entretanto, dar conta desse conjunto de ações torna-se um grande desafio para os profissionais que estão inseridos na ESF, diferentemente das práticas de saúde em que o profissional atuava de forma isolada, fragmentada, centrado na doença e no modelo curativista.

Com esse novo paradigma, novas exigências são postas na forma da organização do processo de trabalho, provoca reflexões e mudanças de práticas cotidianas, o profissional passa a ter que trabalhar em uma equipe multiprofissional, integrada e colaborativa. Ou seja, trabalhando em conjunto e de forma articulada, as equipes ampliam sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas, uma vez que conseguem tornar os dispositivos de atenção à saúde existentes mais acessíveis, proporcionam uma atenção mais integral e compartilham a responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida de uma dada população. (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013)

Contudo, as equipes da ESF têm outro desafio: resolver 80% dos problemas de saúde da população; o que necessitar de um cuidado mais avançado e as demandas que não forem resolvidas na atenção primária são direcionados para outros níveis de atenção. Nesse sentido, foi concebido, em 2010, as redes de atenção à saúde no SUS, buscando a ampliação do acesso e a integralidade do cuidado.

A Portaria GM nº 4.279/2010 instituiu as RAS no SUS, definidas como arranjos organizativos integrados por meio de sistemas de apoio técnico,

logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários do SUS, de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2010) Segundo Mendes (2011, p. 82), redes de atenção à saúde são:

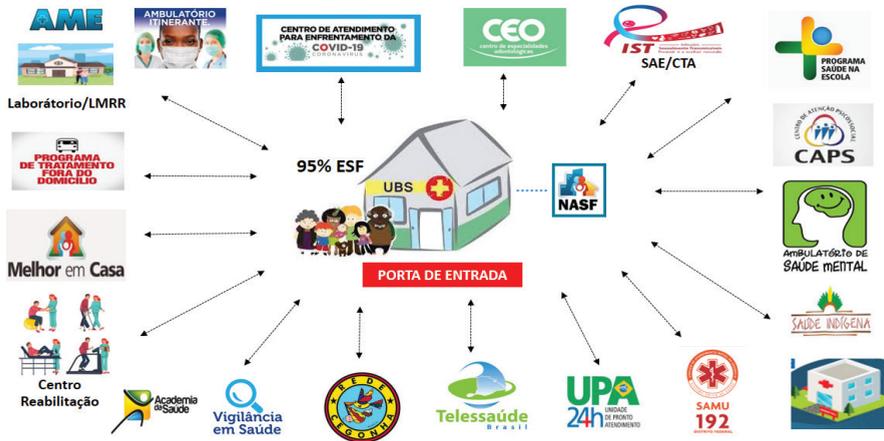
[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, com equidade - com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população.

Dessa forma, a PNAB coloca a saúde da família como melhor estratégia para atender a concepção da RAS, devido a ser a principal porta de entrada do usuário ao SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados. No município de Porto Seguro-BA, a ESF é a principal porta de entrada do usuário ao SUS, com cobertura populacional de 95%. O que não é resolvido pela equipe, é encaminhado para os pontos de atenção da RAS (Figura 1).

No entanto, quando o usuário ainda assim necessitar de cuidados mais específicos, que requerem uma maior densidade tecnológica e não estão disponíveis no município, são encaminhados para outros municípios, de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI).

A identificação de cuidados mais específicos se dará a partir da atenção primária que, reconhecendo a impossibilidade de resolução do problema em saúde e a hierarquização na rede de serviços, o encaminhará para atenção secundária. (SOLLA; CHIORO, 2012) Além disso, e de acordo à necessidade, o usuário poderá ser encaminhando para atenção terciária, que inclui procedimentos de alto custo, ofertados e realizados na rede SUS, incluindo especialidades como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos. (PAIM et al., 2011)

Figura 1: Pontos de atenção da RAS – Porto Seguro-BA



Fonte: elaborada da autora.

O cuidado aos usuários deve se dar de forma integral. Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. (MALTA; MERHY, 2010)

Portanto, para garantir a integralidade do cuidado, é necessário ter pontos de rede de atenção estruturadas, articuladas e em comunicação com a atenção básica. O foco é o usuário, família e comunidade e, para que esse processo de trabalho tenha resultados eficazes, é imprescindível que os profissionais tenham perfil para desenvolver práticas de trabalho em equipe multiprofissional (geralmente estes vêm de formações tradicionais, que privilegiam a prática individual, isolada, centrada no modelo curativista). O trabalho em equipe pressupõe o compartilhamento de saberes e fazeres no cotidiano organizativo dos processos de trabalho em saúde. (AQUINO et al., 2014)

O TRABALHO EM EQUIPE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco. As ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. (MACINKO; MENDONÇA, 2018)

Sobre a composição da equipe multidisciplinar, Gondinho e demais autores (2017) citados pelo Departamento de Atenção Básica, no Portal da Saúde, Ministério da Saúde (2017) expõem que a ESF é composta por equipe multiprofissional, que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal e Nasf-AB.

A ESF propõe que a atenção à saúde se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)

Nesse sentido, a equipe multiprofissional exerce suas atividades desenvolvendo algumas habilidades e características fundamentais para organização do processo de trabalho no território/unidade de saúde da família (USF). Torna-se necessário repensar o processo saúde-doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. (MALTA; MERHY, 2010)

Segundo Magalhães (2014), as equipes da ESF, pressupostamente, devem ter o conhecimento primordial do perfil epidemiológico, demográfico e socioambiental da população, portanto, a identificação das necessidades pode ser realizada através de análise da demanda, do conhecimento sobre

o território com suas singularidades e especificidades, sobre a comunidade, através do vínculo e da relação longitudinal com a população.

Dessa forma, é necessário, para trabalhar em uma equipe da saúde da família, que o profissional tenha perfil e desenvolva visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade; práticas humanizadas, competentes e resolutivas, articuladas em uma rede de atenção; permanente interação com a comunidade, mobilizando-a e estimulando sua participação e o autocuidado; criação de vínculos de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde e utilização do enfoque de risco como método de trabalho, visando adequação de recursos às necessidades e especificidades locais.

Para além de todas as atividades rotineiras, relacionadas com a oferta de cuidados à saúde da população adscrita, visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade, outras bastante singulares se acrescentaram, voltadas ao enfrentamento da covid-19. Há que se ressaltar aquelas de orientação da população sob responsabilidade de cada unidade básica de saúde (UBS), visando permitir o melhor entendimento a respeito das características, riscos e condutas referentes à epidemia, particularmente no que diz respeito às medidas preventivas a serem adotadas. (LAVRAS, 2021)

São fundamentais nesse processo de enfrentamento da pandemia a relação de confiança por meio do estabelecimento de vínculo. Para o estabelecimento de vínculo é preciso muito mais do que apenas conhecer as pessoas de sua área de abrangência, é necessário criar condições de envolvimento e compromisso. (ASSIS et al., 2010) Vale ressaltar que a produção de vínculo deve abranger toda a equipe, entretanto, o trabalho dos ACS nesse sentido é de fundamental importância, dado o conhecimento detalhado do território e o vínculo estabelecido com as famílias e a comunidade em geral. (BRASIL, 2020)

No cotidiano da ESF cada categoria profissional possui atribuições específicas, mas também desenvolve ações que são comuns a todos os membros da equipe, que podem ser planejadas e realizadas de forma colaborativa, como, por exemplo, ações de promoção à saúde, grupos de educação em saúde, planejamento, diagnóstico, análise de situação de

saúde, discussão de casos clínicos, entre outros. Porém, nem sempre essa equipe trabalha de forma integrada e de forma colaborativa. De acordo com a literatura, agrupar profissionais em equipe não necessariamente se traduz em uma prática colaborativa. (MATUDA et al., 2015)

PRÁTICAS COLABORATIVAS E OS DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

De acordo com Cunha e Campos (2011), os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial, em decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos.

A fragmentação da atenção é reflexo da própria formação tradicional, não preparando profissionais para uma prática integrada e colaborativa. Nessa lógica, docentes e profissionais de saúde, em sua maioria, receberam uma formação disciplinar e uniprofissional, interferindo na maneira como desempenham suas atividades. (PASKLAN; PESSOA; LIMA, 2021)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva a incorporação da Educação Interprofissional (EIP) nos programas de formação de profissionais de saúde, ao reconhecer que, quando vários deles ofertam serviços integrais, desenvolvem trabalho conjunto e articulado, otimizam e fortalecem os sistemas de saúde e incitam melhorias de resultados. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010)

A EIP requer, e ao mesmo tempo impulsiona, a mudança do modelo de atenção e da formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe, da comunicação interprofissional e da prática colaborativa centrada no usuário. (SILVA et al., 2015) A prática interprofissional colaborativa se refere à articulação entre equipes de diferentes serviços da rede de atenção, tendência da organização do cuidado em saúde com novas práticas clínicas que promovam a integração das ações e estabelecimento de redes de cuidado entre a atenção primária, secundária e terciária. (D'AMOUR et al., 2008)

Nesse contexto, os programas de reorientação começam a apontar o trabalho colaborativo e em equipe como estratégia de formação para o SUS, com capacidade de construir um novo profissionalismo reflexível o suficiente para reconhecer suas próprias limitações e entender que precisa de outros profissionais para complementar sua prática, com abertura para aprender com o outro, para o outro e sobre o outro, dialogando com o diferente e implicado na melhoria da qualidade da atenção dos usuários. (FURLANETTO; PINHO; PARREIRA, 2015) Assim, práticas educativas têm potência e podem encontrar espaço para incidir no processo do cuidado. (SANTOS et al., 2010)

Segundo World Health Organization (2010), prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviço. A prática colaborativa, traz a ideia de trabalhar em união, dialogar, se comunicar. Muitas vezes, dentro da própria equipe, não há essa comunicação efetiva; cada um vai para sua sala e a rotina segue dessa forma, no dia a dia nas USF.

Dessa forma, o trabalho em equipe e a prática colaborativa devem contribuir e ter repercussões em duas direções: melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a usuários e população do território e promover maior satisfação no trabalho dos profissionais envolvidos. (PEDUZZI; AGRELI, 2018) Sendo assim, Peduzzi e Agreli (2018) assinalam que a colaboração requer o desejo em cooperar/contribuir com o trabalho desempenhado pelo outro e pode se dar tanto no microcontexto das equipes (colaboração na equipe), quanto de forma mais abrangente, no cenário das RAS e comunidade (colaboração em rede e com a comunidade).

Entretanto, independentemente do contexto que os formuladores de políticas escolham para implementar a prática colaborativa, as evidências de pesquisa e a experiência demonstraram que uma abordagem baseada no trabalho em equipe para a prestação da atenção à saúde maximiza os pontos fortes e as habilidades de cada profissional de saúde contribuinte. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010)

Alguns desafios são destacados para o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa, principalmente em tempos de pandemia

da covid-19. São desafios que precisam ser enfrentados e organizados por meio do apoio e interesse das lideranças da gestão da saúde, da gestão educacional e também dos profissionais, como: a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes em prática colaborativa interprofissional; a elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo a continuidade do cuidado e integração da equipe; efetiva comunicação e integração dos processos de trabalho da ESF com a RAS; persistência do modelo de queixa-conduta – atenção prescritiva; organização de tempo para discutir os casos clínicos com a equipe e estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.

Assim, pensar e agir em saúde, numa perspectiva de mudança do modelo, requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares. (ASSIS et al., 2010) Trabalhadores da saúde podem dispor e mobilizar intensamente o conhecimento sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados. A tecnologia estará sempre disponível em nossas relações (tecnologias leves), acompanhadas das ferramentas leves-dura (os saberes) e de tecnologias duras (equipamentos e maquinários) nas diversas relações estabelecidas com os usuários, que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhimento. (ASSIS et al., 2010)

ALGUMAS INICIATIVAS DESENVOLVIDAS PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM PORTO SEGURO-BA

Vale destacar alguns aspectos do município: Porto Seguro está situado na região do extremo sul da Bahia, a 707 km da capital do estado. Sua população, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2021, é de 152.529 habitantes, com extensão territorial de 2.287,085 km² e densidade demográfica de 66,7 hab/km². O município apresenta grande complexidade territorial, marcado por importantes barreiras geográficas, além de comunidades distantes da sede, e expressivo

contingente de indígenas, um dos maiores do estado da Bahia. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021; PORTO SEGURO, 2018) O município é considerado um dos mais importantes pontos turísticos do Brasil, com predomínio do turismo nacional e internacional. Diante da complexidade apresentada, foi necessário organizar os serviços de saúde para atender a demanda existente por meio do fortalecimento da atenção básica e da atenção especializada. Assim sendo, destacam-se as seguintes iniciativas:

- Organização do sistema local de saúde em seis distritos sanitários - Os serviços são organizados de acordo com critério de localização geográfica, facilitando o acesso para população;
- Agenda mensal de reunião com a gestão da AB e equipes multiprofissionais da ESF e rede - São realizadas reuniões interdisciplinares, multiprofissional, com participação dos membros das equipes, para apresentação, discussão e alinhamento dos fluxos e rotinas das USF;
- Estratégia de Apoio Institucional da AB - Estratégia de aproximação com os profissionais de saúde e com as demandas do território, criando espaços de escuta qualificada, discussão coletiva, análise de indicadores, planejamento em saúde e gestão compartilhada, com a finalidade de consolidar a APS na perspectiva das redes de atenção à saúde e da organização do cuidado no município. Existe um apoiador para cada distrito sanitário e são responsáveis por até nove equipes da ESF.
- Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Neps) - O Neps está inserido na Diretoria da Gestão do Trabalho e Educação Permanente, desempenha papel importante no fortalecimento da integração ensino/serviço, no planejamento dos processos formativos e de desenvolvimento das diversas categorias profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, também, na parceria com as instituições de ensino superior. Realiza a programação das capacitações para os servidores municipais, em conjunto com as superintendências, diretores e técnicos da gestão da SMS;
- Acolhimento da demanda espontânea com Classificação de Risco - Implantado em todas as USF do município, após capacitação das

equipes da ESF para uma escuta qualificada, essa iniciativa eliminou as enormes filas que se formavam na porta da USF, além de contribuir na determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada, de modo que todos os usuários são atendidos e direcionados de acordo com a necessidade;

- Programa de Telessaúde/BA - Cadastrado nas USF, as equipes do programa desenvolvem ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes da ESF, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho, por meio da oferta de teleconsultoria e telediagnóstico;
- Grupo de WhatsApp - Por meio da utilização do aplicativo WhatsApp, foi criado grupo composto por profissionais da ESF e superintendentes, diretores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. A comunicação é feita de forma ágil e oportuna, facilitando os fluxos e encaminhamentos das demandas das UBS, além de divulgação de informes e notas técnicas, protocolos e ou resolução de questões do trabalho das ESF;
- Microrregulação da Atenção Especializada - Foi implantada a microrregulação com os encaminhamentos para a Média e Alta Complexidade Ambulatorial, a partir da classificação de risco por cores, regulamentado pela Portaria GAB/SMS/PS nº 16, publicada no Diário Oficial do Município, em 10 de julho de 2018. A portaria instituiu parâmetros de Regulação do Acesso à Assistência, cujos objetos são a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS municipal; e, como sujeitos, seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos e classificação de risco. Em cada USF (polo de marcação) há a servidora municipal, que faz a marcação dos exames, consultas e procedimentos de acordo classificação de risco por cores;

- Projeto Médico Itinerante – O Projeto Médico Itinerante tem por objetivo levar atendimento médico especializado às comunidades indígenas e rurais do município de Porto Seguro, que, por sua vez, possui um território extenso e com diversas barreiras geográficas. O projeto atende em média 20 pacientes por especialidade no turno da manhã e mais 20 no turno da tarde, totalizando, em média, 120 consultas por semana, distribuídas em cinco localidades do território indígena, e oito da zona rural. O projeto conta com as seguintes especialidades: ginecologia, cardiologia e pediatria, estando em avaliação a contratação do profissional especialista em psiquiatria para completar o quadro do projeto itinerante.
- Descentralização de unidades de fisioterapia – O serviço de fisioterapia municipal foi implantado em quatro USF localizadas na USF Arraial D’Ajuda, USF Parque Ecológico, USF Vera Cruz e USF Trancoso, as quais estão habilitadas em um serviço de reabilitação (física) e, assim, compõem a Rede Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência, capazes de produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;
- Programa PET-Saúde/GraduaSUS (2015-2018) – O programa oportunizou a integração ensino, serviço e comunidade por meio da inserção dos alunos da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Campus Sosígenes Costa, nas USF do município. A experiência do Programa de PET-Saúde focou as relações entre saberes e práticas acadêmicas, profissionais e populares, desenvolvendo uma postura crítica e reflexiva na formulação de problemas com base nas demandas concretas da comunidade, por meio do trabalho em equipe, fortalecendo a articulação entre a UFSB e a rede de atenção à saúde de Porto Seguro.

Cabe destacar ainda, de forma breve, algumas estratégias organizadas no âmbito das equipes da ESF para o enfrentamento da covid-19, como ampliação do horário de funcionamento de algumas unidades de saúde da família de 08:00h às 20:00h – nessas USF, os usuários eram atendidos,

com garantia dos exames e consultas especializadas já agendadas pela unidade; monitoramento dos casos positivos realizados pelas equipes na USF em que o usuário foi atendido até a alta por cura; outra estratégia foi a inserção do profissional médico obstetra, que realizava atendimento semanal das gestantes com covid-19; os profissionais foram capacitados em temas relacionados à covid-19, por meio da educação à distância; foi implantado o atendimento pós-covid-19 em uma USF, no período noturno, composto por profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogo, nutricionista, a fim de assegurar os atendimentos de forma multidisciplinar às pessoas que tiveram covid-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do cuidado em saúde, garantindo o cumprimento do princípio da integralidade, tem se tornado um grande desafio, não apenas para as equipes da ESF, mas para toda a rede de atenção à saúde. O cuidar de hoje não é mais como era há dez anos; o padrão de morbi-mortalidade mudou – a partir da transição epidemiológica, demográfica, nutricional, o elevado número de mortes por causas externas e índices elevados de mortalidade materno-infantil e doenças crônicas –, a vida das pessoas mudou, as necessidades de saúde mudaram. E a formação dos profissionais mudou? As práticas dos profissionais e a rede de atenção estão adaptadas para responder a essas mudanças? São questões para nossa reflexão.

Vale ressaltar que, para além dos fatores psíquico, biológico e físico, tem-se uma parcela significativa da população em desigualdades e vulnerabilidades sociais, excluída e marginalizada, muitas vezes invisível aos olhos do Estado, com políticas públicas inexistentes e insuficientes, a exemplo da política de habitação e de segurança pública. Outra situação preocupante refere-se ao cenário atual que estamos vivenciando com a pandemia da covid-19, não limitado à detecção, notificação e controle, mas, sobretudo, com os usuários pós-covid, acerca das consequências e das complicações dessa doença, que ainda não conhecemos com clareza e propriedade.

Nesse sentido, é necessário fomentar que a formação dos profissionais de saúde incorpore a EIP como norteador para desencadear processos de

mudanças das práticas e redirecionar a atenção com foco no usuário e suas necessidades no contexto familiar e social. A produção do cuidado hoje em uma unidade básica de saúde não se restringe apenas ao médico e enfermeiro, é preciso outros profissionais, a exemplo do Nasf-AB, atuando de forma integrada, multiprofissional e colaborativa.

O setor saúde “sozinho” não está mais dando conta de todas essas mudanças que vem ocorrendo, por tanto, exige-se cada vez mais que as equipes da ESF sejam resolutivas e qualificadas com capacidade de conhecer e analisar as necessidades da população e o contexto externo onde a comunidade está inserida, conhecer e utilizar os recursos existentes e disponíveis no território, articulando ações com outros setores, a exemplo do social e da educação, ou seja o planejamento das ações no território e na UBS precisa incluir a participação do usuário, da comunidade e de outros setores por meio de articulações e parcerias.

É primordial que exista integração, articulação e comunicação da equipe multiprofissional da ESF com os pontos de atenção da RAS, entretanto, a conexão entre as próprias equipes na UBS é fundamental. Como falar em integração com a rede se, na maioria das vezes, as equipes da ESF não dialogam entre si? É essencial, para a prática colaborativa e a integralidade do cuidado, que ocorra integração dos conhecimentos dos profissionais no aspecto interdisciplinar de forma multiprofissional e integrada.

Contudo, os gestores da saúde precisam investir e fortalecer a atenção básica, dispor de atenção especializada qualificada, pontos de atenção da rede estruturados e integrados, vigilância em saúde integrada com as equipes da ESF e investimento em capacitação dos profissionais focados na EIP.

Concluindo, são inegáveis os avanços e o esforço de muitos municípios em garantir a integralidade do cuidado, a exemplo do município de Porto Seguro-BA, com iniciativas inovadoras apresentadas neste capítulo, porém ainda existem grandes desafios a serem superados, como o modelo de subfinanciamento, a persistência do modelo de saúde ainda centrado na doença, curativista, assistencialista, o modelo de gestão e organização do sistema de saúde e a crise ética e política que estamos vivenciando. Contudo, temos que ter mais do que esperança, temos que ter atitude para provocar reflexões e as mudanças necessárias para termos um sistema de saúde efetivo, integrado, estruturado, qualificado, articulado e resolutivo.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; NUNES, C. A. *et al.* Estratégia saúde da família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). Saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook, 2014. v. 1. p. 353-371.
- ASSIS, M. M. A.; LIMA, W. C. M. B.; NASCIMENTO, M. A. A. *et al.* Produção do cuidado no programa saúde da família de um município da região Nordeste da Bahia: encontros e desencontros. *In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. et al. (org.). Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários.* Salvador: Edufba, 2010. p. 39-58.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao covid-19.* Brasília: DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- D'AMOUR, D.; GOULET, L.; LABADIE, J-F. *et al.* A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization. *BMC Health Services Research*, London, v. 8, n. 188, p. 1-14, 2008.
- FURLANETTO, D. L. C.; PINHO, D. L. M.; PARREIRA, C. M. S. F. Re-orientation of human resources for health: a great challenge for the brazilian national health system. *Public Health*, [London], v. 129, n. 9, p. 1166-1171, 2015.

GONDINHO, B. V. C.; SANTOS, L. M. M. P.; ALTAFIM, C. A. C. *et al.* O que é o sistema único de saúde? noções básicas. *In: PEREIRA, A. C.; BULGARELI, J. V.; TESTONI, G. et al. (org.). Guia prático da gestão pública em saúde.* Piracicaba: ADM Gestão em educação e saúde, 2017. p. 11-40.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Informações cidades: população estimada 2021.* Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: ????

LAVRAS, C. Profissionais de saúde e cuidados primários: atuação das equipes de APS durante o período de enfrentamento da covid-19. *In: ALETHELE, O. S.; LOPES, L. T. (org.). Coleção covid-19.* Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. v. 4. p. 12-23.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, 2018. Número especial.

MAGALHÃES, H. M. J. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?. *Divulgação Saúde em Debate*, Londrina, v. 51, p. 14-29, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 34 p. 593-606, 2010.

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. S.; MARRTINS, C. L. *et al.* Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde.* Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 66, p. 158-164, 2013. Número especial.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The lancet*, [Boston], p. 11-31, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_bazil1.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

- PASKLAN, A. N. P.; PESSOA, D. L. R.; LIMA, S. F. (org.). *I Encontro Nacional de Educação Interprofissional em Saúde: diálogos sobre práticas colaborativas*. Campo Grande: Editora Inovar, 2021.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1525-1534, 2018.
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013.
- PORTO SEGURO. *Plano municipal de saúde: quadriênio 2018-2021*. Porto Seguro: Secretária Municipal de Porto Seguro, 2018. v. 1.
- SANTOS, A. M.; JESUS, S. R.; SOARES, D. A. *et al.* Linhas do cuidado e responsabilização no PSF de um município da região Sudoeste da Bahia: um olhar analisador. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. *et al.* (org.). *Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: Edufba, 2010. p. 59-82.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no programa saúde da família de Alagoinhas-BA. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.
- SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.
- TRACE, J. C. C. Pandemia de covid-19 no Brasil: primeiros impactos sobre agregados macroeconômicos e comércio exterior. *Boletim de Economia e Política Internacional*, Brasília, DF, n. 27, p. 17-36, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/frameworkaction/en/>. Acesso em: 10 out. 2021.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTERPROFISSIONAL PARA O CUIDADO INTEGRAL EM TEMPOS DE CRISE SANITÁRIA

ROCIO ELIZABETH CHAVEZ ALVAREZ
DANDARA SILVA SANTOS
MIGUEL ANDINO DEPALLENS
PAULA HAYASI PINHO

“ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.

Paulo Freire

INTRODUÇÃO

Transcorrido dois anos da pandemia da covid-19 no mundo e os estragos produzidos, como as inúmeras perdas de vidas humanas e as sequelas que ainda enfrentamos em todos os âmbitos da sociedade,

apresentamos, neste capítulo, uma reflexão sobre a educação permanente em saúde e a interprofissionalidade, como elementos importantes dos quais lançaram mão educadores, gestores, trabalhadores e profissionais da saúde, para enfrentar a pandemia no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de nossas experiências no ensino e na assistência no SUS, o trabalho se divide em três seções, com destaque para os desafios e possibilidades encontrados no meio desta crise sanitária. A primeira, trata da educação permanente e interprofissional no trabalho em equipe, a segunda, relata as experiências docente-assistenciais de um médico interprofissional ao longo dos últimos anos e a terceira seção traz o enfoque da saúde mental na pandemia e sua interseção com a educação permanente e interprofissionalidade em saúde. O intuito é contribuir com a análise do tema e ampliar o olhar da educação permanente e interprofissionalidade na rede de atenção à saúde, para seu uso contínuo e apropriado cuidado integral durante e no pós-pandemia.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTERPROFISSIONAL NO TRABALHO EM EQUIPE DURANTE A PANDEMIA

Compondo o arcabouço do SUS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) visa contribuir para transformação e qualificação constante dos serviços de saúde e processos formativos, buscando a articulação de saberes e práticas renovadas e condizentes com as reais necessidades de saúde de indivíduos e coletividades. (BRASIL, 2004)

Assim sendo, o modo de operar precisa considerar as transformações dos perfis epidemiológicos do adoecimento e a complexidade dos problemas de saúde e seus determinantes, demonstrando cada vez mais a necessidade pela aplicação de uma abordagem interdisciplinar e uma intervenção interprofissional nas questões de saúde pública. (FARIAS et al., 2018; PEDUZZI, 2017)

Nesse sentido, Peduzzi (2016, p. 200) considera que o SUS é interprofissional “construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade”.

Ao mesmo tempo, compreende-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como a aprendizagem no serviço, em que o aprender e o ensinar estão imbricados ao trabalho diário dos profissionais no exercício dos seus papéis, devendo primar pela aprendizagem significativa na direção das transformações das práticas profissionais. Portanto, a EPS deve construir uma rede de ensino-aprendizagem no cotidiano do trabalho do SUS, renovando-se de acordo com as demandas dos usuários no serviço de saúde. (BRASIL, 2007; PEDUZZI et al., 2013)

Assim sendo, a EPS permite fomentar as reformulações das práticas profissionais e formativas, buscando a transformação da rede de atenção à saúde, em uma rede-escola, cumprindo sua responsabilidade por ordenar a formação de recursos humanos no âmbito da saúde, com aperfeiçoamento dos trabalhadores para o setor. (BRASIL, 2004)

Nesse cenário, a EPS se mostra como elemento-chave na formação profissional e qualificação dos trabalhadores da saúde no âmbito do SUS. Dentre suas atribuições, a mesma deve primar pela promoção da interprofissionalidade, partindo de uma educação que rompa com o distanciamento profissional, fomentando o estabelecimento de conexões e trocas entre as profissões, com reunião de esforços de uma equipe multiprofissional para o trabalho colaborativo.

Atualmente, a pandemia da covid-19 tem lançado grandes desafios para o serviço de saúde pública, no Brasil e no mundo. Isto se justifica pela alta transmissibilidade, características da evolução e nível de complexidade de cuidados em saúde requeridos pela doença. (PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2020) Tal situação, exige uma atuação interprofissional que venha potencializar a assistência à saúde desde a prevenção até a condução dos cuidados ao indivíduo afetado pela pandemia, tanto pela covid-19 como por outros agravos e riscos no processo saúde-doença, o que demanda uma abordagem integral que só é possível pela atuação articulada dos diversos profissionais, proporcionada pelo saber-fazer interprofissional.

Tendo em vista as demandas de diversas ordens produzidas durante a crise sanitária e o papel da EPS, em defender um atendimento focado nas reais necessidades dos usuários, fica evidente a sua responsabilidade na promoção da interprofissionalidade no âmbito do SUS. Nesse sentido, visando o alcance do trabalho interprofissional, considera-se a Educação

Interprofissional (EIP) como ferramenta essencial a ser aplicada nos espaços de educação e saúde no país, em busca do cuidado prestado na perspectiva da integralidade frente as complexidades de saúde apresentadas pelos indivíduos e famílias (PEDUZZI, 2017), com destaque para a pandemia da covid-19.

Busca-se, por meio da EIP, a promoção do aprendizado entre estudantes e profissionais inseridos nos serviços, para o trabalho conjunto e colaborativo com foco nos usuários, resultando em uma relação recíproca de mútua influência entre a atenção à saúde, o sistema educacional e o sistema de saúde. (CECCIM, 2017)

A EIP se compromete com a formação para o interprofissionalismo, marcado pelo trabalho em equipe, discussão dos papéis profissionais, responsabilidade compartilhada pela resolução de problemas e tomada de decisão. Nesse espaço de construção, prima-se pela parceria na construção dos saberes conjuntos, sem deixar de lado o respeito pelas diferenças e os limites profissionais. (BATISTA, 2012)

Assim, entende-se que, prezando pelos princípios do SUS, dentre eles a universalidade, a equidade e a integralidade, e considerando o cenário da pandemia, ainda latente, faz-se necessário que as instituições de ensino e de gestão em saúde invistam na EIP e na EPS. Consequentemente, emergirão práticas interprofissionais nos cenários de atenção à saúde, com ações que venham a contribuir com a prevenção, controle, detecção precoce e manejo adequado do processo saúde-doença.

A covid-19, enquanto uma doença individual e coletiva, tem exigido, do sistema de saúde, medidas de manejo a serem empregadas desde o domicílio até os ambientes coletivos e públicos. Sabendo que o serviço mais próximo do usuário na rede de atenção à saúde, são as Unidades de Saúde da Família (USF), numa perspectiva territorial, composta por visitas domiciliares e vínculo com os profissionais e serviço, percebe-se a dimensão da responsabilidade desse nível de atenção, caracterizado pelas práticas de vigilância epidemiológica.

Na pirâmide dos serviços de saúde do SUS, o primeiro nível de atenção é representado pela Atenção Primária em Saúde (APS), que, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se destaca pelo trabalho em equipe multiprofissional. Utilizando-se da comunicação efetiva entre os

componentes do grupo, em que os trabalhadores realizam a articulação das suas práticas por meio da linguagem, para o alcance dos seus objetivos no trabalho em equipe, as práticas interprofissionais tornam-se o caminho necessário para o enfrentamento de cenários catastróficos decorrentes da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, nos dias atuais.

O conhecimento de cada membro da equipe, quando compartilhado, constitui em uma estratégia contra-hegemônica na rede de atenção à saúde, sendo essencial no combate ao vírus do SARS-CoV-2 e suas múltiplas sequelas, principalmente, no âmbito socio-sanitário. Associado a isso, tem-se como soma a promoção de reflexões, inflexões e estímulo ao senso crítico dos profissionais de saúde (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013; PEDUZZI, 2017; SILVA et al., 2020), que permitem colocar em prática o cuidado integral, continuado e em equipe, junto aos usuários do SUS.

Na mesma direção, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) infere que a atenção integral ao indivíduo demanda um trabalho em equipe multiprofissional, pautado em ações compartilhadas e interdisciplinares com foco no usuário, sendo este considerado para além dos seus aspectos biológicos, mas, sobretudo, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais. (BRASIL, 2017)

Dentro dessa perspectiva, do olhar integral, preza-se por uma prática “usuário-centrada”, com predomínio das tecnologias leves, que permitam uma liberdade maior para uma atuação compartilhada dos diversos profissionais, além de ser menos específica em termo de saberes profissionais, visto que todos que trabalham em saúde devem ser cuidadores e, sobretudo, ampliar a caixa de ferramentas dessa dimensão. (MERHY; PINTO, 2007)

Segundo Ceccim (2017, p. 51), “o núcleo comum, portanto, é móvel e é vivo, fazendo-se em ato, mesmo que consumado em um plano de interfaces objetivas quando há indistinção real das separações”. Na prática em saúde, pode-se destacar o trabalho vivo em ato, traduzido principalmente pelas tecnologias leves, aquelas que se referem às relações humanas, uma vez que, ao considerar que no campo da saúde, lidamos com seres humanos, e que estes possuem a natureza da relação como meio de vida, não podendo ser diferente com a produção da saúde. Assim, o trabalho vivo em ato é o momento do encontro entre profissional e usuários, famílias e comunidades, onde se produz saúde, sendo este pautado nas

tecnologias leves e leve duras. Nesse contexto, a interprofissionalidade ganha espaço e valor, em oposição ao trabalho morto e fragmentado da formação uniprofissional.

A pandemia da covid-19 requer a atuação conjunta e interligada dos diversos profissionais e atores sociais envolvidos no processo saúde-doença, desde práticas de vigilância em saúde às atividades de educação em saúde e educação permanente. Busca-se, para esse novo ambiente de trabalho, um profissional crítico-reflexivo, com olhar ampliado e permeável a discussões complexas e interdisciplinares, na busca por estratégias de cuidado em saúde mais elaboradas diante da complexidade e dimensão do cenário de saúde instalado.

Assim, entende-se que a EPS deve cumprir o papel para a qual foi chamada, dando subsídios para que o trabalho vivo em ato seja prioritário na rede de atenção à saúde do SUS, pois é por meio dele que a saúde acontece, considerando a definição ampliada da saúde, em que as ferramentas da escuta e do toque responsável por potencializar a percepção dos profissionais, são cruciais para o planejamento e pactuação das ações individuais e coletivas.

O cuidado centrado no saber-fazer médico resulta em alguns prejuízos na análise das condições de saúde da população, entre elas, aquelas que se referem à covid-19, pela dimensão e impactos que a enfermidade é capaz de trazer a sociedade, requerendo, assim, uma atuação conjunta da equipe multiprofissional. Ao mesmo tempo, a supervalorização do médico como único ou principal responsável pelo cuidado nos serviços de saúde tende a ser desconstruída a partir do cuidado compartilhado e das práticas interprofissionais e em equipe, assim à medida que a EIP for implementada nos currículos de graduação na área da saúde e inserida nos serviços por meio da EPS, automaticamente, os usuários assumirão uma postura coparticipativa e com maior valorização de toda a equipe multiprofissional, dando razão e força ao trabalho colaborativo integrado.

Sabe-se que, são muitos os desafios para o trabalho interprofissional, sendo estes intensificados em tempos de crise sanitária. Dentre os que são conhecidos há um bom tempo, pode-se citar o predomínio da formação uniprofissional no país e as relações de poder estabelecidas entre as profissões, o despreparo e resistência dos profissionais na transformação de

suas práticas, a sobrecarga de trabalho e burocratização do serviço, com exigências e valorização da gestão pela quantidade e em detrimento da qualidade, a fragilidade da atuação da EPS, a baixa articulação das instituições formadoras com os serviços, entre outros.

Essas barreiras, têm sido potencializadas em tempos de pandemia, decorrente da necessidade de distanciamento social, que gera fragilidade na comunicação entre os membros da equipe de saúde, jamais podendo ser comparada, em sua potência, pelo uso e criação de artifícios virtuais. Ademais, cabe ressaltar o adoecimento de trabalhadores da saúde e seus familiares, até a perda de muitas vidas humanas nesse contexto, a redução e extinção dos espaços coletivos, seja entre profissionais ou entre profissionais e usuários, o rodízio de profissionais, com diminuição de encontros entre eles, resultando em repercussões negativas na continuidade da assistência e os inúmeros prejuízos na saúde mental de todos os envolvidos no combate à pandemia ao longo desses dois anos.

Vale lembrar também, a atenção prejudicada aos grupos prioritários, como gestantes, hipertensos e idosos, entre outros, ocasionada pela necessidade de abarcar os pacientes com covid-19 nos serviços da APS, muitas vezes, apresentando infraestrutura precária. Todos esses são fatores que prejudicam a ascensão do trabalho interprofissional e colaborativo na rede básica de saúde. No entanto, cabe refletir que, se de um lado é reduzido o espaço para o estabelecimento da interprofissionalidade, do outro, abre-se um leque para a discussão e ações interprofissionais direcionadas ao coronavírus pelos atores sociais do SUS, estudantes, profissionais, docentes, pesquisadores, gestores e comunidade de usuários.

Como possibilidades para o cenário de saúde em tempos de crise sanitária, deve-se buscar pelo fortalecimento da EPS com as instituições de ensino, através dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, a exemplo das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), as quais têm demonstrado um grande potencial na transformação das práticas e grande importância na inserção da interprofissionalidade nos serviços de saúde do SUS, sobretudo, no contexto da pandemia.

Diante desses desafios, há de se buscar investimentos na EIP e em metodologias ativas com vistas a reflexão crítica dos profissionais da saúde, o fomento por espaços de discussões sobre a organização do processo de

trabalho e das tecnologias que favoreçam a colaboração, o diálogo e o incentivo a ambientes de ensino e formação, assim como o desenvolvimento de pesquisas no âmbito interprofissional, entre outros.

Considerado um problema de saúde pública, a covid-19 nos leva à incontestável ideia de que é imprescindível a atuação interprofissional neste momento de pandemia, dando continuidade no pós-pandemia, e lançar mão de dispositivos virtuais como aproveitamento para EPS, aperfeiçoamento das tecnologias de informação como o teleatendimento, reestruturação física dos serviços, bem como a informatização do trabalho, a exemplo da utilização universal do prontuário eletrônico do paciente, que favoreça o olhar multiprofissional, sendo a vigilância em saúde exercida por todos os membros da equipe de saúde da família.

Portanto, nota-se que as práticas interprofissionais têm sido cada vez mais essenciais nos espaços de saúde, havendo a necessidade que os atores do SUS, sejam eles estudantes, profissionais e gestores, busquem maior articulação nos serviços e compreendam sua real relevância. (SILVA et al., 2020)

EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTERPROFISSIONAL NAS ATIVIDADES DOCENTE-ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir da definição do *Canadian interprofessional health collaborative* (CIHC) (2010, p. 8), “Educação interprofissional ocorre quando os profissionais de saúde aprendem colaborativamente dentro e dentre as disciplinas, a fim de obter conhecimentos, habilidades e valores necessários para trabalhar com outros profissionais de saúde”, revisitamos algumas experiências interprofissionais durante a vida acadêmica e profissional de um dos autores do capítulo, médico de família e comunidade.

O primeiro contato com a medicina de família surgiu durante o estágio obrigatório na Suíça, para acessar ao segundo ano do curso de medicina. O trabalho em si constituiu um desafio, tanto individualmente quanto em equipe, em prol do paciente, fisicamente exigente, mas em que as relações de solidariedade entre colegas – essencialmente técnico/as e enfermeiro/as –, suas vivências e os vínculos de confiança tecidos com os pacientes

internados permitiram compreender a importância do trabalho de cada um, e o sentido dado ao trabalho desenvolvido durante esse estágio.

Revisitamos também as vivências da residência hospitalar na Suíça, da especialização em saúde da família no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM) e as vivências durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde/MPSF), ao longo dos últimos anos, e que se entrecruzavam com as atividades desenvolvidas pelo médico de família e comunidade junto à equipe em uma unidade básica de saúde (UBS) em Salvador.

No âmbito profissional, emergiram memórias de educação continuada, ofertada pelos gestores de saúde aos trabalhadores da APS, com pouco diálogo e, na maioria das vezes, expositiva, focadas em conteúdos e sem promover reflexão crítica sobre a prática, mas também, resgatamos as atividades desenvolvidas no âmbito docente-assistencial, de educação permanente, junto a discentes de universidades públicas na Bahia, que nos permitiram problematizar a realidade docente-assistencial vivenciada no SUS.

Tais experiências, hoje em dia, têm fortalecido o sentido da interprofissionalidade e EPS, para sua aplicação prática e mais efetiva no SUS, assim como têm exposto os desafios enfrentados ao longo do tempo, como as situações precárias de trabalho, demanda reprimida da população, pouca organização do processo de trabalho, ausência de ações de vigilância ou planejamento em saúde e a pouca integração do trabalho em equipe, como vivenciado durante o PMM, desde 2013, na periferia de Salvador.

Somado a isso, surgiram outros desafios próprios do “ser médico”, como a limitada realização de atividades de promoção e prevenção da saúde, escassas visitas domiciliares, demanda elevada de consultas médicas, limites da atuação médica focada no modelo biomédico, sem planejamento e pouco ou nenhum manejo da territorialização em saúde.

No entanto, também existiram muitas ideias e um sentido de colaboração e entusiasmo para enfrentar os problemas vivenciados no dia a dia da prática profissional no SUS, que se juntava com o desejo de alguns gestores em saúde, para aprimorar a prática interprofissional, principalmente dos médicos na APS. Mesmo que de forma incipiente, e com temas pré-estabelecidos de forma verticalizada, acreditamos que era um começo de algo a amadurecer com o tempo.

A análise dessas situações nos leva sempre a refletir sobre o modelo de atenção à saúde, e buscar alternativas para rever e tentar reconstruir o processo de trabalho, senão dificilmente se alcançariam os objetivos junto à população que demanda por cuidados de forma efetiva e constante.

O resultado requer muita paciência para apropriação de algumas ferramentas de atuação no plano da interprofissionalidade e EPS, enxergando a integralidade do cuidado nas demandas da comunidade, dos usuários, do território, dos grupos específicos. Somente com muito esforço e dedicação por parte de todos os envolvidos nesse processo de trabalho, é que podemos repensar outro modo de cuidar da saúde, ampliando o foco de nossas ações para a promoção e prevenção da saúde, o planejamento do processo de trabalho, em equipe e de forma colaborativa e a reorganização das agendas profissionais junto às necessidades da população adscrita ao território da ESF. (PEDUZZI, 2009)

Ao repensar essas experiências, muitas possibilidades de ações interprofissionais apareceram, aos poucos, no ambiente de trabalho, integrando principalmente, profissionais da saúde, trabalhadores e usuários. Existia algum interesse pela interprofissionalidade e, mesmo sem percebê-la explicitamente, essas ações eram cotidianas na atuação da técnica de enfermagem, da técnica de farmácia, da dentista, das enfermeiras, que aproveitavam de momentos de construção participativa e solidária em prol da atenção integral aos usuários da ESF.

Destaca-se, que existiu nesse caminhar, uma sensibilidade por parte dos que fizeram parte desse processo, da equipe multiprofissional, e um compromisso inerente para ser agentes ativos desse processo de transformação do modelo tradicional, envolvendo certa criatividade, embasada em conceitos técnicos, teóricos e saberes diversos.

Durante a atuação docente no curso de medicina na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), nos últimos cinco anos, e, mais recentemente, na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), na supervisão e internato de medicina na saúde da família e comunidade, em Salvador, pretendia-se que os estudantes do último ano participem de todas as atividades médicas na ESF, como consultas, visitas domiciliares, vigilância, planejamento, intervenções comunitárias.

A experiência docente-assistencial foi oportuna para trazer à prática a interprofissionalidade, e promover a aproximação dos estudantes com os profissionais da saúde, no sentido de compreender o papel que cada um deles desenvolve no serviço de saúde, ressaltando a importância de todos eles nos cuidados e ações de saúde junto aos usuários e a comunidade.

Despertar o olhar solidário desde a graduação em saúde, e colocar a perspectiva de “estar no lugar para aprender, mas também para contribuir” com a equipe de trabalho, foi a principal ferramenta utilizada no internato, para o melhor aprimoramento, desenvolvimento e aprendizagem do aluno, incentivando, ao mesmo tempo, o aperfeiçoamento das ações da equipe de saúde da família atuante no território.

A execução de um projeto de intervenção era fundamental durante o tempo de permanência dos internos na USF, e implicava que os alunos dialogassem com os outros profissionais de saúde e com os usuários, que fizessem perguntas sobre o funcionamento e os problemas recorrentes, para poder esboçar a estratégia de intervenção mais oportuna, dentro do serviço ou na comunidade.

O resultado não podia ser outro, havia um compromisso e um interesse de se conectar com o “outro”, para que as atividades de promoção e educação em saúde possam ser satisfatórias. Como exemplo, vale a pena citar a teatralização da escovação dos dentes na creche da comunidade, que envolveu todos os participantes, em que internos de medicina interagiam com as crianças, as professoras, e os profissionais da saúde; ou a terapia comunitária integrativa entre alunos, trabalhadores de saúde e usuáries; atividades de auriculoterapia construindo vínculos e interagindo com os agentes comunitários de saúde, cuidando dos cuidadores e das colegas da equipe de saúde.

Percebe-se como a EPS, a partir da problematização da prática e a interprofissionalidade, foi ressurgindo nas ações docente-assistenciais, e alcançou, aos poucos, muitas pessoas comprometidas com objetivos comuns, do grupo, da equipe envolvida no processo de trabalho na APS.

Acreditamos que a EPS se torna uma estratégia potente, que permite reconhecer os conhecimentos teórico-práticos e saberes diversos e coletivos no âmbito do SUS, tendo como base os problemas reais vivenciados

pelos trabalhadores, gestores e usuários (CECCIM; FERLA, 2008), o que permite fortalecer a resolutividade da APS, melhorar a satisfação e adesão dos usuários aos cuidados integrais em saúde e fortalecer o vínculo e permanência dos profissionais de saúde no território do SUS.

Como é de conhecimento, o modelo biomédico não dá conta da complexidade dos problemas de saúde da população, por isso a importância de lançar mão da EPS e interprofissionalidade no SUS, e seus múltiplos campos de conhecimento com profissionais de diversas áreas, com suas competências específicas e participação colaborativa em prol de um resultado satisfatório, para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

Cabe destacar que os princípios do SUS e da APS, essencialmente o conceito da integralidade, também ressaltam a relevância de uma abordagem interdisciplinar abrangente (BRASIL, 2017), com foco não somente nas condições de saúde, como também, na identificação dos determinantes sociais em saúde, visando, assim, a construção de uma estratégia mais efetiva para enfrentar os problemas de saúde prioritários no território, dado que a dificuldade dos profissionais de saúde, de trabalhar em equipe, evidencia importantes implicações para a qualidade dos serviços de saúde, para a segurança do paciente e para a organização dos sistemas de saúde. (REEVES, 2016)

As ações de educação permanente devem ser inseridas desde a graduação, e continuadas na pós-graduação, assim como fortalecidas continuamente nos ambientes profissionais da rede de atenção à saúde, utilizando-se da sistematização do conhecimento e da prática no SUS.

Lembramos também que é importante não somente aperfeiçoar o ensino da EPS e interprofissionalidade, mas reforçar junto com elas os valores humanos necessários para seu efetivo desenvolvimento, como a solidariedade e o respeito pelo “outro”, além de repensar a remodelagem dos meios de seleção dos alunos dos cursos da área de saúde, e as metodologias tradicionais de avaliação e de conhecimento teórico-prático, impulsionando massivamente as experiências interprofissionais bem sucedidas na ESF e no SUS.

SAÚDE MENTAL, EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTERPROFISSIONALIDADE: INTERSEÇÕES E DESAFIOS NA PANDEMIA

É indiscutível que a pandemia da covid-19 trouxe à tona a transversalidade da saúde mental para o cuidado integral das pessoas. Frente ao alto número de óbitos no início da doença, ao medo do contágio, a necessidade do distanciamento físico, dentre outras consequências, a população mundial entrou em sofrimento psíquico. Em todo este contexto, profissionais da saúde que atuavam na linha de frente foram da exaustão e sobrecarga de trabalho até a certa hostilidade social pelo medo de serem potenciais disseminadores do vírus.

Nesse sentido, torna-se fundamental compreender que o sofrimento psíquico não é exclusivo daqueles que receberam algum diagnóstico “psi” específico, mas é algo presente na vida de todas as pessoas em algum momento e que se manifestará de forma singular em cada um. Portanto, ao se pensar na perspectiva do cuidado integral, físico e mental, este não será efetivo se não forem bem compreendidas as causas do sofrimento em cada situação e para cada indivíduo.

Dados em nível internacional sugerem que a saúde mental piorou progressivamente em muitos países das Américas durante o primeiro ano da pandemia. Um estudo do Fórum Econômico Mundial descobriu que, um ano após o início da pandemia, uma média de 45% dos adultos de 30 países pesquisados relatou que sua saúde emocional e mental havia se deteriorado. (BRICKER, 2020)

A pandemia da covid-19 também contribuiu para a recaída e a exacerbação dos sintomas psicoemocionais em pessoas com condições de saúde mental pré-existentes. (CHATTERJEE; MALATHESH; MUKHERJEE, 2020) Os trabalhadores da saúde e da linha de frente que enfrentam maiores riscos físicos, altas demandas de trabalho e estigmatização social também foram fortemente impactados pela pandemia, precisando de cuidados. Nesse contexto, algumas iniciativas no Brasil foram bastante interessantes no apoio emocional virtual, como as desenvolvidas pelo Conselho Federal de Enfermagem, destinado a atender profissionais de enfermagem da linha de frente durante o início da pandemia.

É importante lembrar que uma boa saúde mental não é apenas essencial para a saúde física e o bem-estar geral, mas também precisa ser compreendida numa perspectiva epistêmica de direito humano fundamental e, portanto, deve ser acessível à toda população. Assim, a pandemia deflagrou a crise existente na área da saúde mental, aumentando a demanda por esse tipo de atendimento. Consoante à essa necessidade, aponta-se a oportunidade de trazer uma reflexão que se julga pertinente.

Ao valorizar o mundo do trabalho em saúde como uma das principais fontes de saberes, e trazer a sua própria organização na prática cotidiana como base para reflexão e produção de conhecimento, não será a Educação Permanente uma estratégia para que os serviços possam atender à crescente demanda pelos cuidados em saúde mental?

Um dos grandes problemas encontrados nos serviços de saúde e nas equipes é a falta de espaços formais para a discussão de casos, pois na maioria das vezes são trocadas informações a respeito de um ou outro caso mais complexo, todavia, parece que ainda é algo informal que acontece ali no cotidiano do trabalho, junto à equipe, tentando fazer o que é possível na equipe de trabalho, mas nem sempre isso acontece na prática.

Logo, a construção de espaços que permitam aos profissionais refletirem sobre os processos de trabalho, troca de experiências, afetações e informações com base na realidade em que estão inseridos, possibilita que os trabalhadores percebam estratégias coletivas para a produção do cuidado. Esses permitirão transformações do conhecimento e da prática profissional, produzindo assim espaços coletivos de educação permanente em saúde. (CECCIM, 2005)

Ao compreender-se que o trabalho cotidiano na APS se fundamenta nas intervenções que são planejadas na realidade do dia a dia de determinado território, pautado nas singularidades dos usuários dos serviços e de suas comunidades; em equipe multiprofissional e de forma colaborativa, podemos pensar que de alguma forma precisa-se realizar intervenções cuidadosas e coletivas em saúde mental. Pois, na atenção básica, o desenvolvimento de tais intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre os profissionais e os usuários, em que ambos podem criar ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde mental/integral.

Muitas vezes, os profissionais, ao realizarem o acolhimento nas unidades de saúde, estão possibilitando construções de ações em saúde mental ao se priorizar a formação do vínculo, sem perceber essa intenção em sua prática de trabalho, pelo menos observa-se que estas tecnologias não são nominadas nos registros e nos discursos no dia a dia do trabalho.

Importante salientar que, ao oferecer uma escuta qualificada aos usuários e às famílias do território, há a possibilidade da expressão de suas preocupações, dúvidas e angústias, diminuindo o sofrimento psíquico existente e rumando para a construção do cuidado que valoriza as potencialidades de e no território. Assim, é prioritário que se reflita sobre o que já se realiza cotidianamente e quais recursos que o território tem a nos oferecer para contribuir no melhor manejo das questões em saúde mental focando nas potencialidades das pessoas, invertendo assim o prisma do processo saúde-doença para uma lógica de promoção da saúde.

Destarte, todos os profissionais de saúde na APS podem realizar práticas em saúde mental, baseados no território e na íntima relação de vínculo desenvolvida com a comunidade, de forma a solidificar e (re)construir o cuidado em saúde mental.

Ao promover possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças, estamos realizando uma intervenção em saúde mental. Para trabalhar nessa perspectiva é fundamental acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Chama-se a atenção para que estejamos atentos às questões de (não) medicalização da vida, como as formas de luto e tristeza que fazem parte da existência de todos nós.

Defende-se que as intervenções em saúde mental devem estar fundamentadas no modelo de atenção psicossocial, que entende a saúde para além dos sinais e sintomas das doenças, incluindo os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Nesse paradigma, mais do que a loucura, o próprio sofrimento psíquico é encarado como muito mais do que um diagnóstico psiquiátrico em si, mas considera as pessoas como um todo existencial, com inúmeras facetas e dimensões que as compõem. Pois as pessoas com problemas de saúde mental devem ter qualidade de vida, participar da comunidade, trabalhar e desenvolver seus potenciais, e não

ser vistas apenas como entes que precisam ter seus sinais e sintomas redimidos, unicamente.

Então, consideramos que nós os profissionais da saúde, precisamos auxiliar as pessoas a lidarem com os problemas oriundos da própria vida, porque “entramos em sofrimento psíquico” pelas relações que estabelecemos com o trabalho, com a família, com as pessoas de nossas diversas redes e conosco mesmos, assim como quando lidamos em contextos de calamidade coletiva, como ocorre durante a atual pandemia da covid-19. São processos existenciais que em algum momento precisam de um suporte profissional daqueles que mais nos conhecem, ou seja, nós, os trabalhadores que estamos cotidianamente no território.

Na perspectiva da atenção psicossocial, as crises fazem parte da vida de qualquer ser humano, pois só podemos nos organizar a partir do momento em que nos desorganizamos, então a crise psíquica não é vista linearmente como patológica em si, mas como uma possibilidade da (re) existência humana.

Sobretudo quando pensamos no fenômeno da somatização, que é o que prevalece muitas vezes na APS, temos observado que às vezes ao discutirmos os casos, procuramos, esgotamos as possibilidades de exames complementares e “nada aparece”, entretanto a enxaqueca não diminui, as dores musculares só pioram e quando fazemos uma escuta cuidadosa e nos interessamos, de fato, pelo que o sujeito traz, pelas suas condições de vida, para as relações interpessoais que ele tem, podemos perceber que as queixas vão diminuindo aos poucos.

Nesses tempos difíceis, como os impostos pela pandemia, em que enfrentamos um dos maiores desafios, é importante não patologizar sintomas de medo, como transtorno de ansiedade, sintomas de tristeza e luto como depressão. Precisamos considerar que esses sintomas são totalmente esperados em um momento como o que estamos vivenciando todos nós, que, de alguma maneira, pertencemos ou estamos envolvidos no território e comunidade, desde os usuários até os trabalhadores da saúde. Na reflexão de Paes, Marcos e Zambillo (2021), o sofrimento psíquico em si não é doença, sendo necessário avaliar com cuidado as reações em momentos de crise, como na pandemia, evitando a patologização com um olhar dedicado àqueles que precisam de ajuda, principalmente os mais vulneráveis.

Enfim, tivemos muitos avanços na área da saúde mental, como a implementação da Rede de Atenção Psicossocial e seus componentes, entretanto nos quatro últimos anos, identificamos um retrocesso nas políticas de saúde mental com foco no financiamento de instituições de longa permanência como as comunidades terapêuticas, em detrimento de uma maior implementação das políticas antimanicomiais na Rede de Atenção à Saúde do SUS, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e na APS.

Entretanto, é possível perceber que os hospitais psiquiátricos ainda continuam a desempenhar um grande papel na prestação de cuidados de saúde mental em muitos países das Américas, e os casos crescentes de covid-19 nessas instituições destacam o desafio de persistirem os abusos dos direitos humanos nesses locais. (MASCAYANO et al., 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao transitar pelas nossas experiências no ensino e na assistência em saúde, transversalizando a educação permanente e a interprofissionalidade no cotidiano do SUS, principalmente decorrente da pandemia nos dois últimos anos, esperamos que essas duas potentes ferramentas teórico-práticas, possam ser incentivadas permanentemente na rede de atenção à saúde, para preservar o cuidado integral, que envolve a saúde física e mental da pessoa, família e comunidade, como nosso principal objetivo.

Cabe aos atores sociais envolvidos no território do SUS o compromisso para potencializar a EPS e interprofissionalidade, buscando estratégias conjuntas que favoreçam o diálogo compartilhado, o trabalho em equipe e a melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde. Os gestores são os principais responsáveis para garantir a logística e ambiente adequados para a concretização da sistematização das ações com foco na EPS e interprofissionalidade na APS, a partir do diálogo com os trabalhadores, profissionais da saúde e controle social, e a parceria contínua com as instituições de ensino da região e seus cursos multidisciplinares em saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, abrindo possibilidades para contribuir com a formação e qualificação profissional e

o desenvolvimento de projetos de pesquisa e intervenção com base na realidade vivenciada no dia a dia da APS.

A pandemia da covid-19 expôs não somente uma crise sanitária de âmbito mundial, pelo SARS-CoV-2, mas também desnudou nossas mazelas e os desafios que o SUS vem enfrentando e resistindo nos últimos anos, num país desgovernado. Ainda estamos lidando com uma pandemia que se torna latente e deixa sequelas físicas, mentais e sociais na população, e, também, somos obrigados a lidar com a falta de preparo dos gestores em nível central e, muitas vezes, regional e municipal, principalmente do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, devido ao pouco interesse e envolvimento, e à atitude descompromissada do governo federal com uma educação e saúde públicas e de qualidade para a população brasileira. Tudo isso, com certeza, atinge também a educação permanente e interprofissionalidade no SUS, comprometendo suas bases e dificultando seus avanços, o que representa um retrocesso para nosso tão caro SUS no Brasil.

Diante desse cenário adverso, há de se resgatar as potencialidades que nos oferecem a EPS e inteprofissionalidade em saúde, envolvendo os diferentes atores na reconstrução dos processos de trabalho, aprimorar as condições de trabalho no serviço, respeitar os direitos trabalhistas e dos usuários de saúde, valorizar os profissionais da saúde, focando nos objetivos comuns da equipe e ultrapassando as questões individuais e de luta de poderes.

Por fim, não devemos esquecer de ressaltar a essência do cuidado em saúde, nos desapegando das relações de poder, dos problemas pessoais, para poder cuidar de si e do outro com dignidade. Precisamos continuar insistindo na importância do SUS, da necessidade de implementar políticas de saúde efetivas e com um orçamento suficiente para sustentar o sistema de saúde público com acesso universal, integral e de qualidade.

Ao mesmo tempo, precisamos expor os malefícios da saúde biomédica, mercantilista e empresarial, fruto do capitalismo, que coloca o lucro acima da vida como maior objetivo, quando devemos exigir o ser humano e seu bem-estar como principal objetivo da sociedade.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, 2012.
- BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 ago. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 10 nov. 2021.
- BRASIL. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do sistema único de saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 14 fev. 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2021.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 8 nov. 2021.
- BRICKER, D. Majority of people expect government to make environment a priority in post covid-19 recovery. *Ipsos*, Toronto, 2020. Disponível em: <https://www.ipsos.com/en-uk/majority-people-expect-government-make-environment-priority-post-covid-19-recovery>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. *Competencies working group: a national interprofessional competency framework*. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.
- 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. p. 49-67.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CHATTERJEE, S.; MALATHESH, B.; MUKHERJEE, A. Impact of covid-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian Journal of Psychiatry*, Amsterdam, v. 51, 2020. Não paginado.

FARIAS, D. N.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, 2018.

MASCAYANO, F.; ALVARADO, R.; MARTINEZ-VICIANA, C. *et al.* 30 years from the Caracas declaration: the situation of psychiatric hospitals in Latin America and the Caribbean prior, during and after the covid-19 pandemic. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, Darmstadt, v. 56, n. 8, p. 1325-1327, 2021.

MERHY, E. E.; PINTO, H. A. *Cuidado com o trabalho vivo em ato: interrogue-o!*. Rio de Janeiro: [s. n.], 2007.

PAES, A. C.; MARCOS, C. B.; ZAMBILLO, M. A Covid-19 e o distanciamento social: repercussões na saúde mental do grupo de risco. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, São Bernardo do Campo, v. 29, n. 2, p. 23-31, 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. p. 40-48.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M.; DEL GUERRA, D. A.; BRAGA, C. P. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-240, 2013.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, C. T.; TRAVASSOS, C. Matriz linha de cuidado covid-19 na rede de atenção à saúde. *Observatório covid-19: série linha de cuidado covid 19 na rede de atenção à saúde*, Rio de Janeiro, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42324/2/MatrizLinhaCuidado.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro?. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.

SILVA, R. S.; NASCIMENTO, P.; SOUSA, M. M. *et al.* Práticas interdisciplinares no enfrentamento da covid-19 na estratégia saúde da família. *Enfermagem em foco*, Brasília DF, v. 11, n. 2, p. 246-253, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/praticas-interdisciplinares-enfrentamento-covid-19-estrategia-saude-familia.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

AS DESIGUALDADES EM SAÚDE E O FUTURO DA FORMAÇÃO NO PÓS-PANDEMIA

LINA FARIA
LUIZ A. DE CASTRO SANTOS

RECONHECENDO VULNERABILIDADES E FRAGILIDADES EM TEMPOS DE CRISE SOCIOSSANITÁRIA

A desigualdade é um problema global que aflige com maior intensidade as populações dos países mais pobres. Seus efeitos reverberam de forma diferente nas relações sociais, nos sistemas de saúde e nas condições de vida das pessoas. O quadro geral das desigualdades, das exclusões e das persistentes reiterações das injustiças sociais tem impactado negativamente nas condições de vida e de saúde das populações desses países. (FARIA; PATIÑO, 2020) Um em cada três latino-americanos vive hoje em situação de pobreza e 80% são considerados vulneráveis. (MONTES, 2021) Todas essas tendências se intensificam com maior prevalência entre as populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas e, especialmente, entre

populações pretas e pobres nos territórios de favela e nas periferias das grandes cidades.

A pandemia da covid-19 agravou as históricas desigualdades estruturais e aprofundou as incertezas relacionadas às necessidades humanas básicas. A região das Américas é uma das mais afetadas pelo coronavírus, tanto em número de casos como de mortes. Com pouco mais de 8% da população mundial, contabilizava até dezembro de 2020 cerca de 20% dos contágios e mais de 25% de mortes em escala global, sendo o Brasil um dos países com maior concentração de mortes por covid-19. (NAÇÕES UNIDAS, 2020b; MONTES, 2021)

Em julho de 2021, a região das Américas notificou quase 74 milhões de casos de covid-19 e 1,9 milhões de mortes relacionadas – mais de um terço dos casos e mais de 40% das mortes registradas globalmente. (OPAS..., 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021) As respostas de cada região e de cada país foram diversas; alguns países tiveram sucesso em controlar a pandemia e outros não, como no caso brasileiro. Em relação ao Brasil, os dados do Our World in Data, mostram que até outubro de 2021 o país havia registrado quase 22 milhões de casos da doença. Com apenas 2,7% da população mundial, o país foi responsável por 12% das mortes por Covid-19. Cabe destacar que, antes do início da vacinação, em março de 2021, o Brasil ocupava a segunda posição em mortes por milhão de pessoas entre os países da América Latina, e o Peru, a primeira posição em mortes por milhão de pessoas (Peru, 22.00; Brasil 5.72; Chile 3.97; Colômbia 2.49; Bolívia 2.37; Paraguai 2.33; Equador 2.28; Argentina 2.25; Uruguai 1.15; Suriname 0.97; Venezuela 0.14).¹ (CORONAVIRUS..., 2022; DATTANI; ROSER, 2022)

Outro dado importante é que a covid-19 não apenas fragilizou os sistemas de saúde, mas também desestabilizou programas de proteção social. A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm chamado a atenção para o planejamento de ações que permitam fortalecer os sistemas de saúde e as redes de proteção

1 Dados coletados no dia 1º de março de 2021 na página do Our World in Data. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>. A Guiana Francesa não aparece nesse dia nos dados do Our World in Data.

social, de maneira que possam ofertar saúde equitativa e de qualidade às populações e também responder às crises por vir. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019, 2020, 2021a, 2021b)

A rápida disseminação da covid-19 criou um cenário de incertezas e riscos a toda a população mundial, mas, no Brasil, a má condução do planejamento e coordenação do enfrentamento à covid-19 pelo governo federal, para mitigar os efeitos negativos da crise, aprofundou as vulnerabilidades e desigualdades sociais

Nesse sentido, o presente estudo irá discutir alguns caminhos para mudanças nas práticas em saúde que podem impulsionar a proteção social das populações vulneráveis, com base nas propostas do educador e filósofo brasileiro Paulo Freire (1987, 1992) e do sociólogo e filósofo francês Edgar Morin (2002, 2015), que colocam em evidência as problemáticas socio-sanitárias atuais. Quais as brechas e respostas para uma reorientação da formação que se adequa às crescentes necessidades da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS),² da comunidade e dos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF)?

Nesta parte, serão discutidas as propostas de Paulo Freire e Edgar Morin sustentadas por saberes necessários à prática educativa enquanto prática formadora, na busca por estabelecer um diálogo entre seus pensamentos e indicar a atualidade de suas propostas. Importante destacar que ambos se distanciam do paradigma tradicional do processo pedagógico e enfatizam a importância da construção de saberes com base nos contextos históricos e sociais, nas complexidades e diversidades humanas e nas necessidades e demandas sociais “de verdadeira transformação da realidade para, humanizando-a, humanizar os homens”. (FREIRE, 1987, p. 115)

Importante destacar também que, um dos caminhos para transformação da realidade, segundo os vários relatórios de agências como a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), OMS, ONU e Banco Mundial é o investimento na proteção social das populações mais vulneráveis que contribua, entre outros fatores, para minimizar os danos causados

2 O Sistema Único de Saúde (SUS) foi historicamente no Brasil essencial para ajudar a reduzir desigualdades em saúde, sua estrutura é mais precária em municípios mais pobres e melhor nos municípios mais ricos, gerando desigualdades de acesso regionais.

pela pobreza, promover o crescimento econômico inclusivo e sustentável e reduzir as violências e as injustiças sociais. (COVID-19, 2020) Combater as desigualdades, sejam elas de cor, raça, gênero ou econômicas, sociais e políticas, se faz urgente e necessário por meio do diagnóstico e execução de medidas para sua redução, uma vez que a desigualdade social é um problema muito antigo e mata muito mais do que o coronavírus.

O “SUS real”, com seus problemas crônicos de assistência de saúde de qualidade, acesso aos serviços e financiamento é o cenário em que se coloca o desafio para mudanças na formação em saúde para além do enfrentamento e controle da pandemia do covid-19 no Brasil, uma vez que o SUS agrega uma multiplicidade de serviços de saúde – desde ações da vigilância sanitária e da vigilância sanitária de zoonoses, além de campanhas de vacinação, prevenção, controle e tratamento de doenças crônicas por meio das equipes da ESF.

O investimento na formação deverá considerar os impactos imediatos da pandemia nos sistemas de saúde. A crise na saúde já vinha se manifestando em vários países da região das Américas, mas a pandemia da covid-19 levou-a a um ponto de ruptura. Nesse sentido, tornam-se urgentes investimentos em proteção social, mas também investimentos nos serviços de saúde e em políticas de valorização dos profissionais de saúde -- políticas permanentes de educação e saúde, segundo as necessidades do SUS. Aqui se coloca o seguinte imperativo: a redução das desigualdades socioeconômicas e geográficas e o fortalecimento da atenção básica e das redes assistenciais regionalizadas só serão possíveis com estratégias de formação qualificada e valorização dos profissionais de saúde, por meio da integração de saberes, possibilidades diversificadas de vivências e de espaços facilitadores de reflexões que integrem prática e teoria.

“AS DESIGUALDADES EM SAÚDE SÃO UMA DAS GRANDES INJUSTIÇAS DO MUNDO DE HOJE”

A literatura tem sublinhado o caráter global das desigualdades em saúde que aflige especialmente as populações dos países mais pobres, mas também as dos mais ricos, cuja persistência torna-se um dos sérios

problemas que desafiam gestores, profissionais e também formuladores de políticas públicas nessa área. Essa mesma literatura tem destacado o impacto que as características socioeconômicas têm sobre a saúde das populações e alerta para o fato de que a distribuição de recursos econômicos, sociais, culturais, sanitários, materiais e simbólicos é extremamente desigual na maioria das sociedades. (DEATON, 2013; MARMOT, 2015) Para Marmot (2015, p. 13), “as desigualdades em saúde são uma das grandes injustiças do mundo de hoje”. Segundo ele, as que podem ser evitadas são injustas. Portanto, uma sociedade justa é aquela em que a saúde da população é boa e a equidade em saúde é alta, ambas melhoram com o passar do tempo.

Uma vez que a saúde é entendida como um fenômeno complexo, com múltiplas determinações, que tem suas bases na forma como as sociedades se estruturam e se organizam, mas, também, nas condições de vida dos indivíduos, as desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos, bem como contribui com diferentes chances de exposição aos fatores relacionados à saúde e à doença e às diferentes chances de adoecimento e morte.

No Brasil, a persistência das desigualdades socioeconômicas demonstra as raízes históricas e estruturais deste problema, que se encontram também na formação profissional na área da saúde. O surgimento do novo coronavírus trouxe a oportunidade de repensar a formação em saúde e a importância do papel da saúde pública para o combate às pandemias.

Segundo Carvalho, Toneto e Ribas (2020), a falta de investimentos em programas sociais e a redução do auxílio emergencial ameaçam trazer à tona uma das faces mais cruéis da pandemia: as mesmas desigualdades que agravaram seus efeitos, por elevarem risco de contágio e o número de mortes pelo vírus, poderão aprofundar essa crise, prejudicando as perspectivas de recuperação do Brasil e deixando o país em uma posição ainda mais vulnerável para absorver novas crises. Ainda segundo os autores, o combate à pobreza e a redução das desigualdades socioeconômicas não necessariamente caminham juntos, mas podem ser combinados por meio de propostas de expansão de políticas públicas e da proteção social.

De acordo com os dados do relatório *Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público do Brasil*, do Banco Mundial, de 2017,

entre os anos 2003 e 2014, o Brasil vivenciou uma fase importante de conquistas econômicas e sociais em que a desigualdade diminuiu expressivamente, especialmente entre as populações mais vulneráveis do país.

Para Campello e colaboradores (2018, p. 55), no período de 2002 a 2015 houve uma queda significativa na desigualdade de renda, “[...] em patamares e com uma qualidade como não havia ocorrido na história brasileira”;

O aumento real do salário mínimo, a crescente formalização do mercado de trabalho, a incorporação dos mais pobres ao orçamento federal, por meio de políticas de inclusão social e distribuição efetiva de renda, e a promoção de uma política social integrada explicam, em boa medida, essa transformação.

Os anos seguintes são de recessão econômica no país. A pandemia atingiu o Brasil quando o país ainda se recuperava da recessão econômica dos anos de 2014 a 2016,³ e expôs o país a um desafio sanitário. A crise socio sanitária afetou profundamente a trajetória esperada para a economia brasileira ao longo de 2020 e de 2021 com elevado grau de incerteza quanto aos impactos adversos na população

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, em 2018 o país tinha cerca de 13,5 milhões de pessoas com renda mensal per capita inferior a R\$ 145, ou U\$S 1,9 por dia, critério adotado pelo Banco Mundial para identificar a condição de extrema pobreza. Esse número é equivalente à população de países como Bolívia, Bélgica, Cuba, Grécia e Portugal. Os dados da Síntese de Indicadores Sociais do IBGE, de 2020, indicavam conjunturas predominantemente desfavorável para o crescimento econômico, sobretudo a partir de 2015, com impactos negativos para as demandas das famílias brasileiras e aumento da pobreza e do desemprego. Ainda segundo os dados do IBGE de 2020, em 2019 o total de pobres no país superou 51 milhões de pessoas, sendo que a pobreza atingiu sobretudo a população preta, cerca de 38,1 milhões de pessoas.

3 De acordo com a literatura, a recessão iniciada no segundo trimestre de 2014 teve como resultado um conjunto de fatores responsáveis pela queda do nível de atividade econômica e redução da capacidade de crescimento. Ver: Matos (2016) e Oreiro (2017).

A Síntese de Indicadores Sociais, divulgada pelo IBGE em 2020, trouxe estimativas do Banco Mundial com base no índice de Gini, que mede o grau de concentração de renda e dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). Nesse quadro de desigualdade, o Brasil está entre os dez países mais desiguais do mundo, sendo o único país latino-americano na lista onde figuram os africanos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020)⁴

Das favelas às aldeias, as marcas da desigualdade aumentam os desafios e exigem estratégias intersectoriais adaptadas a contextos diferentes. Uso de álcool gel e máscaras, higienização das mãos e mesmo as recomendações sobre aglomerações esbarram em realidades brasileiras distintas, ou na ausência de direitos básicos, como saúde, emprego e moradia. Indígenas, quilombolas, ribeirinhos, pessoas em situação de rua, refugiados, ciganos, moradores de favela e periferia, aqueles que vivem com HIV/Aids, trabalhadores informais e outros grupos têm em comum estarem à margem da sociedade brasileira, o que os torna ainda mais vulneráveis diante do quadro de crise sanitária, econômica, política e social no país.

Em pesquisa realizada pela OXFAM Brasil em dezembro de 2020, sobre a percepção dos brasileiros e brasileiras em relação às desigualdades socioeconômicas no Brasil, 62% dos entrevistados acreditam que ter acesso à saúde é uma das três principais prioridades para uma vida melhor, juntamente com “estudar” e “fé religiosa”. (PESQUISA..., 2021) Esses dados são significativos no quadro de aumento das desigualdades socioeconômicas, com ausência de políticas públicas nas áreas da educação, saúde e de proteção social. Nesse sentido, quais os desafios das práticas profissionais na atenção primária à saúde (APS) no pós-pandemia?

MODELO DE CUIDADO APOIADO NAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS COMUNIDADES

A pandemia da covid-19 representa um dos maiores desafios sanitários em escala mundial deste século, impondo aos sistemas de saúde ajustes

4 Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), o Brasil apresentou 0,539 pelo índice de Gini, com base em dados de 2018 e 0,543 em 2019.

às necessidades desse contexto, em especial no que diz respeito à formação profissional. Esse debate é fundamental e pode ajudar a repensar a formação com base em diferentes concepções teórico-metodológicas, que busquem fortalecer as atribuições socioeducativas em detrimento das práticas biomédicas e do modelo biomédico, cujo caráter curativista/medicalizante contribui para desqualificar o saber que é produzido na prática comunitária, em sintonia com as condições de vida das comunidades. (KOIFMAN, 2001)

Importante repensar a formação para a saúde articulada aos processos de mudanças nas graduações, que visem, entre outros fatores, a transformação das práticas de cuidado nos serviços de saúde, para que se tornem mais efetivas, integradas e sensíveis às realidades locais. Uma formação que priorize um modelo de cuidado apoiado nos problemas sociais e nas necessidades de saúde das comunidades, mas também, nos desafios para a manutenção dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Vale destacar que o processo de formação dos profissionais de saúde vinha sendo marcado por um momento histórico de reformas orientadas para o fortalecimento dos sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito ao acesso aos serviços por populações historicamente excluídas. Iniciativas para a superação dos problemas relacionados com a colaboração entre diferentes profissionais de saúde vinham sendo assumidas como uma das prioridades, partindo da necessidade de formar profissionais mais aptos à colaboração nos serviços de saúde. Apesar dos percalços, alguns avanços são perceptíveis, como mudanças curriculares no ensino básico e superior, pautadas nos princípios da interdisciplinaridade e do trabalho interprofissional na formação dos diversos profissionais. (PEDUZZI, 2016; HADDAD, CYRINO, BATISTA, 2018)

Esse é um campo de conflitos e de muitas resistências às mudanças, especialmente no campo da saúde, no qual as práticas educacionais assumem, muitas vezes, um direcionamento tradicional da formação disciplinar, com foco em competências específicas, que legitimam práticas de saúde esfaceladas, com prejuízos para os serviços ofertados para a população. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; PEDUZZI, 2016; PEDUZZI et al., 2009) A maioria dos cursos de saúde no Brasil não

oferece disciplinas⁵ que proporcionem uma boa formação nos campos ético, social e humanístico e que discutam o papel do profissional de saúde na atenção primária e em outros níveis de cuidado.

Para o sociólogo e filósofo francês Edgar Morin (2005), a formação universitária tem-se constituído no sentido de separar os objetos de seus contextos – conteúdos se dividem em disciplinas que não se integram e que são incapazes de entender a complexidade da realidade. Como consequência, apresenta uma efetiva perda, segundo o autor, da substância inventiva e criativa. Fundamental repensar a universidade, torná-la relevante para a sociedade; aplicar a produção acadêmica de qualidade à sociedade, isto com ações na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, tornando a comunidade efetivo ator dentro do processo, com direitos e responsabilidades.

Tal desafio na formação é reforçado com a concepção do sociólogo Boaventura de Sousa Santos (2008), ao referir que a relação entre o conhecimento e a sociedade vem passando por um processo de transformação nas últimas décadas; do modelo universitário disciplinar, homogêneo e organizacionalmente hierárquico, contestado por um modelo pluriveritário, na perspectiva da educação intercultural crítica, ou seja, relações que se estabelecem entre educação e culturas. Esse modelo é entendido como o conhecimento aplicado e contextualizado de forma transdisciplinar e dialógica para além das fronteiras da universidade, onde pesquisadores e utilizadores de outros tipos de conhecimento possam partilhar mutuamente.

Ressalta-se que, no Brasil, o Sistema Único de Saúde agrega ações de atenção à saúde, gestão, participação social e de educação, sendo definido como um espaço intersetorial e interprofissional. Nesse sentido, enfatiza-se a importância da formação sustentada por alguns saberes necessários à prática social, configurando-se como alternativa para responder aos problemas de saúde das populações nos territórios. É imprescindível que profissionais possam identificar grupos populacionais que se encontram

5 Como Bioética, Educação na Saúde, Epidemiologia, História da Saúde Pública, Medicina da Família e Comunidade e Planejamento, Gestão e Avaliação dos Serviços e Programas de Saúde, Fundamentos da Saúde Coletiva.

vulnerabilizados, em situação de risco ou violação de direitos e, que nesse período de crise sanitária, possam estar mais suscetíveis às iniquidades e às desvantagens resultantes de exclusão pela pobreza, processos de marginalização e violação de direitos.

OS SABERES NECESSÁRIOS À PRÁTICA SOCIAL: DIÁLOGO ENTRE PAULO FREIRE E EDGAR MORIN

As transformações ocorridas na sociedade brasileira, nos últimos anos, têm implicado no aumento das desigualdades sociais que tornam mais complexas as relações entre condições de vida, determinantes sociais em saúde e formação profissional (SANTOS, ARAÚJO, JOAZEIRO, 2019). Esses fatores marcam a relação entre instituições formadoras e os serviços de saúde na construção de saberes necessários à prática educativa com responsabilidade social, como diriam o educador e filósofo brasileiro Paulo Freire (1987, 1992) e o sociólogo e filósofo francês Edgar Morin (2002, 2015).

Importante destacar que, guardadas as diferenças entre as propostas de Paulo Freire e Edgar Morin, ambos acreditavam que a formação deveria estar sustentada por alguns saberes necessários à prática educativa, enquanto prática social. Segundo Brandão (2017, p. 97-98), o projeto de educação popular em Paulo Freire poderia ser formado por meio de sete sentenças: “1) Viver a sua vida; 2) Criar o seu destino; 3) Aprender o seu pensar; 4) Compartilhar seu aprender; 5) Dizer a sua palavra; 6) Transformar o seu mundo; 7) Escrever a sua história”.

Em Paulo Freire, os saberes necessários à prática educativa devem ser construídos criticamente com o que se poderia denominar uma “curiosidade epistemológica”. Trata-se de saberes socialmente construídos na prática comunitária e na realidade concreta, que busquem estabelecer uma “intimidade” entre os saberes curriculares, as experiências sociais e os saberes do senso comum. Nesse sentido, a prática educativa, ainda segundo Paulo Freire (2019, p. 19-20), exige pensar em uma ética humanitária:

[...] o preparo científico do professor ou da professora deve coincidir com sua retidão ética [...]. Formação científica, correção ética, respeito aos outros, coerência, capacidade de viver e de

aprender com o diferente [...]. Como presença consciente no mundo não posso escapar à responsabilidade ética no meu mover-se no mundo.

A educação deve ser dialogal e dinâmica, voltada para a responsabilidade social e política. Deve se caracterizar pela profundidade na interpretação dos problemas sociais e se dispor às revisões, afastando-se ao máximo de preconceitos na análise dos problemas para evitar deformações e fortalecer a argumentação pela prática do diálogo. (FREIRE, 1987) É preciso, segundo Freire, rejeitar o pensar tradicional, linear, reducionista e simplificador, incapaz de fornecer respostas condizentes para os problemas da realidade.

Já para Edgar Morin (2002, p. 36), os saberes “fundamentais” dizem respeito aos sete “buracos negros” da educação, fragmentados no processo ensino-aprendizagem: 1) **As cegueiras do conhecimento**, as tendências “ao erro e à ilusão” da realidade; 2) **Os princípios do conhecimento pertinente**, que articula e organiza os conhecimentos e conhece e reconhece os problemas do mundo, “cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários”; 3) **Ensinar a condição humana**, ou seja, a posição do indivíduo no mundo, na qual convergem todas as ciências; 4) **Ensinar a identidade terrena**. A compreensão humana que integra a diversidade das línguas, das culturas e das organizações sociais; 5) **Enfrentar as incertezas**, ou seja, enfrentar o inesperado e os imprevistos da história humana, as “aventuras desconhecidas”, apesar dos determinantes sociais, culturais, econômicos e de saúde; 6) **Ensinar a compreensão**, a compreensão da condição planetária, sobretudo na era da globalização, com quantidade de informação que as pessoas não conseguem processar e organizar; 7) **A ética do gênero humano - antro-po-ético**, que corresponde à participação social, ou seja, autonomia e responsabilidades sociais.

Segundo Morin (2002), a existência desses “buracos negros” da educação demonstra a necessidade de ensinar o que o autor define por “ecologia da ação”, ou seja, a atitude que se toma quando uma ação é desencadeada e escapa ao desejo e às intenções daquele que a provocou, desencadeando influências múltiplas que podem desviá-las até o sentido

oposto ao intencionado. Ainda segundo o autor, a história humana está repleta de exemplos dessa natureza. É necessário tomar consciência de que as futuras decisões devem ser tomadas contando com o risco do erro e estabelecer estratégias que possam ser corrigidas no processo da ação, a partir dos imprevistos e das informações que se tem.

Vejam os mais detalhadamente cada um desses saberes necessários à prática educativa, propostos por Edgar Morin, e uma aproximação com os pensamentos de Paulo Freire sobre esses saberes.

1) **As cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão.** Morin (2002, p. 14) discorre sobre as dificuldades e tendências “ao erro e à ilusão”. Diz o autor que, o conhecimento deve fazer “conhecer o que é conhecer”, ou seja, introduzir na formação as características culturais dos conhecimentos humanos, em seus contextos e em suas complexidades, “[...] o conhecimento não pode ser considerado uma ferramenta *ready made*, que pode ser utilizada sem que sua natureza seja examinada”.

Na visão de Freire (1992, p. 44), os conhecimentos são os saberes socialmente construídos na realidade concreta, “[...] o respeito às diferenças culturais, o respeito ao contexto a que se chega, a crítica à ‘invasão cultural’, à sectarização e a defesa da radicalidade de que falo na *Pedagogia do oprimido...*”. Neste sentido, o conhecimento (percepções, traduções e reconstruções que os indivíduos vivenciam ao longo da vida) construído a partir da realidade envolve uma postura crítica frente aos problemas, e pode causar transformações nas sociedades.

2) **Os princípios do conhecimento pertinente.** É aquele conhecimento, segundo Morin, que é capaz de assimilar os problemas globais, parciais e locais, – que é capaz de realizar o vínculo entre as partes e a totalidade e que põe em questão o conhecimento fragmentado. Nas palavras de Morin (2002, p. 14), “[...] é preciso ensinar os métodos que permitam estabelecer as relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo”.

Para Freire (1987, p. 55), o diálogo começa na busca do conteúdo programático da educação, cujo conteúdo deve ser organizado a partir de situações concretas e existenciais “refletindo o conjunto de aspirações do povo”. Os aspectos objetivos, assim como a dimensão subjetiva do conhecimento, devem ser entendidos como conteúdos concretos da realidade

sobre a qual exerce o ato cognoscente. É essa unidade dialética, afirma Freire, que gera um “atuar” e um “pensar” coerente sobre a realidade para transformá-la. Portanto, o destino do conhecimento conscientizador é a ação cultural e social transformadora. (BRANDÃO, 2017)

3) **Ensinar a condição humana.** Uma vez que o homem é a um tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social, e histórico, a construção das identidades culturais deve estar presente, segundo Morin, no processo ensino-aprendizagem, por meio de disciplinas que se comunicam para discutir as identidades complexas, organizar os conhecimentos dispersos e pôr em evidência as diversidades humanas.

Para Freire (2019), ensinar exige o reconhecimento e a “assunção” da identidade cultural, ou seja, é preciso que a coletividade venha a assumir as experiências históricas, sociais, culturais e políticas dos indivíduos e comunidades. O homem, nas palavras de Freire (1987, p. 7), “participa da ambiguidade da condição humana e dialetiza-se nas contradições da aventura histórica, projeta-se na contínua recriação de um mundo que, ao mesmo tempo, obstaculiza e provoca o esforço de superação liberadora da consciência humana”.

4) **Ensinar a identidade terrena.** Nas palavras de Morin (2002, p. 59), “[...] o ser humano é ser racional e irracional, capaz de medida e desmedida; sujeito de afetividade intensa e instável. Sorri, ri, chora, mas sabe também conhecer com objetividade; é sério e calculista, mas também ansioso, angustiado, gozador, ébrio, extático; é um ser de violência e de ternura, de amor e de ódio; é um ser invadido pelo imaginário e pode reconhecer o real [...]”. Nesse sentido, a educação deve trabalhar os destinos multifacetados, históricos, entrelaçados e inseparáveis dos indivíduos.

Para Freire (1987, p. 24), a compreensão humana é decorrente “da mente tornada mais consciente”. A compreensão crítica da realidade é construída por meio da ação de pessoas ou grupos. Não se deve negar nem a objetividade na análise da realidade e nem a subjetividade, desde que a “permanente dialeticidade passa a ser criação da consciência”.

5) **Enfrentar as incertezas.** Morin (2015) chama a atenção para as grandes interrogações sobre as possibilidades do conhecer, uma vez que o conhecimento é complexo, oriundo dos contextos culturais, sociais, individuais, coletivos. O autor enfatiza a importância de se “preparar as mentes”

para os “grandes acontecimentos e desastres” que são, muitas vezes, inesperados. A história humana é uma aventura desconhecida, não constitui uma evolução linear e o futuro permanece imprevisível, reafirma Morin.

Freire caminha trilhas paralelas, uma vez que para ele o conhecimento é também oriundo dos contextos culturais, sociais, individuais e coletivos, e as ideais e propostas de ação social emergem do agir sobre o mundo e ao mesmo tempo do agir sobre si mesmo, e a temporalização dos espaços geográficos e de suas relações culturais se estabelecem em complexos e incertos percursos entre a convergência de e entre culturas e entre a convergência de diferentes domínios de criação de novas ideias.

6) **Ensinar a compreensão.** Morin (2002) enfrenta a incerteza ao considerar as ambiguidades, contradições e imprevisibilidades como aspectos constituintes do mundo, valorizando o ato de ensinar a compreensão humana que abarque tais características. A compreensão tornou-se crucial para os humanos, como condição da solidariedade entre trocas de saberes. Compreender significa, na acepção de Morin, aprender em conjunto, pois inclui empatia, abertura, simpatia e generosidade. Existem, segundo ele, muitos obstáculos para a compreensão; um obstáculo muito presente, especialmente nos meios acadêmicos, é o egocentrismo, que fragiliza, de certa forma, o processo ensino-aprendizagem. Nas palavras de Morin (2002, p. 97): “[...] de fato, a incompreensão de Si é fonte muito importante da incompreensão do Outro. Mascaram-se as próprias carências e fraquezas, o que nos torna implacáveis com as carências e fraquezas dos outros”.

Neste sentido, fundamental a compreensão de Si e do Outro para que o processo pedagógico não se concretize com base em ideias preconcebidas, premissas arbitrárias e incapacidade de autocrítica. Essa percepção permeia toda a obra de Paulo Freire (2019), uma vez que o processo pedagógico é, para Freire, um ato de reciprocidade e acolhimento.

Finalmente, 7) **A ética do gênero humano – a antropológica.** Morin (2002, p. 106) supõe a decisão consciente de assumir a complexidade da condição humana, as incertezas e imprevisibilidades como aspectos constituintes da vida. A antropológica é “[...] respeitar no outro, ao mesmo tempo, a diferença e a identidade quanto a si mesmo”.

Para Freire (2019, p. 20), o sujeito ético está permanentemente exposto à transgressão da ética, mas é preciso se guiar pela eticidade, sem se deixar

influenciar pelo moralismo hipócrita. A ética universal do ser humano é, para ele, indispensável à convivência humana. “Como presença consciente no mundo não posso escapar à responsabilidade ética no meu mover-se no mundo”.

Vejam agora como pensar cenários e recomendações para a formação em saúde pós-pandemia, com base nos pensamentos desses dois autores.

CENÁRIOS E RECOMENDAÇÕES PÓS-PANDEMIA: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E FORMAÇÃO EM SAÚDE

A velocidade de disseminação do SARS-CoV-2 obrigou diversos países a adotarem medidas de contenção da transmissão do vírus, a fim de evitar o colapso dos sistemas de saúde sobrecarregados. O estudo comparativo realizado pelo Lowy Institute (janeiro e março de 2021) sobre o desempenho de 116 países na gestão da pandemia da covid-19, incluindo os países da região das Américas, e com base em seis indicadores,⁶ mostrou que, numa pontuação entre zero (0) e cem (100), apenas 45 países conseguiram desempenho acima de cinquenta pontos (50). Vários países da região das Américas tiveram desempenho abaixo da média, a exemplo do Paraguai (41,9), Chile (22,6), Bolívia (20), Argentina (14), Colômbia (10) – Peru (4,8) e Brasil (4,3) com os piores desempenhos (Lowy Institute, 2021). Ainda segundo o Lowy Institute, as circunstâncias políticas em certos países influenciaram significativamente as respostas nacionais à pandemia.

O enfrentamento da crise sanitária por si só apresenta imensos desafios, entre eles, o desafio de encontrar meios de refinanciamento dos sistemas públicos de saúde e de incentivo à formação sustentada por saberes necessários às práticas nos serviços. A pandemia colocou em evidência a importância do cuidado para a sustentabilidade e proteção da vida. É fundamental pensar respostas às necessidades de cuidados com enfoque nas questões de gênero, raça, cor ou classe. (NAÇÕES UNIDAS, 2020a)

6 Casos confirmados, mortes confirmadas, casos confirmados por milhão de pessoas, mortes confirmadas por milhão de pessoas, casos confirmados como proporção de testes, testes por mil pessoas.

A pandemia revelou fragilidades na formação profissional em saúde, especialmente na formação médica. Em cada recomendação, deve-se entender e transmitir aos pacientes e a população quão boas foram as evidências referentes à ação de um medicamento ou de um procedimento terapêutico que apoiaram aquela decisão, e manter esforços para reduzir as incertezas, seja coletando mais dados científicos ou planejando e conduzindo estudos mais adequados metodologicamente. O profissional de saúde, de modo geral, tem uma dupla missão de curar e prevenir doenças, mas também de cuidar, uma vez que as decisões em saúde ocorrem a partir das relações sociais que se estabelecem durante o processo terapêutico. Nesse sentido, necessita da informação científica para tomada de decisões clínicas (diagnóstico, prognóstico e tratamento), mas esses domínios precisam estar conectados às relações sociais, nas quais se dá o delineamento de problemas e a definição do cuidado prestado aos pacientes e às famílias. (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021)

A pandemia deixou evidente, também, a fragilidade do papel do Estado como ator indispensável para enfrentar os desafios sociais, sanitários e econômicos atuais. A crise sanitária revelou insuficiências na implementação de políticas públicas direcionadas à reformulação das práticas nos serviços voltadas, especialmente, para uma economia do cuidado com foco nas questões de gênero, raça, cor ou classe. Segundo lembram Noronha e demais autores (2021), um vírus não escolhe hospedeiros por critérios de *status* e renda, mas as desigualdades sociais ficam evidentes à medida que o vírus se dissemina, provocando iniquidades no acesso a serviços e equipamentos de saúde, possibilidades desiguais de adoção de medidas preventivas e diferenças entre condições de saúde preexistentes relacionadas com iniquidades socioeconômicas, educacionais e ambientais.

No Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde introduziu um novo desafio à formação profissional, que é o de formar profissionais qualificados e competentes que trabalhem no SUS de forma coerente com seus pressupostos ético-políticos e que respondam à complexidade dos problemas de saúde, do ponto de vista das condições sociais de vida das pessoas. O momento atual é de dúvidas e de incertezas na história da saúde pública brasileira e mesmo mundial. A formação para a saúde, articulada a processos de mudança nos cursos e disciplinas de graduação,

possui potência de mudar as práticas nos serviços de saúde, contribuindo para que se tornem mais efetivas, integradas e sensíveis às realidades locais. A literatura, de modo geral, ajuda a compreender que a mudança na formação e no modelo do trabalho para a saúde serão estratégias importantes de críticas ao conhecimento compacto, às disciplinas que não se integram e aos modelos curriculares tradicionais. (ALMEIDA-FILHO, 2009; PEDUZZI et al., 2009)

Uma das grandes conquistas do sistema de saúde foi assumir a formação de seus trabalhadores como um ato político. Tal conquista representa, portanto, um desafio ético-político dinâmico. Esse movimento exige a passagem de um modelo bancário de formação hegemonicamente composto por disciplinas homogêneas e lineares, para uma política emancipatória. (FREIRE, 1987) Enfrentar processos de mudanças exige a construção e a manutenção de espaços coletivos para encontros, debates e reflexões críticas, sobretudo porque os desafios são muitos. O descompasso entre a ampliação da clínica, a articulação entre o individual e o coletivo e a construção da integralidade da atenção e do trabalho em equipes matriciais estão postos como desafios para a formação e para o sistema de saúde.

A fim de construir sociedades mais igualitárias e resilientes, mediante a implementação de políticas universais, redistributivas e solidárias, a formação para o SUS requer, portanto, a produção de sujeitos éticos e politicamente comprometidos com as demandas sociais, contemplando os espaços ampliados para o planejamento de ações e a avaliação permanente de seus projetos pedagógicos, ou seja, um transitar pela rede que possibilite processos de convivência ampliados no cotidiano dos serviços.

As demandas atuais de saúde requerem do profissional capacidades e competências para se adaptar às novas mudanças, do ponto de vista das práticas, das técnicas, das evidências científicas, mas sobretudo no que diz respeito às demandas sociais da população. É possível argumentar, nesse sentido, que a pandemia representa uma oportunidade de transformação da prática profissional em saúde, ou seja, profissionais competentes para identificarem as fontes de informação, formularem uma questão de pesquisa, analisarem criticamente as evidências, desenvolverem pesquisas que tenham interesse social e aplicação dos resultados encontrados na prática profissional e que se relacionam às questões sociais, econômicas,

políticas e culturais. Uma vez que o ser humano é social e culturalmente determinado, as práticas que visam atender às necessidades básicas já não podem mais se restringir a curar o indivíduo sem levar em consideração o contexto social no qual está inserido e seus determinantes. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021)

Para o Brasil, assim como para o conjunto dos países latino-americanos, a retomada de medidas de proteção social e investimentos na formação em saúde devem se tornar pautas fundamentais nesse momento histórico, pois as desigualdades de várias facetas fragilizam cada vez mais a sociedade brasileira. Para os profissionais de saúde, será fundamental o aprendizado das novas realidades; a escuta e a leitura atenta à complexidade da realidade desafiam esses profissionais. Doravante, a solidariedade social deverá pautar a formação em saúde. Essas novas realidades se apresentam como desafios e impõem novas respostas aos profissionais de saúde. O profissional de saúde deve ser capaz de dar respostas à uma grande diversidade de problemas da população, fomentar territórios de encontros, ampliar as fronteiras dos saberes, “ver o invisível e compreender o imprevisível”, como diria Edgar Morin (2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações em curso nas sociedades afetarão os ambientes de cuidado e podem ocasionar o agravamento das desigualdades sociais e territoriais no acesso ao cuidado de saúde efetivo. As desigualdades socioeconômicas, acentuadas pela pandemia da covid-19, refletem situações de injustiça e sofrimento e produzem cenários favoráveis à eclosão de múltiplas iniquidades que colocam indivíduos e/ou comunidades em desvantagem com relação às oportunidades de saúde, educação, moradia, transporte e trabalho, entre outros determinantes sociais.

Importante que se desenvolvam estratégias de formação que contribuam para a valorização dos profissionais de saúde de modo que as populações da região das Américas, em especial, os países da América Latina, venham, a exemplo do que ocorre em países europeus dotados de sistemas universais, reconhecer a importância do cuidado humanizado baseado em tomadas de decisões sobre condutas clínicas ampliadas com

o compromisso da busca honesta das melhores evidências científicas existentes na literatura e na tomada de decisões com base nas realidades sociais, especialmente no momento em que essa região vivencia uma das maiores crises sanitárias de sua história.

Em especial, espera-se que a crise da covid-19 ajude a consolidar um consenso em torno da necessidade de construção de verdadeiros Estados de bem-estar, bem como modelos sustentáveis de produção e de consumo, além de políticas de proteção social e combate às desigualdades sociais. Para sair da crise é necessário repensar o modelo de desenvolvimento e consolidar aspectos sociais, ambientais, econômicos, em especial, educacionais no campo da saúde, com base nos saberes necessários à prática educativa nas visões de Paulo Freire e Edgar Morin, uma prática educativa mais ampla que se estabeleça no contexto social, que organize os conhecimentos dispersos e coloque em evidência as diversidades culturais. Embora os retrocessos previstos em termos sociais e econômicos ameacem gravemente o cumprimento desses objetivos, a pandemia também evidenciou a relevância da proteção social na diminuição das arraigadas iniquidades e dos problemas estruturais dos sistemas de saúde na região das Américas.

REFERÊNCIAS

(UM) AJUSTE justo - análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. *The World Bank*, Washington, D. C., 2017. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>. Acesso em: 10 mar 2022.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.

BRANDÃO, C. *Paulo Freire: uma vida entre aprender e ensinar*. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

CAMPELLO, T.; GENTILLI, P.; RODRIGUES, M. *et al.* Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 54-66, 2018.

CARVALHO, L.; TONETO, R.; RIBAS, T. Dos pobres para os paupérrimos ou dos mais ricos para os mais pobres? o impacto sobre a desigualdade de diferentes formas de expansão das transferências de renda no Brasil (Nota de Política Econômica, n. 001). *MADE/USP*, São Paulo, n. 1, p. 1-5, 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CORONAVIRUS (covid-19) vaccinations. *Our World in Data*, [London], 2022. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=BRA>. Acesso em: 24 jan. 2022.

COVID-19 and the care economy: immediate action and structural transformation for a gender-responsive recovery. *The World Bank*, Washington, D. C., 2020. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/policy-brief-covid-19-and-the-care-economy>. Acesso em: 20 fev. 2022.

DATTANI, S.; ROSER, M. Coronavirus (covid-19) deaths. *Our World in Data*, [London], 2022. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>. Acesso em: 25 jan. 2022.

DEATON, A. *The great escape: health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton: Princeton University Press, 2013. Disponível em: <http://digamo.free.fr/deaton13.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FARIA, L.; PATIÑO, R. Violências, injustiças e sofrimento humano: o impacto das desigualdades sociais nas percepções de Martín-Baró, Ricoeur e Nietzsche. *Cadernos IHU ideias*, São Leopoldo, v. 18, n. 308, p. 1-28, 2020.

FARIA, L.; ALMEIDA-FILHO, N.; OLIVEIRA-LIMA, J. A. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 59-78, 2021.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. 59. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

HADDAD, A. E.; CYRINO, E. G.; BATISTA, N. A. Pró-Ensino na Saúde: pesquisas sobre formação docente e os processos de ensino e trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na reorientação da formação profissional na saúde. *Interface*, Botucatu, Editorial, v. 22(Supl. 1), p. 1305-1307, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

KOIFMAN, L. The biomedical model and the reformulation of the medical curriculum of Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. VIII, n. 1, p. 48-70, 2001.

LENG, A.; LEMAHIEU, H. Covid performance index: deconstructing pandemic responses. *Lowy Institute*, Sydney, 2021. Disponível em: <https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/#methodology/acesso>. Acesso em: 16 set. 2022.

MARMOT, M. *The health gap: the challenges of an unequal world*. London: Bloomsbury, 2015.

MATOS, S. A. Desaceleração do crescimento brasileiro: causas externas ou domésticas?. In: BONELLI, R.; VELOSO, F. (org.). *A crise de crescimento do Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. 1-16.

MONTES, R. Pobreza extrema na América Latina será a mais alta em 20 anos por causa do coronavírus. *El País*, [Montevideo], 4 mar. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/economia/2021-03-04/pobreza-extrema-na-america-latina-sera-a-mais-alta-em-20-anos-por-causa-do-coronavirus.html>. Acesso em: 10 set. 2022.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MORIN, E. *Os sete saberes necessário à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2002.

NAÇÕES UNIDAS. *La pandemia del covid-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. [Santiago]: CEPAL, 2020a. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261_es.pdf. Acesso em: 5 set. 2021.

NAÇÕES UNIDAS. *Panorama social da América Latina*. [Santiago]: CEPAL, 2020b. Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46784/S2000967_pt.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

NERY, C. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. *Agência IBGE*, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>. Acesso em: 10 ago. 2021.

NORONHA, J. C.; CASTRO, L.; NORONHA, G. S. *et al.* A humanidade na encruzilhada: a luta contra a barbárie no pós-covid – reflexões desde o Brasil. In: TETELBOIN, C. H. ITURRIETA, D. H.; SCHOR-LANDMAN, C. (coord.). *América Latina: sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: CLACSO, 2021. p. 45-70. Disponível em <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2022.

OPAS: pandemia perde força nas Américas, mas muitos países têm aumento de novos casos. *Nações Unidas*, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/136029-opas-pandemia-perde-forca-nas-americas-mas-muitos-paises-tem-aumento-de-novos-casos>. Acesso em: 13 fev. 2022.

OREIRO, J. L. A grande recessão brasileira: diagnóstico e uma agenda de política econômica. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 89, n. 31, p. 75-88, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Novos casos de covid-19 aumentam em muitos países das Américas*. Washington, D. C.: OPAS, 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/14-7-2021-novos-casos-covid-19-aumentam-em-muitos-paises-das-americas>. Acesso em: 19 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Região das Américas ultrapassa 100 milhões de casos de covid-19*. Washington, D. C.: OPAS, 2021b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/22-12-2021-regiao-das-americas-ultrapassa-100-milhoes-casos-covid-19>. Acesso em: 25 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la covid-19 en la región de las Américas*. Washington, D. C.: OPAS, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Saúde nas Américas, edição 2019 sociedades justas: equidade em saúde e vida com dignidade: relatório da comissão*

da Organização Pan-Americana da Saúde sobre equidade e desigualdades em saúde nas Américas. Washington, D. C.: OPAS, 2019.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M.; DEL GUERRA, D. A.; BRAGA, C. P. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PESQUISA nós e as desigualdades 2021. *OXFAM Brasil*, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pesquisa-nos-e-as-desigualdades/pesquisa-nos-e-as-desigualdades-2021/>. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, B. S. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. In: SANTOS, B. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade*. Coimbra: [s. n.], 2008.

SANTOS, S. S.; ARAÚJO, L. J.; JOAZEIRO, E. M. Desigualdade social, formação profissional e trabalho coletivo da e na saúde: dilemas da atualidade. *Brazilian Journal of Development*, v. 5, n. 2, p. 1315-1325, 2019. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/1103/962>. Acesso em: 1 ago. 2022.

PRÁTICAS COLABORATIVAS NO CONTEXTO DAS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

NATAN FIOROTTI DA SILVA
PALOMA DORNAS DE CASTRO
LUCAS VIANA DE OLIVEIRA
WANESKA ALEXANDRA ALVES

“Eu sou parte de uma equipe. Então, quando venço, não sou eu apenas quem vence. De certa forma termino o trabalho de um grupo enorme de pessoas”.

Ayrton Senna

SOBRE AS PRÁTICAS COLABORATIVAS E AS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

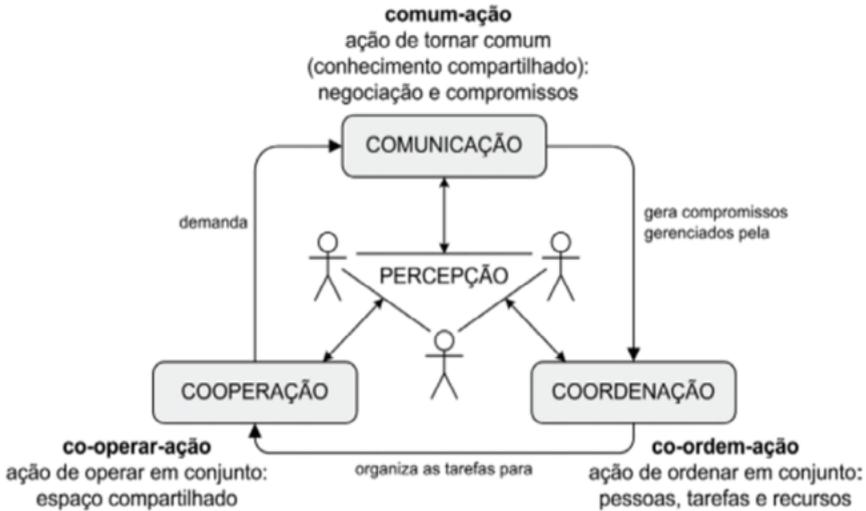
No fim da década de 1940, com o término da Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), os conceitos de saúde e doença foram reestruturados. A saúde passou a ser compreendida não apenas como a ausência de uma doença, mas como uma rede de bem-estar complexa que abarca tanto o âmbito físico, quanto social e o

psicológico. Tal reestruturação conceitual e a melhor compreensão sobre as patologias e agravos permitiram a elaboração subjetiva e técnica do “estar saudável”, especialmente no âmbito dos serviços de saúde como também pelo senso comum da população. No arcabouço dos novos conceitos e terminologias modernas relacionadas à saúde, encontram-se as definições de Saúde Coletiva e Saúde Pública, por exemplo. Na Saúde Coletiva, valorizam-se os estudos científicos críticos e as abordagens sobre o processo saúde-doença nas coletividades, cria-se um espaço de debate importante que abriga as noções e as análises da construção da medicina social e da epidemiologia e os enlaces com a sociedade e suas necessidades. (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019)

Vale ressaltar que “a noção é uma aproximação parcial do conhecimento sobre um objeto”. (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019, p. 13) Assim, a partir das construções de terminologias e definições sobre processos de trabalho e fatores causais de adoecimento nas coletividades, o debate sobre a participação plural da sociedade civil e dos serviços de saúde na construção das ideias e dos objetivos da seara passam a ganhar força nos cenários da integração entre a pesquisa científica e o tripé ensino-serviço-comunidade. Dessa forma, tanto a formação dos novos profissionais de saúde quanto sua maneira de trabalhar discutem-se agora na perspectiva de conversar com a realidade dos usuários e de corroborar com o trabalho em equipe e práticas colaborativas, buscando maior resolutividade dos problemas da população nessas questões e da promoção de saúde e prevenção de agravos. (BELARMINO et al., 2020)

De acordo com Barr (1998 apud OLIVEIRA et al., 2016), a abordagem das práticas colaborativas classifica-se em três competências, sendo: as ditas comuns, próprias de todas as profissões; as complementares, ou seja, competências de cada área específica que somam às demais; e as colaborativas propriamente ditas, que são oriundas da colaboração entre os atores da mesma área de atuação ou com profissionais de áreas distintas dentro das instituições competentes, além da relação necessária centrada nos pacientes/usuários dos serviços de saúde (Figura 1).

Figura 1: Modelo 3D de colaboração



Fonte: Fuks (2011).

A colaboração das ações em saúde e das diferentes categorias profissionais são fundamentais nas práticas cotidianas dos serviços e essenciais nos diferentes contextos relacionados às Emergências em Saúde Pública (ESP), que se constituem como eventos extraordinários que requerem resposta coordenada dos serviços de vigilância e assistência à saúde. O termo ESP foi introduzido pela OMS, no Regulamento Sanitário Internacional, Edição 2005 (RSI), na qual se estabelece como os eventos capazes de constituir risco a outro estado/país através da rápida propagação internacional de doenças e que podem ultrapassar a possibilidade de danos dentro do território de uma única nação. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005)

Partindo da dinâmica das práticas e seus benefícios à Saúde Coletiva, faz-se relevante abordar a relação entre tais agires juntamente com as equipes multiprofissionais e interprofissionais. Uma equipe multiprofissional apresenta-se como um conjunto de profissionais com *expertises* diversas e processo de trabalho essencialmente em equipe, fundada no agir comunicativo. Em teoria, a equipe multiprofissional é uma relação recíproca entre os agentes sob o olhar da integração em meio às produções

especializadas. (PEDUZZI, 2001) De outra parte, as equipes interprofissionais elencam-se como um termo relativamente mais recente, porém com reflexos pertinentes ao sistema de saúde e suas demandas. Mostra-se, assim, como uma prática de trocas de experiências e saberes acadêmicos entre os profissionais da saúde, seja de cooperação ou colaboração com ênfase no cuidado. (PREVIATO; BALDISSERA, 2018)

Almeja-se, neste escrito, no mais, dialogar sobre as relações entre esses conceitos e seus desdobramentos no agir prático em saúde no Brasil, com foco nas ESP, o ponto ideal a ser buscado, seus desafios de implantação e importância factual para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e os impactos efetivos das ações orquestradas pelos agentes desse patrimônio nacional que é o SUS.

SOBRE AS EQUIPES INTERDISCIPLINARES E INTERPROFISSIONAIS E A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

O SUS possui uma legislação própria, entre elas as ditas Leis Orgânicas, às quais determinam, democraticamente, princípios e diretrizes fundamentais para o funcionamento do sistema, sendo a integralidade um desses pilares norteadores. (GIOVANELLA et al., 2012) A integralidade é o conjunto de ações e serviços direcionados para um indivíduo ou para um coletivo, no intuito de promover o tratamento e a prevenção de doenças, utilizando-se, facultativamente, todos os níveis de complexidade do sistema. Desse modo, a integralidade tem como objetivo realizar ações de promoção e prevenção de saúde à nível individual e coletivo, ao contrário do que é defendido pela perspectiva biologicista, hospitalocêntrica e dissociativa que vigorou por muitos anos na assistência à saúde da população, à qual fora caracterizada pela fragmentação e deficiência do atendimento integral do cidadão. (FARIAS et al., 2018; GIOVANELLA et al., 2012)

Nesse sentido, a integralidade no atendimento em saúde demanda que os serviços devam ser prestados de maneira integrada, coordenada e com abordagem interdisciplinar e interprofissional. (FARIAS et al., 2018) A interdisciplinaridade, por sua vez, consiste na integração de áreas do

conhecimento distintas que se complementam, atuando em conjunto e em prol da prevenção e promoção da saúde.

Para a interprofissionalidade, a literatura científica pertinente destaca que tal componente se refere à integração das práticas de profissionais distintos, atuando de maneira conjunta, com o intuito de promover uma intervenção em saúde personalizada, integral e eficiente para o usuário, envolvendo assim a tomada de decisões de forma conjunta, coesa e coordenada no cuidado ao paciente. A interprofissionalidade, mais recentemente, tem mobilizado os profissionais e pesquisadores, tornando-se um movimento importante na Saúde Coletiva. Esse movimento defende que a prática profissional em saúde deva estar articulada à diferentes campos dos saberes, visando fortalecer a centralidade no usuário em conformidade com a dinâmica da produção dos serviços, porém, direcionando as necessidades das pessoas à sua realidade local. (BELARMINO et al., 2020; FARIAS et al., 2018; PEDUZZI et al., 2013; PEREIRA, 2018)

Na atualidade, notam-se mudanças no padrão de ocorrência das doenças, bem como a ascensão de enfermidades até então desconhecidas, o aumento da virulência de agentes infecciosos, além da maior facilidade na transmissão de patógenos. Esse cenário faz com que aumente a possibilidade do surgimento de emergências em saúde pública, como ocorreria com a pandemia de covid-19. Sendo assim, faz-se necessária uma articulação e colaboração constante entre os profissionais de saúde, com o intuito de monitorar os dados referentes a incidência e a mortalidade de cada doença, de criar terapias singulares para cada cenário em saúde e de promover ações de cuidado integral ao cidadão. (BELARMINO et al., 2020; CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008)

Logo, conclui-se que tanto a interdisciplinaridade quanto a interprofissionalidade, por meio das práticas colaborativas, podem comprovar-se efetivas na qualificação da assistência em saúde e para atuação nas situações de emergência em saúde, já que possibilitam modificar a visão segmentada do paciente pelos profissionais. A filosofia do trabalho colaborativo na assistência fortalece as equipes, beneficiando os usuários do SUS, desse modo. Isso ocorre porque não consideram, na determinação do processo saúde-doença dos indivíduos e das coletividades, apenas os fatores biológicos, mas também as características sociodemográficas cruciais na

prevenção e promoção. O trabalho em equipe e as práticas colaborativas ampliam o acesso e a qualidade da saúde com resultados positivos para os profissionais, usuários e serviços, sendo certo que a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade fortalecem a qualidade do atendimento nesse campo. (PEDUZZI et al., 2020)

SOBRE AS DIFICULDADES E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS COLABORATIVAS NA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O trabalho colaborativo, enquanto conceito, no contexto de saúde do Brasil, possui um debate relativamente recente. Contudo, mundialmente, o termo dita-se como um importante movimento de reflexão há mais tempo. Com isso, para que a implementação dessa prática se consolide no âmbito da saúde pública e das emergências em saúde, faz-se necessário analisar como é compreendida, seja quanto ao seu processo, finalidade, obrigações e adesão. (DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020) O agir colaborativo precisa ser fatídico e espontâneo, partindo do princípio que os problemas relacionados à saúde individual e coletiva das populações, em sua maioria, são compostos de questões comuns e imperativas de ação conjunta. (REIS; TONHÁ; PADOANI, 2004)

Nesse viés, a cooperação interprofissional tem sua gênese oriunda das necessidades mundiais que requerem novos moldes de assistências múltiplas. Essas equipes baseiam-se no fortalecimento da eficácia e da qualidade dos serviços, compreendendo as ações colaborativas da equipe. Num cenário global de superlotação dos serviços por demandas reprimidas e emergências, aumento de permanência em leitos hospitalares e falhas ou insuficiência de comunicação e coordenação de ações, as práticas colaborativas surgem como ferramenta motriz de respostas rápidas pelos serviços de saúde, já que o agir em saúde requer um trabalho que ultrapassa os afazeres isolados de cada profissão. (BELARMINO et al., 2020; FIGUEREDO et al., 2018) As práticas colaborativas e interprofissionais constituem um caminho importante no enfrentamento dos desafios para os serviços de saúde resultantes das emergências em saúde pública, tais como as epidemias e pandemias no mundo moderno, incluindo aí

os países com importantes desigualdades sociais, como o Brasil. (SILVA et al., 2020)

Em diversos países da América Latina, além da elevada densidade populacional nas áreas urbanas, também se observa gargalos na infraestrutura de saúde, na gestão dos sistemas de saúde locais e regionais e na deficiência de comunicação e hierarquização salarial entre os profissionais. Ademais, a formação dos profissionais de saúde e a precarização de uma política nacional consolidada de educação permanente e continuada tornam-se desafios que resultam na fragmentação do conhecimento desde a formação técnica e na graduação. A divisão tecnicista do trabalho, centralizada na imagem do médico e no prestígio às especializações, afasta a gestão do paciente e do raciocínio de complexidade na integralidade em saúde, tão importantes. (FIGUEREDO et al., 2018)

Além disso, há no país uma dificuldade operacional das práticas, uma vez que a desconsideração das experiências dos outros integrantes da equipe, as relações distantes e os conflitos dentro dos grupos de atuação, a frequência e fraqueza de recursos, além da pouca valorização de todas as categorias laborais, dificultam o fluxo das ações e produtos do trabalho. Outrossim, as próprias definições ou objetivos difusos da atuação, ofuscam os resultados almejados. (DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020)

Outra situação que dificulta a implementação das práticas colaborativas no Brasil, no contexto das emergências (epidemias e catástrofes naturais ou não naturais), além das supramencionadas, está na estruturação no nível estadual e municipal do próprio Plano Nacional de Preparação e Respostas às Emergências em Saúde Pública, que tem por finalidade orientar, na seara das secretarias de saúde, uma coordenada e rápida resposta às emergências e a potencialização dos recursos. (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008) Fomentar as iniciativas de ações gerais e específicas, como o estabelecimento conciso e pertinente dos protocolos de enfrentamento aos fatores determinantes e causais de epidemias, somando-as à determinação das responsabilidades das distintas áreas da saúde e seus setores e mídias nem sempre são rapidamente factíveis e empregáveis na prática, o que confere comprometimento da efetividade e da eficiência dos diversos tipos de recursos de saúde, especialmente àqueles relacionados ao setor público. (BRASIL, 2014)

É notável a elaboração e implantação de ações em âmbito nacional que visem uma robustez futura das práticas, com importante impacto na prestação dos serviços pelo SUS. Todavia, na contramão da melhoria do sistema público de saúde, no Brasil ainda se observa certa existência de tensões relacionadas às razões, hierarquias e desigualdades de poder entre as diferentes categorias profissionais e que devem sempre ser minimizadas, uma vez que o afinco dos trabalhadores da saúde no fortalecimento das práticas interprofissional e colaborativas ao paciente e usuário do Sistema Único de Saúde não pode estar comprometido. (BELARMINO et al., 2020)

Atualmente, algumas iniciativas isoladas e pontuais para promover a interprofissionalidade e o trabalho colaborativo têm sido experimentadas no Brasil. O programa intitulado “Permanecer SUS”, da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, consistiu-se no papel de estimular a integração ensino-aprendizagem, visando melhorar o atendimento aos pacientes da rede pública de saúde nas emergências dos hospitais da capital Salvador, através da promoção de ações definidas pela Política Nacional de Humanização. (FIGUEREDO et al., 2018) Nesse intuito, profissionais e estudantes foram incentivados a agir como catalisadores e integrantes da assistência em saúde, funcionando como ferramentas da dinamicidade do trabalho, na medida em que desempenhavam a função de instrutores aos pacientes ou acompanhantes dentro dos hospitais quanto aos trâmites dos mesmos em seus atendimentos. (FIGUEREDO et al., 2018)

No entanto, a equipe de saúde e os projetos que intencionam às práticas colaborativas nesses cenários, não só de emergências, mas no contexto do sistema de saúde em geral, não podem agregar uma constituição passiva. A análise isolada de um problema por meio de um membro qualificado não pode ser uma resposta quista, ainda que esteja sob validação do corpo da equipe, o que também decorre. (DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020) As práticas que estejam dispostas a verdadeiramente proporcionar tais reflexões e tender à uma transformação da cultura atual de trabalho em saúde deve integrar o ensino e o serviço, transformando positivamente não só a qualidade da atenção, como também o pensar, o agir e o desempenho dos profissionais de saúde e seus pares, sob vastos contextos, dentre eles a própria pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, iniciada no mundo em 2019 e, por hora, ainda vigente. (SILVA et al., 2020)

SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO PARA UMA ATUAÇÃO QUALIFICADA E OPORTUNA POR MEIO DA INTER E TRANSDISCIPLINARIDADE NOS CONTEXTOS DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

A OMS estabelece em diversos documentos a necessidade de se promover respostas nacionais e internacionais conjuntas e coordenadas para controlar e evitar a disseminação de agentes infecciosos com potenciais epidêmicos e pandêmicos, assim como reduzir danos de acidentes e desastres ambientais nos países do globo. Nesse sentido, é evidente que as ações antrópicas sobre o meio ambiente são capazes de modificá-lo, de modo a criar ou intensificar situações diversas que se caracterizam como preocupações à saúde pública. Dentre elas, destacam-se agentes zoonóticos infecciosos ou a modificação de agentes infecto-parasitários já existentes e catalogados, dotando-os de maior virulência, patogenicidade e resistência antimicrobiana. Fatores como migrações populacionais, mudanças climáticas e sistemas de vigilâncias nacionais precarizados elevam a morbimortalidade das diferentes coletividades em distintos locais do planeta, impactando na saúde pública mundial. (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008)

Tanto quanto os problemas de saúde e os impactos sobre seus serviços oriundos das epidemias e pandemias por doenças infectocontagiosas, os desastres ambientais e acidentes químicos e radioativos configuram-se, de igual parte, como eventos potencialmente de elevada mortalidade geral em um breve período de tempo e com forte impacto sobre os serviços de saúde locais. No entanto, esses eventos possuem pouca visibilidade nas publicações científicas internacionais e nacionais.

Torna-se necessário, assim, que haja mais atenção a esses contextos de ESP, já que são capazes de atingir um grande contingente de indivíduos direta ou indiretamente. De maneira direta, as catástrofes naturais e não naturais promovem desalojamentos, acidentes, propagação de doenças diversas, entre outros. Indiretamente, por sua vez, tais eventos resultam no adoecimento mental, sequelas físicas e perda patrimonial irreversível, bem como a morte de entes queridos. O dano na infraestrutura de saúde local constitui outra consequência importante, podendo refletir

impactos, também, no período posterior ao desastre. (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008)

Ademais, tendo em vista a multicausalidade das ESP e a complexidade em superá-las, é importante pensar em estratégias que consigam atuar de maneira qualificada e oportuna nesses contextos, o que pode ser conquistado através de um trabalho interdisciplinar, transdisciplinar e inter-setorial. Esta proposta, assim, baseia-se por ações contextualizadas e de contribuições construídas coletivamente, vislumbrando o problema em saúde para além do seu escopo, elegendo a construção de um ambiente com profissionais de saúde de diferentes saberes e formações (HERMOGENES, 2012) e que sejam hábeis em interagir na perspectiva de resolutividade das demandas do usuário do sistema.

O alicerce entre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade contribui para o alcance das metas de qualidade nos cuidados, realizadas pela colaboração entre profissionais dos modelos de atenção em saúde interdisciplinares (BELARMINO et al., 2020) e intersetoriais. Trabalhar o desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais e atuar no processo de trabalho das instituições é um desafio moderno importante. Transformar a formação dos acadêmicos – tanto nos níveis técnicos, quanto na graduação universitária, bem como na pós-graduação – é essencial para que os serviços de saúde consigam pensar a assistência ao usuário de maneira integral, humanizada e complexa.

No Brasil, a graduação dos futuros profissionais da saúde, na prática, ainda se encontra fragmentada em disciplinas isoladas e centradas nas especialidades. Já a organização da gestão acadêmica está definida também em departamentos distintos, com divisão técnica do trabalho e a valorização do ensino centrado nas especializações. (FIGUEREDO et al., 2018) Há fortes tendências que corroboram com a tese de que a educação técnica e superior no campo diverge, até o momento, das evidências que sinalizam uma qualificação em saúde enquanto focada na interprofissionalidade e no trabalho em equipe colaborativo. Sendo estes instrumentos de resolutividade dos desafios pertinentes aos serviços de saúde, especialmente nos cenários de ESP.

A educação em saúde qualificada não é importante apenas na formação de novos profissionais, mas também para a construção contínua

do conhecimento daqueles já atuantes, visando, assim, orientar a população através de práticas integrativas que promovam saúde e previnam doenças. Iniciativas de intervenções de educação em saúde são essenciais para contextos das incidências de patologias não transmissíveis e transmissíveis, tal qual as epidemias por doenças infectocontagiosas e as catástrofes, pois exercem papel primordial nos diferentes níveis de atenção à saúde. Desse modo, conseguem proporcionar práticas reflexivas nos cenários experimentados, estabelecendo, portanto, a integração do aprendizado e dos saberes acadêmicos e os serviços entregues para a população, transformando o desempenho profissional e a qualidade dos serviços de saúde. (SILVA et al., 2020)

No contexto da educação continuada para a superação dos problemas resultantes das ESP, o Brasil possui um importante programa no âmbito das ações de vigilância em saúde. Criado no ano 2000, o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) procura formar técnicos para contribuir na investigação epidemiológica e rápida resposta às emergências sanitárias ocorridas no território nacional, bem como as ameaças advindas dos países vizinhos ou que ameace a fronteira brasileira. Dessa forma, o EpiSUS constitui-se como um instrumento de formação interprofissional, que se utiliza de práticas colaborativas para detectar e monitorar as emergências através de profissionais treinados em investigação e resposta. (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008)

No Brasil, existem ainda os Centros de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (Cievs), na qual o EpiSUS está integrado. Os Cievs estão localizados nos três níveis de gestão do SUS, em secretarias estaduais e municipais de saúde e no Ministério da Saúde. A atuação integrada dessas unidades permite a ampliação da capacidade de monitoramento, detecção e resposta às emergências sanitárias de importância nacional, constituindo-se ferramenta fundamental para o enfrentamento de epidemias e pandemias, através do fortalecimento da capacidade local de gerar reações. (BRASIL, 2007)

A estrutura dos serviços de saúde do SUS, de investigação e resposta para atuar nas ESP, foi essencial na detecção e ação durante a primeira emergência de saúde pública de interesse internacional decretada pela

OMS, que teve o Brasil como epicentro do evento no ano de 2015, devido ao vírus zika. A atuação interdisciplinar e intersetorial observada na epidemia foi fundamental ao enfrentamento dos casos de microcefalia, em especial. Houve, assim, um esforço mútuo entre as secretarias municipais, estaduais e o Ministério da Saúde, integrando setores e ações, além de órgãos internacionais, como o Centro para Controle e Prevenção de Doenças Transmissíveis dos Estados Unidos (CDC EUA). Foram fortalecidas, por conseguinte à discussão, ações de combate vetorial, de vigilância em saúde local, de trabalho investigativo de campo, de aumento da capacidade de resposta rápida dos laboratórios de saúde pública e de apoio aos estudos epidemiológicos e de vigilância pertinentes. (BRASIL, 2017)

Diante das ESP, é notável a importância do fortalecimento, manutenção e estruturação constantes dos órgãos de saúde pública e das redes do sistema de saúde que respondam às emergências. Em consonância, as futuras estratégias de enfrentamento das emergências irão demandar uma contínua avaliação dos seus resultados, com o intuito de acompanhar as dinâmicas de transmissão e propagação de agentes e doenças, tal como adequar o sistema de saúde em todos os seus níveis de organização. (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008) Destaca-se ainda que, para a obtenção de resultados positivos e sustentáveis nos contextos emergenciais, objetivava-se a estruturação da comunicação intersetorial e do trabalho interprofissional e colaborativo nos serviços e seus diferentes níveis de atenção e vigilância. Com efeito, a modernização dos processos de trabalhos, focados no fortalecimento do SUS, na formação dos profissionais e seu processo laboral nos serviços, garantirá uma comunicação eficaz, o envolvimento na tomada de decisão acompanhada da coesão e coordenação dos cuidados e da resolutividade dos problemas. (BELARMINO et al., 2020)

SOBRE A INTERFACE NA ATUAÇÃO INTERSETORIAL E INTERPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA *ONE HEALTH* DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Como abordado ao longo deste texto, as ações antrópicas sobre os ambientes naturais resultam em impactos negativos, que afetam todo o

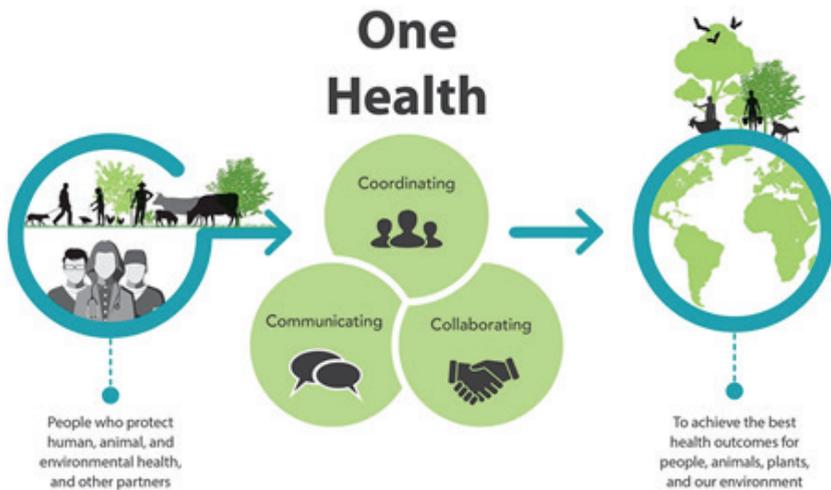
ecossistema do planeta, atingindo diretamente o próprio meio ambiente, por meio da fauna e flora, além de, indiretamente, as populações de animais sinantrópicos e domésticos, juntamente ao próprio homem. Essa inter-relação, muitas vezes prejudicial, entre os seres humanos, o meio ambiente e a populações de animais silvestres, sinantrópicos e domésticos, é amplamente discutida a partir de uma abordagem interdisciplinar, intersetorial e na perspectiva também das práticas colaborativas, através da expressão designada como “*One Health*”, ou Saúde Única, na qual a World Organisation for Animal Health (2021), afirma:

[...] saúde animal, saúde humana e saúde ambiental estão intrinsecamente entrelaçadas e interdependentes. A saúde de um afeta a saúde de todos. Prevemos e implementamos o *One Health* como uma abordagem global colaborativa para entender e gerenciar riscos para a saúde planetária [...]

Nesse sentido, as intervenções em saúde pública, estruturadas à luz desse modelo, defendem uma estreita cooperação intersetorial e multiprofissional, acompanhadas de uma especialização interdisciplinar e do envolvimento e empoderamento das diferentes partes envolvidas. Dessa forma, pode-se erguer uma estrutura capaz de abordar problemas oriundos de interações complexas entre humanos, animais e o meio ambiente em que habitam. (CLEAVELAND et al., 2017)

A partir do conceito de Saúde Única, nota-se a existência de uma interface que envolve o ser humano, os animais e o ambiente, a qual requer justa intersetorialidade dos diversos profissionais envolvidos nessas áreas, incluindo muitas categorias do setor saúde (Figura 2). A intersetorialidade e a interprofissionalidade deixam de incluir apenas profissionais de áreas específicas e passam a abraçar instituições e especialistas de áreas diversas como meio ambiente, sanidade animal e saúde humana em conjunto à necessidade de atuação unida e de diálogo permanente para o enfrentamento dos problemas de saúde global, tais como, por exemplo, os agentes infecciosos zoonóticos emergentes e reemergentes. (CIRNE; CABRERA, 2019)

Figura 2: Articulação da *One Health*



Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (2018).

Desse modo, o profissional de saúde precisará adaptar sua atuação, almejando obter uma perspectiva ainda mais ampliada sobre a análise da situação de saúde individual e coletiva, utilizando as informações qualificadas provenientes de outros campos de atuação aptas em agregar relevância para a promoção, a prevenção, a detecção, o controle e tratamento de doenças infectocontagiosas com potencial epidêmico dos mais diversos cenários ecológicos e antrópicos do planeta. (CIRNE; CABRERA, 2019)

Dentre os mais variados modelos de transmissão de agentes infecciosos zoonóticos entre o homem e os animais, com influência do ambiente, estão os surtos de leptospirose. A zoonose citada é contraída pelos seres humanos quando estes entram em contato com a urina infectada pela bactéria causadora da doença, a qual tem, como hospedeiro, principalmente, os roedores. Nesse aspecto, na maioria dos casos, o acometimento por leptospirose ocorre em épocas de chuvas intensas e enchentes, momento em que há contato com água e lama contaminadas, facilitando o risco de infecção de seres humanos. Certamente, haverá maior qualificação na assistência aos pacientes por meio do diagnóstico precoce e tratamento

oportuno se os profissionais que atuam nas unidades de saúde, por meio da secretaria local de saúde, trabalharem conjuntamente com os profissionais dos setores da Meteorologia Urbana, Defesa Civil e Bombeiros Militares, definindo as áreas de maior risco em relação ao número de atingidos pelos alagamentos e da vigilância zoonótica a respeito das localidades em que a transmissão da bactéria poderá ser mais incidente. O êxito nas ações de enfrentamento das ESP, como morbimortalidade por doenças e agravos evitáveis, depende intrinsecamente da comunicação e resposta rápida intersetorial e interprofissional. (CIRNE; CABRERA, 2019; SCHNEIDER; OLIVERIA 2020)

A abordagem da *One Health* é um modelo de trabalho importante no contexto das práticas colaborativas em Emergências em Saúde Pública, pois se dá através de esforços colaborativos estimuladores de discussões que, por sua vez, são capazes de gerar e disseminar conhecimentos e mudança de práticas em saúde. Com ênfase, enxerga-se benefícios na formação de profissionais cidadãos, uma vez que tais saberes são capazes de gerar mudanças nos comportamentos individuais e sociais. Por conseguinte, em última instância, há o fortalecimento do desenvolvimento e implementação de estratégias aceitáveis e adequadas para prevenir, controlar e tratar doenças e agravos e que são passíveis de serem adotadas por setores diversos nos níveis local, distrital e nacional. (CARNEIRO; PETTAN-BREWER, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas colaborativas em saúde adentram o cenário do debate acadêmico e técnico como uma forte estratégia para o enfrentamento das situações e dos desafios aos quais o Sistema Único de Saúde brasileiro está sujeito, atualmente. A colaboração factual entre os agentes e suas harmonias entre as categorias profissionais e os diversos setores envolvidos mostram-se, como podemos constatar, úteis no funcionamento racional dos serviços de saúde, e também no fortalecimento da atenção e da vigilância em saúde qualificadas à sociedade a qual buscam atender.

A maior pandemia da Era Moderna, causada pelo vírus SARS-CoV-2, resultou na elevada morbimortalidade da população mundial por covid-19,

em especial dos povos que vivem nas coletividades em situação de vulnerabilidade social e econômica. Essa pandemia requereu importantes esforços dos serviços e dos profissionais de saúde em interação interprofissional, mas também intersetorial com universidades, centros de pesquisas e profissionais da imprensa escrita e falada do Brasil e do mundo. Vivenciamos como a desinformação e a atuação nefasta do poder político sobre as instituições públicas e privadas atingem de forma a mortificar a vitalidade da atuação das instituições científicas e seus pesquisadores, bem como desorientando a população e desinformando os profissionais de saúde.

Nos cenários das emergências em saúde pública, as práticas colaborativas, por meio da interprofissionalidade e intersetorialidade, oferecem mecanismos de resposta rápida à propagação de doenças infecciosas, como também na atuação frente às catástrofes naturais e não naturais, minimizando as perdas materiais e das vidas que sobrevivem mediante sequelas irreparáveis.

Faz-se importante, logo, compreender o papel das práticas colaborativas no enfrentamento dos graves problemas de saúde pública, visto que o sistema dialoga entre si e as redes de saúde trabalham na busca do enriquecimento das respostas nas necessidades da população. Há, com ênfase, um afetamento reflexo entre as ações da área num sistema que roga à integralidade e à continuidade dos tratamentos. Por assim dizer, ainda que as práticas sejam uma ferramenta relevante nesse impasse, muito ainda precisa ser fortalecido e solidificado.

Desse modo, refletir as estratégias em saúde pública de forma isolada ou restrita em relação à estruturação do SUS, ou mesmo negando a relação intrínseca entre a saúde humana e os aspectos que a rodeiam como o ambiente e seus demais integrantes, é diminuir a profundidade e impacto das ações em saúde, que são necessárias quando se busca resolutividade. Ademais, tratando-se na seara nacional, constitui uma ponderação igualmente tão equivocada pensar a saúde de modo curativo, centrado unicamente no humano, ou assistencialista, quanto desejar o fomento de um agir resolutivo que está direcionado de maneira individual e fortemente hierarquizado dentro do funcionamento do próprio sistema de saúde competente de uma nação.

Devido a uma complexa estrutura e arranjo, os desafios para a evolução dos serviços em saúde e de seus profissionais numa atuação colaborativa são muitos e, de igual compostura, complexos. Todavia, acreditar que tal mudança é possível, a partir da inserção do debate da interprofissionalidade, inter e transdisciplinaridade na formação dos profissionais e nas práticas educativas continuadas e permanentes em saúde é fundamental. Estimular a horizontalidade entre as categorias profissionais no cuidado ao paciente e nas ações de prevenção e promoção da saúde constroi o alicerce para que todos se sintam atores importantes, valorizados e corresponsáveis pela saúde da população e pela superação das Emergências de Saúde Pública. A mudança é lenta, mas possível se todos participarem do processo: profissionais, sociedade civil, instituições e poder político centrado na ciência.

REFERÊNCIAS

- BELARMINO, A. C.; RODRIGUES, M. E. N. G.; ANJOS, S. J. S. B. *et al.* Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de covid-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 6, p. 1-5, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Centro de informações estratégicas em vigilância em saúde - CIEVS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de resposta às emergências em saúde pública*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Virus Zika no Brasil: a resposta do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 22, p. 19-32, 2008.
- CARNEIRO, L. A.; PETTAN-BREWER, C. One health: conceito, história e questões relacionadas - revisão e reflexão. In: MIRANDA, A. M. M. (org.). *Pesquisa em saúde & ambiente na Amazônia perspectivas para sustentabilidade humana e ambiental na região*. Guarujá: Científica Digital, 2021. p. 219-240. Disponível em: <https://www.editoracientifica.org/articles/code/210504857>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. One health basics. *Department of Health & Human Services*, Washington, D. C., 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CIRNE, F. S. L.; CABRERA, J. G. P. Ações em saúde única para redução de parasitoses infantis: Revisão integrativa de literatura. *Saber Digital*, Valença, v. 12, n. 2, p. 136-149, 2019.

CLEAVELAND, S.; SHARP, J.; ABELA-RIDDER, B. *et al.* One Health contributions towards more effective and equitable approaches to health in low-and middle-income countries. *The Royal Society*, London, v. 372, n. 1725, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rstb.2016.0168>. Acesso em: 22 jan. 2022

DUTRA, E. B. LEMOS, A. S. P.; GUIZARDI, F. L. Trabalho em equipe para a construção de práticas colaborativas na saúde. *In: GUIZARDI, F. L.; DUTRA, E. B.; PASSOS, M. F. D. (org.). Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 183-215.

FARIAS, D. N.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.

FIGUEREDO, W. N.; VERAS, R. M.; SILVA, G. T. R. *et al.* Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do programa permanecer SUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1697-1704, 2018.

FUKS, H. Teorias e modelos de colaboração. *In: PIMENTEL, M.; FUKS, H. (org.). Sistemas colaborativos*. Rio de Janeiro: UniRio, 2011. p. 16-33.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012.

HERMOGENES, M. A. T. *Desastres e emergências: campo transdisciplinar e gestão em rede: desafios e contribuições da psicologia*. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/2576>. Acesso em: 28 jan. 2022.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1165-1184, 2015.

OLIVEIRA, C. A.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. *et al.* A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1005-1014, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Regulamento Sanitário Internacional*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional>. Acesso em: 15 jan. 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-20, 2020.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. *Interface*, Botucatu, v. 22, p. 1753-1756, 2018.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, p. 1-9, 2018.

REIS, R.; TONHÁ, M. G. D. R.; PADOANI, M. P. Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 189-202, 2004.

SCHNEIDER, C.; OLIVERIA, M. S. *Saúde única e a pandemia de covid-19*. [Rio de Janeiro]: Fio Cruz, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/49923/2/cap6_saude_unica_pandemia_covid_19.pdf. Acesso em: 28 jan. 2022.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-18, 2019.

SILVA, R. S.; ROTONDANO, P. N.; SOUSA, M. M. *et al.* Práticas interdisciplinares no enfrentamento da COVID-19 na estratégia saúde da família. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 246-253, 2020.

WORLD ORGANISATION FOR ANIMAL HEALTH. *One health*. Paris: World Organisation for Animal Health, 2021. Disponível em: <https://www.oie.int/en/what-we-do/global-initiatives/one-health/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL E O USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TDIC) PARA O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

JANE MARY DE MEDEIROS GUIMARÃES
GABRIELA ANDRADE DA SILVA
ADROALDO DE JESUS BELENS
ITA DE OLIVEIRA E SILVA
DAYSE BATISTA SANTOS

“Exercitar a interprofissionalidade é possibilitar a articulação de saberes e práticas de áreas distintas da saúde e o diálogo no campo de saberes científicos e populares para o cuidado integral à saúde”.

Jane Mary de Medeiros Guimarães
e Adroaldo de Jesus Belens (2022)

A COMUNICAÇÃO DIGITAL E A NOVA CULTURA INTERATIVA EM REDE

Pretende-se neste capítulo discorrer sobre a formação interprofissional e o uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) para o cuidado integral à saúde, considerando a complexidade do armazenamento de dados em saúde na economia informacional, que

geram dados e informações que podem proporcionar às equipes de saúde o cuidado integral e a interprofissionalidade na formação e no processo de trabalho em saúde.

O conhecimento fragmentado pela modernidade repercutiu no modo de ver o mundo na sociedade ocidental. O racionalismo cartesiano e positivismo comteano deram ênfase aos conhecimentos filosóficos/científicos com *status* de superioridade frente aos demais saberes. A hierarquização de conhecimentos criou uma cisão entre o ser humano e a natureza. Por sua vez, os saberes tornaram-se instrumento de poder na cultura do Ocidente e o positivismo contribuiu para a criação e disseminação da ciência e a reorganização da sociedade capitalista industrial.

A sociedade informacional institui uma nova lógica de controle e o modo de acumulação de capital. A cibernética nasce enquanto conhecimento interdisciplinar na área da ciência da computação, com a finalidade de controlar dados e informações dentro de um sistema computacional, operada pelas relações interativas entre pessoas e máquinas. Norbert Wiener (1961) compreende a cibernética como uma área de estudo científico do controle e comunicação no animal e na máquina.

Trata-se de um novo momento de emergência da comunicação digital. O conhecimento ganha relevância enquanto aplicabilidade prática nos processos inovativos. A informação e o conhecimento são compreendidos enquanto sentidos similares, estabelecendo uma dubiedade nas interações das redes digitais.

Na década de 1990 ocorreram efetivas mudanças no processo comunicacional tradicionalmente desenvolvido pela mídia de massa, por meio de processo comunicacional linear na relação emissor/receptor. A comunicação digital cria uma nova cultura interativa em rede, alterando a produção do conteúdo, meio, apropriação e circulação informação, se materializando por meio de uma relação multivariada e participativa. A apropriação dos conhecimentos científicos e tecnológicos foram tomados como símbolo e narrativa de superioridade dos colonizadores ocidentais. O projeto civilizador tinha como estratégia uma ação cultural contra os valores de povos originários, impondo a visão de mundo dos colonizadores.

A tecnologia ganha proporção mais intensa na moderna sociedade capitalista industrial com a função de aumentar a produtividade e atender às novas demandas de consumo. Evidentemente que tanto o processo de trabalho quanto o cotidiano da sociedade se alteram à medida que novos artefatos reorientam práticas sociais que são moldadas por estes, assim como os atores as moldam de acordo com as suas necessidades que reverberam em inovações tecnológicas.

Com o desenvolvimento tecnológico através de redes, as coisas, espaços, tempos e comportamentos estão se interligando, principalmente para aqueles com acesso às Tecnologias Digital Informação e Comunicação (TDIC). Nesse novo momento histórico fenomenal e de controle e vigilância, a inteligência artificial e as plataformas controlam os dados, as informações, o modo de viver a vida e o cuidado. Os algoritmos são processos e programas de sistema/computador que coletam dados, conforme a usabilidade dos atores da internet. Na prática, as plataformas de compartilhamento contam com a colaboração de suas redes na produção de informação e conteúdo por quem utiliza a internet. O uso de TDIC na formação em saúde e na interprofissionalidade para o cuidado integral é uma missão emergente. Dessa forma, o cuidado integral constitui um dos maiores desafios para o sistema universal de saúde, desde suas bases formativas/extensionistas e de pesquisa.

O pensamento cartesiano influenciou a estruturação da formação em saúde no Brasil, tornou hegemônico o modelo centrado nas especialidades (e, conseqüentemente, na fragmentação do sujeito) e comprometeu a capacidade dos atores envolvidos no processo saúde-doença de enxergarem o sujeito histórico. Entretanto, a educação e a comunicação em saúde podem ampliar o sentido de saúde e repercutir na qualidade do cuidado integral, na consciência do processo de adoecimento, nos itinerários terapêuticos, na mudança de práticas a partir da consciência da situação de vida e determinantes sociais da saúde, assim como devem contribuir para o repensar de novas linguagens e sentidos das práticas e relações interprofissionais em saúde.

BIOSFERA DA INTERATIVIDADE COM OS PROCESSOS HUMANOS E NÃO HUMANOS

O mundo ocidental concebeu o conhecimento de modo fragmentado, o que fortemente repercutiu, e ainda repercute, no modo de vermos o mundo. Prioritariamente, movimentos intelectuais modernos (racionalismo e positivismo), deram ênfase aos conhecimentos filosóficos/científicos. A razão e o método se tornaram elementos distintivos e ganharam *status* de superioridade frente aos demais (mítico-religioso, artístico e popular). Essa hierarquização de conhecimentos criou uma cisão entre o ser humano e a natureza. Os saberes tornaram-se instrumentos de poder na cultura do Ocidente. O positivismo contribuiu para a criação e disseminação da ciência, bem como para uma rígida reorganização da sociedade capitalista.

Desde a Grécia Clássica, os trabalhos intelectual e manual determinavam o lugar social das pessoas naquela sociedade. Havia segmentos sociais privilegiados (letrados) e desprivilegiados (trabalhadores manuais e não letrados). Isso reverberou nas práticas sociais da moderna sociedade capitalista. Desse modo, o conhecimento intelectual ganhou o *status* de poder de representação da realidade e para nomear as coisas. O ato de nomear as coisas determina os atores com maior poder linguístico e simbólico.

Então, quando se questiona sobre o impacto que as tecnologias, a inovação e a criatividade têm/terão na vida das pessoas, das instituições e na formação profissional, emergem as contradições históricas na modernidade e pós-modernidade. A promessa era que a tecnologia iria diminuir os esforços humanos no processo de trabalho, mas a verdade é que ela ampliou e fortaleceu a exploração e dominação do trabalhador.

Nesse sentido, a tecnologia se apresenta não somente como mais uma forma de ampliação da capacidade humana frente aos desafios da natureza, mas também como símbolo de progresso e civilização, filosoficamente teorizada na Grécia Clássica e resignificada na Modernidade com a ciência positivista. Para Aristóteles, o conceito de *techné* significou saber o porquê das coisas, pautado em regras que permitissem a produção de determinados resultados. Aquele que conhecesse as regras, possuía a *techné*, superando aquele que apenas detinha a técnica. De acordo com o

filósofo, um conhecimento técnico constituía uma racionalidade prática, um saber que só se conhece enquanto atividade do produzir, orientado pela razão. (ARISTÓTELES, 1991, 2002)

Na segunda metade do século XX, Martin Heidegger (2001), em sua conferência *A Questão da Técnica*, denunciou os riscos da ideia de técnica disseminada, principalmente depois do efeito do uso de tecnologias no cenário da Segunda Guerra Mundial, tanto pelos alemães e seus aliados, quanto pelos norte-americanos. O filósofo chamou a atenção de que pensar a técnica e suas inovações implicava em pensar a própria essência humana.

Nessa perspectiva heideggeriana, o risco também se constituiu ao aderir a narrativa salvacionista da técnica e da tecnologia, e tomá-la como neutra. A narrativa moderna sobre o tema determina a autonomia das máquinas como propulsora da autonomia e emancipação humana. A massificação ideológica da modernidade capitalista e sua relação com a ciência e tecnologia foi observada pela Escola de Frankfurt. Os seus pesquisadores sugerem uma íntima relação entre a tecnologia e a dominação ideológica, sob a alegação de que resultaram da pesquisa científica, amparada por uma razão instrumental. Desse modo, essa visão de mundo influenciou significativamente a sociedade ocidental. De acordo com Melo (2011), o desafio da teoria crítica consistiu em poder atualizar as concepções que elucidaram os obstáculos à emancipação ou potenciais emancipatórios numa dada sociedade, de modo que fossem priorizados e analisados de modo crítico.

As descobertas científicas e tecnológicas estão associadas não somente ao símbolo de civilização e progresso, mas também à justificativa de exercício de poder e dominação de um povo sobre outro, assemelhando-se a uma espécie de geopolítica do desenvolvimento tecnológico, cujos colonizadores europeus e, depois da Segunda Guerra, norte-americanos puseram em prática na nova ordem mundial. Nesse sentido, os avanços tecnológicos, ou mesmo o conceito de inovação, estiveram necessariamente ligados ao mercado como seu principal difusor. A ideia de tecnologia envolve um certo saber tecnológico e um *modus operandi*, que dão sentido ao que será ou não a “razão instrumental” do equipamento. Nesse sentido, o processo de trabalho pode se organizar de modo a limitar ao máximo a autonomia do homem em sua efetivação e, nessas situações, o

trabalho morto captura o trabalho vivo e dá a tônica do processo de trabalho. (GUIMARÃES, 2014; MERHY; FEUERWERKER, 2009)

A partir das propostas de Marx sobre o papel da tecnologia no funcionamento da economia capitalista, Schumpeter (1997) desenvolveu sua Teoria do Desenvolvimento, com base no conceito de monopólio temporário do inovador, sendo a inovação considerada imprescindível na promoção da competitividade e do progresso social. (GUIMARÃES, 2014)

A difusão de tecnologia foi instituída a partir de narrativa que a apresentava como uma construção coisificada, autônoma e como fim a ser incorporado pela humanidade. Ademais, a tecnologia como fim, e não como meio, promovia um deslumbramento “alienante” no qual as habilidades humanas eram minimizadas, reverberando nas relações sociais, restringindo a ética e o modo de viver em coletividade. O uso, formulação e utilização da tecnologia nesse viés invisibilizam os riscos que corroem as relações de solidariedade no processo de trabalho na moderna sociedade capitalista.

O Estado totalitário não controla as emoções, desejos e projetos humanos, mas sim outros atores econômicos, políticos e sociais que, alinhados à ideologia neoliberal que preconiza a autonomia e autorregulação do mercado, visam o lucro e apropriação desigual da riqueza e da renda. Desse modo, conhecer os consumidores, suas tendências e concepções estabelece um novo modelo de concorrência, fomentada pela datificação, ou seja, “[...] ação social em dados que podem ser captados em tempo real nas redes digitais”. (SILVEIRA, 2020, p. 159) Esse novo contexto histórico, cujos dados e informação demarcam um novo modo de produção conhecimento e econômico, ao conectar várias inteligências para além do humano, cria uma nova biosfera de relações e de mercado.

A INTERPROFISSIONALIDADE NA BIOSFERA CONECTADA

A etimologia da palavra biosfera origina-se do mundo clássico grego: bios, significa vida, enquanto *sphaira* é esfera, e a junção de termos expressa esfera da vida, ambiente conectado com todas as formas de vida e seres vivos. Com o desenvolvimento de tecnologias digitais e de redes que conectam pessoas às coisas, ao espaço, ao tempo (real e virtual), comportamentos foram modificados, principalmente dos que possuem acesso às

Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC). Desse modo, retroalimenta-se o modo natural do ecossistema no planeta de sobreviver: as múltiplas inteligências vivas se conectam e inter cruzam-se nas interações em rede, formando uma cultura digital que gera dados. (SCHLEMMER; DI FELICE; SERRA, 2020)

As TDIC redimensionaram a relação com outras inteligências na biosfera social e ambiental, bem como redefiniram o processo de acumulação capitalista. Redes conectadas, mediadas por tecnologias digitais, desafiam o sentido tradicional de racionalidade ocidental, marcadamente eurocêntrica, hierarquizante, excludente e pautada em relações de poder econômico e cultural desigual e de apagamento de valores coletivos como estratégia de dominação geopolítica de cunho neoliberal.

As redes são formadas por atores (individuais, grupos e instituições) híbridos, conectados e ativos, que interagem em torno de temas. Determinam linguagens que manifestam sentimentos e afetos, mediadas por tecnologias de controle e vigilância *online*.

Na sociedade em rede, a vigilância é realizada por plataformas de compartilhamento de dados que atuam em diversos setores da economia. Por isso, a atenção de quem consome conteúdos também é objeto de disputas constantes entre as plataformas, gerando dados e informação.

Amadeu (SILVEIRA, 2020, p. 159) destaca a existência de algoritmos ou sistema de algoritmos com potencial de controle significativo. Para esse autor, a narrativa da eficiência e eficácia dos sistemas algorítmicos estimula o seu desenvolvimento, tanto no mercado quanto na inovação tecnológica, que reflete em grandes indicadores de lucratividade dessas plataformas de compartilhamento. Tais controle e lucratividade são obtidos a partir de “[...] modelos de negócios baseados na construção de estruturas de captação de ações, comportamentos e afetos, convertidos em dados”.

A dinâmica das conexões e interações em rede possibilitam negociações de sentidos, mas controladas pelas plataformas. Esse movimento econômico denomina-se capitalismo de plataforma. Esse mercado é dinamizado pela intermediação de atividades de oferta e procura de produtos e serviços, mediado por aparatos tecnológicos e logísticos, gerando dados de mercados e cadeias inteiras de produção-serviço-consumo. (SILVEIRA, 2020; SRNICEK, 2017)

Com isso, o aprender através das redes também não é uma ação neutra. Os estudantes são sujeitos desse mundo, ou seja, construtores de uma linguagem; de negociações de presenças e ausências mediadas por uma tela interativa. Eles são interativos e isso exige docentes sintonizados com esse universo cotidiano e “metafísico” interativo, no sentido de que eles conseguem viver a presença física e virtual como uma prática híbrida. Portanto, denominar esse processo de democracia híbrida é pertinente, por reconhecer esse cotidiano dinâmico de construção constante em/na rede e as possibilidades vivenciadas no cotidiano *offline* (face a face).

A saúde não está imune ao capitalismo informacional, cujas relações se estabelecem mediadas ou não por tecnologias de dados. As plataformas também são operadas no sentido de promover aprendizagem em saúde a partir de redes. Então, essa realidade tecnológica impacta na formação e no trabalho interprofissional em saúde? O que se transforma nas práticas de cuidado em saúde com o uso dessas tecnologias?

Os conhecimentos em saúde foram instituídos como instrumento de poder ao se autorizar a nomear processos, fenômenos patológicos, protocolos, entre outros. Desse legado, o modelo biomédico se estruturou como concepção de cuidado que possibilitou a difusão de narrativas de como cuidar, fundada na fragmentação do sujeito, do corpo e objetificando as doenças. (ALMEIDA-FILHO, 2010)

O mercado da saúde não se distancia desse modelo. Privilegia o cuidado médico-assistencial, individual e tecnificado. Historicamente liberal no Brasil, vem aderindo à narrativa de eficiência e eficácia como critério de qualidade. Os algoritmos determinam as metas de assistência sob controle de tempo cronológico, como critério de produtividade. O cuidado “matematizado” e o tempo determinante do cuidado fomentam uma falsa ideia de qualidade, enfraquecendo a humanização.

Entretanto, tal concepção de qualidade nas práticas de saúde do mercado contradiz os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) - integralidade, igualdade e universalidade - no cuidado à saúde e como direito social. Diante disso, o afeta a atenção à saúde de indivíduos e coletividades? A política de humanização no cuidado do SUS é afetada por essa concepção de cuidado? Em que impacta a interprofissionalidade nessa dinâmica de conexões em rede?

A universidade, por sua natureza, constitui-se como lugar de produção de conhecimento, práticas formativas e extensionistas. Então, ao reconhecer a interprofissionalidade conectada nas práticas de saúde, esta, de algum modo, contribui para o compartilhamento de saberes e práticas? As tecnologias conectadas humana e não humana são moldadas por essas interações?

Schlemmer, Di Felice e Serra (2020) sugerem que as conexões planetárias, denominadas por esses autores de redes interagentes, compõem-se de seres humanos, tecnologias, biodiversidades, objetos, superfícies, dados, redes neuronais de inteligências, formando uma arquitetura cognitiva. O interagir significa trocar informações que alteram a própria condição habitativa. Isso, segundo os autores, desloca a nossa sociabilidade, geografia e nosso ser em ambientes informatizados.

A visão desses autores atualiza a de Lévy (1993), produzida na década de 1990, cuja internet possibilitou a consolidação da inteligência coletiva. Todavia, hoje, as redes de dados dinamizam o ambiente que vivemos. Interagimos cotidianamente por meio de dispositivos móveis, *softwares* e sensores. Nesse ambiente, se recebe e se troca “[...] informações e conteúdos, continuamente se formam espacialidades interativas, ou seja, ecologias compostas por humanos e entidades diversas no interior das quais cada membro está conectado e dependente dos outros”. (SCHLEMMER; DI FELICE; SERRA, 2020, p. 3)

Paulo Freire (1980), mesmo antes da internet se popularizar, já destacava a necessidade de mudança de foco na produção da aprendizagem em que ele chamava de comunicação dialógica. Neste sentido, altera-se sim os contextos e a forma de produção da aprendizagem. Exige-se uma postura dos atores envolvidos (educadores/aprendentes; profissionais/usuários), numa relação que envolve práticas dialógicas entre o “aprender ensinando e o ensinar aprendendo”.

Com a internet e seus desenvolvimentos, a produção das interações tornara-se ecossistêmica entre humanos e não humanos (atores-redes), sem centralidade na rede, pois reconhece que pela conectividade se interliga a outras redes e isso desenha uma arquitetura ecossistêmica. Schlemmer, Di Felice e Serra (2020, p. 3) destacam que a existência de “[...] pedagogias relacionais, conectivas, em rede, capaz de produzir metodologias e

práticas inventivas, intervencionistas, reticulares e conectivas, num habitar atópico”, de alguma forma dialoga com o método freireano que enuncia a pedagogia dos oprimidos.

De acordo com Knuppels e Knuppel Junior (2021), as tecnologias refletem os processos de ensino e aprendizagem, mas também as práticas e as oportunidades para se repensar currículos, conteúdos, forma de organização de cursos e componentes curriculares, além do ato educativo e suas interfaces sociais e políticas.

A hierarquização de saberes restringe a diversidade do conhecer humano – empírico, artístico, mítico-religioso, científico, filosófico. A riqueza está na capacidade de produção compartilhada e, para isso, exige-se compreensão de novas linguagens, sentidos e narrativas sobre a saúde postos na sociedade em rede.

O ecossistema e a realidade das inteligências conectadas possibilitam a interação de cuidado para além da presença física, mas também a constituição e fortalecimento de vínculos. As TDIC nas práticas de saúde também podem fortalecer a interprofissionalidade, através dos diálogos das especificidades formativas das áreas, de modo horizontalizado e transdisciplinar, bem como do compartilhamento de conhecimentos e saberes, numa perspectiva ecossistêmica. Produzir e promover saúde a partir de conexões pode reverberar na humanização do cuidado no SUS.

Diante disso, em que consiste a interprofissionalidade conectada? Quais desafios postos frente a essa estratégia de trabalho e formação?

Essa ampliação nos exige esforços para a transformação no modo de se comunicar e interagir com as pessoas, grupos e comunidades do território. A linguagem, pois, gera centralidade porque determina os modos de construir as narrativas que legitimam as relações de poder. Uma linguagem restrita fala para os pares, enquanto a ampliada, para os diferentes campos de saberes. (FOURRER, 2005) Isso não reduz a amplitude epistêmica do saber, nem seu rigor metodológico. Pelo contrário, retomamos ao senso comum onde surgem todas as problemáticas, discursos, relações de poder e retroalimentação dos vários saberes, construídos na escola, universidade e no contexto cultural e empírico; enfim na vida humana.

A universidade, por sua vez, que dialoga com os vários saberes e práticas, não somente com os seus pares, sai dos seus muros tanto na formação,

quanto no seu papel de produção, divulgação, difusão e disseminação da cultura científica articulada à vida concreta das pessoas. Essas ações atuam como uma imersão ao mundo e seus desafios, ao cotidiano das relações sociais, das estruturas sociais e culturais que em parte negam o saber de base epistêmica e por outro nos desafiam a dar resposta, a partir do desvelamento de intenções e estratégia de poder.

CUIDADO INTEGRAL E A INTERPROFISSIONALIDADE

Ao entendermos que a interprofissionalidade constitui o processo que induz ao encontro de elementos comuns entre as distintas áreas de saber, compreendemos que o cuidado integral é uma missão necessária. O termo integralidade foi introduzido no sistema de saúde brasileiro, inspirado pelo avanço, em outros países, da medicina integral e, sincronicamente, como uma das bandeiras de luta em prol da efetivação de um sistema de saúde efetivo, humanizado e democrático.

Dessa forma, o cuidado integral, sem dúvidas, constitui um dos maiores desafios para o sistema de saúde, desde as suas bases formativas/extensionistas e de pesquisa até a prática exercida no cotidiano das unidades de atenção primária, secundária e terciária. Posto que, ao influenciar a estruturação da formação em saúde no Brasil, o pensamento cartesiano tornou hegemônico o modelo centrado nas especialidades (e, conseqüente, na fragmentação do sujeito), comprometeu-se a “capacidade” dos atores envolvidos no processo saúde-doença de enxergar o sujeito histórico, constituído pelas dimensões física-psíquica-social e espiritual, ou seja, o sujeito integral.

Por conseguinte, o despreparo para compreender o outro a partir de uma concepção holística, bem como para promover o cuidado integral, especialmente através do exercício interprofissional, tem corroborado para o aumento dos “[...] subdiagnósticos, sobremedicações, polifarmácia, sub-registros, sobrerreferenciamentos e tantos outros problemas que decorrem de práticas de cuidado que não têm a integralidade como norte”. (CARNUT, 2017, p. 1183)

Outrossim, o massivo discurso acerca de que a informatização dos serviços de saúde é o caminho para a efetivação de um modelo de saúde

resolutivo e eficaz, sinaliza a urgente necessidade de se analisar o sentido empregado, neste caso, aos termos resolutivo e eficaz na perspectiva de cuidado integral e, da mesma forma, alerta para o perigo de fortalecer práticas mecanicistas – positivistas como substitutivas às práticas que emergem através do encontro entre sujeitos, realidades e territórios.

Não se pode perder de vista que, apesar da ampliação e dos resultados positivos obtidos através do uso das TDIC em saúde, a clínica ampliada (e soberana), a consulta colaborativa, os planos terapêuticos singulares e coletivos, a busca ativa, a escuta terapêutica, os círculos de cultura, as rodas de conversa, a dialogicidade entre os núcleos de saber em favor da efetivação de um campo de saúde coletivo que alcance o território e sujeito na sua integralidade e afins continuam sendo as “instrumentalizações” mais efetivas para efeito da inter-relação comunicação e saúde.

Exemplificando, trazemos a corrida pelo alcance de indicadores propostos pelo Programa Previne Brasil, constantemente vivenciada pela maioria dos municípios brasileiros, *versus* a tendência a condicionar o alcance de tais resultados à implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Amiúde o que se vê na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) é a substituição de um processo de trabalho centrado no cuidado integral e interprofissional, pela crescente necessidade do uso de tecnologias duras (máquinas e instrumentos), em detrimento do uso das tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e das tecnologias leves (as tecnologias das relações), que, por sua vez, sempre demarcaram o itinerário do cuidado na APS (MERHY, 2008), resultando em uma APS cada vez mais longe do cumprimento dos seus atributos.

Em suma, é irrefutável que o trabalho vivo interage (e até certo ponto é interdependente) das diversas tecnologias e ferramentas (máquinas, normas, protocolos, outros). O que não se pode desprezar é que a produção do cuidado integral exige o “encontro” com subjetividades, alcançada somente na relação direta com o outro e com as suas diversidades, memórias, histórias, contexto e experiência prévia.

Não se produz trabalho interprofissional através de diálogos entre os produtores do cuidado intermediados apenas por tecnologias, sob o risco de, como já fora dito acima, promover um deslumbramento “alienante”, capaz de substituir as habilidades humanas. E neste momento, a formação

interprofissional emerge enquanto caminho necessário para uma práxis capaz de promover um cuidado integral e “completo”, a partir do encontro com os “outros saberes”, sejam estes interprofissionais ou oriundos dos territórios, culturas e diferentes sujeitos e cosmovisões.

Quicá as “uni-versidades ocidentais” transformem-se em “pluri-versidades decoloniais” (GROSFUGUEL, 2016, p. 46), a fim de que os sujeitos sociais, assim como os profissionais da saúde, estejam aptos a dialogar entre si e com o mundo sem a visão reducionista e “ególatra” de detentor do saber. De outra forma, permanecerá o projeto de cuidado integral e potencialização das iatrogenias culturais. Cuidado integral exige, inicialmente, homens integrais e produção de saberes elaborados pelo encontro com o mundo.

Diante disso, o uso da TDIC contribui na formação em saúde para a integralidade do cuidado?

TDIC E A FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: QUESTÕES ÉTICA E DE SEGURANÇA DIGITAL

A argumentação a seguir busca articular duas recentes – mas nem tanto – discussões na formação de profissionais de saúde: o uso de TDIC e a interprofissionalidade. Enquanto a primeira surgiu diante da invenção de novas tecnologias, remetendo-nos a cerca de duas décadas no século XXI, a segunda tem relação com a organização da força de trabalho e vem sendo discutida há mais de 50 anos, ainda que com nomes, formatos e paradigmas distintos daqueles que compreendemos e buscamos fortalecer. Atualmente, temos empregado com frequência, nas discussões de âmbito acadêmico, profissional e político, os prefixos “inter”, “multi” e “trans” seguidos das palavras “disciplina” e “profissão”, mas nem sempre os conceitos estão claros ou se tem consciência de que são distintos. (CECCIM, 2018)

Em famosas definições de um boletim de 1997, publicado pelo *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) (1997, p. 19, tradução nossa), acerca da multi- e da interprofissionalidade na educação em saúde, a multiprofissionalidade consiste em “ocasiões em que duas ou

mais profissões aprendem juntas, por qualquer que seja a razão”. A interprofissionalidade, por sua vez, seria um subconjunto da multiprofissionalidade na educação em saúde, referindo-se às “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem juntas com o objetivo de cultivar práticas colaborativas”. Assim, a interprofissionalidade se definiria por seu propósito explícito de criar práticas conjuntamente, devendo integrar a formação.

As discussões acerca da interprofissionalidade têm se intensificado na medida em que se amplia o reconhecimento do trabalho em equipe como ponto essencial para a integralidade do cuidado. Para que se criem condições para as trocas e colaboração entre trabalhadores, é preciso reconhecer quais são os elementos em comum que dizem respeito a todo o conjunto de saberes e práticas de cuidado em saúde, para além dos elementos especializados e disciplinares.

A interprofissionalidade é considerada essencial no contexto brasileiro de funcionamento do SUS, que tem como princípio doutrinário a integralidade – conceito polissêmico que pode remeter à integração dos níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), à articulação entre ações preventivas, curativas e de promoção, a uma concepção holística dos sujeitos, ao atendimento integral das necessidades (físicas, psicológicas, sociais, econômicas etc.) e ao modo de cuidado pautado no acolhimento e na humanização. (SILVA; RAMOS, 2010) Considera-se que a integralidade e a interprofissionalidade são conceitos conectados e que deveriam pautar a formação em saúde.

Entretanto, historicamente, tem sido um desafio fazer com que a interprofissionalidade se sobreponha à tendência de trabalhadores de saúde de cada área atuarem de forma isolada das demais (LIMA; ANTUNES; LEMOS, 2019), com forte divisão técnica e social do trabalho, estímulo à especialização (VERAS et al., 2018), partindo de uma perspectiva laboral hierárquica e *médicocentrada*, que, no Brasil, vem sendo criticada pelo menos desde a década de 1970: “[...] as ocupações da saúde têm estado tradicionalmente sob a égide da medicina. Daí o nome paramédico dado uma certa época ao pessoal das demais ocupações de saúde. A situação tem mudado e hoje em dia consistentemente fala-se em equipe de saúde”. (VERAS et al., 2018, p. 119, grifo do autor) Contrapondo-se à atuação hierárquica, disciplinarizada e individualizada, em geral surgem as reflexões

e recomendações acerca da formação profissional, à qual se atribui papel central na construção da interprofissionalidade. (CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION, 1997; CHAVES, 1972; LIMA; ANTUNES; LEMOS, 2019)

Chaves (1972) defendeu a necessidade de se estudar a interdependência entre as ocupações da área de saúde. Porém, sua visão ainda se limitava a uma divisão hierárquica das categorias profissionais, de forma que a distribuição de funções se daria dentro de pirâmides ocupacionais, por delegação (de um nível mais alto a outro mais baixo, como, por exemplo: da enfermeira para técnicas de enfermagem e destas para auxiliares de enfermagem) ou por especialização (de um nível mais baixo para outro mais alto, como, por exemplo, de um médico generalista para outro especializado).

A horizontalidade nas tomadas de decisão e distribuição de tarefas e funções não foi mencionada, mas sugeriu-se facilitar a mobilidade de trabalhadores de saúde dentro de cada pirâmide e entre pirâmides, o que exigiria “[...] uma série de mudanças no aparelho formador que reaproximem as profissões de saúde, hoje muito distantes umas das outras. Para que haja uma equipe de saúde no campo, é necessário pelo menos um esboço de equipe durante a formação”. (CHAVES, 1972, p. 155)

Essas mudanças evitam sobreposições entre cursos de diferentes níveis da mesma área, mas, ao mesmo tempo, asseguram “algo em comum” (CHAVES, 1972, p. 155) entre cursos de áreas de saúde distintas. Foram mencionadas experiências em que, em menor ou maior grau, tais medidas já estariam sendo adotadas, a partir da estruturação de um currículo nuclear, que reúne estudantes de várias profissões, e um currículo específico para cada profissão. Como se vê, essa proposta é similar à vigente atualmente nos Bacharelados Interdisciplinares em Saúde. (ALMEIDA-FILHO et al., 2014; TEIXEIRA; COELHO, 2014; VERAS et al., 2018)

Os cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) são de formação geral e natureza interdisciplinar, com terminalidade própria, permitindo ao egresso três alternativas não excludentes: seguir diretamente para o mercado de trabalho, ingressar em cursos de formação específica e profissionalizante ou ingressar em cursos de pós-graduação.

Os BIS constituem-se em cursos de “primeiro ciclo” do processo de formação em saúde, que se propõem a oferecer uma formação humanística, científica e artística para além dos conteúdos, competências e habilidades próprias do campo interdisciplinar da saúde. Contrapondo-se à estrutura universitária fragmentada em “escolas e faculdades específicas, organizadas em departamentos que reproduzem a fragmentação do conhecimento em disciplinas sem articulação entre si” (VERAS et al., 2018, p. 295-296), ambos foram implantados em unidades acadêmicas chamadas Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, cujo objetivo é não apenas a interprofissionalidade, mas também a inter- e transdisciplinaridade. (ALMEIDA-FILHO et al., 2014; VERAS et al., 2018)

Outras universidades brasileiras, embora não tenham aderido ao sistema de ciclos de formação, implantaram outros modelos de Educação Interprofissional, a exemplo dos cursos de saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) da Baixada Santista. Nessa experiência, os cursos de graduação em saúde (Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social) têm matriz curricular orientada por quatro eixos de formação: o ser humano em sua dimensão biológica, o ser humano e sua inserção social, o trabalho em saúde e, a aproximação à uma prática específica em saúde (este último direciona às questões específicas de cada profissão). As turmas são formadas intencionalmente por estudantes de diferentes cursos, assegurando-se momentos de aprendizagem compartilhada. (BATISTA, 2012)

Para além de transformações na arquitetura curricular, Reeves (2016) mencionou diversos métodos de ensino-aprendizagem que podem ser utilizados para promover a educação interprofissional, tais como: aprendizado baseado em seminário, em observação, em problemas, em simulação, na prática clínica, *e-learning* (discussões *online*) e misto (integrando *e-learning* com outro método tradicional). Tais métodos seriam apropriados por permitir interatividade, sendo esta uma característica-chave para a educação interprofissional. Reconheceu ainda que, oportunidades para o aprendizado informal (encontros sociais entre estudantes que discutem aspectos de sua educação formal) são úteis nesse processo, por permitir o compartilhamento entre pares.

Conhecendo, portanto, a relação entre interprofissionalidade e integralidade, sua importância para o SUS e o papel central que tem sido atribuído à formação em saúde no desenvolvimento das competências e habilidades necessárias para a atuação nesses paradigmas, resta estabelecer a relação das equipes de saúde com as TDIC, cuja discussão é mais recente, mas se intensificou abruptamente desde 2020, devido às novas necessidades despertadas pela pandemia de covid-19. Para além de lidar com os desdobramentos diretamente relacionados com a doença (tratamento da covid, desenvolvimento de vacinas, planejamento e execução acerca da imunização da população etc.), foi necessário adotar o distanciamento físico como medida sanitária e, quando possível, adaptar as práticas de saúde para um cenário de atendimento remoto.

Nesse contexto, todas as categorias profissionais de saúde se depararam com um problema em comum: em poucos meses, foram pressionadas a examinar as formas de oferecer cuidados usando as TDIC, o que exige mudanças de paradigmas em termos éticos e técnicos. Ao mesmo tempo, depararam-se com as amplas possibilidades despertadas pela comunicação em rede, transcendendo as limitações de espaço físico. Entretanto, impôs-se a necessidade de superar o despreparo de profissionais para essa nova realidade, uma vez que a telessaúde não costuma ser parte integrante da formação em saúde. Trata-se, portanto, de um momento histórico em que foi e ainda é preciso inserir a telessaúde simultaneamente nas práticas profissionais e na formação, impondo-nos um duplo desafio.

Esse contexto, ainda que desafiador, configurou oportunidade inédita para o desenvolvimento de uma educação interprofissional: adveio a necessidade premente de desenvolver ferramentas, técnicas, tecnologias leves e duras para todas as profissões de saúde, com vários elementos em comum, o que implica em uma inclinação para o conceito de interprofissionalidade definido por Ceccim (2018): o termo “inter-” referindo-se ao que é comum de dois (ou mais), remetendo ao ponto de indiscernibilidade e convergência de elementos de profissões distintas, mas que integram um mesmo campo de saber. Simultaneamente, a educação remota passou a ser uma nova realidade, ainda que num contexto de precariedade, insuficiência de infraestrutura (ARRUDA, 2020) e de desconforto para o corpo docente da área de saúde, que teve de reconstruir suas práticas

de ensino-aprendizagem em um prazo muito curto e, muitas vezes, com pouco apoio institucional. (POSSOLLI; FLEURY, 2021) Com o uso de TDIC na saúde e na educação, descobriu-se um amplo leque de possibilidades de comunicação em rede, de forma interprofissional e interinstitucional, que vem ao encontro da interatividade e da promoção de oportunidades de compartilhamento defendidos por Reeves (2016) como essenciais para a educação interprofissional.

Ao mesmo tempo em que envolve especificidades próprias de cada profissão (ex.: realização de exames físicos é um impasse para a medicina, a enfermagem e a fisioterapia, mas não para a psicologia), também apresenta elementos comuns (ex.: a necessidade de se assegurar o sigilo, reduzindo risco de ataques cibernéticos e vazamento de informações). Assim, é certo que o uso de TDIC nas práticas de saúde é um ponto em comum entre os saberes e práticas pertencentes às diversas profissões de saúde, sendo, portanto, desejável a sua discussão referenciada na interprofissionalidade.

É certo que o advento das TDIC no cuidado integral à saúde tem demonstrado grande relevância se adotada coletivamente, pois amplia as estratégias de cuidado ao indivíduo, refletindo ainda na economia de custos a longo prazo, sobretudo por utilizar uma forma mais sustentável e organizada de manutenção de políticas de saúde pública. (NITTARI et al., 2020)

Além de viável e aceita em várias áreas do conhecimento em saúde (curativa, assistencial, consultiva e formativa), o uso de TDIC reduz a distância entre o profissional de saúde e o paciente, principalmente em áreas de difícil acesso (comunidades isoladas, áreas rurais). Entretanto, as ressalvas e considerações éticas no uso das TDIC podem ser diferentes, maiores ou mais variáveis quando comparados aos com os modelos de atendimento presencial (KEENAN; TSOURTOS; TIEMAN, 2021), podendo gerar riscos não intencionais para os pacientes, o que, por sua vez, pode reduzir a eficácia, minando as melhores intenções de governos e médicos. (KAPLAN; LITEWKA, 2008; KEENAN; TSOURTOS; TIEMAN, 2021)

Para que as TDIC sejam adotadas do nível local ao nível global, questões éticas e legais relacionadas à privacidade e confidencialidade dos dados do paciente, à padronização da legislação, à humanização do atendimento, à manutenção, utilização e substituição de aparelhos e à capacitação dos

profissionais que utilizarão tais tecnologias digitais devem ser asseguradas e são essenciais e urgentes.

Nesse sentido, não somente as empresas que fornecem os equipamentos e os órgãos regulatórios, mas também as universidades, as instituições de formação e as sociedades científicas necessitam garantir, de forma hábil, certeza regulatória e formação integrada e interprofissional dos envolvidos. (NITTARI et al., 2020)

Sendo assim, o uso de TDIC no cuidado integral à saúde não pode ser apenas a implementação de um imperativo tecnológico. Esta deve estar preocupada com a natureza alterada da relação profissional-paciente, com a falta do toque humano no cuidado, com a medicalização no ambiente domiciliar, com a compreensão do paciente durante a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, assim como com o fato de que, por trás de um formulário eletrônico ou de uma imagem transmitida através da tela (MARTI-BONMATI et al., 2012), há uma pessoa em sofrimento, não tornando o paciente apenas uma estatística. Deve ainda garantir a justiça e a equidade no acesso aos tratamentos telerrealizados, a autonomia e a segurança dos dados do paciente, da sua diversidade cultural e do sistema de valores humanos e individuais. (LOUTE; COBBAUT, 2017)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tecnologia ganha proporção mais intensa na moderna sociedade capitalista industrial com a função de aumentar a produtividade e atender às novas demandas de consumo. Com o desenvolvimento tecnológico através de redes, coisas, espaço, tempo e comportamentos estão se interligando, principalmente para aqueles com acesso às TDIC. O seu uso pode contribuir na formação e integralidade do cuidado em saúde envolvendo os atores, como sujeito autônomo e histórico no seu processo saúde-doença.

A economia informacional gera dados e informações sob a lógica do lucro. Em contrapartida, a lógica sanitária valoriza saberes e práticas para o cuidado integral à saúde de indivíduos e coletividades, a partir dos determinantes sociais.

A interprofissionalidade nas práticas de saúde apresenta-se como um desafio, considerando os modelos de formação em saúde, a complexidade

da sociedade informacional e a segurança no armazenamento de dados, colocando em risco as relações éticas na privacidade dos dados de pessoas usuárias do sistema de saúde.

A valorização e disseminação de saberes diluem as barreiras linguísticas e aumenta o respeito à diversidade, experiência do outro, possibilita o aprender com todos os saberes envolvidos na interação para a produção da saúde, sendo que a cultura digital pode ser um meio relevante para isso.

A universidade é lugar de experiências formativas e produção de conhecimento. O desafio posto é ressignificar práticas a partir das transformações culturais, políticas e econômicas. As tecnologias, como um fenômeno presente em nossas vidas, agora ganham mais relevância, ao transcender o óbvio, através de uma construção com base epistêmica para dar resposta às necessidades de saúde. Nesse sentido, emerge o exercício da interprofissionalidade, articulação de saberes e práticas para o cuidado integral à saúde.

REFERÊNCIAS

ACCOTO, C. *Il mondo dato*. Milano: EGEA, 2017.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 2234-2249, 2010.

ALMEIDA-FILHO, N. M.; SANTANA, L. A. A.; SANTOS, V. P. *et al.* Formação médica na UFSB: I Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no primeiro ciclo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 337-348, 2014.

ARISTÓTELES. *Ética a nicômaco*. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os pensadores, v. 12).

ARISTÓTELES. *Metafísica*. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

ARRUDA, E. P. Educação remota emergencial: elementos para políticas públicas na educação brasileira em tempos de Covid-19. *Em Rede*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 257-275, 2020.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, 2012.

CARDOSO, A. J. C.; GUIMARÃES, J. M. M.; FARIA, L. *et al.* O modelo de formação em saúde da UFSB como proposta de educação interprofissional. In: TUGNY, R. P.; GONÇALVES, G. (org.). *Universidade popular e encontro de saberes*. Salvador: Edufba; Brasília, DF: Ed. UNB, 2020. p. 559-584.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 2 mar. 2022.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. *CAIPE Bulletin n° 13: summer 1997: interprofessional education: what, how & when?*. London: CAIPE, 1997. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/archived-publications/caipe-bulletin-nos-13-1997-interprofessional-education-what-how-when>. Acesso em: 2 mar. 2022.

CHAVES, M. M. *Saúde e sistemas*. São Paulo: FGV, 1972.

FOUREZ, G. *A construção das ciências*. São Paulo: Ed. Unesp, 1995.

FOUREZ, G. *A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências*. São Paulo: Ed. Unesp, 2005.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

GROSFUGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Human Architecture: Journal of the Sociology of Self-Knowledge*, Boston, v. 11, n. 1, p. 73-90, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922016000100003>. Acesso em: 27 fev. 2022.

GROSFUGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016.

GUIMARÃES, J. M. M. *Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: mídia, acesso e cuidado do diabetes*. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

- HEIDEGGER, M. A. Questão da técnica. In: HEIDEGGER, M. *Ensaios e conferências*. Petrópolis: Vozes: Universidade São Francisco, 2001. p. 11-38.
- HEIDEGGER, M. A. *Questão da técnica: ensaios e conferências*. Petrópolis: Vozes, 2019.
- KAPLAN, B.; LITEWKA, S. Ethical challenges of telemedicine and telehealth. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, New York, v. 17, n. 4, p. 401-416, 2008.
- KEENAN, A. J.; TSOURTOS, G.; TIEMAN, J. The value of applying ethical principles in telehealth practices: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 23, n. 3, p. 1-25, 2021.
- KNUPPEL, M. A. C.; KNUPPEL JUNIOR, L. C. *Sociedade tecnológica: diálogos, cruzamentos e entrecruzamentos*. Salvador: Ed. Uneb, 2020.
- KNUPPEL, M. A. C.; KNUPPEL JUNIOR, L. C. *Sociedade tecnológica: diálogos, cruzamentos e entrecruzamentos*. Salvador: Ed. Uneb, 2021.
- LÉVY, P. *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993. v. 36.
- LÉVY, P. *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Curitiba, 2020. v. 36.
- LIMA, A. F. S.; ANTUNES, M. B. C.; LEMOS, E. C. Educação interprofissional em saúde e a promoção da integralidade do cuidado: uma revisão de literatura. *Cadernos do Cuidado*, [Brasil], v. 3, n. 2, p. 1-19, 2019.
- LOUTE, A.; COBBAUT, J. What ethics for telemedicine?. In: MENVIELLE, L.; AUDRAIN-PONTEVIA, A-F.; MENVIELLE, W. *The digitization of healthcare: new challenges and opportunities*. London: Palgrave Macmillan, 2017. p. 399-416.
- MARTI-BONMATI, L.; MORALES, A.; DONOSO BACH, L. Toward the appropriate use of teleradiology. *Radiologia*, [Barcelona], v. 54, n. 2, p. 115-123, 2012.
- MELO, R. Teoria crítica e os sentidos da emancipação. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. 62, p. 249-262, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-4979201100020000>. Acesso em: 7 mar. 2022.
- MERHY, E. E. *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec, 2008.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). *Leituras de novas tecnologias em saúde*. São Cristóvão: Ed. UFS, 2009. p. 29-74.

NITTARI, G.; KHUMAN, R.; BALDONI, S. *et al.* Telemedicine practice: review of the current ethical and legal challenges. *Telemedicine and e-health*, Larchmont, v. 16, n. 2, p. 1427-1437, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/tmj.2019.0158>. Acesso em: 1 jul. 2022.

POSSOLLI, G. E.; FLEURY, P. F. F. Desafios e mudanças na prática docente no ensino remoto emergencial na educação superior em saúde e humanidades. *Research, Society and Development*, Itabira, v. 10, n. 13, p. 1-23, 2021.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

SCHLEMMER, E.; DI FELICE, M.; SERRA, I. M. S. Educação onlife: a dimensão ecológica das arquiteturas digitais de aprendizagem. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 36, p. 1-22, 2020.

SCHUMPETER, J. A. *Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico*. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Ciência, Cuidado & Saúde*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 593-601, 2010.

SILVEIRA, S. A. Sistemas algorítmicos, subordinação e colonialismo de dados. In: SABARIEGO, J.; AMARAL, A. J.; SALLES, E. B. C. (org.). *Algoritmos*. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020. p. 179-181.

SRNICEK, N. *Platform capitalism*. New York: John Wiley & Sons, 2017.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. M. T. A. D. (org.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador: Edufba, 2014.

VERAS, R. M.; COELHO, M. T. A. D.; TEIXEIRA, C. F. *et al.* A formação em regime de ciclos do bacharelado interdisciplinar em saúde da Universidade Federal da Bahia e a proposta de educação interprofissional. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, Campinas, v. 23, p. 294-311, 2018.

WIENER, N. *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge: MIT Press, 1961.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO II NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MODO INTERPROFISSIONAL

JOSENEIDE SANTOS QUEIROZ
PATRÍCIA FIGUEIREDO MARQUES
URBANIR SANTANA RODRIGUES

INTRODUÇÃO

Este capítulo se propõe a relatar uma experiência sobre os momentos de convergência de aprendizados agrupados como resultado do modelo metodológico adotado pelo Estágio Supervisionado II, no âmbito hospitalar, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Uma das autoras, ao iniciar atividades do magistério superior na UFRB, em 2016, trazia a *expertise* do trabalho enquanto coordenadora de enfermagem em nefrologia. Nessa área, a atuação interprofissional é uma prática que nasce com o serviço, pelo desafio de cuidar de pessoas dependentes de métodos de substituição renal de modo longitudinal. Em outro aspecto, estava saindo de uma instituição filantrópica que havia

implantado o Núcleo da Qualidade em Saúde, participando das etapas da Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), no qual aprendeu a utilizar as ferramentas da qualidade, principalmente o ciclo de melhoria contínua, conhecido pelo acrônimo PDCA.

As demais autoras, docentes de Supervisionado II, com ênfase no âmbito hospitalar, já trabalhavam com diretrizes metodológicas para a Educação em Serviço, proposta estabelecida na Resolução CONAC 05/2019 e Portaria nº 1.114, de 15 de outubro de 2018 (BAHIA, 2018), caracterizando a contribuição da universidade para o campo de práticas. Nessa ação, desenvolvendo competências, habilidades e atitudes utilizando a experiência na vida real, estabelecendo a relação de ensino, extensão e pesquisa entre a universidade e o campo de estágio. Sendo esse componente curricular o último período do discente para sua conclusão de curso e o estágio de maior carga horária; são 459h/semestre.

Assim, associando as experiências das docentes e utilizando para subsidiar as atividades o Regulamento do Estágio Supervisionado II (ECSII), referencial teórico-prático da pedagogia baseada em problemas (SANTOS; DEMARCO; AMESTOY, 2017), das Metodologias Ativas de Aprendizagem (PAIVA et al., 2016; SANTOS et al., 2019), da Qualidade em Saúde nos Serviços Públicos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b) e das Metas Internacionais para Segurança do Paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a), construiu-se, aplicou-se, avaliou-se e reestruturou-se a cada semestre, a partir da implantação de uma proposta metodológica.

Apresentado o cenário, o desafio pessoal proposto estava pautado em construir uma proposta metodológica capaz de agregar todos os conteúdos às necessidades do estágio. Uma pergunta conduzia a busca pelo aperfeiçoamento e contribuição ao componente: como integrar o discente ao campo de estágio em Supervisionado II, de modo gerencial e interprofissional?

ASPECTOS METODOLÓGICOS: USO DE METODOLOGIAS ATIVAS

A pedagogia baseada em problemas para o processo de ensino aprendizagem para enfermagem caracteriza-se pela identificação de problemas

(SANTOS; DEMARCO; AMESTOY, 2017) ou mediante demandas do serviço. Essa situação funciona como estímulo para definir as questões de aprendizagem, as quais subsidiarão a busca de referências para a construção de uma proposta de intervenção que será discutida junto a coordenação do serviço e posteriormente implementada e avaliada. Articulado essa situação problema identificada com a proposta das metodologias ativas é possível a melhoria do pensamento crítico, da autonomia, da motivação para a aprendizagem, da atitude de busca ativa, da capacidade de trabalhar em equipe e de resolver problemas.

As Metodologias Ativas, de acordo com Weber (2019), motiva e desperta a curiosidade, concomitantemente as/os alunas/os se inserem na teorização e despertam para novos elementos ainda não buscados nas aulas ou na própria perspectiva docente.

O campo de práticas e estágios utilizado pelos docentes são os hospitais públicos, alguns são hospitais escolas, outros parceria público-privada, outros filantrópicos. Independente da natureza jurídica administrativa, esses locais são campos de formação dos discentes, em que se aproximam os ensinamentos teóricos e práticos e neste ambiente será formada a práxis dos novos profissionais. (ANDRADE; PINTO, 2022) Esse campo de trabalho é complexo e com necessidade de atualizações constantes, impulsionadas pelo avanço tecnológico, inovações no campo da engenharia e profissões específicas da área da saúde. (ANDRADE; PINTO, 2022)

A partir de 2013 a ANVISA adota as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao incorporar no seu escopo a segurança do paciente como a sexta dimensão da Qualidade em Saúde. Um destaque dentro desta atividade, para as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, tornando-se o referencial para ser implantado em todos os hospitais públicos. (SILVA; PINTO, 2017) Desse modo, a proposta adotada pelos hospitais públicos em implantar o Núcleo de Segurança do Paciente fazia parte de uma proposta do Ministério da Saúde para reduzir os eventos adversos relacionados à assistência à saúde de modo interprofissional.

Para a prática docente, os elementos encontrados em desenvolvimento no ECSII, estavam propostos em um documento, que descreviam as atividades em fases, de modo sucinto apresentadas abaixo e consistiam em:

Fase diagnóstica. Momento de apropriação das normas e rotinas do setor e identificação de um problema assistencial para buscar desenvolver uma atividade de Educação em Serviço.

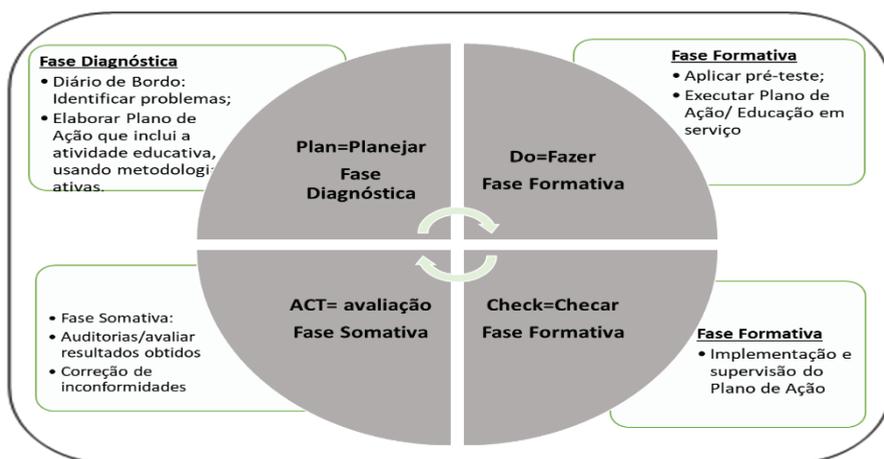
Fase Formativa. Momento designado a desenvolver habilidades na assistência direta aos pacientes e na inserção na equipe de trabalho.

Fase Somativa. Momento para exercer atividades gerenciais, realizar avaliação do estágio e da execução de uma atividade educativa direcionada para a equipe de enfermagem.

O campo de estágio em 2016 era um hospital público, administrado em parceria público-privada e contava com o diferencial de ter passado por programa de Acreditação Hospitalar e alcançado o nível 2 pelos critérios da ONA. Existia também, implantado, o Núcleo de Segurança do Paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b), no período, liderado por uma enfermeira, isso foi importante para a apresentação da proposta de trabalho, pois reduzia as dificuldades de comunicação e possibilitou acesso a participação dos docentes e discentes ao grupo interprofissional.

Esse conglomerado de informações tomou forma em uma descrição de uma imagem-objetivo, apresentada na figura abaixo:

Figura 1: Proposta teórica prática sobre processo de ensino aprendizagem do componente estágio curricular supervisionado em enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Fonte: adaptada de Queiroz, Marques e Rodrigues (2021).

O ciclo de melhoria contínua é uma ferramenta da Qualidade em Saúde (SESTREM, 2022), ele foi utilizado como instrumento para dar um horizonte temporal às atividades a serem desenvolvidas em cada fase do ECSII. Desenvolvemos uma metodologia para o estágio que agregava e estruturava tudo que já havia sido construído até o momento. As etapas do ciclo PDCA foram adaptadas às fases do estágio, desse modo, foi estruturado:

Quadro 1: Descrição do processo de ensino aprendizagem do componente estágio curricular supervisionado em enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Acrônimo do Ciclo de Melhoria X Fase do Estágio	Tempo para execução	Atividades desenvolvidas por Docentes	Atividade Desenvolvida por discentes
Planejar = P Fase Diagnóstica	3 semanas= 90 Horas	Contatar o Núcleo de Segurança do Paciente ou a Qualidade em Saúde e buscar a estratégia de trabalho para direcionar as atividades dos discentes.	Elaborar o Diário de Bordo: atividade descritiva do campo de estágio com identificação de um problema assistencial dentro do acordado com o Núcleo de Segurança do Paciente.
Fazer= D 1ª Fase- Formativa	4 semanas= 120 Horas	Revisar a atividade educativa programada e a metodologia ativa estabelecida para a atividade.	Apresentar atividade para o Núcleo de Segurança do Paciente Aplicar Plano de Ação com a metodologia ativa de Educação em Saúde
Checar= C 2ª Fase- Formativa	4 semanas= 120 Horas	Supervisionar aplicação da Educação em Serviço nas unidades.	Aplicar Plano de Ação com a metodologia ativa de Educação em Saúde
Avaliar= A 3ª Fase- Somativa	4 semanas= 120 Horas	Orientar as auditorias e o relatório com os resultados obtidos, agendar o momento de apresentação dos resultados para a instituição.	Realizar auditorias e escrever o relatório das atividades com sugestões de correção das inconformidades

Fonte: elaborado pelas autoras.

Estabelecer esta correlação entre as fases do estágio e a ferramenta PDCA proporcionou experiências inovadoras para docentes e discentes. O Núcleo de Segurança do Paciente trabalha para estabelecer medidas de mitigação de risco de modo interdisciplinar, usando as Metas Internacionais de Segurança do Paciente ou outros referenciais estabelecidos institucionalmente. Os docentes e discentes participam das discussões para identificação do “problema assistencial” que precisava ser abordado no treinamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho docente foi caracterizado como extensão e a universidade promoveu a entrega de certificados para os participantes, fortalecendo o papel da instituição em promover Educação em Serviço. Os relatórios produzidos podem se tornar objetos de pesquisa e/ou trabalhos como relato de experiência, estudo de caso entre outros para apresentação em congressos ou escrita de artigos científicos.

O uso do PDCA aplicado ao ECSII continua a se desenvolver e manter seu ciclo de melhoria contínua com objetivo de integrar as ações de educação, extensão e pesquisa proporcionadas pelo trabalho interdisciplinar em construção. Longo é o caminho a ser trilhado para promover a integração entre instituições e obter efetiva inserção dos discentes no mundo corporativo do trabalho, mas esta metodologia adotada tem demonstrado um bom potencial a ser expandido para outros componentes curriculares e quiçá adotado por outras instituições.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília, DF: Anvisa, 2013a. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%A0ncia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 21 fev. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Investigação de eventos adversos em serviços de saúde*. Brasília, DF: Anvisa, 2013b. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro5-InvestigacaoEventos.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

ANDRADE, L. R.; PINTO, I. C. M. Parceria público-privada na gestão hospitalar no sistema único de saúde da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 38, n. 2, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00018621>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria de Estado da Saúde da Bahia. Portaria nº 1114, de 15 de outubro de 2018. Chamamento público para seleção de instituições de ensino superior, públicas e privadas e comissões. *Diário Oficial do Estado*, Salvador, 16 out. 2018. Disponível em: DIARIO-OFICIAL-16.10.2018-PORTARIA-n-1114-Chamamento-Publico-para-Selecao-de-Instituicoes-de-Ensino-Superior2c-publicas-e-privadas-e-comissao-pag.-26-29-2.pdf (semesb.com.br). Acesso em: 21 fev. 2022.

CRUZ DAS ALMAS. Resolução nº 005/2019. Dispõe sobre aprovação do regulamento de estágios obrigatórios e não obrigatórios da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). *Universidade Federal do Recôncavo da Bahia*, Cruz das Almas, 2019.

GOMES, L. G. F. F. *Novela e sociedade no Brasil*. Niterói: Ed. UFF, 1998. (Coleção Antropologia e Ciência Política, v. 15).

<https://www.escavador.com/diarios/724106/DOEBA/executivo/2018-10-16?page=26>. Acesso em: 21 fev. 2022.

PAIVA, M. R. F.; PARENTE, J. R. F.; BRANDÃO, I. R. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. *SANARE*, Sobral, v. 15, n. 2, p. 145-153, 2016.

QUEIROZ, J. S.; MARQUES, P. F.; RODRIGUES, U. S. *Enfermagem e a segurança do paciente*. Cruz das Almas: Ed. UFRB, 2021. No prelo.

SANTOS, E. N. C.; DEMARCO, D.; AMESTOY, S. Aprendizagem baseada em problemas no ensino da enfermagem. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí, v. 17, n. 32, p. 55-66, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2017.32.55-66>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SANTOS, M. Z.; OTANI, M. A. P.; TONHOM, S. F. R. *et al.* Graduação em enfermagem: ensino por aprendizagem baseada em problemas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 72, p. 1071-1077, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kL3z6LnxMLwVJhcJFSGVMnz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SESTREM, T. Ferramentas de gestão na qualidade: 16 principais para conhecer. *Blog.Qualityteam*, Balneário Camboriú, 16 jul. 2021. Disponível em: <https://qualityteam.com/pb/blog/ferramentas-da-qualidade/>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SILVA, J. A.; PINTO, F. C. M. Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital

universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 17, n. 66, 2017.

WEBER, L. C. *Metodologias ativas no processo de ensino da enfermagem: revisão integrativa*. 2019. Dissertação (Mestrado em Ensino) - Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10737/2494>. Acesso em: 21 fev. 2022.

AUSÊNCIAS INTERCULTURAIS E RESISTÊNCIAS INDÍGENAS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 JUNTO AOS POVOS ORIGINÁRIOS

ALGUMAS REFLEXÕES

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

POVOS INDÍGENAS E O ADVENTO PANDÊMICO

Desde o momento em que o Estado brasileiro reconheceu a pandemia do novo coronavírus como uma situação de emergência de saúde pública de importância nacional, em fevereiro de 2020, emergiu, no campo do indigenismo, a preocupação com os possíveis efeitos deletérios que o seu avanço poderia ter sobre os povos indígenas, devido ao fato deles apresentarem especial vulnerabilidade à infecção causada pelo vírus SARS-CoV-2. Baseado nas experiências dos povos originários ao longo da história, o movimento indígena foi o primeiro a alertar sobre os riscos que o fenômeno pandêmico apresentava para os seus coletivos.

Historicamente, nós, povos indígenas, sempre fomos um dos atores da sociedade mais expostos a situações de vulnerabilidade física, política e imunológica, desde os tempos da colonização. Muitas doenças internalizadas pelos colonizadores, tais como a gripe, varíola e o sarampo, resultaram em verdadeira catástrofe e dizimação de povos indígenas, situação essa que nos preocupa até os dias atuais, principalmente em relação aos povos indígenas em isolamento voluntário e de recente contato. (COIAB *apud* FERREIRA. PEREIRA; LACERDA, 2021, p. 24)

Historicamente a população originária apresentou maior vulnerabilidade ao contágio por vírus respiratórios, tanto devido a questões imunológicas (SANTOS; COIMBRA JUNIOR, 1994), quanto às suas formas de organização social baseada no convívio comunitário. As epidemias desencadeadas pelo contato interétnico vivenciadas ao longo da história tiveram efeitos devastadores sobre os coletivos indígenas, sendo as responsáveis por reduzir drasticamente a sua população e desestruturar suas formas próprias de organização social.

Na Guerra da Conquista, as epidemias causadas pelos agentes patológicos trazidos pelos europeus constituíram um dos modos de aniquilamento das diferenças étnicas e culturais. Antes mesmo dos colonizadores encontrarem os índios em presença, os microrganismos já haviam alcançado inúmeros povos indígenas. As epidemias de varíola, sarampo, coqueluche, catapora, gripe etc., desencadeadas ao longo de cinco séculos de contato, foram responsáveis pela mortandade de grande parte da população nativa brasileira. (CUNHA, 1992)

Atualmente, a vulnerabilidade dos povos indígenas à covid-19 é incrementada também pelas condições socioeconômicas e pela situação de saúde das diferentes etnias que habitam o Brasil, justamente por essa ser uma doença que “se vincula ao quadro geral de saúde das populações e que deve permanecer como agravo por um longo período de tempo”. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020, p. 40) Além disso, a baixa cobertura de serviços de saúde em regiões geográficas de difícil acesso e a morosidade com que foram adotadas medidas para o enfrentamento da pandemia colaboraram para incrementar ainda mais a vulnerabilidade dos povos originários.

A pandemia de covid-19 evidenciou tanto as condições precárias de atuação da rede do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus) nas terras indígenas (OPERAÇÃO AMAZÓNIA NATIVA, 2020a, 2020b), quanto a falta de preparo das diferentes instâncias de gestão da saúde indígena para dar respostas rápidas e culturalmente adequadas ao avanço da pandemia de covid-19 sobre os seus territórios. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020; PONTES et al., 2021)

O avanço da pandemia sobre as terras indígenas encontrou os DSEIs despreparados para dar uma resposta rápida e eficaz no enfrentamento dessa emergência em saúde pública. Isso tanto no que diz respeito às práticas de gestão expressa nos documentos de planejamento insipientes, quanto à rede de atenção à saúde que já estava operando em condições precárias e gerenciando uma série de defasagens com respeito a quantidade e a qualificação dos profissionais da saúde indígena. (OPERAÇÃO AMAZÓNIA NATIVA, 2020a, p. 9)

Diante das deficiências apresentadas pelo Sasisus para o enfrentamento da covid-19 nos territórios indígenas, o movimento indígena organizado tem denunciado as violações dos direitos à saúde de seus povos e atuado para fortalecer estratégias autônomas de resistência e de proteção levadas a cabo localmente pelas próprias comunidades indígenas. (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2022)¹

O primeiro caso confirmado de covid-19 entre indígenas foi de uma jovem do povo Kokama, no dia 25 de março, no município de Santo Antônio do Içá, estado do Amazonas. A jovem indígena foi infectada por meio do contato com o médico da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), que havia retornado das suas férias (apib.info).² Conforme a

1 Ver: <http://emergenciaindigena.apiboficial.org/>.

2 Foram recorrentes as situações em que indígenas foram infectados pelo SARS-CoV-2 durante os contatos estabelecidos nos atendimentos de saúde: tanto em situações em que membros das EMSI atuaram nas aldeias sem saber que estavam contaminados, pois estavam assintomáticos; quanto de indígenas que contraíram a covid-19 ao recorrer a tratamentos terapêuticos realizados nas cidades – Casa de Saúde Indígena, clínicas e hospitais. Para outras situações, foram

Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), até 23 de fevereiro de 2022, a pandemia de covid-19 afetou 162 povos, com 67.641 casos e 1.279 mortes. (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2022)³

O fato é que a pandemia afeta múltiplas dimensões da vida social dos povos indígenas, podendo ser compreendida como um fato social total. *“The pandemic is manifested in a wide range of dimensions (economy, religion, legislation, morals, aesthetics, science), interwoven in highly complex ways”*. (SANTOS; PONTES; COIMBRA JUNIOR, 2020, p. 1) Além disso, também ressoa sobre os diferentes âmbitos constitutivos da pessoa – biológico, psicoemocional, sociocultural e espiritual –, sendo compreendida de modo particular por cada um dos coletivos étnicos por ela afetado.

Se as condições socioeconômicas e sanitárias de muitas comunidades indígenas tendem a incrementar a sua vulnerabilidade ao contágio pelo novo coronavírus, o fato de os povos indígenas já terem vivenciado os efeitos deletérios das doenças trazidas pelos colonizadores no passado faz com que os mesmos desenvolvam suas próprias estratégias para o enfrentamento da covid-19, a partir das experiências acumuladas ao longo da história.

Os saberes e as práticas de autoatenção que integram os repertórios das medicinas tradicionais indígenas sempre constituíram recursos amplamente utilizados para a proteção, a prevenção e o tratamento das doenças trazidas pelos não indígenas. No contexto da pandemia do novo coronavírus, esses saberes e práticas foram amplamente empregados, constituindo um recurso fundamental para a resistência desses coletivos ao processo de adoecimento que a pandemia colocou em fluxo. No entanto, os recursos das medicinas tradicionais utilizados para fazer frente a mais um desafio que batia na porta das aldeias permaneceram invisíveis aos olhos do sistema oficial de saúde.

Se por um lado as experiências dos povos indígenas no enfrentamento das doenças provenientes do “mundo do branco” foram desperdiçadas pelos gestores do Sasisus ao desconsiderá-las como recursos válidos que

narradas nos relatórios técnicos da Operação Amazônia Nativa. (OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA, 2020a)

3 Ver: <http://emergenciaindigena.apiboficial.org/>.

deveriam ser contemplados nos Planos de Contingência para o enfrentamento da pandemia de covid-19; por outro, o mapeamento dos saberes e práticas tradicionais de produção de saúde, acionados durante o período pandêmico, ainda está por ser realizado. O que se tem até o momento são notícias pontuais veiculadas por meio das mídias independentes, de organizações não governamentais indigenistas e por lideranças do movimento indígena.

Portanto, o objetivo deste capítulo é propor uma reflexão inicial sobre como a ausência da articulação dos serviços de saúde e as medicinas tradicionais indígenas, que constitui a diretriz 4.4 da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), como estratégia para o enfrentamento da covid-19, desperdiçou as possibilidades de efetivação do direito dos povos indígenas de terem acesso a uma atenção diferenciada à sua saúde no período pandêmico.

ESTRATÉGIAS OFICIAIS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 JUNTO AOS POVOS INDÍGENAS

As recomendações sanitárias emitidas pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (Sesai/MS) para orientar as ações dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) no enfrentamento da pandemia de covid-19 nos territórios indígenas, no geral, adaptaram os Protocolos de Manejo do Novo Coronavírus, publicados pelo Ministério da Saúde, para aplicá-los à saúde indígena.

Dois documentos emitidos pela Sesai, para orientar a atuação dos DSEIs, foram fundamentais: o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (covid-19) em povos indígenas (BRASIL, 2020), publicado em março de 2020, a partir do qual os distritos elaboraram os seus próprios planejamentos; e as diversas versões dos informes técnicos (BRASIL, 2020c), publicadas ao longo desse mesmo ano, com procedimentos a serem adotados junto às comunidades indígenas.⁴

4 Até agosto de 2020 foram publicadas pela Sesai/MS sete versões do Informe Técnico Doença pelo Coronavírus 2019.

Os informes técnicos produzidos pela Sesai tiveram como objetivo orientar os serviços no desenvolvimento das ações de prevenção, vigilância e manejo dos casos suspeitos da covid-19. (BRASIL, 2020c) Se a maioria das recomendações apresentadas nesses informes técnicos replicam as informações das normativas do Ministério da Saúde, algumas abordam aspectos particulares a serem considerados para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus junto aos territórios indígenas.

Aplicar medidas sanitárias universais de enfrentamento da covid-19 aos contextos comunitários culturalmente diferenciados dos povos indígenas constitui um grande desafio. Para superá-lo, de modo a amenizar os efeitos devastadores da pandemia sobre esses coletivos, se requer a adoção de estratégias interculturais sustentadas pelo dispositivo epistemológico da articulação entre os serviços de saúde e os sistemas tradicionais indígenas de saúde.

Dentre os aspectos abordados nos informes técnicos aqui considerados estão as recomendações referentes à priorização do atendimento domiciliar e a atuação dos agentes indígenas de saúde (AIS) para identificação dos casos que apresentam sintomas respiratórios; o uso de máscara e a adoção das medidas de higiene nas comunidades; o distanciamento social e as barreiras sanitárias: recomendações para controle do trânsito das pessoas entre as aldeias e a cidade; o isolamento domiciliar dos casos suspeitos ou confirmados e de seus contatos. (BRASIL, 2020c)

DOMICILIAR E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE ATENDIMENTO

Priorizar o atendimento de saúde na casa das famílias indígenas, de modo a evitar aglomerações nas instalações das unidades básicas de saúde indígena (UBSI), desvelou a importância dos AIS na identificação precoce das pessoas com sintomas respiratórios, possibilitando que as mesmas fossem atendidas em seus domicílios e encaminhadas com agilidade para os serviços de média e alta complexidade em casos de maior gravidade.

Além da identificação precoce dos casos suspeitos, as normativas da Sesai estabelecem que os AIS deveriam conscientizar a comunidade sobre as medidas de prevenção e controle da covid-19; compreender o fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos da covid-19; adotar as medidas de

proteção individual frente a um caso suspeito; e monitorar os casos que se encontram em isolamento domiciliar. (SESAI, 2020)

Os AIS, por pertencerem à comunidade, são os mais aptos a identificarem os parentes com sinais e sintomas respiratórios. A posição fronteiriça que ele ocupa, entre os serviços de saúde e as comunidades, permitiria que o mesmo atuasse para engajar essa última na construção de um plano intercultural de prevenção e controle da transmissão da covid-19 nas aldeias. Todavia, para que tais ações pudessem ser desenvolvidas, os AIS deveriam ser capacitados.

Os cursos de capacitação ofertados aos AIS, todavia, além de serem *online*, foram autoinstrucionais, o que dificultou o acesso dos mesmos aos conteúdos que qualificariam a sua atuação na comunidade. Devido ao fato de grande parte das comunidades indígenas no Brasil estarem situadas em regiões geográficas longínquas, com acesso restrito à internet; bem como em função da pouca familiaridade dos indígenas para com os ambientes virtuais de formação, grande parte dos AIS não foram preparados para o enfrentamento da pandemia.⁵

MÁSCARAS E HIGIENE

Sabemos que os povos indígenas possuem suas próprias noções de higiene e de proteção pessoal. Para que as mensagens sanitárias relacionadas ao uso de máscaras e as medidas de higienização veiculada nas aldeias indígenas – etiqueta respiratória e higiene das mãos, por exemplo – ressoasse nos contextos comunitários, elas deveriam dialogar com os saberes tradicionais indígenas a respeito de como as pessoas se protegem das doenças e evitam que as mesmas sejam transmitidas, de modo a serem adequadas aos contextos epistêmicos específicos.

Além disso, muitas comunidades enfrentaram a pandemia de covid-19 sem acesso à água potável, tais como aldeias atendidas pelos DSEIs Cuiabá, Xavante, Médio Purus e Médio Solimões. (OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA, 2020b) A infraestrutura precária, no que diz respeito ao abastecimento

5 Como exemplo, das dificuldades de formação dos AIS e demais profissionais de saúde, ver OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA (2020a).

de água potável para as comunidades indígena, tendeu a comprometer a efetivação das práticas de higienização, tais como recomendadas pelos serviços de saúde.

De fato, a concretização de parte das orientações sanitárias veiculadas por meio das ações de educação em saúde, no que diz respeito as noções de higiene e de proteção pessoal, só é possível se alguns dos determinantes sociais da saúde indígena estiverem equacionados. Dentre eles, podemos mencionar o acesso a água potável e ao saneamento básico, o território demarcado, ambientalmente preservado e seguro, geração de renda e segurança alimentar garantidas, acesso aos serviços de atenção integral à saúde.

ISOLAMENTO DOMICILIAR

A estratégia do isolamento domiciliar para os indígenas que apresentassem sintomas respiratórios, como medida para evitar a transmissão do vírus aos demais moradores da aldeia, foi recomendada pela Sesai para conter a transmissão da covid-19 no âmbito das comunidades indígenas. No entanto, implementar o isolamento domiciliar dos casos suspeitos e/ou confirmados e de seus contatos em contextos comunitários, onde a partilha de substâncias corporais, de alimentos e de objetos fazem parte das formas de convivência e da sociabilidade indígena, constitui medida extremamente complexa.

Os princípios que regem o convívio e a partilha entre parentes e coresidentes de uma mesma aldeia estão organizados a partir de outros ordenamentos simbólicos que regem as relações sociais estabelecidas nesses coletivos. Além disso, é comum que as habitações indígenas abriguem um grande número de pessoas, pertencentes a mais de um núcleo doméstico, e que não haja repartições entre os cômodos, como é o caso das malocas dos enawenê nawê, no estado do Mato Grosso do Sul (OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA, 2020a), ou das malocas marubo, na Terra Indígena do Vale do Javari, no estado do Amazonas. Nesses casos, não foi possível a realização do isolamento no domicílio e alternativas precisaram ser encontradas, como, por exemplo, adaptar os espaços físicos das escolas para abrigar os casos que requeriam isolamento.

No entanto, outros impasses foram gerados com a implementação dessa medida, tal como aconteceu em uma aldeia guarani-mbyá, no litoral do estado de São Paulo, onde a escola acolheu a primeira pessoa infectada para fazer o isolamento sem estar preparada com as condições para garantir o repouso, o preparo dos alimentos e as medidas de higiene necessárias para a sua pronta recuperação. Enquanto a estrutura para a produção dos alimentos (fogão e geladeira) e das medidas de higiene (chuveiro) não foram providenciadas no espaço da escola, o paciente ainda circulou em algumas casas da comunidade para tomar banho e recebeu alimento de algumas famílias que se prontificaram a não permitir que ele passasse fome. (INSTITUTO MARACÁ, 2020) O imprevisto com relação ao espaço para o isolamento acabou incrementando os riscos de transmissão do SARS-CoV-2 para os outros membros da aldeia.

Portanto, para que a medida do isolamento fosse viável e cumprisse o seu objetivo, seria necessário a construção de estratégias interculturais baseadas na articulação entre as mensagens sanitárias oficiais e os saberes e práticas tradicionais dos povos indígenas, como, por exemplo, o resguardo utilizado por várias etnias para proteger e recuperar a saúde em distintos momentos da vida. A adesão das comunidades a prática de isolamento domiciliar deveria estar ancorada nos horizontes significativos que informam as práticas tradicionais utilizadas para promover, proteger e recuperar a saúde dos povos originários, além de se garantir a estruturação necessária para que o mesmo ocorresse conforme recomendado.

DISTANCIAMENTO SOCIAL

Uma das recomendações emitidas pela Sesai, orientação está corroborada pelo movimento indígena, foi a de que os indígenas permanecessem em suas aldeias e evitassem circular nos centros urbanos onde a transmissão do novo coronavírus pudesse estar em curso. A chamada “Fica na aldeia, parente!” foi continuamente reiterada em campanhas divulgadas nas redes sociais, convocando os indígenas a reduzirem o trânsito entre a aldeia e a cidade.

Também foi recomendado às comunidades que, em função da vulnerabilidade das populações indígenas às doenças respiratórias, fossem

adotadas medidas para restringir a entrada de pessoas nas aldeias, diminuindo, assim, o risco de transmissão do SARS-CoV-2 para a comunidade. Com isso, muitas aldeias implantaram barreiras sanitárias para impedir a entrada de não indígenas em seus territórios e controlar o fluxo da aldeia para a cidade dos residentes.

Implementar medidas de distanciamento social – que implica o controle do fluxo aldeia-cidade e a implementação das barreiras sanitárias –, de isolamento domiciliar dos casos suspeitos e confirmados nas comunidades, encerrou inúmeros desafios. Se o comando “fica na aldeia, parente!”, certamente, reduziu os riscos de exposição das comunidades indígenas ao contágio pelo novo coronavírus, ele por si só não deu conta de protegê-las, uma vez que as fronteiras que existem entre as aldeias e os contextos de transmissão comunitária – sejam eles urbanos ou rurais – são porosas.

OS IMPASSES DA APLICABILIDADE DAS NORMAS SANITÁRIAS AOS CONTEXTOS CULTURAIS DIFERENCIADOS DOS POVOS INDÍGENAS

Algumas das orientações sanitárias oficiais veiculadas pelo Ministério da Saúde, visando o controle da transmissão do novo coronavírus, colocaram-se na contramão dos princípios fundantes que regem a partilha de substâncias corporais, a convivência e a sociabilidade nos contextos comunitários dos povos indígenas. Para equacionar esses impasses, seria necessário que os planos de contingência contemplassem a construção de estratégias interculturais de enfrentamento da covid-19 nos territórios indígenas.⁶

O trânsito de indígenas entre as aldeias e as grandes cidades constitui uma característica do modo de viver contemporâneo dos povos originários, responsáveis por fundar novas configurações sociais: as sociedades translocais característica do fenômeno de indigenização da modernidade.

6 Os Planos de Contingência sobre Infecção Humana pelo novo Coronavírus (covid-19) em Povos Indígenas dos distritos aqui considerados são, em sua maioria, vagos e imprecisos, não desenvolvendo em profundidade e com rigor os aspectos necessários ao planejamento em saúde tecnicamente orientado. No geral, os planos de contingência dos distritos reproduziram o texto do plano elaborado pela Sesai/MS, sem ancorar as suas estratégias e ações nos territórios etnicamente diverso em que atuam.

(SAHLINS, 1997) Os indígenas que hoje residem nos grandes centros urbanos, se mantem conectados a sua terra natal e vinculados às redes de parentesco das quais participam ativamente. Atualmente, encontramos indígenas residindo nas cidades, às vezes temporariamente, às vezes por longos períodos, para estudar, trabalhar ou mesmo para visitar parentes.

Além das configurações translocais que as sociedades indígenas contemporâneas assumem, temos inúmeros territórios indígenas situado no perímetro das zonas urbanas das grandes cidades no Brasil. Há comunidades que se localizam nas vizinhanças dos centros urbanos, como o caso das aldeias guarani, kaingang e xokleng, situadas nas regiões do Sul e Sudeste do país.

As recomendações sanitárias de distanciamento social veiculadas pela Sesai não consideraram as dinâmicas socioespaciais contemporâneas dos povos originários. Elas foram delineadas a partir da dicotomia aldeia-cidade e de uma ideia fantasmática sobre a impermeabilidade das fronteiras entre as comunidades indígenas e a sociedade global, responsável por protegê-las da acelerada transmissão comunitária da covid-19 em curso nos distantes centros urbanos.

O fato é que os indígenas que residem nas cidades, via de regra, mantém vínculos estreitos com a sua terra natal e com a aldeia de sua procedência, onde moram seus familiares e parentes. Isso faz com que o fluxo entre as aldeias e as cidades e entre as cidades e as aldeias seja permanente. A circulação de pessoas por essas redes de parentesco que se expandem no espaço geográfico é intensa e acelerada. As pessoas se deslocam, seja para visitar parentes, atualizar alianças, acompanhar parentes em tratamentos de saúde, acessar benefícios sociais ou mesmo para estudar e/ou trabalhar.

Uma das situações que contribuiu para o contágio das comunidades diz respeito, justamente, aos indígenas que contraíram a covid-19 enquanto estavam realizando tratamento de saúde na cidade. Um desses casos foi o de um jovem Yanomami, que contraiu covid-19 enquanto estava em Boa Vista, estado de Roraima, entre a Casa de Saúde Indígena (Casai) e os hospitais (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2020); o outro caso que mencionamos aqui foi de um guarani, da Aldeia Rio Silveira, que foi contaminado no contexto dos procedimentos de hemodiálise

que realizava semanalmente nas cidades do entorno da TI do Rio Silveira, no litoral de São Paulo. (INSTITUTO MARACÁ, 2020)

É nos centros urbanos que muitas famílias indígenas buscam o seu sustento, como a venda de artesanato, as apresentações artísticas ou mesmo a prática de pedir dinheiro. (FERREIRA, 2013) Afinal, muitas das terras indígenas hoje não apresentam condições ambientais suficientes para sustentar as famílias indígenas a partir das atividades tradicionais de subsistência.

Nesse caso, para atender às orientações relativas ao distanciamento social no período pandêmico, as famílias indígenas tiveram que deixar de realizar certas atividades responsáveis pelo seu sustento, tais como a venda de artesanato nas cidades. Essa situação gerou insegurança alimentar em várias comunidades indígenas, incrementando ainda mais a situação de vulnerabilidade vivenciada pelas mesmas. (PONTES et al., 2021)

O fato é que as atuais dinâmicas socioespaciais dos povos indígenas que participam de um mundo globalizado, assim como os não indígenas, não foram consideradas pelos planos de contingência para o enfrentamento do novo coronavírus. Se a transmissão comunitária do SARS-CoV-2 de início não ocorria nas comunidades, muitos indígenas a elas vinculados, assim como não indígenas, transitavam pelos contextos em que a transmissão do novo coronavírus estava ocorrendo indiscriminadamente. As configurações translocais contemporâneas das sociedades indígenas, associadas ao número insuficiente de profissionais de saúde em área, incrementou as dificuldades para as EMSI fazerem a detecção precoce dos primeiros casos suspeitos da covid-19 nas aldeias e de identificarem o vínculo epidemiológico responsável pela contaminação. Um caso dramático que ilustra essa situação diz respeito ao óbito de um bebê xavante, da TI de Marawatsede, causado pela covid-19. (OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA, 2020; 2020a)

SOBRE O ÓBITO DA CRIANÇA XAVANTE POR COVID-19

O povo xavante se autodenomina A'uwe (gente) e fala uma língua pertencente à família linguística jê. Em 2020, a população atendida pelo DSEI Xavante contabilizava 22.288 pessoas, residentes em 329 aldeias

distribuídas em nove terras indígenas situadas no estado do Mato Grosso.⁷ (OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA, 2020a)

O primeiro óbito por covid-19 entre os xavante aconteceu em maio de 2020 e foi de um bebê de oito meses, que pertencia a uma família da TI Marãiwatsede.⁸ Conforme relatório técnico sobre a vulnerabilidade dos xavantes frente a pandemia de covid-19, elaborado pela Operação Amazônia Nativa, (Opan) (2020a), depois de dois dias com sintomas respiratórios, a criança foi encaminhada para avaliação médica da rede municipal, pois a EMSI que atendia a essa comunidade não contava com médico na ocasião. Imediatamente, o bebê foi internado em hospital da região por apresentar sinais de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), quando foi coletada a amostra naso-orofaríngea para a testagem pelo método RT-PCR. No entanto, a criança não resistiu, vindo a falecer nesse mesmo dia. O resultado do exame, emitido sete dias após a sua morte, constatava positivo para covid-19.

Somente a partir desse momento, 11 dias após o bebê apresentar os primeiros sintomas respiratórios, que, conforme nota emitida pelo DSEI Xavante, a investigação epidemiológica passou a ser realizada na comunidade em que a criança residia. Contudo, a EMSI não conseguiu identificar como a criança havia sido infectada, o vínculo epidemiológico responsável por sua contaminação.

A Operação Amazônia Nativa (Opan) chama atenção para o fato de que, no período de mais de dez dias entre o surgimento dos primeiros sintomas respiratórios e o início da investigação epidemiológica, a transmissão do novo coronavírus na aldeia Marãiwatsédé, a maior aldeia da TI com cerca de 600 habitantes, possa ter acontecido de forma descontrolada, fazendo dessa aldeia o epicentro a partir do qual as outras comunidades dessa TI tenham sido infectadas.

7 As TIs em que residem o povo xavante são Marechal Rondon, Sangradouro/Volta Grande, São Marcos, Parabubure, Ubawawe e Chão Preto, Areões, Pimentel Barbosa e Marãiwatsede.

8 O caso aqui apresentado foi acompanhado pela organização indigenista Operação Amazônia Nativa, que tem desenvolvido ações de apoio aos povos indígenas para o enfrentamento da pandemia de covid-19. (OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA - OPAN, 2020) Ver: <https://amazonianativa.org.br/2020/06/01/relatorio-tecnico-sobre-a-vulnerabilidade-dos-xavante-frente-a-pandemia-de-covid-19/>.

Essa situação foi agravada com a liberação do corpo do bebê no mesmo dia de sua morte, para ser sepultado na aldeia, quando ainda não se sabia que a criança estava com covid-19, sem que a família recebesse orientações por parte dos serviços de saúde sobre como proceder com o manejo do cadáver para evitar a contágio de outras pessoas. O corpo foi levado em um caixão não lacrado para a aldeia xavante.

A comunidade se organizou para os rituais fúnebres tradicionais. O velório foi realizado na casa da família extensa, quando o caixão da criança foi aberto e os familiares identificaram que havia vestígios de sangue em função do procedimento hospitalar de intubação realizado enquanto ela estava no hospital. Mediante a surpresa os familiares desconfiam que foi o próprio serviço de saúde o responsável pela morte da criança. após o velório tradicional, foi sepultado. (OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA - OPAN, 2020, p. 6)

Os xavante não acreditaram que a covid-19 tenha sido a causa da morte do bebê. O avô da criança, cacique e sábio xavante, conta, em entrevista dada para o jornal independente *Amazônia Real*,⁹ que seu neto, após ser transferido para o hospital regional, foi internado e intubado, sem que sua família houvesse sido informada sobre os procedimentos adotados durante a internação.

Recebi o corpo dele só a noite. Abri o caixão pra ver a cara do meu neto e vi que tinha sangue seco no nariz e na boca dele. Fiquei muito chateado, pois a sonda eu acho que não precisava colocar. Falam que é para alimentar ou para a respiração, mas ele era muito pequeno pra isso, lamentou o cacique. (Amazônia Real 22/05/2020apud OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA, 2020, p. 8)

9 Ver: <https://amazoniareal.com.br/lider-do-territorio-maraiwatsede-relata-dor-e-desespero-sobre-a-morte-do-neto-pela-covid-19-no-mato-grosso/>.

Esse caso expressa o quanto a inexistência do diálogo intercultural entre as comunidades xavante e os serviços de saúde tenderam a aumentar os riscos de contágio das comunidades da TI de Marãiwatsédé, incrementando a vulnerabilidade desse povo frente a pandemia de covid-19 em curso.

AS RESPOSTAS INDÍGENAS À PANDEMIA DE COVID-19: DE RESISTÊNCIAS E DE AUTOATENÇÃO

No decorrer da pandemia, as comunidades e suas lideranças recorreram as práticas de autoatenção para lidar com ao avanço do novo coronavírus sobre os seus territórios. Desde os seus primórdios, os povos originários interpretaram os fenômenos instituídos pelo advento pandêmico a luz dos saberes tradicionais sobre saúde-doença-atenção. As práticas tradicionais empregadas para proteger as aldeias, fortalecer as pessoas e cuidar dos doentes durante o período pandêmico desenvolvidas autonomamente pelas comunidades as auxiliaram a resistir e a lidar com os efeitos nefastos da covid-19.

Poder recorrer aos recursos e práticas de autoatenção que integram as medicinas tradicionais indígenas constituiu, dentre outras coisas, um importante fator de proteção às comunidades indígenas frente ao avanço da pandemia de Covid-19 sobre os seus territórios, na medida em que garante aos povos indígenas a possibilidade de agir criativamente no enfrentamento da infecção causada pelo novo coronavírus. (FERREIRA et al., 2021, p. 19)

A pandemia da covid-19 foi interpretada pelos povos indígenas a partir dos horizontes epistemológicos da tradição, o que propiciou a emergência de múltiplos e singulares modelos explicativos sobre o atual momento em que vivemos. Os saberes e as práticas tradicionais agenciadas pelas comunidades indígenas no enfrentamento da pandemia que chegava até os seus territórios constituíram estratégias de fortalecimento e de proteção de seus coletivos, particularmente, de cuidado com os seus anciãos – os

guardiões da memória, da sabedoria ancestral e da identidade dos povos originários.

Os povos e comunidades indígenas no Brasil reagiram de diferentes formas ao advento da pandemia do novo coronavírus. Enquanto alguns povos buscaram se distanciar do contato com a sociedade envolvente, de onde provinha a doença; outros acreditaram que, por ser essa uma doença do branco, ela não os atingiria, tal como aconteceu com os xavante. (OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA, 2020b)

Alguns povos, com memória recente das epidemias que dizimaram boa parte de seus parentes e que possuíam condições territoriais propícias, optaram por agir como os antigos: se embrenharam nos matos, se dirigiram às cabeceiras dos rios, buscaram localidades distantes dos aldeamentos para acampar e se isolar de mais um vírus proveniente do mundo dos brancos. Esse foi o caso de várias famílias Marubo da região do Vale do Javari e famílias Baniwa da região do Alto Rio Negro, por exemplo. (FERREIRA et al., 2021, p. 21)

A redução do trânsito dos indígenas nas cidades e as barreiras sanitárias instauradas de forma autônoma, tanto para controlar a circulação de indígenas quanto para evitar a entrada de não indígenas em seus territórios, contribuíram para proteger as comunidades e reduzir os riscos de contágio pelo SARS-CoV-2. (FERREIRA et al., 2021)

Muitas comunidades indígenas também recorreram a práticas da medicina tradicional, em busca de fortalecimento espiritual para enfrentamento da pandemia de covid-19. A realização de rituais tradicionais foi intensificada em algumas comunidades guarani, como por exemplo, a da Aldeia Rio Silveira, no litoral do estado de São Paulo. (INSTITUTO MARACÁ, 2020) Se tem notícias de que os remédios à base de plantas foram amplamente utilizados, seja para prevenir e fortalecer o corpo frente a possibilidade de contrair a covid-19, seja para tratar os sintomas que surgiram no contexto das aldeias.

Mediante a limitação dos serviços de saúde no que diz respeito a garantir uma atenção diferenciada aos povos indígenas no contexto da pandemia de covid-19, os saberes e práticas das medicinas tradicionais

indígenas, agenciados pelos povos originários, constituíram um recurso fundamental de resistência, proteção e produção de saúde de seus coletivos. Em tempos de precarização das políticas públicas, se não fosse as medicinas tradicionais indígenas, os efeitos da pandemia em seus coletivos poderiam ter sido bem mais devastadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os povos indígenas operam com diferentes saberes sobre o processo de saúde-doença-atenção, a partir dos quais interpretam os fenômenos patológicos. As compreensões das comunidades indígenas sobre a pandemia de covid-19, que emergem a partir das suas experiências com a doença, influenciaram na sua tomada de decisão sobre quais práticas de autoatenção adotar para proteger os seus coletivos e a quais recursos terapêuticos recorrer em casos de adoecimentos.

Para que o direito a atenção diferenciada aos povos indígenas fosse efetivado no contexto pandêmico, seria necessário promover ações de articulação entre as medidas e procedimentos preconizados pelos serviços de saúde e as práticas e saberes das medicinas tradicionais acionados pelos povos indígenas no enfrentamento da pandemia de covid-19.

O cotidiano comunitário das sociedades indígenas, com suas formas próprias de relações de parentesco, de convivência e de vida partilhada, requeria a criação de medidas culturalmente adequadas aos diferentes contextos socioculturais construídas a partir do diálogo intercultural estabelecido entre serviços de saúde e comunidades. No entanto, nem as normativas do Ministério da Saúde consideraram a interculturalidade como estratégica para a efetividade das ações de prevenção, de vigilância e de assistência realizados nos diversos contextos étnicos e comunitários dos povos originários, nem tampouco os serviços de saúde aderiram à abordagem intercultural para comunicar os riscos e envolver as comunidades indígenas na detecção, prevenção e resposta ao surgimento de um novo vírus respiratório.

Por outro lado, o delineamento de estratégias de proteção dos povos indígenas deveria considerar as dinâmicas contemporâneas socioespaciais e as atuais configurações translocais de suas sociedades. Aldeia e cidade

estão vinculadas por laços de parentesco, por vínculos com a terra natal, por compromissos com o desenvolvimento das aldeias daqueles que vão para a cidade para estudar e trabalhar. Compreender os povos indígenas como sujeitos contemporâneos, inseridos em uma ordem geopolítica global/mundial, deve ser uma premissa a ser considerada pelo planejamento em saúde.

Dessa forma, além de todas as fragilidades apresentadas pelos planos de contingência desenvolvidos pelo órgão sanitário responsável pela gestão do Sasisus (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020; OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA, 2020a; 2020b), a inexistência do diálogo entre as estratégias de enfrentamento da pandemia de covid-19 preconizadas pela Sesai e os saberes e práticas indígenas sobre saúde comprometeram a eficácia das medidas adotadas pelos serviços de saúde, tanto no que diz respeito a prevenção, quanto da identificação precoce e encaminhamento dos casos suspeitos e positivos de covid-19, de modo a controlar a transmissão do vírus no contexto das aldeias.

REFERÊNCIAS

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL. *Nossa luta é pela vida: covid-19 e povos indígenas o enfrentamento das violências durante a pandemia*. Brasília, DF: APIB, 2020. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf. Acesso em: 27 maio 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Nota técnica em resposta a intimação nº 2636/2020*. Rio de Janeiro: Abrasco; Fiocruz, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (2019-ncov)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena. *Informe técnico: doença pelo coronavírus 2019*. Brasília, DF: SESAI, 2020c.

BRASIL. Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena. *Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19) em povos indígenas*. Brasília, DF: SESAI, 2020d.

CATACLISMO biológico: epidemias na história indígena. *Socioambiental*, [S. l.], 2020. Disponível em: https://covid19.socioambiental.org/?gclid=EAIAIQobChMIm7HnmPaC7gIvhoerCh00JwvzEAAYAiAAEgK9K_D_BwE. Acesso em: 15 maio 2022.

CUNHA, M. C. *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

FERREIRA, L. O. Estigma e vulnerabilidade em saúde indígena: a prática Mbyá do 'esperar troquinho' no centro de Porto Alegre, RS. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013.

FERREIRA, L. O. *Relatório técnico contendo análise dos protocolos e normativas do ministério da saúde e da secretaria especial de atenção à saúde Indígena (SESAI/MS) para o enfrentamento do covid-19 junto aos povos indígenas*. Cuiabá: Operação Amazônia Nativa, 2020.

FERREIRA, L. O.; PEREIRA, A. S.; LACERDA, L. F. B. Populações indígenas no contexto da pandemia de covid-19. In: EL KADRI, M. R.; SILVA, S. E. S.; PEREIRA, A. S. *et al.* (org.). *Bem-viver: saúde mental indígena*. Manaus: Rede Unida, 2021. p. 22-37.

FERREIRA, L. O.; PEREIRA, A. S.; NOAL, D. S. *et al.* Práticas de autoatenção e estratégias comunitárias. In: EL KADRI, M. R.; SILVA, S. E. S.; PEREIRA, A. S. *et al.* (org.). *Bem-viver: saúde mental indígena*. Manaus: Rede Unida, 2021. p. 38-59.

INSTITUTO MARACÁ. Projeto de Fortalecimento e Difusão da Medicina Tradicional Guarani na Aldeia do Rio Silveira, Estado de São Paulo. *Relatório parcial*. São Paulo: Instituto Goethe, 2020.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atenção dos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENENDEZ, E. L. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 17-70.

OPERAÇÃO AMAZÓNIA NATIVA. *Análise das estratégias de enfrentamento da pandemia de covid-19 junto aos povos indígenas atendidos pelo distrito sanitário especial indígena Cuiabá, Xavante, Médio Rio Purus e Médio Rio Solimões e Afluentes*. Cuiabá: OPAN, 2020b.

OPERAÇÃO AMAZÓNIA NATIVA. *Relatório técnico sobre a vulnerabilidade dos Xavantes frente a pandemia de covi-19*. Cuiabá: OPAN, 2020a. Disponível em: <https://amazonianativa.org.br/2020/06/01/relatorio-tecnico-sobre-a-vulnerabilidade-dos-xavante-frente-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 28 abril 2022.

PLATAFORMA de monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no Brasil. *Socioambiental*, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org>. Acesso em: 15 maio 2022.

PONTES, A. L.; CARDOSO, A. M.; BASTOS, L. S. *et al.* Pandemia de covid-19 e os povos indígenas no brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: MATTA, G. C.; RECO, S.; SOUTO, E. P. *et al.* (org.). *Os impactos sociais da covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19: Fiocruz, 2021. p. 123-136.

SAHLINS, M. O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: porque a cultura não é um objeto em vias de extinção. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 41-73, 1997.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

SANTOS, R. V.; PONTES, A. L.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. A ‘total social fact’: covid-19 and indigenous peoples in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, p. 1-4, 2020.

A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

O MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

MARIA CRISTINA RODRIGUES GUILAM
ANA PAULA MENEZES BRAGANÇA DOS SANTOS
DANIELLE CRISTINE ALVES RODRIGUES PEREIRA
CARLA PACHECO TEIXEIRA

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde foram intensamente demandados no âmbito da pandemia de covid-19. A partir de março de 2020, os serviços foram progressivamente lotados, os profissionais expostos ao vírus SARS-CoV-2, à doença ocasionada por ele e a outros danos à saúde, tanto do ponto de vista físico como mental. Por outro lado, nunca foi tão importante a manutenção dos canais de comunicação para atualização e compartilhamento de experiências.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde) criou estratégias para garantir a continuidade do curso e possibilitar aos docentes e discentes a necessária interação e o apoio às atividades de atendimento. Neste capítulo, vamos expor aspectos importantes do mestrado e as

estratégias que adotamos para mantê-lo vivo e contribuir para o contexto epidemiológico extremamente delicado.

A Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, é uma estratégia de organização e reorganização das redes de atenção à saúde e “primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema” (BRASIL, 2017b, p. 69) de saúde, visando à equidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Para a garantia do acesso, da universalidade, da integralidade e da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) são necessárias ações de saúde pública, coordenadas entre as esferas federativas, assim como a formação e a qualificação de profissionais para que estejam aptos a responderem às necessidades e demandas da população.

Nesse cenário, o Profsaúde surge como uma proposta de qualificação de profissionais da APS, a partir da formação em rede nacional, com o objetivo de qualificar docentes e preceptores para a área de saúde da família, de modo a minimizar uma carência histórica de formação no SUS.

O mestrado profissional é implementado nas diversas regiões do país, por meio da capacitação norteada pelo conhecimento adquirido com experiências vivenciadas na prática dos alunos e pela busca de inovação aplicáveis ao campo da prática do profissional em formação. (GUILAM et al., 2020)

Segundo Cesse e Veras (2015), os cursos de mestrado profissional são voltados para as respostas às questões e aos problemas apresentados pelo trabalho. É nessa vertente que o Profsaúde se apresenta como uma estratégia para formar profissionais para atender a expansão da graduação e pós-graduação em saúde no Brasil, além de facilitar a educação permanente de profissionais de saúde. Essa formação visa apoiar “[...] a consolidação do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) mediante o fortalecimento de conhecimentos relacionados à APS, à gestão em saúde e à educação”. (TEIXEIRA; GOMES, 2020, p. 43)

PÓS-GRADUAÇÃO EM REDE

Para trilharmos o caminho da formação na pós-graduação em rede, apresentaremos a discussão em dois recortes, abordando inicialmente os programas de pós-graduação (PPG) na área da Saúde Coletiva e, em seguida, o conceito de rede.

Segundo Barata (2015, p. 169), “No Brasil, os primeiros programas de pós-graduação surgiram na década de 1920, de maneira isolada e antes que houvesse qualquer regulação”. No entanto, somente na década de 1970 foi implementado o primeiro curso de pós-graduação na área de Saúde Coletiva. (BARATA, 2015)

Alguns anos depois, um processo impulsionado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) gerou discussões sobre a necessidade de uma formação profissional qualificada para a atuação no SUS e voltada para a solução dos problemas cotidianos na área da saúde. Tal processo resultou, em 1998, na implementação, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), dos programas de mestrado profissional, inicialmente denominado de “profissionalizante”. (BRASIL, 2019)

Segundo o documento da Capes, na trilha evolutiva da área de Saúde Coletiva no Brasil, as pós-graduações estão em franca consolidação “[...] tendo, ao final de 2018, 94 programas em funcionamento, sendo 52 acadêmicos e 42 profissionais”. (BRASIL, 2019, p. 2) Contudo, observa-se grande expansão assimétrica no tocante à distribuição regional, sendo evidente a desigualdade de ofertas e o baixo número de programas nas regiões Norte e Centro-Oeste. (BRASIL, 2019) Cabe ressaltar, porém, que, em 2009, os programas da área de Saúde Coletiva atingiram todas as regiões do Brasil, conforme tabela 1. Salientamos a importância da Abrasco para a expansão da formação da área da Saúde Coletiva.

Tabela 1: Número de programas de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil, por região

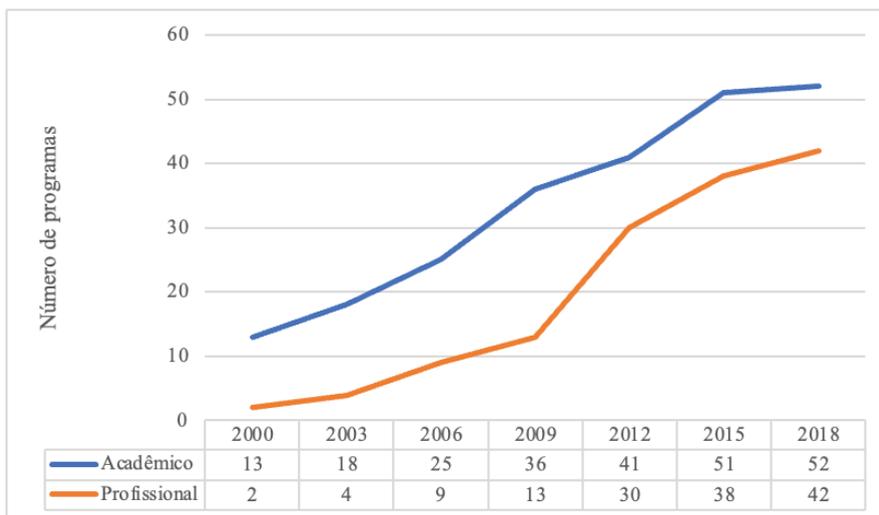
Região	1989	1999	2009	2018*
Sul		2	8	15
Sudeste	4	9	25	42
Nordeste	1	2	13	26
Centro-Oeste			2	6
Norte			1	4
Total	5	13	49	93

*Excluir o Mestrado Profissional em Rede em Saúde da Família (Profsaúde)

Fonte: Brasil (2019).

O documento da área de Saúde Coletiva faz uma distinção entre o crescimento dos PPG acadêmicos e profissionais, tendo como marco o ano de 2009, no qual observa-se a expansão significativa dos programas profissionais, conforme gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução temporal cumulativa do número de PPG em Saúde Coletiva, de acordo com a modalidade



Fonte: Brasil (2019).

Podemos considerar que a modalidade profissional vem contribuir para conectar a prática cotidiana ao saber acadêmico, questão que sempre foi um desafio na formação de profissionais para atuarem no SUS. (BATISTA; GONÇALVES, 2011) Para alcançar, de fato, mudanças significativas no mundo da prática, a capacitação dos profissionais do SUS deve ocorrer a partir de cada realidade/necessidade local e regional, envolvendo vários saberes e articulando a gestão e o cuidado. (BATISTA; GONÇALVES, 2011)

A modalidade de ensino Educação a Distância (EAD) vem se mostrando fundamental para atingir um número maior de profissionais atuantes na saúde, nos mais recônditos cantos do Brasil, o que possibilita a disseminação da oferta (GUILAM et al., 2020) e a redução das desigualdades regionais, em termos de formação.

Para a Capes, uma estratégia no sentido da redução das desigualdades é o desenvolvimento de ações de solidariedade entre as instituições de ensino, a partir da implementação de programas em associação e em rede. (BRASIL, 2019)

O CONCEITO DE REDE

Segundo Rovere (2016), o conceito de rede não é tão novo, mas foi no final dos anos 1980, com o desenvolvimento da conectividade dos computadores que o conceito se expandiu transversalmente no mundo da ciência, cultura, política, esportes etc.

Contudo, a familiaridade do termo não necessariamente abarca a complexidade do conceito, que é empregado em diversos campos. Segundo Nohria (1998, p. 289, grifo do autor), a “[...] proliferação indiscriminada do conceito de rede ameaça relegá-lo ao *status* de uma metáfora evocativa, aplicada tão espontaneamente que acaba significando qualquer coisa”.

O termo “rede” geralmente é empregado em situações em que é possível identificar interações, trocas e conexões para enfrentar desafios comuns. As redes podem se estabelecer por vínculos pessoais ou institucionais, mas, ainda assim, é por meio das pessoas que a rede se conecta. (TOBAR et al., 2020)

O trabalho em rede permite a articulação de diferentes atores pertencentes a instituições que se agrupam voluntariamente e possibilita a troca e a conjugação de esforços, experiências e conhecimentos para o alcance de objetivos ou de solução para problemas comuns. Nesse sentido, a noção de rede está intimamente relacionada às relações ou vínculos entre os atores que pertencem às instituições. (TOBAR et al., 2020, p. 346)

Dessa forma, as conexões entre os indivíduos vinculados à rede se dão no desenvolvimento de atividades comuns, para alcançar a resolutividade de problemas, “[...] o que os faz constituírem uma identidade comum”. (TOBAR et al., 2020, p. 346) Assim, os interesses comuns entre pessoas ou instituições são a pedra fundamental para a constituição e continuação

da rede. Para que a rede “enrede”, é preciso esforço coletivo pautado no valor da heterogeneidade para o benefício do conjunto.

No campo da saúde, as primeiras iniciativas em rede são datadas da década de 1920, no Reino Unido, por meio das redes de atenção à saúde (RAS), fruto do Relatório Dawson, resultante de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social, após a Primeira Guerra Mundial. (OLIVEIRA, 2016)

No Brasil, as diretrizes para a organização da RAS foram estabelecidas mediante a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, sendo a rede uma estratégia fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade no âmbito do SUS. (BRASIL, 2010)

No campo da educação e pesquisa, as redes de solidariedades, estimuladas pela Capes, têm se apresentado como respostas às distâncias territoriais e às desigualdades de ofertas dos programas de pós-graduação. (BRASIL, 2019)

Um exemplo é a parceria da Capes com a Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação, para desenvolver o programa de apoio à realização de cursos de pós-graduação *stricto sensu* interinstitucionais - Doutorado Interinstitucional (Dinter) e Mestrado Interinstitucional (Minter) - para a rede federal de educação profissional e tecnológica, cujo objetivo é viabilizar a formação, em nível de pós-graduação *stricto sensu* no país, de docentes e técnicos administrativos estáveis das Instituições de Ensino Superior (IES) pertencentes à rede federal de educação profissional, científica e tecnológica. (BRASIL, 2017a)

Na área de Saúde Coletiva, a Capes destaca duas experiências exitosas de programas de mestrado em rede: a Rede Nordeste de Saúde da Família (Renasf) e o Mestrado Profissional em Rede em Saúde da Família (Profsaúde).

A Renasf envolve instituições de educação da região Nordeste, quais sejam: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Ceará; Fundação Universidade Estadual do Ceará; Universidade Federal do Ceará; Universidade Federal do Maranhão; Universidade Federal da Paraíba; Universidade Federal do Piauí; Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade Regional do Cariri e; Universidade Estadual Vale do Acaraú.

O Profsaúde está presente em todas as regiões do Brasil e detalharemos mais adiante suas ações.

No campo da pesquisa, destacamos a Rede APS, que é coordenada pela Abrasco, com suporte do Conselho Nacional de Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Há dez anos, essa Rede atua na perspectiva de subsidiar e articular pesquisadores, gestores e trabalhadores do SUS, para promoção da melhoria da utilização dos resultados em pesquisa para qualificar a gestão e potencializar o conhecimento, bem como propiciar a comunicação. (REDE DE PESQUISA EM APS, 2020)

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROFSAÚDE

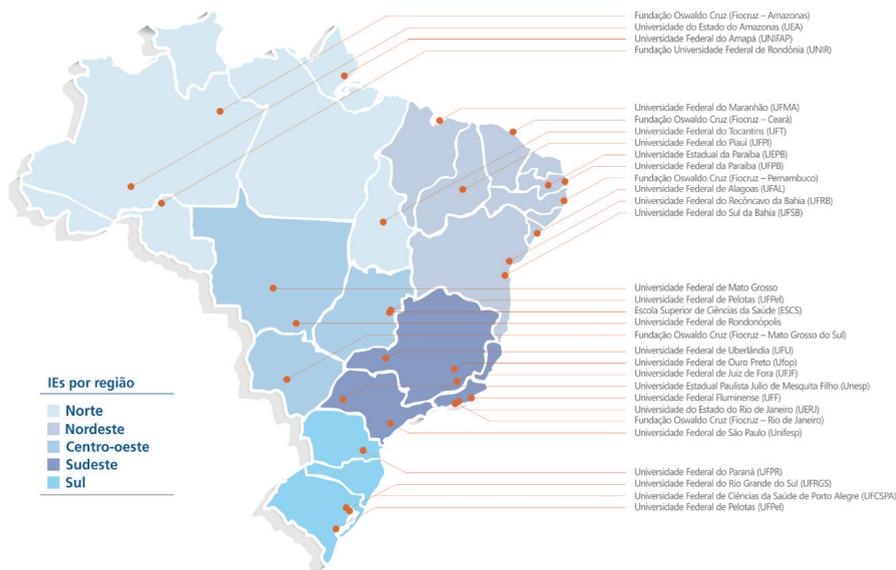
Em 2014, a Abrasco, contando com a parceria do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), promoveu um encontro científico sobre a formação profissional em saúde e o ensino da saúde coletiva, para pensar algumas iniciativas formativas para o fortalecimento da atenção primária e reduzir a lacuna na formação profissional na área da saúde.

Esse encontro resultou em uma mobilização da Abrasco e da Fiocruz para desenvolver a proposta de um programa de pós-graduação *stricto sensu*, vinculada ao eixo educacional do Programa Mais Médicos, que culminou, em 2016, com a aprovação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde), pela Capes. (GUILAM et al., 2020)

A elaboração da proposta contou com a participação de vários atores importantes no cenário nacional: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e instituições de ensino superior de várias regiões do país, que encamparam a ideia ainda em formação e colaboraram na composição dos grupos de trabalho organizados na época para formulação da proposta de curso. (GUILAM et al., 2020, p. 2)

A princípio, a constituição do programa contou com a associação de 18 instituições públicas de ensino superior. Atualmente, a rede conta com 26¹ IES, nas cinco regiões do país, em 19 estados, lideradas pela Fiocruz, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1: Localização das IES da Rede Profsaúde por região no país



Fonte: elaborada pelas autoras.

A rede Fiocruz constitui-se e consolida-se em torno do curso, utilizando as ferramentas de educação a distância como importante estratégia para atingir um público amplo, que, em outras circunstâncias, teria dificuldades de acesso às aulas por questões geográficas e pela carga horária em atividades profissionais.

Hoje, além do Ministério da Saúde, o programa é demandado e financiado também pelo Ministério da Educação.

A proposta do Profsaúde busca atender a quatro objetivos principais:

1 Considera-se 26 IES, pois os polos da Fiocruz são contabilizados como uma única instituição.

Formar profissionais de saúde para exercerem atividades de atenção à saúde, docência e preceptoria, produção de conhecimento e gestão em Saúde da Família; Fortalecer as atividades educacionais de atenção à saúde, produção do conhecimento e de gestão em Saúde da Família nas diversas regiões do país; Articular elementos da educação, atenção, gestão e investigação no aprimoramento da Estratégia de Saúde da Família (ESF); Estabelecer uma relação integradora entre o serviço, os(as) trabalhadores(as), os(as) estudantes da área de saúde e os(as) usuários(as). (TEIXEIRA; GOMES, 2020, p. 43)

Com o desafio de romper com um modelo de educação bancária, o programa estabeleceu o seu Projeto Político Pedagógico centrado [...] na aprendizagem do sujeito, respeitando sua autonomia e acolhendo a bagagem de conhecimentos e experiências que traz de sua vivência”. (TEIXEIRA; GOMES, 2020, p. 45)

A organização curricular contempla sete linhas de pesquisa: 1) atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde; 2) atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis; 3) educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias; 4) gestão e avaliação de serviços na estratégia de saúde da família/atenção básica; 5) informação e saúde; 6) pesquisa clínica: interesse da atenção básica; e, 7) vigilância em saúde; organizadas em três eixos pedagógicos: atenção, educação e gestão.

Por ser um programa em rede, há um desafio maior para implementação de uma estrutura única que abarque a proposta pedagógica centrada no(a) aluno(a), de forma a garantir o mesmo conteúdo a todos(as) em todo território nacional.

Segundo Guilam e demais autores (2020, p. 10), em sua origem

[...] o ProfSaúde organizou regimento, normas e resoluções nacionais que funcionassem como balizadores para questões acadêmicas e administrativas. Buscou-se gerar uniformidade e alinhamento no programa, além de fomentar um processo de construção coletiva e democrática na rede para tomada de decisões, processo que aprimoramos a cada edição.

Regularmente, a proposta do curso é avaliada pelos(as) discentes e docentes, em discussões/reuniões periódicas com as coordenações locais e a coordenação nacional, visando adequação das temáticas, estratégias de ensino e o alinhamento do conjunto múltiplo e multiforme da rede em sua totalidade, transcendendo os nós isolados de cada região.

CONTRIBUIÇÕES PARA APS

Em síntese, o Profsaúde apresenta-se como uma proposta que busca contribuir para a formação de profissionais para o SUS, mais especificamente das equipes que atuam na atenção básica, colocando a qualificação ao alcance de profissionais de saúde no seu território, sem retirá-los de suas atividades cotidianas e incorporando suas experiências no modelo de aprendizagem.

O Profsaúde tem alcançado seus objetivos, possibilitando uma visão mais crítica sobre a prática profissional, além de compatibilizar a relação ensino-aprendizagem com os ditames da Política de Educação Permanente do SUS. De acordo com um egresso, em sua apresentação no evento de encerramento do ano letivo do Profsaúde,

[o] curso oportunizou a integração da equipe, com organização do processo de trabalho da unidade. O Projeto de Intervenção implementou lacunas assistenciais essenciais para a integralidade do cuidado. Com relação à docência, promoveu mudanças de paradigmas e inserção de novas metodologias de ensino. (A ACADEMIA..., 2020)

Alinhando-se com a vocação do SUS, que é garantir assistência em todo território nacional, inclusive em regiões mais distantes e de difícil acesso, o Profsaúde vem contemplando a meta de oferecer, a cada edição do curso, cerca de 200 vagas para o mestrado profissional em todo Brasil.

Figura 2: Evolução de oferta de vagas



Fonte: elaborada pelas autoras.

O Profsaúde prioriza a contribuição e a devolutiva para a sociedade, a partir dos trabalhos desenvolvidos pelos mestrandos durante o curso e a medida de avaliação da capacidade de formação do programa por vincular a produção de discentes e docentes.

A rede Profsaúde, preocupada com a devolutiva para a sociedade das ações desenvolvidas ao longo de sua trajetória, criou o *site* nacional do Profsaúde que, além de ser um canal de notícias e informes, permite instrumentalizar e capacitar a rede, por meio de duas seções: a biblioteca, na qual estão disponíveis os trabalhos de conclusão do corpo discente e publicações da rede; e a galeria de vídeos, na qual são disponibilizados os eventos organizados pela rede.

Desde a primeira edição, em 2017, o Profsaúde atua capilarizando a formação profissional no Brasil, ampliando as respostas às demandas do SUS, respeitando as diversidades territoriais e suprimindo carências históricas das regiões antes desassistidas em termos de oferta de cursos de pós-graduação *stricto sensu* para profissionais inseridos no SUS em todo o país.

O PROFSÁUDE E O CONTEXTO DA PANDEMIA

Para difundir as ações de cada polo da rede e para impulsionar a produção colaborativa, o Profsaúde constrói pontes e pontos de contato entre as instituições, propondo algumas iniciativas que dialogam com as experiências vividas pelos mestrandos, sejam em forma de eventos técnico-científicos, sejam em produções científicas.

Durante a pandemia de covid-19, o Profsaúde intensificou suas ações de forma a manter o contato por meio de trocas de experiências enfrentadas pelos discentes, que também são profissionais de saúde e atuam nas diversas regiões do país, em diferentes contextos territoriais, econômicos, políticos, culturais e sociais.

A necessidade de formação permanente, apontada desde sempre por profissionais e gestores da área, agudizou-se durante a pandemia. Segundo a pesquisa nacional *Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da covid-19*, realizada pela Fiocruz, os profissionais de saúde, durante a pandemia, sofreram grande pressão física e psíquica e viveram situações de exaustão, em decorrência de diversos fatores, inclusive pela falta qualificação.

Os dados indicam que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da Covid-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais. (LEONEL, 2021, grifo nosso)

Para minimizar a barreira da formação, o Profsaúde desenvolveu ações não apenas para manter o curso ativo, mas também para estabelecer

vínculos de forma a minimizar as desigualdades e incentivar as trocas de experiências ao longo da pandemia.

Embora o curso ofereça grande parte da carga horária na modalidade de educação a distância (EAD), são previstos em sua grade oito encontros físico-presenciais como estratégia de vinculação e de espaço de integração dos aspectos abordados a distância pelos docentes e discentes. Em decorrência da pandemia, houve a necessidade de reorganizar os encontros presenciais de forma que o processo ensino-aprendizagem não fosse prejudicado. Assim, os encontros presenciais foram transformados em síncronos, em horários flexíveis aos discentes.

A estratégia de ensino telepresencial viabilizou, sem perdas, a discussão e continuidade das atividades acadêmicas, permitindo a construção do conhecimento e o despertar da habilidade reflexiva e problematizadora mesmo à distância, além de contribuir para a estimulação do senso crítico nas atividades desenvolvidas pelos profissionais em seu cotidiano. O cuidado dos docentes com a escolha da modalidade EAD em um momento que exige prudência e atenção, só enaltece os objetivos da disciplina Atenção Integral à Saúde. De forma segura, serviu de exemplo e inspiração para os recém-chegados. (SANTOS; ARAÚJO; SANTOS, 2020, p. 6)

Com o objetivo de aproximar ainda mais discentes e docentes, foram implementadas sessões temáticas para compartilhar as experiências vivenciadas nos territórios.

Aproveitando o cenário de pandemia, as quatro primeiras sessões temáticas tiveram como foco atender as necessidades dos alunos enquanto profissionais da área da saúde atuantes na linha de frente na pandemia de covid-19. Os temas discutidos foram: 1ª) Covid-19 e Atenção Primária à Saúde: Contexto epidemiológico e as experiências do Profsaúde nos territórios; 2ª) Atenção domiciliar e covid-19; 3ª) Covid-19 e arranjos para garantir a saúde do trabalhador; 4ª) O uso da Telemedicina na APS e no enfrentamento da covid-19.

O compartilhamento das experiências dos(as) mestrandos(as) nos territórios culminou na publicação do *e-book Covid-19 e atenção primária*:

as experiências nos territórios (*Rede Profsaúde*) em 2020, que se encontra disponível no *site* do Profsaúde. A partir da quinta sessão temática, o olhar para discussão foi ampliado para o compartilhamento de diversas experiências na atuação na Atenção Primária à Saúde nos territórios: 5ª) Saúde digital na gestão atenção e educação na saúde; 6ª) Populações em condições de vulnerabilização, com ênfase nas populações em situação de rua; 7ª) A Pandemia da covid-19, as práticas de saúde baseadas em evidências científicas e a produção de conhecimento no SUS; 8ª) O ensino da APS na graduação e pós-graduação para formação dos profissionais de saúde; 9ª) Organização do trabalho na Atenção Básica: gestão do cuidado e articulação em rede. No total, foram nove sessões temáticas, todas transmitidas em tempo real pelo canal do YouTube da Fiocruz, e estão disponíveis no *site* nacional do Profsaúde, para disseminação da informação.

Ainda durante a pandemia, o programa organizou a obra *Atenção, educação e gestão: produções da rede Profsaúde*, composta por três volumes, com o objetivo de disseminar o conhecimento da rede e contribuir para transformação das práticas profissionais, subsidiar a gestão na organização das ações e serviços de APS. Na mesma linha, segue em andamento, a organização de três edições da *Revista de APS – Atenção Primária à Saúde*.

Seguindo orientações da Capes, “[...] os programas de pós-graduação devem sempre inovar, buscando novos desafios e fronteiras, tanto no que diz respeito às atividades de ensino, como às de pesquisa”. (BRASIL, 2019, p. 10) Assim, no âmbito da pesquisa, a rede Profsaúde lançou, em 2020, o estudo “Prevenção e controle da covid-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”, envolvendo 21 IES da rede Profsaúde, desenvolvido nas cinco regiões do país, em 128 unidades básicas de saúde.

A pesquisa contou com a participação fundamental dos mestrandos vinculados ao Profsaúde, responsáveis pela condução da pesquisa nas unidades básicas de saúde (UBS) nos territórios.

Pretende-se, a partir desse estudo, conhecer e compreender melhor as práticas do enfrentamento da pandemia pela população brasileira, trazendo subsídios aos gestores e equipes da ESF para prevenção e controle da covid-19. Produtos acadêmicos, científicos e outras produções com formatos

adequados ao perfil da população dos territórios de abrangência da APS, serão utilizados para a divulgação dos resultados. (PREVENÇÃO..., 2020)

Impulsionada pelo desenvolvimento do estudo multicêntrico, a rede estruturou o grupo de pesquisa “Territórios, Modelagens e Práticas em Saúde da Família”, certificado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/Lattes).

Além das ações acima descritas, organizadas pela coordenação nacional e realizadas pela rede, outras iniciativas foram desenvolvidas em nível local, tais como publicações, seminários, palestras entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese o efeito devastador da pandemia em diversos aspectos da sociedade, chegamos a janeiro de 2022 com uma rede de ensino e pesquisa bem estruturada, presente nas cinco regiões do país. A utilização de ferramentas de educação a distância e a exploração de horários alternativos aos turnos de trabalho dos profissionais de saúde possibilitou a manutenção do curso, a troca de experiências, o compartilhamento de angústias, incertezas e o apoio entre profissionais das diversas instituições.

Estando já presente nas cinco regiões do país, o Profsaúde está comprometido com a redução das desigualdades regionais e busca ampliar o número de vagas a cada edição, com especial atenção para as regiões Norte, Centro-Oeste e para alguns estados do Nordeste, pois, historicamente, essas regiões apresentam uma deficiência na área da Saúde Coletiva. Além disso, o programa empenha-se em fortalecer as relações com as regiões parceiras em cada território e contribuir para a resolução de problemas de saúde pública nacionais, regionais e locais.

REFERÊNCIAS

(A) ACADEMIA e a gestão da atenção básica: a contribuição do mestrado profissional. Rio de Janeiro: [s. n.], 2020. 1 vídeo (132 min). Publicado pelo canal VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=h8nwOaf6nik>. Acesso em: 15 out. 2021.

BARATA, R. B. A Abrasco e a pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C. H. A. (org.). *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 169-198. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q4gzb/epub/lima-9788575415900.epub>. Acesso em: 17 out. 2021.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o sus: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbt hCn/?lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. *Documento de área. área 22: saúde coletiva*. Brasília, DF: MEC, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/saude-coletiva-pdf>. Acesso em: 5 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. *Minter e Dinter - Capes/Setec*. Brasília, DF: MEC, 2017a. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/bolsas/bolsas-no-pais/programasencerradosnopais/bolsas/bolsas-no-pais/minter-e-dinter-capes-setec>. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017b.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 14 jan. 2022.

CESSE, E. A. P.; VERAS, M. A. S. M. A Abrasco e a experiência dos mestrados profissionais. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C. H. A. (org.), *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 199-213. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37780/2/livro.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2021.

GUILAM, M. C. R.; TEIXEIRA, C. P.; MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Mestrado profissional em saúde da família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede. *Interface*, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JHBXSLpx4Y9zzkfTvXtXXwx/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2021.

LEONEL, F. Fiocruz analisa condições de trabalho dos profissionais de saúde na linha de frente da covid-19. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-analisa-condicoes-de-trabalho-dos-profissionais-de-saude-na-linha-de-frente-da-covid>. Acesso em: 3 jan. 2022.

NOHRIA, N. Is a network perspective a useful way of studying organizations?. In: HICKMAN, G. R. (org.). *Leading organizations: perspectives for a new era*. California: Sage Publications, 1998. p 287-301.

OLIVEIRA, N. R. C. *Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes*. São Luís: UNA-SUS: Ed. UFMA, 2016.

PREVENÇÃO e controle da COVID-19. Rio de Janeiro: [s. n.], 2020. 1 vídeo (101 min). Publicado pelo canal Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HOKfXc8GY-w&t=2s>. Acesso em.: 26 jan. 2022.

REDE DE PESQUISA EM APS. *Dez anos da rede de pesquisa em APS da ABRASCO - uma construção permanente 2010/2020*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/07/29/dez-anos-da-rede-de-pesquisa-em-aps-da-abrasco-uma-construcao-permanente-2010-2020/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

ROVERE, M. *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. 3. ed. Córdoba: El Ágora, 2016.

SANTOS, L. B. S.; ARAUJO, C. S.; SANTOS, V. S. Educação a distância no mestrado multiprofissional em saúde da família: um relato de experiência. *Revista Edutec: Educação, Tecnologias Digitais e Formação Docente*, Campo Grande, v. 2, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/IntegraEaD/article/view/11436>. Acesso em: 13 jan. 2022.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/927-934/pt>. Acesso em: 14 jan. 2022.

TEIXEIRA, C. P.; FAVORETO, C. A. O.; SANTOS, D. V. D. *et al.* (org.). *covid-19 e atenção primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Profsaúde, 2020. Disponível em: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/publicacao/covid-19-atencao-primaria-experiencias-territorios-rede-profsaude>. Acesso em: 9 jan. 2022.

TEIXEIRA, C. P.; GOMES, M. Q. (org.). *Manual do(a) coordenador(a) e do(a) regente: mestrado profissional em saúde da família: turma multiprofissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco: Profsaúde, 2020.

TOBAR, S.; ROSENBERG, F. J.; SILVA, A. P. J. *et al.* A Estratégia de redes estruturantes na cooperação internacional da Fiocruz: América Latina e CPLP. *In: BUSS, P. M.; FONSECA, L. E. (org.). Diplomacia da saúde e covid-19: reflexões a meio caminho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. p. 345-360. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/50056/2/cap22_estrategia_redes_estruturantes_CRIS_Fiocruz_America_Latina_CPLP.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

LIÇÕES APRENDIDAS NA GUERRA CONTRA O SARS-COV-2 NO SUL E EXTREMO SUL DA BAHIA

CONHECENDO PARA ENFRENTAR, ENFRENTANDO PARA CONHECER

ANTÔNIO JOSÉ COSTA CARDOSO
LUCAS LEONE SILVA SANTOS

“Se você conhece o inimigo e conhece a si mesmo, não precisa temer o resultado de cem batalhas. Se você se conhece, mas não conhece o inimigo, para cada vitória ganha sofrerá também uma derrota. Se você não conhece nem o inimigo nem a si mesmo, perderá todas as batalhas”.¹

INTRODUÇÃO

Pretende-se, neste capítulo, analisar a distribuição da covid-19 (do inglês *Coronavirus Disease 2019* - doença causada por coronavírus em 2019) no sul e extremo sul da Bahia e sua “circularidade sindêmica”, utilizando conceitos clássicos da Epidemiologia, sem perder de vista a

1 Frase do capítulo 3 do livro *A arte da guerra*, atribuído a Sun Tzu (2006).

perspectiva mundial e nacional na medida em que “longe” é “próximo” em um mundo globalizado e que a situação local é resultado, também, da resposta que fomos capazes de produzir enquanto nação.

A análise da distribuição da covid-19 no sul e extremo sul da Bahia – *proxy* da Região Geográfica Intermediária de Ilhéus-Itabuna, utilizando os recortes territoriais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – foi produzida tendo como principal fonte de informação as 43 edições do Boletim do Observatório da Epidemia do Novo Coronavírus no Sul da Bahia, publicadas pelo Comitê Emergencial de Crise (CEC) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), entre março de 2020 e novembro de 2021.

Em contexto que pode ser comparado ao de um “campo de batalha”, portanto de “vida ou morte”, o título deste capítulo, assim como os subtítulos das seções e a epígrafe – supostamente, de Sunwu, também conhecido como Sunzi ou Sun Tzu, filósofo que se tornou general da China Antiga há cerca de 2500 anos –, alude à natureza bélica das lições aprendidas no enfrentamento desta que é a “maior crise sanitária em escala global desde a gripe espanhola”.

ISOLAMENTO E CIRCULAÇÃO VIRAL: “LONGE” É “PRÓXIMO” EM UM MUNDO GLOBALIZADO²

Em 31/12/2019, o Centro de Controle de Doenças da República Popular da China fez uma notificação à Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca de 34 pessoas diagnosticadas com uma pneumonia de causa desconhecida, todos vendedores ou compradores no mercado de frutos do mar – conhecido pelo seu comércio de morcegos, cobras e outros animais silvestres – em Wuhan, capital de Hubei, Província Central. Se tudo tivesse se iniciado num pequeno vilarejo isolado, talvez a história tivesse sido outra, mas Wuhan é uma metrópole com onze milhões de habitantes e relações comerciais com o mundo, embora pouca com o Brasil.

2 Subtítulo inspirado em frase do capítulo 7 do livro *A arte da guerra*: “Age depois de ter feito estimativas. ganha o que conhece primeiro a medida do que está longe e o que está próximo”. (SUN, 2006)

Um dia antes, Dr. Li Weliang, oftalmologista em Wuhan, alertara os seus colegas médicos acerca de sete pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que haviam sido internados no hospital onde ele trabalhava. Além de ter sofrido constrangimentos do governo e sido forçado a assinar documento em que admite ter feito “comentários falsos”, Dr. Li veio a ser uma das primeiras vítimas fatais da covid-19. Na mensagem que encaminhou aos colegas, Dr. Li aconselhava aos seus colegas o uso de equipamentos de proteção.

Em 05/01/2020, as primeiras análises sequenciais do vírus, realizadas por equipes chinesas, apontaram que a pneumonia teria sido causada por um “novo coronavírus”. Não se sabe exatamente quando nem como aconteceu a primeira transmissão zoonótica, de animal para ser humano, mas evidências quase conclusivas sugerem que morcegos teriam sido o hospedeiro natural desse vírus mutante que, então, teria se transmitido para humanos por meio de algum hospedeiro intermediário. O morcego é o animal reservatório natural da maioria dos coronavírus e o pangolim, mamífero vendido nos mercados chineses para uso na gastronomia e medicina tradicional, é um candidato a hospedeiro intermediário entre morcegos e humanos na história evolutiva do SARS-CoV-2. (GRÄF, 2020)

Com a taxa de substituição média definida (de 1×10^{-3} substituições/sítio/ano), foi possível estimar que o vírus teria circulado por aproximadamente um mês sem ser detectado pelo sistema de saúde chinês. (GRÄF, 2020) Resultados de análises filogenéticas do vírus sugerem que o novo coronavírus seria produto de uma evolução natural ocorrida entre 06/10/2019 e 11/12/2019, antes de a transmissão homem-homem passar a ser a forma de contágio principal. Embora as evidências já apontassem para a provável origem silvestre do coronavírus (DUARTE, 2020; GRÄF, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021), a hipótese alternativa é de que o SARS-CoV-2 possa ter escapado de um laboratório no qual experimentos com passagens celulares ou infecção em modelos animais teria selecionado uma cepa com as características atuais. (GRÄF, 2020) O governo dos Estados Unidos fez uma acusação na OMS a esse respeito.

Uma vez confirmado como um “novo *Coronavírus*” (nCoV), o novo patógeno recebeu o nome provisório 2019-nCoV, sendo 2019 referência ao ano da primeira infecção em humanos. Depois, foi classificado como um

vírus da espécie *Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus* (SARS-CoV), pertencente ao gênero *Betacoronavirus*, subfamília *Coronavirinae*, família *Coronaviridae*, ordem *Nidovirales*, reino *Riboviria*. (BORGES et al., 2020) O batismo foi realizado pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV) – do inglês International Committee on Taxonomy of Viruses –, presidido à época por virologista brasileiro, Francisco Murilo Zerbini, da Universidade Federal de Viçosa.

Em 11/01/2020, a OMS informou a notificação do primeiro óbito no mundo por SARS-CoV-2 – um homem de 61 anos, hospitalizado com pneumonia grave na China, e que teria morrido por parada cardíaca – e, dois dias depois, o primeiro caso confirmado fora da China, esse ocorrido na Tailândia, mas ainda um caso importado: uma mulher que havia recém chegado de Wuhan.

O atraso na notificação dos primeiros casos pelo governo de Wuhan gerou a demissão do prefeito e pode ter custado muitas vidas, pois, a despeito do rigor das medidas tomadas pelo governo central da República Popular da China após a notificação dos casos – medidas de contenção em massa, obrigando dezenas de milhões de pessoas a cumprir quarentena –, o vírus já havia tido a oportunidade de se espalhar pois, àquela altura dos acontecimentos, muita gente já havia migrado para outras províncias chinesas e outros países.

Em 30/01/2020, quando a China contava com oito mil casos confirmados e 170 óbitos, a OMS declarou a covid-19 uma “emergência global”, sendo que, poucos dias antes, havia indicado “risco moderado” de a epidemia virar pandemia. É possível que esse atraso também tenha beneficiado a expansão do SARS-CoV-2.

Em 01/02/2020, o mundo suspendeu todo o comércio e transporte de passageiros para a China. Apenas cinco dias depois, já havia registro de casos em diversos outros países, embora nenhum caso tivesse sido notificado na América do Sul e África.

Sem conexões com Wuhan, seríamos poupados? Mais provável é que o SARS-CoV-2 já estivesse circulando entre nós e até já tivesse produzido suas primeiras vítimas, embora nenhum caso grave o suficiente para chamar a atenção das autoridades sanitárias. Em “tempos de globalização”, é razoável supor que o que parece “longe”, na verdade, está “próximo”.

HISTÓRIA NATURAL DA COVID-19: CONHECENDO O INIMIGO ANTES DE ENFRENTA-LO³

O fato de o agente identificado nos pacientes diagnosticados com pneumonia grave em Wuhan ser um novo tipo de coronavírus facilitou a compreensão da covid-19, pois a ocorrência dos coronavírus entre animais de importância veterinária já é estudada desde o final da década de 1930, e entre humanos, desde a década de 1960. (GRÄF, 2020) Embora ainda permanecessem pontos obscuros, havia uma quantidade importante de informações que permitiu começar a compreender a “história natural da doença”.

O modelo teórico da “história natural da doença” (HND), que tem sua origem no clássico trabalho de Leavell e Clark (1976), tenta articular “todas as interrelações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento”, desde as primeiras forças que antecedem o surgimento da doença, quando as pessoas estão tendo a exposição ao agente etiológico (período de pré-patogênese), aos processos fisiopatológicos e clínicos que caracterizam o “período de patogênese”, quando a doença se manifesta por meio de sintomas e sinais clínicos, e ao “desenlace” dessa história (sequela, invalidez, recuperação ou morte).

O processo de infecção pelo SARS-CoV-2 se inicia com a exposição de uma pessoa suscetível ao vírus, seguido de sua replicação no organismo, configurando o “período de incubação”, que pode variar de 1 a 14 dias, com média de 5 a 6 dias.

Depois que foi transmitido pelo contato direto com secreções (saliva, secreções respiratórias, gotículas respiratórias de aerossóis projetadas para o ambiente) e/ou indireto (a partir de contato com superfícies contaminadas), o vírus começa a invadir e a se multiplicar no organismo. A depender do tipo de superfície e da carga viral depositada sobre elas, estudos em laboratório mostram que partículas de SARS-CoV-2 podem se manter viáveis por períodos que variam de minutos a horas (BORGES et al., 2020; SANTOS; TAVARES; MENGEL, 2020), mas na maioria das

3 Subtítulo inspirado em frase do capítulo 1 do livro *A arte da guerra*: “O general que vence a batalha faz muitos cálculos em seu templo antes de lutar”. (SUN, 2006)

superfícies, até 48 horas, e sabemos, mais recentemente, que a transmissão pelo ar acontece sem a necessidade de aerossol, bastando que o indivíduo susceptível esteja a menos de um metro de outro indivíduo infectado. Cantar, falar, tossir, espirrar e respirar são, pois, os principais veículos que levam o vírus ao meio ambiente.

Muito rapidamente, foi possível perceber a alta transmissibilidade do SARS-CoV-2. Estimou-se, ainda em 2020, que, em ambiente livre de qualquer intervenção humana, isto é, em “ambiente natural”, uma pessoa infectada transmitiria o SARS-Cov-2 para 2,2 a 5,7 outras pessoas. (CERQUEIRA-SILVA et al., 2020)

Observe-se que, se um indivíduo infecta em média três outros, que infecta, cada, três outros, estamos diante de um fenômeno coletivo que se estabelece em progressão geométrica (PG) e cuja razão de transmissão (Rt) depende da “resposta” que governos, cidadãos e empresas forem capazes de dar. A depender da qualidade dessa “resposta”, isso pode se transformar muito rapidamente em centenas, milhares e dezenas de milhares de pessoas infectadas, como pode-se reduzir essa razão de transmissão para 1 ou para menos de 1 e, assim, ir controlando a epidemia.

Após a exposição, o vírus inicia o seu processo de replicação ao interior das nossas células até que alcance um certo nível crítico, quando começa a produzir quadro clínico muito semelhante ao observado em infecções pelos SARS-CoV-1 e MERS-CoV (“período de patogênese”), abrangendo formas assintomáticas ou leves na maioria das pessoas (80%); moderada a grave entre 15% dos infectados; até um quadro crítico (5%), que demanda intubação em unidade de tratamento intensivo e pode evoluir com falência múltipla de órgãos, principalmente em pessoas com mais de 60 anos. (SANTOS; TAVARES; MENGEL, 2020)

Podem haver, então, três “desenlaces” para esta história natural da covid-19: o indivíduo se cura ou ele vai a óbito ou ele pode permanecer com sequelas, algumas graves, que geram invalidez. No mundo, a taxa de letalidade média foi estimada em 2,0% no final de 2021. Isso corresponde a cerca de 2/5 dos 5% que desenvolvem quadro crítico. Essa taxa de letalidade, que define o percentual de óbitos entre os infectados, varia de um país para outro e de uma cidade para outra, tendo variado entre 1,0% a 5,0% entre os municípios que compõem a região sul da Bahia.

Àquela altura, já sabíamos que a maioria das pessoas se recupera sem precisar de tratamento, mas não sabíamos por quanto tempo a proteção produzida pela infecção permaneceria nem qual o percentual de pessoas que desenvolveria sequelas. Atualmente, sabemos que: é de seis meses, em média, o tempo da proteção fornecida pela infecção (imunidade natural) e pela imunização (imunidade adquirida); pode haver cronificação da doença; e um terço das pessoas desenvolve sequelas.

Embora o aparelho respiratório seja o alvo principal do SARS-CoV-2, têm sido identificadas sequelas no aparelho cardiovascular e no sistema nervoso central e periférico, além dos traumas psicológicos e sequelas psiquiátricas.

ENFRENTANDO O INIMIGO: A PREVENÇÃO É, SEMPRE, “A MELHOR ESTRATÉGIA DE TODAS”⁴

À “história natural da doença” pode-se justapor os “níveis de prevenção” que se relacionam às diferentes fases de desenvolvimento da doença: “Prevenção primária” (P1), para evitar a ocorrência de uma doença antes que ela apareça, mediante o controle de suas causas e fatores de risco (“período de pré-patogênese”); “Prevenção secundária” (P2), voltada à cura das pessoas enfermas e à redução das consequências mais graves da doença, mediante a detecção precoce e tratamento oportuno (“período de patogênese”); e “Prevenção terciária” (P3), voltada à reabilitação dos indivíduos por meio da redução de sequelas, minimização do sofrimento e adaptação ao ambiente. (DEPALLENS et al., 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010)

Será que o República Federativa do Brasil planejou e enfrentou o inimigo com a “melhor estratégia de todas” ou será que a Resposta Nacional

4 Subtítulo inspirado em duas frases do livro *A arte da guerra*, sendo uma do capítulo 8: “Permaneça atento ao perigo e ao caos enquanto não tenham, todavia, forma, e evita-os antes de que se apresentem; esta é a melhor estratégia de todas”, e outra do capítulo 9: “Quando as ordens se dão de maneira clara, sensata e conseqüente, as tropas as aceitam. Quando as ordens são confusas, contraditórias e mudam a toda hora as tropas não as aceitam ou não as entendem”. (SUN, 2006)

correspondeu a um emaranhado de “ordens confusas, contraditórias e que mudaram a toda hora”?

O controle da pandemia requer a interrupção da cadeia de transmissão do SARS-CoV-2 e, portanto, medidas de “Prevenção primária” (P1). O pressuposto é de que tais medidas a serem aplicadas precisam ser culturalmente sensíveis e respaldadas pelo conhecimento científico, mas não podem depender completamente da adesão voluntária dos indivíduos, pois algumas podem não trazer benefício algum para o próprio indivíduo, embora possam ser imprescindíveis para limitar a propagação da doença. Em abril de 2020, já estava claro que o controle efetivo da pandemia dependia da implantação de medidas de distanciamento físico e da realização intensiva de testes. (BOAVENTURA et al., 2020)

Além da reorientação dos serviços públicos de saúde, a Resposta Nacional, que não poderia ser apenas dos três níveis de governos, envolveu a formulação de políticas públicas, nacionais e subnacionais, de controle da transmissão do SARS-CoV-2, mas também políticas emergenciais de mitigação dos efeitos colaterais dessas medidas de prevenção; o fortalecimento de ações comunitárias (cidadãos, empresas e terceiro setor); e a promoção de novas habilidades pessoais para enfrentar os desafios nesses tempos de rápidas mudanças e adaptações sociais.

Ainda em janeiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) constituiu um comitê de crise, que lideraria o enfrentamento da “emergência sanitária”, elaborou um boletim epidemiológico que continha também um guia de vigilância epidemiológica e, aparentemente, começou a preparar a rede hospitalar para a guerra que se seguiria, tendo emitido recomendações aos governos estaduais e municipais. Além disso, o GF, por meio da Lei nº 13.979/20, de 06/02/2020, dispôs sobre as “[...] medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus”.

Ao longo do mês de fevereiro, foi ficando claro que a epidemia caminhava no sentido de se tornar uma pandemia. Nós, profissionais da saúde pública, nos perguntávamos se seria coerente manter a realização do carnaval no momento em que o mundo enfrentava uma emergência sanitária. Na Itália, o Carnaval de Veneza foi encerrado e os eventos desportivos foram suspensos nas regiões mais afetadas. No Brasil, o carnaval pode ter

sido um evento-índice na dispersão do SARS-CoV-2, mas a verdade é que o cancelamento das festividades momescas sequer chegou a ser cogitado pelas autoridades sanitárias nacionais e subnacionais.

Em 26/02/2020, poucos dias depois, São Paulo registrou o primeiro caso, importado, de covid-19. No dia 11/03, a OMS declarou a situação como de “pandemia”. Em 17/03/2020, foi registrado o primeiro óbito por covid-19 no Brasil, também em São Paulo, e, em 20/03, embora a maioria dos casos confirmados no Brasil ainda estivesse concentrada em municípios de médio e grande porte, o Ministério da Saúde declarou situação de “transmissão comunitária sustentada”, quando ocorrem casos autóctones, sem vínculo a outro caso anteriormente confirmado. Nesse estágio da epidemia, quem apresentar quadro clínico de síndrome gripal deve ser considerado suspeito e testado. Em São Paulo já havia transmissão comunitária naquele momento, mas é provável que não existisse ainda em muitas outras regiões do país.

Na Bahia, o governo do estado inaugurou as medidas de distanciamento social em 16/03/2020.⁵ Entretanto, a principal dificuldade de prefeitos e secretários de saúde do sul da Bahia era “convencer as pessoas a não se aglomerarem em feiras livres, lotéricas, bancos, bares, templos religiosos e até em velórios”.⁶

Em um primeiro momento, as máscaras faciais não foram recomendadas para a população geral como medida de prevenção pelo receio de que isso fragilizasse as outras medidas (consideradas mais relevantes) e de que pudessem faltar nas farmácias e distribuidoras, em função da corrida da população às máscaras cirúrgicas, mas depois elas entraram no “menu preventivo”, com a recomendação de que pudessem ser “caseiras” e, portanto, substituindo as máscaras cirúrgicas.

Os cidadãos desempenham papel crucial no controle da pandemia, uma vez que podem ou não aderir às orientações das autoridades sanitárias. De acordo com a literatura científica (HSU et al., 2020; VOLKAN; VOLKAN, 2020), um dos fatores que ajudam a explicar a adesão às medidas

5 Ver: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/03/17/decreto-institui-medidas-temporarias-para-enfrentamento-da-emergencia-de-saude-publica/>.

6 Ver: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/04/14/em-videoconferencia-com-secretario-da-saude-prefeitos-do-sul-da-bahia-pedem-apoio-para-fiscalizar-populacao/>.

preventivas é o grau de confiança na capacidade de resposta dos governos. A ansiedade coletiva poderia ter sido minimizada por uma mensagem unificada que mostrasse a relevância das ferramentas que tínhamos.

Pode-se dizer que o Ministério da Saúde, ainda sob o comando de Henrique Mandetta, tentou assumir a liderança na recomendação de medidas de prevenção à covid-19 (relativas à higienização das mãos a etiqueta respiratória, além das medidas de restrição de circulação de pessoas e distanciamento social), que foram sendo, gradativamente, incorporadas por estados e municípios.

Entretanto, o presidente da República apresentou retórica de negação da pandemia (CAMPOS, 2020; HALLAL, 2021; LOTTA et al., 2020; THE LANCET, 2020), o que provavelmente resultou em descoordenação entre os agentes públicos e menor adesão da população às medidas de prevenção. Poder-se-ia dizer que, neste caso, o mundo da vida sofreu deformidades em função da instrumentalização estratégica da comunicação para fins de manutenção de poder. (HABERMAS, 1987)

Na contramão das recomendações de órgãos prestigiosos na área de saúde, o presidente da República do Brasil (CAVALCANTI et al., 2020; ELSAWAH et al., 2021; SBI COMUNICAÇÃO, 2020; WATANABE, 2020): classificou como “histeria” a preocupação dos profissionais de saúde e da imprensa, pois iria ser uma “gripezinha” que jamais alcançaria os números previstos nos modelos matemáticos; forçou a liberação de atividades comerciais não essenciais para não atrapalhar a economia; promoveu aglomerações (motociatas e inaugurações); recomendou terapias ineficazes, sem evidências científicas; fez ataques despropositados à OMS; forçou a demissão dos ministros da saúde Mandetta e Teich, em razão de divergências quanto ao uso da Cloroquina; e nomeou como ministro da saúde o general Eduardo Pazuello, que consentiu com a recomendação, de 20/05/2020, quanto ao uso de Cloroquina e Hidroxicloroquina em todos os casos de covid-19, inclusive leve. (BRASIL, 2020)

Em contexto de oferta abundante de tratamentos ineficazes (Cloroquina, Hidroxicloroquina, Ivermectina, Azitromicina, Nitazoxanida, Corticoide, Zinco etc.) e registro, na imprensa, da ocorrência de iatrogenia clínica, parecem ter sido insuficientes as ações de “prevenção quaternária” (P4) – conceito proposto pelo médico belga Marc Jamouille, na década de

1980, quando ainda só eram reconhecidos três níveis de prevenção (P1, P2 e P3) –, visando enfrentar essa medicalização excessiva ou sobremedicalização. (DEPALLENS et al., 2020)

ANALISANDO A SITUAÇÃO NA REGIÃO GEOGRÁFICA INTERMEDIÁRIA DE ILHÉUS-ITABUNA⁷

Em 26/02/2020, duas semanas antes de a OMS declarar a situação da covid-19 como pandêmica, tivemos o registro do primeiro caso confirmado no Brasil, em São Paulo, importado da Itália. Na Bahia, o primeiro caso, confirmado em 06/03, foi uma mulher de 34 anos residente em Feira de Santana, também importado da Itália. Em 16/03, foi confirmado o primeiro caso no sul da Bahia (décimo caso baiano): um homem de 43 anos, residente em Porto Seguro, município-sede da UFSB na Costa do Descobrimento. Em 17/03, foi registrado o primeiro óbito no Brasil, em São Paulo. Naquela data, eram apenas três os municípios com casos confirmados na Bahia – Feira de Santana (5), Salvador (4) e Porto Seguro (1) –, todos importados ou que haviam sido infectados por meio de “transmissão local”. Esses casos de importação detectados foram contidos e não colaboraram efetivamente com a transmissão local.

No dia 18/03, entretanto, foram confirmados mais 13 casos, sendo três pacientes – todos de Salvador – sem fonte de contágio identificável, inaugurando o estágio de “transmissão comunitária”. Quando o primeiro número do boletim foi publicado, em 31/03, uma semana depois do MS declarar “transmissão comunitária” no Brasil, havia 150 casos confirmados na Bahia, sendo 10 em Porto Seguro, 2 em Itabuna, 2 em Ilhéus e 1 em Teixeira de Freitas.

Naquele momento, a Europa era o continente mais afetado e a Itália, o país que acumulava o maior número de óbitos. O cenário era de incertezas quanto à dinâmica epidêmica que se estabeleceria nos territórios e apreensão quanto ao custo social da covid-19 em região com tantas carências e desigualdades, tendo em vista: a facilidade de transmissão

7 Subtítulo inspirado em frase do capítulo 8 do livro *A arte da guerra*: “Não será vantajoso para o exército atuar sem conhecer a situação do inimigo”. (SUN, 2006)

do SARS CoV-2 pessoa a pessoa, pelo ar e por superfícies contaminadas; o custo individual das medidas de prevenção (as medidas dependem de recursos); a inexistência de vacinas nem tratamentos específicos; a inação dos governos em relação ao planejamento para o enfrentamento da epidemia (aquisição de EPIs e testes, oferta de leitos de enfermagem e UTI etc.); o negacionismo da presidência da República e de setores importantes da sociedade; a perspectiva hospitalocêntrica adotada pela Resposta Nacional (MS, SES, SMS); e a incompletude das informações disponíveis à época.

Ao que tudo indicava, as semanas seguintes seriam de muita “ansiedade, ruas desertas, unidades de saúde lotadas e número crescente de infectados e óbitos”. A partir daquele momento, o SARS-CoV-2 se disseminou das cidades maiores em direção aos municípios de pequeno porte, seguindo a malha rodoviária, mas é claro que o SARS-CoV-2 não percorreu todo o estado da mesma forma, os tempos foram distintos. Essa interiorização da epidemia ampliou os desafios, visto que municípios menores, em geral, dispõem de menos recursos.

Segundo a OMS, foram confirmados 251.847.839 casos e 5.078.311 óbitos por covid-19 no mundo até 12/11/2021, com taxa de letalidade média de 2,0%. Naquela data, o continente americano liderava em número acumulado de casos (94.854.667 casos ou 37,7% do total) e óbitos (2.315.826 óbitos ou 45,6% do total), mas a Europa tornara-se, novamente, o epicentro da pandemia nas últimas semanas (desde 11/10/2021), o que levou as autoridades sanitárias a reconsiderarem a recomendação ou imposição de restrições à circulação de pessoas.

Do total de 251.847.839 pessoas que se infectaram por covid-19 no mundo até 12/11/2021, 21.939.196 ou 8,7% dos casos (Taxa de Ataque de 10.360,6 casos/100.000 habitantes) eram de residentes no Brasil, assim como 610.491 ou 12,0% das 5.078.311 pessoas que morreram por covid-19 no mundo (Coeficiente de Mortalidade de 288,3 óbitos/100.000 habitantes e Taxa de Letalidade de 2,8) eram de residentes no Brasil, país que detém 2,7% da população mundial.

Do total de 21.939.196 pessoas que se infectaram com o SARS-CoV-2 no Brasil desde 26/02/2020, quando foi notificado o primeiro caso, até 12/11/2021, 1.251.326 ou 5,7% das pessoas infectadas (Taxa de Ataque de 8.380,9 casos/100.000 habitantes) eram de residentes na Bahia; do total

de 610.491 pessoas que morreram por covid-19 no Brasil, 27.161 ou 4,5% (Coeficiente de Mortalidade Acumulada de 181,9 óbitos/100.000 habitantes e Taxa de Letalidade de 2,2%) eram de residentes na Bahia, que detém 7,1% da população brasileira.

O Observatório da Epidemia do Novo Coronavírus no Sul da Bahia acompanhou dez municípios onde a UFSB tem unidade acadêmica e/ou colégio universitário, todos na Região Geográfica Intermediária de Ilhéus-Itabuna (Tabela 1).

A Região Geográfica Intermediária de Ilhéus-Itabuna, uma das dez regiões intermediárias do estado da Bahia, viveu uma epidemia das mais graves. Entretanto, as Regiões Geográficas Imediatas é que correspondem à escala ideal para analisarmos a dinâmica epidêmica da covid, pois têm na rede urbana o seu principal elemento de referência e se estruturam para a satisfação das necessidades imediatas das populações. A UFSB tem unidade acadêmica e/ou colégio universitário em três de quatro Regiões Geográficas Imediatas que compõem a Região Geográfica Intermediária: Ilhéus-Itabuna, Eunápolis-Porto Seguro e Teixeira de Freitas.

A Região Geográfica Imediata de Ilhéus-Itabuna é composta por 22 municípios, correspondendo a um território de 10 755,84 km² onde vivem e trabalham cerca de 654.057 pessoas. As duas cidades mais populosas, Itabuna (213.685 habitantes) e Ilhéus (159.923 habitantes), concentram 57,1% dos habitantes da região, além de oportunidades de trabalho, o comércio, serviços públicos de saúde e educação etc. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desta região imediata foi estimado em 0,599, valor considerado “baixo”. (ATLAS..., 2010) A UFSB tem Unidades Acadêmicas em Itabuna e Colégio Universitário em Coaraci, Ibicaraí, Ilhéus e Itabuna.

Como se pode observar na Tabela 1, todos os quatro municípios onde a UFSB tem UA ou CUNI apresentaram Taxa de Ataque, isto é, risco de se infectar pelo SARS-CoV-2 ao longo do período pandêmico muito superior à média estadual (8.380,9 casos/100.000 habitantes) e nacional (10.360,6 casos/100.000 habitantes), com destaque para o valor alcançado em Itabuna (16.121,4 casos/100.000 habitantes) e Ilhéus (13.921,1 casos/100.000 habitantes).

Quanto ao risco de morrer por covid-19 ao longo do período da pandemia, todos os quatro municípios apresentaram coeficientes de mortalidade

(CM) superiores à média nacional (288,3 óbitos/100.000 habitantes) e estadual (181,9 óbitos/100.000 habitantes), com destaque para o valor alcançado em Ilhéus (360,8 casos/100.000 habitantes) e Itabuna (329,5 casos/100.000 habitantes). Na Região Imediata de Ilhéus-Itabuna, Ibicaraí (2,8%) apresenta Taxa de Letalidade igual à do Brasil (2,8%), enquanto Coaraci (2,5%) e Ilhéus (2,6%) apresentam Taxa de Letalidade inferior à do Brasil, mas superior à média da Bahia (2,2%) no acumulado até 12/11. Itabuna apresenta taxa de letalidade (2,0%) inferior à média estadual.

A Região Geográfica Imediata de Eunápolis-Porto Seguro, composta por oito municípios, é menos populosa, com 384.900 habitantes distribuídos em 12.109,09 km². Eunápolis (114.396 habitantes) e Porto Seguro (150.658 habitantes) concentram 68,9% da população residente e são municípios de referência para a satisfação das necessidades imediatas das pessoas. O IDH, estimado em 0,620, é considerado “médio”. (ATLAS..., 2010) A UFSB tem Unidades Acadêmicas em Porto Seguro e Colégio Universitário em Eunápolis, Porto Seguro e Santa Cruz de Cabrália.

Quanto ao risco de alguém se infectar ao longo da pandemia, Eunápolis (11.336,9 casos/100.000 habitantes) e Santa Cruz de Cabrália (10.840,9 casos/100.000 habitantes) apresentaram TA superior à média nacional (10.360,6 casos/100.000 habitantes), enquanto foi estimada em 8.281,7 casos/100.000 habitantes em Porto Seguro, inferior à média estadual.

Quanto ao risco de morrer por covid-19 na Região Imediata de Eunápolis-Porto Seguro ao longo da pandemia, apenas Eunápolis (201,1 óbitos/100.000 habitantes) tem coeficiente de mortalidade superior à Bahia (181,9 óbitos/100.000 habitantes), embora inferior ao Brasil (288,3 óbitos/100.000 habitantes). Nenhum município apresentou Taxa de Letalidade superior à da Bahia (2,2%) até 12/11.

Tabela 1: Séries de casos e óbitos, taxa de ataque e coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) e taxa de letalidade. Municípios da Região Intermediária de Ilhéus-Itabuna, Bahia e Brasil até 12/11/2021

Território	Casos Acumulados	Taxa de Ataque	Óbitos Acumulados	Coeficiente de Mortalidade	Taxa de Letalidade
Coaraci	1.913	11.559,6	48	290,0	2,5
Ibicarai	2.267	10.604,4	63	294,7	2,8
Ilhéus	22.263	13.921,1	577	360,8	2,6
Itabuna	34.449	16.121,4	704	329,5	2,0
Eunápolis	12.969	11.336,9	230	201,1	1,8
Porto Seguro	12.477	8.281,7	240	159,3	1,9
Santa Cruz de Cabralia	3,027	10.840,9	35	125,3	1,2
Itamaraju	7.998	12.408,7	158	245,1	2,0
Nova Viçosa	2.981	6.808,6	50	114,2	1,7
Teixeira de Freitas	19.568	12.046,4	316	194,5	1,6
10 municípios (Total)	119.912	12.296,3	2.421	248,3	2,0
Região Intermediária	174.764	10.731,4	3.724	228,7	2,1
Bahia	1.251.326	8.380,9	27.161	181,9	2,2
Brasil	21.939.196	10.360,6	610.491	288,3	2,8

Fonte: Universidade Federal do Sul da Bahia (2021).

A Região Geográfica Imediata de Teixeira de Freitas, a mais ao sul do estado, é composta por 13 municípios, correspondendo a um território de 18.535,75 km², onde residem cerca de 455.542 habitantes. As duas cidades mais populosas, Teixeira de Freitas (162.438 habitantes) e Itamaraju (64.455 habitantes), concentram 49,8% dos habitantes da região, mas também oportunidades de trabalho, serviços públicos, comércio etc. O IDH, estimado em 0,623, é considerado “médio”. (ATLAS..., 2010) A UFSB tem unidades acadêmicas em Teixeira de Freitas e colégio universitário em Itamaraju, Nova Viçosa e Teixeira de Freitas.

Quanto ao risco de alguém se infectar ao longo da pandemia, Itamaraju (12.408,7 casos/100.000 habitantes) e Teixeira de Freitas (12.046,4 casos/100.000 habitantes) apresentaram Taxa de Ataque superior à média da Bahia (8.380,9 casos/100.000 habitantes) e Brasil (10.360,6 casos/100.000

habitantes), enquanto foi estimada em 6.808,6 casos/100.000 habitantes em Nova Viçosa, menor valor dentre os municípios analisados.

Quanto ao risco de morrer ao longo do período, Itamaraju (245,1 óbitos/100.000 habitantes) e Teixeira de Feitas (194,5 óbitos/100.000 habitantes) apresentaram coeficientes de mortalidade inferiores à taxa nacional média (288,3 óbitos/100.000 habitantes), mas superiores à média estadual (181,9 óbitos/100.000 habitantes), enquanto Nova Viçosa (114,2 óbitos/100.000 habitantes) apresentou o melhor resultado dentre os municípios analisados. Nenhum município apresentou Taxa de Letalidade superior à Bahia (2,2%) em 12/11.

DETERMINANTES E EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA PANDEMIA: A CIRCULARIDADE SINDÊMICA⁸

Vimos que fatores virais e do hospedeiro podem determinar as diferentes manifestações clínicas observadas na covid-19, podendo variar de uma apresentação leve, principalmente entre jovens adultos e crianças, até uma forma grave, com complicações respiratórias e tromboembólicas, mais frequente entre pessoas maiores de 60 anos e/ou com doença pré-existente (hipertensão, diabetes, obesidade, doença cardíaca coronariana), com três “desenlaces” possíveis: o indivíduo se cura ou ele vai a óbito ou ele pode permanecer com sequelas.

Essa história, entretanto, não é tão “natural”, pois fatores psicológicos, sociais e culturais intervêm nesse processo, o que pode facilitar ou dificultar a aplicação de medidas preventivas, eis a principal crítica que se pode fazer ao modelo da HND. (AROUCA, 1975) Embora, supostamente, todos fôssemos igualmente susceptíveis ao SARS-CoV-2 no início da “invasão”, alguns estiveram sob maior risco de se infectar e morrer por covid-19 do que outros por razões genéticas, imunidade cruzada (exposição prévia a outros coronavírus) e, principalmente, razões sociais e vulnerabilidade programática (acesso a direitos). A saúde populacional é, pois, um processo determinado individual, histórica e socialmente.

8 Subtítulo inspirado em frase do capítulo 7 do livro *A arte da guerra*: “Um exército perece se não está equipado, se não tem provisões ou se não tem dinheiro”. (SUN, 2006)

A dinâmica epidêmica, no final das contas, foi produto não apenas da história natural da doença, mas da realidade social e da resposta que governos, bem como empresas e cidadãos, foram capazes de dar. Inicialmente concentrado em estratos médios e altos da sociedade brasileira, o SARS-CoV-2 foi afetando o conjunto da sociedade, penetrando no seu segmento mais empobrecido e que vive em condições de maior vulnerabilidade, sem acesso a serviços de saúde e saneamento.

A escassez de recursos materiais impactou sobre a ampliação do contágio, uma vez que, muitas vezes, as orientações sanitárias não eram viáveis para as pessoas pobres, que precisaram escolher entre segui-las, mas não ter renda ou trabalhar e se expor ao vírus. Essa “pauperização” significou, além disso, que as medidas de controle tiveram como efeito colateral o travamento do sistema produtivo e do fluxo financeiro, o que ampliou o desemprego. Também os trabalhadores autônomos, precarizados, temporários e informais, que não dispõem de poupança para enfrentar flutuações significativas na renda, foram muito afetados.

Exemplificando: a quarta fase de inquérito sorológico, realizado em São Paulo, no segundo semestre de 2020, pelo Grupo Fleury (em parceria com Instituto Semeia e Ibope Inteligência e em colaboração com a Universidade Federal de São Paulo e Universidade de São Paulo) estimou que a incidência do vírus na capital era: de 30,4% nos distritos mais pobres e de 21,6% naqueles de renda mais alta; de 35,8% entre a população de menor nível escolar (até ensino fundamental) ante 16% nos indivíduos com ensino superior; e maior na população preta e parda (31,6%) em comparação aos brancos (20,9%), com valor de “p” menor que 0,0008;

Ressalte-se, pois, a relevância da adoção de medidas de restrição da circulação e atividades não essenciais, pelo governo do estado e municípios, como também da política de mitigação dos efeitos sociais da pandemia, do governo federal. Naquele contexto, o GF precisou ofertar, embora a contragosto, políticas emergenciais de mitigação dos efeitos econômicos e sociais das medidas de redução do fluxo de pessoas dentro e entre as cidades pois, se nada fosse feito, as consequências seriam bem piores para todos.

Embora o “estado social de exceção característico de tempos de guerra” tenha afetado a todos, alguns puderam vivenciá-lo num *bunker* bem mais

seguro e confortável. A covid-19 atingiu, assim, as pessoas de diferentes maneiras e com diferentes impactos. Seus efeitos variaram não apenas com idade e condições prévias de saúde, mas também de acordo com o grau de acesso a direitos, inclusive aos cuidados de saúde. Também a internet, por exemplo, virou um item de primeira necessidade, mas a gente sabe que alguns têm acesso, outros não, reforçando a desigualdade e a iniquidade social.

Estamos, assim, diante de um fenômeno multidimensional de enorme complexidade, cujo enfrentamento também demanda interdisciplinaridade interprofissionalidade e intersetorialidade, visto que transcorre em muitas dimensões da realidade vivida, a ponto de se propor chama-lo de “sindemia”. Sindemia é neologismo cunhado pelo antropólogo médico Merrill Singer, na década de 1990, para descrever um objeto complexo, regido por lógicas não lineares, com pluralidade de modos de determinação entre condições sociais e estados biológicos, em distintos planos de ocorrência, que aumentam a suscetibilidade à infecção e geram demandas que ultrapassam os problemas diretamente decorrentes do agravo. (ALMEIDA-FILHO, 2021; HORTON, 2020) Nessa perspectiva, pode-se referir à emergência de, ao menos, duas outras “pandemias”: de notícias falsas (infodemia) e de problemas de saúde mental e sofrimento psíquico. (GALHARDI et al., 2020; SOUSA JÚNIOR et al., 2020)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As metáforas são recursos linguísticos que nos amparam em nosso “encontro com o desconhecido”. A incorporação de “metáforas de guerra” neste ensaio é estratégia de comunicação, recurso discursivo que pretende reforçar a ideia de que estamos em um “estado social de exceção característico de tempos de guerra”, mesmo sentido que lhe é atribuído no contexto de produção do livro *A arte da guerra*, base do pensamento militar da China Antiga. (LARA; VIZEU; ALVES, 2019) Não sabemos se tais ensinamentos inspiraram a China contemporânea no enfrentamento do SARS-CoV-2, mas tratou-se de uma das melhores respostas nacionais.

No caso do Brasil, ao contrário, pode-se dizer que nossa resposta nacional à pandemia foi uma das mais mal planejadas e mal sucedidas

do mundo, mesmo se considerarmos apenas os dados oficiais, que correspondem à “ponta do *iceberg*”, estando longe de representar a realidade sanitária vivida pela população. A baixa capacidade de testagem do país é apontada como principal causa de subnotificação, mas existem outras razões: a maioria dos infectados permanece assintomático e o *gap* temporal entre a realização do teste laboratorial e a liberação do resultado.

A despeito dessa subnotificação e das mudanças realizadas nos critérios de confirmação de casos e de divulgação das informações acerca da ocorrência e distribuição de casos e óbitos por covid-19, foi possível realizar análises importantes e, até, identificar algumas tendências (interiorização, pauperização etc.) ao longo de 2020 e 2021. Ficaram evidentes, por exemplo, como as desigualdades tradicionais (a “questão social/racial”) e contemporâneas (acesso a computador/*notebook* e serviços de internet) afetam a saúde e a qualidade de vida de nossa população.

Quanto à reorientação dos serviços de saúde, deve-se reconhecer que os desabastecimentos (de equipamentos de proteção individual e testes, leitos de enfermaria e UTI, oxigênio, kit intubação etc.) foram sucessivos enquanto a oferta de tratamentos ineficazes foi abundante, mas nossa principal falha talvez tenha sido a incorporação tardia da Atenção Primária à Saúde nessa “guerra de trincheiras”: na prevenção, atenção de casos leves (mais de 80%) e monitoramento de casos e seus contatos. Apostou-se na comunicação de massa, na assistência hospitalar e na vacinação.

Em contexto de oferta abundante de tratamentos ineficazes, parecem ter sido insuficientes as ações de “prevenção quaternária” (P4), isto é, aquelas de desacreditação das *fake news* e acreditação das instituições científicas na busca das melhores evidências. Felizmente, embora nossa melhor hipótese fosse de que alguma vacina pudesse estar disponível à população em meados de 2021, elas começaram a ser aplicadas no braço das pessoas em dezembro de 2020, em contexto de luta pelo desenvolvimento de vacinas, mas também contra a vacinação.

Outra lição aprendida foi perceber o alto custo da ausência de uma autoridade com legitimidade em saúde pública para liderar a Resposta Nacional. A ansiedade coletiva poderia ter sido minimizada por uma mensagem unificada que mostrasse a relevância das ferramentas que tínhamos – distanciamento físico, uso da máscara facial e medidas de

higienização –, mas o presidente da República desempenhou o papel de “Inimigo público número 1” da Resposta Nacional.

As tentativas de resistência dos demais poderes e da sociedade civil não foram suficientes para neutralizar o ativismo da presidência da República contra as medidas de enfrentamento da covid-19 nem a efetividade das *fake news* na desacreditação das instituições científicas. Mesmo adotando políticas responsáveis, os governos subnacionais não foram capazes de controlar a pandemia, pois faltou coordenação para que fossem efetivas. Como efeito, a adesão da população às medidas de prevenção foi decrescente ao longo do tempo analisado.

Como efeito do avanço da vacinação no mundo, a pandemia começou a dar primeiros sinais de trégua, com desaceleração na maioria dos continentes, a partir de meados de 2021 (CEC/UFSB, 15/06/2021). Permanecem, entretanto, muitos desafios para o retorno à “normalidade”, pois não se pode considerar a terceira onda da pandemia sob controle, qualquer que seja o critério estabelecido – ao contrário, voltou a acelerar no mundo, embora como uma “pandemia de não vacinados”, em função da maior transmissibilidade da variante Ômicron –, ainda demandando a combinação de campanhas de vacinação, exigência de passaporte vacinal e o uso de máscaras, distanciamento físico e higiene constantes das mãos. A luta continua!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. *In*: ALMEIDA-FILHO, N. *Principais elementos*. Brasília, DF: Conass, 2021. p. 222-233. (Coleção Conass).

AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil. *Atlas BR*, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em 26 set 2022.

BOAVENTURA, V.; CERQUEIRA-SILVA, T.; SANTOS, L. A. *et al.* Testes diagnósticos na covid-19. *In*: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO

JUNIOR, E. P. *et al.* (org.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de covid-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. v. 1.

BORGES, A. A.; SUZUKAWA, A. A.; ZANLUCA, C. *et al.* SARS-CoV-2: origem, estrutura, morfogênese e transmissão. *In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P. et al.* (org.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de covid-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. v. 1.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-5, 2020.

CAVALCANTI, A. B.; ZAMPIERI, F. G.; ROSA, R. G. *et al.* Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in mild-to-moderate covid-19. *New England Journal of Medicine*, [Toronto], v. 383, n. 21, p. 2041-2052, 2020.

CERQUEIRA-SILVA, T.; ANDRADE, A. B. M. D. G.; BARRAL-NETTO, M. *et al.* Vacinas contra a infecção pelo SARS-CoV-2. *In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P. et al.* (org.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de covid-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. v. 1.

DEPALLENS, M. A.; GUIMARÃES, J. M. M.; FARIA, L. *et al.* Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. *Interface*, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1-16, 2020.

DUARTE, P. M. Covid-19: origem do novo coronavírus. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 11710-11724, 2020.

ELSAWAH, H. K.; ELSOKARY, M. A.; ELRAZZAZ, M. G. *et al.* Hydroxychloroquine for treatment of nonsevere covid-19 patients: Systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Medical Virology*, New York, v. 93, n. 3, p. 1265-1275, 2021.

GALHARDI, C. P.; FREIRE, N. P.; MINAYO, M. C. S. *et al.* Fato ou fake? uma análise da desinformação frente à pandemia da covid-19 no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 4201-4209, 2020.

GRÄF, T. Diversidade dos coronavírus, origem e evolução do SARS-COV-2. *In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P. et al.* (org.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de covid-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. v. 1.

HABERMAS, J. *Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HALLAL, P. C. SOS Brazil: Science under attack. *The Lancet*, [Boston], v. 397, p. 373-374, 2021.

HORTON, R. Offline: covid-19 is not a pandemic. *The Lancet*, [Boston], v. 396, p. 1-4, 2020.

HSU, C. H.; LIN, H. H.; WANG, C. C. *et al.* How to defend covid-19 in Taiwan? talk about people's disease awareness, attitudes, behaviors and the impact of physical and mental health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Abingdon, v. 17, n. 13, p. 1-36, 2020.

LARA, L. G.; VIZEU, F.; ALVES, E. B. A Instrumentalização de metáforas no campo do management: reflexões a partir do uso da obra "a arte da guerra" na área de negócios. *Brazilian Business Review*, Vitória, v. 16, n. 5, p. 416-430, 2019.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LOTTA, G.; WENHAM, C.; NUNES, J. *et al.* Community health workers reveal covid-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, [Boston], v. 396, p. 1-7, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades (MOPECE)*: Módulo 6: controle de enfermidades na população. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, 2010.

SANTOS, T. A.; TAVARES, N. M.; MENGEL, J. Imunopatogênese da covid-19. *In*: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* (org.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de covid-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. v. 1.

SBI COMUNICAÇÃO. Parecer científico da sociedade brasileira de imunologia sobre a utilização da Cloroquina/Hidroxicloroquina para o tratamento da covid-19. *Sociedade Brasileira de Imunologia*, São Paulo, 18 maio 2020. Disponível em: <https://sbi.org.br/2020/05/18/parecer-da-sociedade-brasileira-de-imunologia-sobre-a-utilizacao-da-cloroquina-hidroxicloroquina-para-o-tratamento-da-covid-19/?fbclid=IwAR2GVwq4WqRRMAoM3QlQMp6YRIw-NOcNfsp0vN2fbOqUn084ySAVsqL3Re8>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SOUSA JÚNIOR, J. H.; RAASCH, M.; SOARES, J. C. *et al.* Da desinformação ao caos: uma análise das fake news frente à pandemia do coronavírus (covid-19) no Brasil. *Cadernos Prospecção*, Salvador, v. 13, n. 2, p. 331-346, 2020.

SUN, T. *A arte da guerra*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

THE LANCET. Covid-19 in Brazil: “so what?”. *The Lancet*, [Boston], v. 395, p. 1-4, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA. *Boletim do observatório da epidemia do novo coronavírus no Sul da Bahia*. Salvador: UFBA, 2021.

VOLKAN, E.; VOLKAN, E. Under the covid-19 lockdown: rapid review about the unique case of North Cyprus. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Washington, D. C., v. 12, n. 5, p. 539-541, 2020.

WATANABE, P. Instituto de infecções dos EUA contraindica hidroxicloroquina e azitromicina para covid-19: uso só é indicado dentro de ensaios clínicos; órgão afirma que ainda não há dados para indicar uso ou não da cloroquina. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 22 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China part*. Geneve: WHO, 2021.

SOBRE OS AUTORES

Ana Estela Haddad - Doutora em Ciências Odontológicas (2001), livre-docente (2011) pela Universidade de São Paulo. Professora associada III do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da FOUSP.

E-mail: anaestelahaddad@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0693-9014

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos - Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), assessora da Coordenação Executiva Nacional do Profsaúde. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: anap.braganca@fiocruz.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3776872909303578>

ORCID: 0000-0002-8889-8585

Antônio José Costa Cardoso - Doutor em Saúde Pública e professor adjunto da Universidade Federal do Sul da Bahia. Membro permanente do colegiado do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

E-mail: antoniojccardoso@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6085-3502

Adroaldo de Jesus Belens - Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), professor do curso de Comunicação do Centro Universitário UNIFTC.

E-mail: adroaldobelens@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4053-095X

Carla Pacheco Teixeira - Assistente social, sanitarista - Fundação Oswaldo Cruz. Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), coordenadora Executiva Nacional do PROFSAÚDE. Experiência na gestão da Atenção Primária; gestão e docência em cursos de graduação e pós-graduação na saúde. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: carla.teixeira@fiocruz.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8361839543321549>

ORCID: 0000-0002-5683-8430

Dandara Oliveira Silva - Enfermeira, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PPG-Profsaúde/MPSF) da Universidade Federal do Sul da Bahia.

E-mail: dandaraprodema@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5803-6610

Danielle Cristine Alves Rodrigues Pereira - Mestranda no Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), assessora da Coordenação Executiva Nacional do Profsaúde. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: danielle.alves@fiocruz.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8130179435163256>

ORCID: 0000-0002-4764-9734

Dayse Batista Santos - Doutoranda no programa Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais (UFSB). Apoiadora institucional da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde de Itabuna-BA.

E-mail: daysebsantos@live.com

ORCID: 0000-0002-5859-4855

Eliana Goldfarb Cyrino - Professora associada do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; membro da diretoria da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), gestão 2020-2022.

E-mail: eliana.goldfarb@unesp.br

ORCID: 0000-0002-6526-3528.

Gabriela Andrade da Silva - Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo. Professora adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia.

E-mail: gabriela.silva@ufsb.edu.br

ORCID: 0000-0002-4188-0935

Heloise Lima Fernandes Agreli - Doutora em Ciências da Saúde, professora na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

E-mail: heloisefernandes@usp.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2822306810281300>

ORCID: 0000-0002-7234-836X

Ita de Oliveira e Silva - Doutora em Biologia Animal pela Universidade de Brasília (UnB). Professora associada III e vice-coordenadora do curso Bacharelado Interdisciplinare em Saúde do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal do Sul da Bahia (IHAC/ UFSB).

E-mail: itabio@ufsb.edu.br

ORCID: 0000-0003-1052-5209

Jane Mary de Medeiros Guimarães - Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora adjunta e vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade

Federal do Sul da Bahia (Profsaúde/UFSB). Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq-UFSB) Educação Digital Interativa.

E-mail: janemg@ufsb.edu.br

ORCID: 0000-0002-9538-2675

Joseneide Santos Queiroz - Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: joseneide.queiroz@ufrb.edu.br

ORCID: 0000-0001-9938-5067

Lina Faria - Doutora em Saúde Coletiva, professora associada II e coordenadora institucional do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família. Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq-UFSB) Educação, Saúde e Desigualdades Sociais da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Coordenadora do Laboratório de Práticas Educação e Saúde (LPES) (<https://laboratoriodepraticasufsb.webnode.com/>)

E-mail: lina@ufsb.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3627559799699510>

ORCID: 0000-0002-6439-0760

Lucas Leone Silva Santos - Graduado no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal do Sul da Bahia (Instituto de Humanidades, Artes e Ciências/Campus Jorge Amado).

E-mail: lucasl.s.s@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-8139-4387

Lucas Viana de Oliveira - Graduando em Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares.

E-mail: lucasviana19rko@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-6665-669X

Luciane Ouriques Ferreira - Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: lu.ouriquesf@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4312120611545896>

Luiz Antonio de Castro Santos - PhD em Sociologia pela Universidade de Harvard, Departamento de Sociologia. Docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

E-mail: lacs1945@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0872-4276

Marcia Alves Quaresma - Doutoranda em Estado e Sociedade pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro, Bahia.

E-mail: marciaquaresma1@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4969-773X

Maria Cristina Rodrigues Guilam - Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), tecnologista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, coordenadora acadêmica nacional do Profsaúde. Experiência na área de educação e gestão da pós-graduação.

E-mail: cristina.guilam@fiocruz.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5112943881740599>

ORCID: 0000-0003-4242-3530

Marina Peduzzi – Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, pós-doutorado em Prática e Educação Interprofissional no Kings College London, Universidade de Londres-Reino Unido, professora associada senior da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

E-mail: marinape@usp.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7062074048893763>

ORCID: 0000-0002-2797-0918

Matheus Ribeiro dos Santos - Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Sul da Bahia (Profsaúde/UF SB).

E-mail: mateurs14@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-8946-9355

Miguel Andino Depallens - médico, mestre em Saúde da Família, professor do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: miguel.depallens@yahoo.fr

ORCID: 0000-0001-6499-8437

Natan Fiorotti da Silva - Graduando em Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares.

E-mail: natanfiorotti18@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5826-4661

Nildo Alves Batista - Doutor em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo (USP). Professor titular da Universidade Federal de São Paulo e livre-docente em Educação Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

Paloma Dornas de Castro - Graduanda em Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares.

E-mail: palomadornas3@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8538-1057

Patrícia Figueiredo Marques - Professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: pfmenf@ufrb.edu.br

ORCID: 0000-0002.0242-5024

Paula Hayasi Pinho - Professora permanente do PPG Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde/MPSF), Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: paulahpinho@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8922-0699

Rocio Elizabeth Chavez Alvarez - Doutora em Ciências da Saúde, professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família. Vice-líder do Grupo de Pesquisa (CNPq-UFSB) Educação, Saúde e Desigualdades Sociais. Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

E-mail: chioliz2014@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5093-0909

Urbanir Santana Rodrigues - Professora assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: urbanir@ufrb.edu.br

ORCID: 0000-0003-0614-9183

Waneska Alexandra Alves - Doutora em Saúde Pública, professora associada da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares. Líder do grupo de pesquisa (CNPq-UFJF) Ciência, Saúde e Sociedade.

E-mail: waneska.alves@ufjf.edu.br

ORCID: 0000-0002-2893-8768

Formato: 17 x 24 cm
Fontes: Ashbury, Barlow
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m²
Capa: Cartão Supremo 300 g/m²

Lina Faria. Doutora e mestre em Saúde Coletiva pelo UERJ, com Pós-doutorado pela Unicamp. Professora Associada e Coordenadora Institucional do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Jane Mary de Medeiros Guimarães. Economista, Doutora em Saúde Pública pela UFBA, Vice-coordenadora e Professora Permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia.

Rocio Elizabeth Chavez Alvarez. Enfermeira, Mestre em Enfermagem Pediátrica pela USP. Doutora em Ciências da Saúde pela USP, com Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Professora Permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Antonio José Costa Cardoso. Médico pela UFBA, Doutor em Saúde Pública pela UFBA. Professor permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Márcio Florentino Pereira. Cirurgião Dentista pela UFG. Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pela UnB. Professor Adjunto da UFSB e do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Luiz Antonio de Castro Santos. PhD em Sociologia pela Universidade de Harvard, Departamento de Sociologia. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Esta coletânea reúne textos que ampliam os estudos e debates sobre as interfaces entre educação e saúde e o cuidado realizado nas redes de atenção no contexto da Covid-19, tendo como ponto de partida o olhar interdisciplinar e o trabalho multiprofissional. Os capítulos refletem a complexidade do tema e sugerem a necessidade de formar profissionais capazes de atuar em contextos que envolvam situações complexas, como uma crise pandêmica. Indicam os principais desafios para gestores, profissionais e também formuladores de políticas públicas. A coletânea é, portanto, de interesse para profissionais e estudiosos das várias áreas da saúde, em especial, Saúde Coletiva. No campo das políticas públicas em saúde, trata-se de obra recomendada para cientistas sociais, gestores e profissionais da rede de atenção primária.



ISBN 978-65-5630-391-8



9 786556 303918