

EDUCAÇÃO E SAÚDE

Reflexões e Experiências Educativas

ORGANIZADORES:

Camilo Darsie

Cristianne Maria Famer Rocha

Marcelo Carneiro

Maria Cristiane Barbosa Galvão



EDUCAÇÃO E SAÚDE

Reflexões e Experiências Educativas





Reitor

Rafael Frederico Henn

Vice-Reitora

Andréia Rosane de Moura Valim

Pró-Reitor Acadêmico

Rolf Fredi Molz

Pró-Reitor Administrativo

Dorivaldo Brites de Oliveira

EDITORA DA UNISC

Editora
Helga Haas

COMISSÃO EDITORIAL

Helga Haas - Presidente
Adilson Ben da Costa
Carlos René Ayres
Cristiane Davina Redin Freitas
Marcus Vinicius Castro Witczak
Mozart Linhares da Silva
Rudimar Serpa de Abreu

© *Copyright*: dos autores
1ª edição 2022

Direitos reservados desta edição:
Universidade de Santa Cruz do Sul

Capa: Bruno Seidel Neto
(Assessoria de Comunicação da UNISC)

Editoração: Clarice Agnes



E24 Educação e saúde [recurso eletrônico] : reflexões e experiências educativas / Camilo Darsie ... [et al.] (organizadores). – 1. ed. - Santa Cruz do Sul : EDUNISC, 2022.

Dados eletrônicos.

Inclui bibliografias.

Modo de acesso: World Wide Web: www.unisc.br/edunisc

Demais organizadores: Cristianne Maria Famer Rocha, Marcelo Carneiro, Maria Cristiane Barbosa Galvão.

ISBN 978-65-88564-21-9

1. Educação em saúde. 2. Pessoal de saúde - Formação. I. Souza, Camilo Darsie de.

CDD: 610.7

Bibliotecária: Muriel Thürmer - CRB 10/1558



Avenida Independência, 2293
Fones: (51) 3717-7461 e 3717-7462
96815-900 - Santa Cruz do Sul - RS
E-mail: editora@unisc.br - www.unisc.br/edunisc

Camilo Darsie
Cristianne Maria Famer Rocha
Marcelo Carneiro
Maria Cristiane Barbosa Galvão
(organizadores)

EDUCAÇÃO E SAÚDE

Reflexões e Experiências Educativas

Santa Cruz do Sul
EDUNISC
2022



SUMÁRIO

PREFÁCIO

SAÚDE E EDUCAÇÃO: POSSIBILIDADES “ÚNICAS” E “MÚLTIPLAS” DE INTEGRAÇÃO E SINERGIA

Carla Aparecida Arena Ventura 7

APRESENTAÇÃO

EDUCAÇÃO E SAÚDE: REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS EDUCATIVAS

Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha, Marcelo Carneiro,
Maria Cristiane Barbosa Galvão 9

USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO REMOTO: PISTAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS PARA A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO E(M) SAÚDE

Jeane Félix 11

SAÚDE E AMBIENTE: O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Débora da Silveira Siqueira, Alexandre Rieger 23

PROCESSOS DE ACOLHIMENTO À POPULAÇÃO MIGRANTE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INTERLOCUÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Leticia Silva Holderbaun, Betina Hillesheim 36

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL

Karine Zenatti Ely, Andréia Rosane de Moura Valim, Janine Koepp,
Renata Maria Dotta, Pauline Schwarzbald, Lia Gonçalves Possuelo 51

PRECEPTORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM COLETIVA

Camila Dubow, Vanda Beatriz Hermes, Suzane Beatriz Frantz Krug,
Hildegard Hedwig Pohl, Raquel Farias Rozeno 59

INCLUSÃO DIGITAL E A EDUCAÇÃO EM TORNO DA e-SAÚDE: DESIGUALDADES E DESAFIOS

Barbara Coelho Neves 71



**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS:
AÇÕES E PRÁTICAS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Camila Soares Teixeira, Paulo Sérgio França, Muna Muhammad Odeh,
Joyce Marciano Monte, Denise Lopes Porto, Fatma Galia Ali 83

**SER SAUDÁVEL SÓ DEPENDE DE VOCÊ: NEOLIBERALISMO E GOVERNO
DA VIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA**

Francisco Valberdan Pinheiro Montenegro, Adolfo Jesiel Siebra,
Neuza Maria de Fátima Guareschi 101

**EDUCANDO PARA O CONSUMO DE BIOTECNOLOGIAS A PARTIR DA
COLETA DE CÉLULAS-TRONCO DO CORDÃO UMBILICAL**

Vera da Costa Somavila, Analidia R. Petry, Guilherme Mocelin, 113

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E FORMAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES A
PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA COM A ESCOLA FAMÍLIA
AGRÍCOLA DE SANTA CRUZ DO SUL**

Juliano Soares Ávila, Cheron Zanini Moretti 128

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO
FERRAMENTA PROMOTORA DE HÁBITOS DE VIDA ATIVOS E SAUDÁVEIS**

Leticia Borfe, Juliana Oliveira da Silva, Letícia de Borba Schneiders,
Heloisa Elesbão, Lizandra Barbosa da Silva..... 143

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL COMO
FERRAMENTAS NO COMBATE AO CORONAVÍRUS**

Gabriele Zawacki Milagres, Caroline Bertelli, Bruna Rezende Martins,
Luisa Gelsdorf, Cézane Priscila Reuter, Suzane Beatriz Frantz Krug 155

EDUCAÇÃO E INTERFACE NA SAÚDE

Renata Aparecida Belei, Sheila Esteves Farias 165

**ANORMALIDADES ANATÔMICAS E PATOLOGIAS EM PERSONAGENS DE
OBRAS DE ARTE NO ENSINO DA ANATOMIA E DA FISIOLOGIA**

Devis de Campos, Henrique Ziembowicz, Victor Göttems Vendrusculo,
Marina Cabral Lemos, Deryck Aguiar Ribeiro 176

ABSURDAMENTE VIVO

Maria Amélia Mano 189



A RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NO CURRÍCULO DO ENSINO MÉDIO
Valéria Cassettari, Caio S. Nagayoshi 203

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM PROFISSIONAIS DO SEXO COMO
ACONTECIMENTO EDUCATIVO: AFIRMAÇÃO DAS VIDAS E PRODUÇÃO DE
CULTURA**
Guilherme Lamperti Thomazi, Gustavo Almansa Bernardo, Roberta Machado
Silveira, Daniel Canavese de Oliveira, Alcindo Antônio Ferla, Matheus Neves 214

**A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE**
Michele Neves Meneses, Roberta de Pinho Silveira, Fernanda Mattioni,
Luciana Araujo Vieira, Liciane da Silva Costa Dresch..... 230

**PANDEMIA E NECROPOLÍTICA: RETORNO DA EDUCAÇÃO BÁSICA
ÀS AULAS PRESENCIAS**
Lutiane de Lara, Lilian Rodrigues da Cruz 246



PREFÁCIO

SAÚDE E EDUCAÇÃO: POSSIBILIDADES “ÚNICAS” E “MÚLTIPLAS” DE INTEGRAÇÃO E SINERGIA

As relações entre saúde e educação são complexas e abarcam um vasto espectro de indicadores determinados socialmente, inseridos em um cenário mundial caracterizado por crescentes e profundas iniquidades, que impedem o acesso à saúde e educação como bens públicos globais e direitos sociais.

A partir desse contexto cada vez mais desafiador e excludente, é fundamental reforçar a perspectiva de que o investimento em educação é catalisador para o desenvolvimento humano, constituindo a base para a saúde integral e o bem-estar das pessoas. De acordo com Sen (2000), a educação se consolida como possibilidade real de ampliação do repertório de vida das pessoas, de suas potencialidades individuais e coletivas, buscando-se o desenvolvimento em todas as suas dimensões, por meio da construção de uma sociedade mais humana, justa e solidária.

Nesse sentido, a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 4 de dezembro de 1986, reconhece o desenvolvimento como direito humano, que se concretiza como processo político, social, cultural e econômico compreensivo, que visa o constante aperfeiçoamento do bem-estar das pessoas e comunidades, com base em sua participação ativa, livre e significativa na distribuição de seus benefícios (ONU, 1986).

A mencionada Declaração ressalta a importância da educação e saúde para o desenvolvimento humano e social, o que se confirma na definição de prioridades para a agenda de desenvolvimento e cooperação internacional, com a Declaração do Milênio (2000-2015) e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sucedidos pela Agenda de Desenvolvimento Sustentável (2015-2030) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esse conjunto de diretrizes reafirma que os direitos ao desenvolvimento, educação e saúde são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados.

As relações entre saúde e educação são influenciadas, portanto, por fatores culturais, econômicos, sociais, psicológicos e interpessoais. Variáveis econômicas como renda e ocupação que mediam a relação entre educação e saúde e recursos culturais, sociais, psicológicos e interpessoais permitem que as pessoas com diferentes níveis educacionais acessem e utilizem estratégias de enfrentamento e resolução de problemas para lidarem com situações de saúde e doença. A educação permite que as pessoas desenvolvam habilidades que as predispõem a melhores resultados de saúde em contextos múltiplos e interativos. Sendo assim, para informar políticas de saúde e educação, é importante valorizar as oportunidades que a educação gera durante o ciclo de vida dos indivíduos.

A compreensão de como a saúde avança por meio da educação e a educação



se aperfeiçoa com a saúde pode ser chave para o enfrentamento das desigualdades e exclusões que cerceiam e limitam o pleno desenvolvimento humano. Analisar essas relações e interfaces a partir de diferentes perspectivas teóricas foi o desafio proposto pelos organizadores desta obra aos diversos autores que a compõe.

Em 19 capítulos, autores de áreas distintas compartilham seu conhecimento e experiências únicas relacionando saúde e educação, a partir de uma diversidade de olhares e análises, incitando-nos a uma reflexão intrigante e desafiadora, que nos propõe a “pensar e agir além” ... A leitura dos capítulos nos convida a, de alguma forma, deixar nossa “zona de conforto” e, com criatividade e utilizando os recursos disponíveis, construir oportunidades conjuntas de melhoria da saúde de diferentes grupos da população e em variados espaços de produção de saúde.

Os capítulos abarcam uma amplitude única de narrativas e experiências de educação em saúde, algumas empreendidas no contexto da pandemia de Covid-19, a partir de reflexões teóricas, mas também de vivências com grupos específicos como migrantes, profissionais do sexo, movimentos sociais de mulheres, adolescentes, e profissionais de saúde que atuam em contextos diversos. Nesses casos, reforça-se a importância da educação permanente em distintos espaços organizacionais.

Os autores também compartilham experiências criativas e empreendedoras com o uso de metodologias ativas que reafirmam a construção coletiva de iniciativas bem-sucedidas de hábitos saudáveis de vida, com foco na promoção da saúde. Em suma, os capítulos destacam a saúde como essencial para o exercício individual e coletivo de uma vida com dignidade.

Dessa forma, aproveito a oportunidade para agradecer a cada um dos autores que gentilmente contribuíram e colaboraram para a organização desta importante obra que, com certeza, possibilitará a replicação de boas práticas, assim como a idealização e construção de novas experiências de educação em saúde, que transformem o conhecimento tácito em explícito e atuem como ferramenta para o desenvolvimento pessoal e coletivo.

Reitero também meus agradecimentos aos organizadores deste livro pela honra de apresentá-lo e desejo a todas e todos uma excelente leitura!

Carla Aparecida Arena Ventura

Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), SP

ORCID 0000-0003-0379-913X

caaventu@eerp.usp.br

REFERÊNCIAS

- ONU. **Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento**. Nova Iorque: ONU, 1986.
- SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.



APRESENTAÇÃO

EDUCAÇÃO E SAÚDE: REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS EDUCATIVAS

Camilo Darsie¹
Cristianne Maria Famer Rocha²
Marcelo Carneiro³
Maria Cristiane Barbosa Galvão⁴

A produção deste *e-book* resulta da colaboração de professores, profissionais e estudantes de diferentes instituições de ensino que preconizam que Educação e Saúde sejam áreas complementares, especialmente se considerarmos que ambas sustentam algumas das principais políticas públicas de diferentes países.

Não seria exagero argumentarmos que a Organização das Nações Unidas (ONU), por exemplo, por meio de suas agências temáticas – Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) – estimula profissionais e demais atores sociais a formarem uma rede global de discussões, ações e projetos que visa combater problemas sociais por meio do aumento e da qualificação dos índices de saúde e de educação.

No Brasil, tais campos precisam ser pensados de maneira ampla, conforme sustentado pelos movimentos que envolvem a Saúde e a Educação e, conseqüentemente, pelas diretrizes que definem as ações e políticas públicas respectivas. São as práticas de Saúde e de Educação, em articulação, que conduzem ações relacionadas ao atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ao tratamento de doenças, às práticas de controle sanitário, de educação popular e de formação em saúde, ou seja, envolvem diferentes sujeitos e se encontram na base do processo.

Conforme apontado por Falkenberg *et al.* (2014, p. 848), as estratégias que aproximam a Educação e a Saúde envolvem os trabalhadores, os gestores e a

1 Doutor em Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul, RS
ORCID: 0000-0003-4696-000X
camilodarsie@unisc.br

2 Doutora em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS
ORCID: 0000-0003-3281-2911
cristianne.rocha@ufrgs.br

3 Doutor em Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul, RS
ORCID: 0000-0003-3603-1987
marceloc@unisc.br

4 Doutora em Ciências da Informação, Universidade de São Paulo, SP
ORCID: 0000-0003-3971-5743
mgalvao@usp.br



população usuária. Porém, conforme atentam, “embora a definição do Ministério da Saúde apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática”.

Partindo destas questões, neste *e-book* reunimos textos que impulsionam a reflexão de aspectos teóricos e/ou práticos. Eles foram escritos por profissionais, usuários, estudantes, gestores, entre outros, que narram a - e refletem sobre a - Saúde e a Educação a partir de suas diferentes experiências, conceitos e perspectivas. Esperamos que tais vivências e narrativas possam servir como importantes disparadores de boas práticas e transformações.

REFERÊNCIAS

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acessado em: 16 ago. 2021.



USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO REMOTO: PISTAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS PARA A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO E(M) SAÚDE

Jeane Félix¹

O ENSINO REMOTO EMERGENCIAL: NOTAS INTRODUTÓRIAS

O Ensino Remoto Emergencial (ERE) foi a estratégia acionada por instituições educativas, da educação básica ao ensino superior, para continuarem em funcionamento durante o período de isolamento social ocasionado pela pandemia de COVID-19 que assola o mundo desde o início de 2020. O uso do ERE demandou a reorganização dos processos educativos que antes eram desenvolvidos majoritariamente de modo presencial, adaptando-os a estratégias remotas de ensino e de aprendizagem. Neste texto, assumo o ERE como uma mudança provisória nos processos educativos desenvolvidos no contexto da pandemia de COVID-19 com a utilização de estratégias remotas para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem que antes eram realizadas presencialmente (CHARCZUK, 2020).

Com o ERE, o fazer pedagógico precisou ser repensado e reinventado e, desse modo, professores e professoras passaram a empregar estratégias pedagógico-didáticas adaptadas ao novo contexto social e educacional. Não se trata da simples transposição das atividades presenciais para o contexto da *internet*. Tampouco se limita ao emprego de ferramentas tecnológicas em aulas, sejam elas síncronas (simultâneas/em “tempo real”) e/ou assíncronas (sem necessidade de interação em “tempo real”). Refere-se, pois, à necessidade de adaptação das instituições educativas e seus/suas docentes ao contexto em que as aulas acontecem fora do ambiente institucional e passam a acontecer em diversos espaços, inclusive, nas residências de professores/as e estudantes (SANTOS; LIMA; SOUSA, 2020).

Essas mudanças no fazer pedagógico desvelaram, segundo Santos, Lima e Sousa (2020), desigualdades sociais que já eram presentes na escola e ficaram ainda mais nítidas com o isolamento social. Segundo as autoras (2020, p. 1634): “tempo, espaço e currículo precisaram, de repente, ser reinventados, embora, em muitos aspectos, essa ‘reinvenção’ seja a continuidade de práticas que já se apresentavam frágeis no ensino presencial”. Dado o contexto da pandemia e a urgência social para

¹ Doutora em Educação, Universidade Federal de Alagoas, Alagoas.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4754-0074>
jeanefelix@gmail.com



que as aulas não parassem, professores/as precisaram incorporar, com pouco ou nenhum suporte institucional, em um curto espaço de tempo, estratégias pedagógicas e didáticas variadas, aprender transportar suas aulas presenciais para o ciberespaço e, com isso, a utilizar ferramentas e materiais que, para muitos/as, ainda eram pouco convencionais. Ao mesmo tempo, estudantes acostumados às atividades presenciais e ao modelo educacional convencional precisaram aprender a estudar de outras formas e a lidar com as limitações (ou mesmo a falta) de equipamentos e de *internet* para acompanhar as atividades solicitadas pelos/as professores/as, elementos que complexificam ainda mais o ERE (SANTOS; LIMA; SOUSA, 2020).

Esse contexto também tem obrigado instituições educativas a organizarem-se a partir de outros trâmites, atualizarem suas regras internas, alterarem protocolos, investirem na formação dos/as docentes para lidarem com o cenário que se apresenta. Os/as professores, por sua vez, viram-se diante da necessidade de aprender sobre outras e novas formas de exercer suas atividades docentes, atuando no campo da incerteza de quem se coloca diante de algo completamente novo e desafiador (SEVERO, 2021).

Este texto tem como objetivo refletir sobre algumas das tensões, limites e possibilidades de exercer a docência no ensino superior em tempos de pandemia de COVID-19, com desdobramento no ERE, apontando algumas pistas que podem ser pensadas e adaptadas por outros/as docentes. Esse processo de utilização de metodologias ativas, na minha prática como professora, foi fortemente intensificado no período de ERE pois, além de atuar na graduação e na pós-graduação, fui convidada a integrar a equipe de formação de colegas docentes para atuação no contexto das aulas remotas, com foco no uso de metodologias ativas. Desse modo, trata-se de um ensaio construído a partir de minhas experiências, desafios e (des) aprendizagens como professora formadora de professores(as) e de profissionais de saúde em tempos de ERE.

DOCENTES NO ERE: NOTAS PROBLEMATIZADORAS

Entre os diversos desafios de exercer a docência em tempos de ERE, destaco: pouca (ou nenhuma) habilidade de (muitos/as) professores/as para operar com tecnologias educacionais; frágil formação didática de docentes não licenciados/as, que em geral sustentam suas aulas na transmissão de conhecimentos específicos de suas áreas; mistura da vida pública com a vida privada, uma vez que as aulas saíram do espaço institucional e passaram a ocupar as casas de professores/as e estudantes. Além disso, adoecimento por COVID-19 dos/as próprios/as docentes, estudantes e seus familiares, morte de pessoas próximas, perda da potência presencial do espaço físico da sala de aula, pouca (ou nenhuma) participação nas tomadas de decisões



relativas à retomada das aulas em formato remoto e os limites da temporalidade de estar/ficar/trabalhar em casa, associada à perda dos espaços de socialização (CHARCZUK, 2020; SANTOS; LIMA; SOUSA, 2020; SEVERO, 2021).

O “novo (a)normal” demanda mobilizar outras formas de ser e estar docente nem sempre simples ou fáceis de se construir e de se adaptar. Nesse cenário de ERE, muitos/as professores/as se viram diante da necessidade de utilizar ambientes virtuais de aprendizagem, produzir videoaulas, apresentar suas aulas em direção à câmera, dar aula para as “bolinhas” (as fotos ou avatares dos/as estudantes na página dos aplicativos de reunião instantânea) e, muitas vezes, falar sozinho/a frente ao silêncio dos microfones desligados, sem qualquer interação auditiva com os/as estudantes. Desafios com os quais não aprendemos a lidar em nossos cursos de formação ou em nossas experiências docentes anteriores. Assim, foi (tem sido) necessário reinventar nossas práticas docentes e, nessa esteira, reinventarmos a nós mesmos.

Conforme Santos, Lima e Sousa (2020, p. 1634), “confrontados(as) à urgência para dar continuidade ao ensino e aprendizagem, os(as) professores(as) se veem diante da obrigação de redefinir, ressignificar, reinventar e ‘desaprender’ muitas das suas certezas teóricas e metodológicas quanto ao seu fazer”. Nesse sentido, nós, professores/as fomos confrontados/as com uma crise que expôs muitas de nossas certezas profissionais, por outro lado, isso também nos possibilitou aprender outras formas de exercer nosso trabalho docente. Segundo Sousa Santos (2020, [n.p.]), “[...] no sentido etimológico, a crise é, por natureza, excepcional e passageira, e constitui a oportunidade para ser superada e dar origem a um melhor estado de coisas”. Inspirada por Sousa Santos, pergunto: quais as possibilidades concretas que temos para “darmos origem” a um “melhor estado de coisas”, em nossa prática docente, diante do atual contexto? Quais os desafios que temos enfrentado na educação superior nesses tempos? Como temos (re)significado nosso agir pedagógico a partir do que estamos vivendo? Como docentes, quais os principais desafios que temos enfrentado e quais têm sido nossas maiores aprendizagens?

Assim, sem qualquer tipo de romantização desse momento tão desafiador no qual estamos imersos/as, com números (infelizmente, ainda) crescentes de mortes e adoecimentos em decorrência da COVID-19 em nosso país e em outras partes do mundo, opto, neste texto, por abordar algumas das possibilidades que temos encontrado para “dar origem” a outras formas de ensinar e aprender, reinventando nossas práticas educativas. Concordo com Severo (2021, p. 3) que, “[...] não há dúvidas sobre a potencialidade formativa que essas experiências nos legam para desenvolvermos uma inteligência didática que nos permita operar com novos recursos e plataformas que dinamizem não apenas a nossa interação com os(as) estudantes, mas também os seus modos de aprendizagem”. A aposta que faço aqui é, nessa direção, do uso de metodologias ativas como estratégias pedagógico-didáticas que nos permitem repensar e reinventar os processos pedagógicos nos



quais estamos inseridos/as.

METODOLOGIAS ATIVAS: NOTAS CONCEITUAIS

O uso de metodologias ativas nos processos de ensino-aprendizagem não é algo novo, tampouco se restringem às práticas pedagógicas desenvolvidas em tempos de pandemia. Os processos pedagógicos contemporâneos, pelas características próprias dos tempos em que vivemos, inscrevem-se na articulação entre teoria e prática, no desenvolvimento das autonomias individuais e coletivas e na contextualização do que se ensina e do que se aprende a partir do que cada um(a) vive, pensa e sente (MITRE *et al.*, 2008).

Eu, particularmente, emprego metodologias ativas desde minhas primeiras incursões como professora estagiária em sala nos anos iniciais do ensino fundamental (quando nem sabia que aquelas estratégias didáticas que utilizava eram conhecidas como metodologias ativas). De lá até aqui, segui utilizando, adaptando e inventando estratégias pedagógico-didáticas que me permitissem fugir do lugar comum das aulas expositivas, tanto porque tenho convicção que aprendemos de modo mais efetivo quando atuamos ativamente em nossos próprios processos de aprendizagem, quanto porque, como professora, canso-me mais facilmente das repetições e me mobilizo mais intensamente para planejar e executar aulas com metodologias mais estimulantes, na interação e na criação em ato com os/as estudantes e, assim, aprendo enquanto exerço a docência.

Para Brandão (2019, p. 21), “podemos re-vivenciar a experiência do aprender como um trabalho realizado também sobre a reminiscência, sobre a lembrança do vivo e do vivido, sobre a memória do partilhado em interação com o que está acontecendo aqui e agora”. Ainda, nas palavras de Brandão (2019, p. 21), é importante que “saibamos trabalhar para que o foco do ensinar-aprender parta não apenas de um concreto-abstrato dominado pelo professor e subordinado à rotina de um programa, mas que seja algo vivo e rememorado em e entre situações pessoais e interativas vividas e pensadas pelos alunos a partir da experiência de momentos-foco de vidas cotidianas”, sugestão que procuro colocar em prática para seguir motivada de ser/estar professora. As metodologias ativas são acionadas com essa intencionalidade: manter viva, em mim, a chama da docência e produzir, com os/as estudantes, algo que extrapole a aquisição dos conhecimentos previstos em nossos componentes curriculares.

Do modo como compreendo, as metodologias ativas não são simplesmente técnicas, ferramentas ou estratégias de ensino e sua utilização não se limita à aplicação de metodologias não convencionais ou tecnológicas. As metodologias ativas são, nessa direção, estratégias pedagógico-didáticas que permitem questionamentos,



discordâncias, criatividade e afetações e, para isso, é fundamental que sua utilização esteja alicerçada em escolhas éticas, políticas e pedagógicas fincadas na perspectiva de uma formação crítica de sujeitos que sejam capazes de refletir e problematizar seu(s) lugar(es) no mundo.

O uso de metodologias ativas, neste sentido, se constitui por meio de processos de ensino e de aprendizagem fluidos, diversificados e não lineares e exigem do(a) professor(a) uma postura pedagógica não autoritária, aberta ao diálogo, à troca de saberes e experiências com os(as) estudantes. Trata-se de uma aposta pedagógica voltada, sobretudo, para o aprender. Nas palavras de Brandão (2019, p. 20), aprender “é criar saberes junto-com-o-meu-outro, para depois interiorizar a minha parte pessoal de um com-saber solidariamente construído”.

Há uma compreensão – em minha opinião, equivocada – que assume as metodologias ativas como aquelas que empregam tecnologias digitais ou as famosas “dinâmicas” usadas em sala de aula. No entanto, as metodologias ativas podem ser “analógicas” e até convencionais porque, como já sinalizei, não é o uso da metodologia, em si, mas o seu emprego didático-pedagógico e suas finalidades educativas que fazem com que uma metodologia possa ser considerada ativa ou não. Uma aula pode ser ativa se mobiliza os/as estudantes a se envolverem nas atividades propostas, de modo engajado, mobilizando uma aprendizagem de maneira atenta e criativa. As metodologias ativas são, nessa dimensão, estratégias que possibilitam mobilizar, nos/as estudantes, o desejo de aprender, criar, inventar e aprender ativamente.

Brandão (2019, p. 20) defende a necessidade de recriarmos “o direito ao imprevisto, ao imprevisível, ao criativo, remando contra o pré-estabelecido, o previsto, o previsível”. O imprevisto didático, longe de ser uma invenção ou algo que se faça de “qualquer jeito”, é uma estratégia pedagógica que só é possível de funcionar com professores/as bem formados/as, conhecedores/as tanto do conteúdo de sua responsabilidade quanto de um repertório pedagógico indispensável para o exercício da docência. Segundo Coutinho (2018, p. 124), acionar o imprevisto, no âmbito da educação, permite “uma abertura essencial e, na medida em que dá vez ao imprevisível, desloca a ênfase dos processos educativos para o aqui-agora da aula, deixando reverberar os temas de estudo por meio das relações singulares que professores e alunos estabelecem com o saber”. E esse cenário é possível de ser acessado a partir de metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

O ERE, pela urgência em aproximar professores/as e estudantes remotamente, mobilizou o planejamento e a execução de aulas utilizando metodologias variadas, não necessariamente metodologias ativas. Em alguns contextos, o que houve foi a simples transposição das aulas presenciais para a internet. Não é isso que estou defendendo: aulas que utilizam metodologias diferenciadas, mas que seguem a lógica de transposição didática focada no conteúdo, com pouca (ou nenhuma) brecha para



que os/as estudantes participem ativamente de seus processos de aprendizagem. A aposta que faço é em aulas que consideram os processos subjetivos de aprendizagem, desenvolvidas por meio de estratégias pedagógicas digitais e analógicas, simples e complexas, conhecidas e inovadoras, desde que sejam capazes de promover a aprendizagem ativa e engajada.

Argumento, pois, por processos educativos que utilizem estratégias pedagógico-didáticas que despertem, nos/as estudantes, a curiosidade e o interesse de aprender (MIRANDA, 2016). O uso de metodologias ativas é muito potente nessa direção pois necessita que os/as estudantes se envolvam e participem não como meros receptores/as de conteúdo, mas como participantes ativos/as que questionam, problematizam, criam perguntas e buscam por respostas, construindo, a partir da mediação pedagógica do/a professor/a e da troca com os/as colegas, sua própria aprendizagem.

Para nós, docentes, a utilização de metodologias ativas demanda ampliar nosso repertório didático-pedagógico, utilizar diferentes estratégias metodológicas em favor das intencionalidades educativas que elencamos em nossos planos de ensino. Para isso, tomamos a pista dada por Brandão (2019, p. 19), quando afirma que precisamos, como docentes, ousar “[...] relativizar o primado crescente das aulas *datashow* e aprender a utilizar criativamente os aportes da informática, em nome de um saber criativo e elaborado no momento do ensinar-aprender”. E, nesse sentido, abre-se a professores/as e estudantes a possibilidade de experimentar aprender ativamente. Talvez o contexto de ERE, apesar de todas as suas adversidades, seja um momento oportuno para esse movimento.

PISTAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS PARA A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO E(M) SAÚDE

Nesse período de mais de um ano atuando como professora formadora de profissionais de educação e de saúde, em contexto de ERE, desenvolvi algumas (des) aprendizagens às quais passo a compartilhar neste texto. Sem qualquer pretensão de apresentar formas que possam ser aplicadas por outros/as professores/as, exponho algumas *pistas* que podem (ins)pirar outras experiências formativas com o uso de metodologias ativas. Algumas dessas pistas, eu já conhecia do exercício da docência presencialmente, mas foram intensificadas no planejamento e no desenvolvimento de minha atuação como professora no ERE. Outras pistas, fui assimilando e aprendendo neste tempo de distanciamento físico que têm nos obrigado a rever nossas práticas educativas e nossa relação com nossos/as estudantes.



Pista 1 – *Ensinar e aprender são processos inacabados.* Estudantes, assim como professores/as, estão sempre em processo de aprendizagem. Nunca, por mais titulação que tenhamos, teremos aprendido tudo e sempre há coisas novas a aprender. Reconhecer esse inacabamento em nossa formação é fundamental para exercer a docência utilizando metodologias ativas, pois elas, ao permitirem aos/as estudantes assumirem ativamente seu processo formativo, sempre abrem possibilidades de aprendermos com nossos/as estudantes. Nesse momento de ERE, temos nos confrontado com a necessidade de aprender a usar novas ferramentas, novas metodologias, novas estratégias de contato e comunicação com os/as estudantes e tudo isso tem sido aprendido intensamente, demonstrando que nunca estamos totalmente preparados/as.

Pista 2 – *Todos/as nós somos sujeitos de aprendizagem.* Em processos educativos convencionais, os lugares de “quem ensina” e de “quem aprende”, em geral, são fixos. Já nos processos educativos utilizando metodologias ativas esses lugares se deslocam, se movimentam. Assim, por meio de uma pesquisa ou do compartilhamento de seu cotidiano de trabalho, os/as estudantes podem apresentar coisas que o/a professor/a não sabia, ou observar uma questão de um ângulo em que ele/a nunca tinha pensado, fazendo-o/a aprender. Uma criança, uma pessoa com pouca ou nenhuma escolaridade também ensinam. Um mesmo tema, pensado de um lugar diferente, pode produzir novos conhecimentos. Ou seja, ao longo de nossas vidas, estamos passíveis a outras e novas aprendizagens. A Pista Dois não implica desvalorizar a importância dos/as professores/as na formação. Pelo contrário, cabe ao/à professor/a, como mediador/a dos processos de aprendizagem, mobilizar os/as estudantes a ampliarem seu repertório de conhecimentos. Nesses tempos de ERE, têm sido os/as professores/as aqueles/as que têm aprendido a repensar seus processos de trabalho, reverberando em novas aprendizagens para si próprios/as e para os/as seus/suas estudantes.

Pista 3 – *Para promover aprendizagens ativas, é importante escolher metodologias que permitam pesquisar, problematizar, levantar hipóteses, comparar, analisar, avaliar.* Na escolha das estratégias metodológicas, é interessante optar por aquelas que despertem o interesse dos/as estudantes pelo conhecimento, fazendo-os/as ampliar suas aprendizagens, compreendendo a aplicabilidade do conteúdo estudado, contextualizando-o à sua futura prática profissional. Em atividades síncronas, por exemplo, é possível lançar mão de metodologias digitais para construir, por exemplo, mapas mentais e nuvens de palavras.

Pista 4 – *Usar metodologias ativas demanda abertura para o diálogo e a discordância.* Em um processo educativo que mobiliza a pesquisa, a investigação e a compreensão do fenômeno estudado a partir de múltiplas e diferentes perspectivas, é preciso estar aberto/a para dialogar e lidar com posições diferentes. A formação sólida do/a professor/a é fundamental aqui, pois cabe ao/à professor/a apresentar



caminhos, argumentar, mediar a construção e a ampliação de conhecimentos.

Pista 5 – *As tecnologias digitais podem ser importantes aliadas no processo pedagógico-didático.* Existem inúmeros aplicativos e tecnologias educativas que podem ser utilizados como apoio metodológico ao trabalho docente. Nossos/as estudantes, em geral, lidam com esses recursos com bastante habilidade e se interessam por redes sociais, aplicativos, novas linguagens. Não tenhamos medo de aprender sobre eles e potencializar seu uso educativo. Mas, lembremos, a ferramenta tecnológica, em si, é apenas uma ferramenta e é sua utilização que tornará potente estratégia pedagógico-didática escolhida, ou não.

Pista 6 – *As metodologias são recebidas de modos diferentes pelos/as diferentes estudantes.* Há estudantes que mesmo no ERE preferem aulas expositivas, sejam síncronas ou assíncronas (videoaulas). Há estudantes que gostam de fazer trabalhos em grupo, outros/as preferem estudar e desenvolver suas atividades individualmente. Há estudantes com muitas habilidades tecnológicas, outros/as com dificuldades para acessar algo tão simples quanto o ambiente virtual de aprendizagem. Há estudantes que lidam bem com a leitura de arquivos em PDF, outros/as preferem leituras impressas. Ou seja, nenhuma metodologia acessará os/as estudantes do mesmo modo, por isso, é importante utilizarmos diferentes metodologias, visando acessar os/as diferentes estudantes.

Pista 7 – *Os/as estudantes possuem diferentes condições de estudo.* Essa pista é meio óbvia, mas importante que não seja esquecida. Estudantes trabalhadores/as têm condições diferentes de dedicar-se aos estudos do que aqueles/as que não trabalham. Estudantes com filhos/as ou responsáveis pelos cuidados com algum membro da família. Estudantes que possuem computador e internet de boa qualidade terão condições diferentes de acessar as aulas do que aqueles/as que estudam pelo celular, com *internet* precária. Em outras palavras, os processos educativos não se dão deslocados das condições socioeconômicas que envolvem os/as estudantes e seu entorno e isso se intensifica em tempos de ERE, quando tempo e equipamentos têm sido um diferencial. Considerando essa pista, tenho adotado a estratégia de utilizar metodologias digitais e síncronas, mas ofertar a possibilidade de que o/a estudante possa realizar a atividade em formato analógico e postar a foto no ambiente virtual de aprendizagem, por exemplo.

Pista 8 – *Não podemos transpor as aulas presenciais para o ambiente virtual.* O ERE tem sido ofertado, prioritariamente, em ambiente virtual e, em alguns casos, por meio de estratégias de ensino híbrido. Essas são diferentes modalidades de ensino e devem ser consideradas em suas especificidades.

Pista 9 – *processos educativos mediados por metodologias ativas demandam estratégias avaliativas diferenciadas.* Considerando a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, não faz sentido empregar estratégias avaliativas



convencionais. Nesse sentido, é interessante planejar estratégias avaliativas adequadas ao processo de ensino-aprendizagem desenvolvido. As próprias estratégias metodológicas utilizadas podem ser empregadas na avaliação, assim: participação, engajamento e comprometimento podem ser considerados na avaliação, além da própria qualidade do trabalho realizado, individualmente ou em grupo.

Pista 10 – *O erro pode ser uma potente estratégia de aprendizagem.* Ao contrário da lógica convencional que nos ensina que as perguntas têm apenas duas respostas: uma certa e outra errada. Em processos educativos que utilizam metodologias ativas o erro faz parte do processo de aprendizagem e o/a estudante, ao se deparar com o seu próprio erro, não como uma punição, mas como algo que é possível corrigir, ajustar, modificar, pode ter a possibilidade de rever suas respostas, mudar a rota e ampliar seus conhecimentos. O erro pode ser pedagógico na medida em que coloca o/a estudante diante do seu próprio resultado e tem a possibilidade de revê-lo e, assim, aprender. Para isso, precisamos usar a avaliação como parte integrante e indispensável do processo de aprendizagem. Ou seja, avaliar é um processo em que realizar provas e testes, atribuir notas ou conceitos é apenas parte desse processo (FERNANDES; FREITAS, 2007). No ERE esse pressuposto também precisa ser considerado.

Pista 11 – *Metodologias Ativas são especialmente potentes para trabalhos em grupo.* É possível utilizar estratégias metodológicas ativas com estudantes individualmente, contudo, a potência delas está, exatamente, no desenvolvimento dos trabalhos em equipe, que longe de valorizar a competição devem estar comprometidas com a aprendizagem cooperativa. Nessa direção, inspirados/as em Brandão (2019, p. 20), é fundamental que “tenhamos a coragem de abolir ou reduzir tanto quanto possível as competições e as concorrências”. Em minha experiência, tenho mobilizado, a partir de metodologias ativas, a construção coletiva de aprendizagem em grupos e nesse processo, tenho agido, ativamente, na mediação da aprendizagem dos/as estudantes, mobilizando-os a pesquisar e aprender uns/umas com os/as outros/as.

USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NOS PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: NOTAS FINAIS (PROVISÓRIAS)

As Pistas apresentadas no item anterior, sistematizam minhas experiências com o uso de metodologias ativas em processos formativos no ensino superior, particularmente, no período de ERE, me permitindo reinventar minha prática docente. Com isso, penso que a utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem requer uma compreensão de que é a atuação docente frente às metodologias, sejam elas quais forem, que fará diferença na formação e na aprendizagem dos/as estudantes. Se fosse possível destacar apenas uma como a mais moderna e adequada de todas



as metodologias, ela seria apenas uma ferramenta caso não fosse utilizada em sua potencialidade pedagógica. Nesse processo, é a atuação docente, imprescindível, que faz a diferença (FRANCO, 2015).

A utilização de metodologias ativas demanda e estimula a participação dos diversos sujeitos de aprendizagem, nas diversas dimensões do processo educativo. Contudo, é preciso respeitar que pessoas diferentes aprendem de formas diferentes e possuem repertório de conhecimentos e experiências variados, o que nos desafia a atuar educativamente em constante movimento: revendo nossas práticas, ajustando e adaptando nossos planejamentos, estruturando estratégias de avaliação diferenciadas (FRANCO, 2015).

Desenvolver processos educativos, lançando mão de metodologias ativas, nos permite contextualizar o conhecimento, aproximando-o da realidade dos/as estudantes e ampliando a possibilidade de aprendizagem efetiva. Um/a professor/a que opta por atuar com o improviso, com as (in)certezas, se coloca diante de um desafio didático que assusta, afinal, fomos/as educados/as para dar respostas, ao invés de ensinar nossos/as estudantes a fazer perguntas e buscar por suas próprias respostas, sabendo que elas são sempre provisórias, localizadas e contextuais.

Em termos de atuação docente não há uma receita única, capaz de ser utilizada com sucesso em qualquer processo educativo. Há caminhos, possibilidades, que vão sendo modificadas em cada turma, em cada componente curricular, em cada curso, por cada docente. Algumas estratégias funcionam com umas turmas com sucesso e são desafiadoras em outras, porque educação não é uma ciência exata, lida com seres humanos que se encontram em contextos sociais e culturais diferentes (CANDAU, 2012). Reconhecer isso nos ajuda a entender que sempre seremos desafiados em nossa atuação docente.

O desafio atual é o ERE, mas esse não é o único nem será o último. Nosso trabalho é desafiador e talvez aí se encontre o encanto de ser/estar professor/a. Assim, em diálogo com Brandão (2019, p. 21), argumento que precisamos pensar a educação “como a arte de criar, gerar, partilhar e fazer circular saberes”, compreendendo-a “como o território do encontro aberto a desafiar pessoas e grupos de pessoas a aprender e integrar conhecimentos, e acolher informações apenas de forma complementar e acessória à construção pessoal e coletiva de saberes”.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Carlos. Alguns passos no caminho de uma outra educação. *In*: FRANZIM, Raquel; LOVATO, Antonio Sagrado; BASSI, Flavio (org.). **Criatividade**: mudar a educação, transformar o mundo. 1. ed. São Paulo: Ashoka /Instituto Alana, 2019.



CANDAU, Vera Maria Ferrão. Diferenças culturais, interculturalidade e educação em direitos humanos. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 33, n. 118, p. 235-250, jan.-mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/QL9nWPmwbhP8B4QdN8yt5xg/?lang=pt&format=pdf>

CHARCZUK, Simone Bicca. Sustentar a Transferência no Ensino Remoto: docência em tempos de pandemia. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, e109145, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/S7dGKjBx7Ch4FxCwVc93pVg/?format=pdf&lang=pt>

COUTINHO, Karyne Dias. Por uma didática da improvisação. **Em Aberto**, Brasília, v. 31, n. 101, p. 121-132, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://www.emaberto.inep.gov.br/ojs3/index.php/emaberto/article/view/3233/2968>.

FERNANDES, Cláudia de Oliveira; FREITAS, Luís Carlos. **Indagações sobre currículo: currículo e avaliação**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007.

FRANCO, Maria Amélia Santoro. Práticas pedagógicas de ensinar-aprender: por entre resistências e resignações. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 601-614, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/gd7J5ZhhMMcbJf9FtKdYCTB/?format=pdf&lang=pt>

MIRANDA, Simão de. **Estratégias didáticas para aulas criativas**. Campinas/SP: Papyrus, 2016.

MITRE, Sandra Minardi; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; MENDONÇA, José Márcio Girardi; MORAIS-PINTO, Neila Maria de; MEIRELLES, Cynthia de Almeida Brandão; PINTO-PORTO, Cláudia; MOREIRA, Tânia; HOFFMANN, Leandro Marcial Amaral. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9M86Ktp3vpHgMxWTZXScRKS/?lang=pt>.

SANTOS, Elzanir; LIMA, Idelsuite de Sousa; SOUSA, Nádia Jane. “Da noite para o dia” o ensino remoto: (re)invenções de professores durante a pandemia. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica**, Salvador, v. 05, n. 16, p. 1632-1648, Edição Especial, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/rbpab/article/view/9178/7325>.

SEVERO, José Leonardo R. de Lima. PEDAGOGIA DA RUPTURA: ocupando as margens do ensino remoto para criações didático-curriculares. **Rev. Espaço do**



Currículo (online), João Pessoa, v.14, n.1, p. 1-10, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rec/article/view/56411/33303>.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra/Portugal: Editora Almedina, 2020.



SAÚDE E AMBIENTE: O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Débora da Silveira Siqueira¹

Alexandre Rieger²

INTRODUÇÃO

A saúde ambiental é um tema que, nos últimos anos, vem apresentando grande destaque em estudos e pesquisas interdisciplinares. O meio ambiente e a saúde da população humana apresentam uma grande relação. A qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção de doenças estão ligadas à qualidade do meio onde este indivíduo está inserido (BEZERRA, 2017).

A saúde, conforme a lei que regulamenta o SUS, Lei 8.080/90, é um direito de todos os cidadãos. A Lei ainda dispõe que é dever do Estado garantir condições para prevenir e promover saúde. O parágrafo 1º dessa Lei regulamenta, também, que o Estado é responsável por construir, programar e executar políticas públicas, econômicas e sociais que objetivam a redução de risco de doenças e outros agravos. No artigo 3º, onde são mencionados os fatores que determinam condições de saúde, o meio ambiente é um componente importante no processo de promover saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Bezerra (2017), o meio ambiente atinge diretamente as condições de saúde da população humana. Dessa maneira, os serviços de saúde são responsáveis em promover ações de sustentabilidade, vigilância ambiental e educação em saúde. Assim, os profissionais de saúde são fundamentais no processo de construção do conhecimento em saúde, principalmente relacionados aos cuidados com o meio ambiente.

A saúde ambiental está relacionada com ações do ser humano com o meio ambiente, o qual resulta no bem-estar e qualidade de vida. A negligência e o

1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Enfermeira, graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul ORCID: 0000-0002-45309808. E-mail: deborasiqueira07@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0481195520554520>.

2 Doutor e Mestre em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor, graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ORCID: 0000-0001-7523-721. E-mail: rieger@unisc.br. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1901964645757514>.



descuido com o meio ambiente podem ocasionar riscos e agravos à saúde. Quando os recursos naturais como água para consumo humano, ar e solo sofrem danos e agressões através de contaminantes ambientais e substâncias químicas sem destino adequado, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, entre outros, estão relacionados com a qualidade de vida humana. Nesse contexto, são necessárias ações de preservação, cuidado e monitoramento para o meio ambiente. Dessa maneira, a vigilância em saúde ambiental desenvolve o papel de cuidado com a detecção ou prevenção dos determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana (BEZERRA, 2017).

A vigilância em saúde ambiental, suas estratégias e propósitos, obtiveram maior visibilidade a partir da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente realizada em Estocolmo, em 1972. Nos dias de hoje, a saúde ambiental e sua relação com a saúde humana são temas ainda mais discutidos e são considerados de vital importância para o futuro da população mundial, exigindo ações imediatas, tanto governamentais quanto da sociedade civil. Os poluentes orgânicos, resíduos perigosos, mudanças climáticas, armas bacteriológicas e químicas, a proteção da camada de ozônio, dentre outros, são eventos que merecem destaque e preocupação dos órgãos ambientais e serviços de saúde, pois estão relacionados a agravos à saúde (DIAS *et al.*, 2009).

No Brasil, a Lei 8.080/90, instrui os serviços de saúde sobre as normas e diretrizes de execução da promoção da saúde ambiental. As normas e diretrizes da Lei conduzem as ações da vigilância sanitária, da vigilância epidemiológica, bem como na construção de políticas de saneamento básico, ações de proteção ao meio ambiente, controle e fiscalização dos serviços, entre outros. O conhecimento aprofundado nas diretrizes e normas de saúde ambiental e em técnicas epidemiológicas é considerado importante no controle dos determinantes da saúde (DIAS *et al.*, 2009).

Conforme Ribeiro (2004), as preocupações com a saúde do meio ambiente e sua relação com os agravos à saúde humana, são aflições antigas da saúde pública brasileira. No entanto, apenas no século XX foi organizada uma área específica para cuidar dessa problemática. Essa área foi denominada de Saúde Ambiental, pois apresenta interfaces entre saúde e meio ambiente (ALENCAR *et al.*, 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde Ambiental como “o campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar” (BRASIL, 1999).

Foi, também, no século XX, que relacionaram os problemas ambientais à promoção da saúde. A promoção da saúde é engajada em princípios que estão vinculados com a qualidade de vida, e não apenas ou exclusivamente com o processo de ausência de doença. Dessa forma, a promoção da saúde é diferente da prevenção de doenças (BEZERRA, 2017).



Segundo Alencar *et al.* (2020), um dos problemas atuais causados ao meio ambiente é a degradação ambiental decorrente do crescimento desenfreado do processo de urbanização, principalmente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Nesses países, a urbanização vem ocorrendo de maneira muito rápida, sem planejamento, sem controle e, principalmente, subfinanciada.

Dessa forma, o objetivo do estudo é refletir sobre Promoção da Saúde, educação ambiental e o papel dos profissionais de saúde, compreendendo a importância do papel dos profissionais da saúde em relação à saúde do meio ambiente.

METODOLOGIA

O estudo trata de uma reflexão teórica sobre a importância do profissional da saúde em relação à saúde do meio ambiente, bem como seu papel como protagonista na construção do conhecimento ao cuidado com a saúde. Para responder o objetivo proposto no estudo foram estabelecidos dois focos de reflexão: Promoção da Saúde ambiental e humana, ações educativas em saúde ambiental e o papel do profissional de saúde.

PROMOÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL E HUMANA

Foi no século XX que discussões entre o meio ambiente e sua relação com a saúde da população humana obtiveram relação com o tema “Promoção da Saúde”. Conforme Buss (2000), promoção da saúde faz parte de um processo amplo dos determinantes de saúde e doença. Esse processo requer enfrentamentos através de conhecimentos técnicos e populares, para que resoluções e soluções sejam feitas por meio de mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e/ou privados.

A promoção da saúde era relacionada e fazia parte da medicina preventiva. No entanto, a promoção da saúde e prevenção de doenças apresentam definições diferentes. A prevenção de doenças está diretamente relacionada aos riscos de adoecimento da população e a promoção da saúde apresenta um propósito mais amplo e global sobre a saúde humana, não se limitando apenas a aspectos médicos e epidemiológicos (MONKEN, 2003).

Corroborando com a discussão entre prevenção de doenças e promoção da saúde, conforme Czeresnia (2003), a prevenção está direcionada aos fatores que causam doenças. Já a promoção é focalizada na saúde como um todo. Portanto, ela está relacionada com aspectos que geram qualidade de vida.

A qualidade de vida e fatores determinantes de saúde estão relacionados com a saúde ambiental. Há cada vez mais demandas e problemas de saúde relacionados



com o meio ambiente, como a qualidade da água para consumo humano, saneamento, habitação, qualidade do ar, entre outros. Todos esses fatores estão associados com a qualidade de vida. Dessa maneira, as fragilidades ou problemas ambientais interferem no processo saúde e doença e precisam ser notificados, observados e corrigidos (BEZERRA, 2017).

Podemos exemplificar essa situação pelo aumento populacional e poluição descontrolada de recursos naturais, como o lançamento de esgoto *in natura* nos corpos hídricos, ausência de políticas públicas voltadas para preservação do meio ambiente corroboram para impactos negativos à saúde ambiental, e, por consequência, à saúde humana. A água é um recurso natural que carece de estratégias para sua preservação. Desta forma, a qualidade da água para consumo humano é um problema de saúde pública (SIQUEIRA *et al.*, 2015).

Siqueira *et al.* (2015) ainda abordam que os problemas com a qualidade da água estão relacionados com impactos na saúde da população. Essa problemática ambiental é responsável por ocasionar doenças de veiculação hídrica, e isso corresponde a um índice alto de internações hospitalares em todo território brasileiro. Esse problema não é apenas do Brasil, mas sim de todo o mundo. Dessa maneira, a água usada para consumo humano precisa ser de qualidade, e é responsabilidade de órgãos governamentais testar e analisar questões microbiológicas para não comprometer a saúde humana.

Desastres terrestres, como o que aconteceu em 2015, com o rompimento da mineradora Samarco em Minas Gerais, provocaram um dos maiores impactos ambientais do Brasil. Esse desastre resultou em uma devastação territorial que atingiu mais de 30 municípios, afetando muitas pessoas de forma grave e até fatal. Após o desastre, com o monitoramento do Rio Doce, constatou-se a presença de metais pesados. Essa evidência indica a contaminação de uma grande rede hídrica do estado de Minas Gerais e que afeta diretamente a qualidade de vida da população local. Além disso, foi registrado alto índice de infecções de vias aéreas superiores, febre amarela, casos suspeitos de dengue, parasitoses e hipertensão arterial sistêmica na população. Todos esses fatores foram subsídios para relacionar com um desequilíbrio ecológico provocado pelo desastre (FREITAS *et al.*, 2018).

O desmatamento, principalmente na floresta Amazônia, também causa sérios impactos ao meio ambiente. A pecuária extensiva e a produção de grãos apresentam grandes responsabilidades no aumento do desmatamento. Por consequência, ocorre o alto consumo de agrotóxicos, mudanças climáticas, perda da biodiversidade, contaminação do solo e água, ciclos de vetores, aumento de doenças de veiculação hídrica como malária, dengue, febre amarela, entre outras. Eventos esses que geram sérios problemas à saúde pública (FREITAS *et al.*, 2018).

As invasões das matas e destruição de habitat estão relacionadas a epidemias e pandemias causadas por vírus como Ebola, Influenza e recentemente o



Coronavírus. Cerca de 70% das doenças infecciosas emergentes têm origem em animais, principalmente os selvagens. Quando o homem devasta e destrói seu ambiente natural, quando animais silvestres e selvagens são capturados aumentam os riscos em relação ao contato de uma grande biodiversidade de vírus e outros microrganismos entrarem em contato com os humanos. A consequência disso é que esses vírus e microrganismos podem encontrar um novo hospedeiro não selecionado e não adaptado a eles. Assim, humanos acabam sendo novos alvos potenciais que não só adoecem, como carregam e disseminam esses microrganismos para outros humanos podendo desencadear surtos, epidemias e pandemias (DI MARCO *et al.*, 2020).

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), traçados pela Organização das Nações Unidas (ONU), através da Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, buscam combater a grave situação da degradação ambiental, mudanças climáticas e desigualdade social. Esses objetivos traçam metas para melhoria da crise ambiental, prevenir, detectar e controlar doenças infecciosas que atingem a saúde humana. No entanto, os autores refletem sobre a discordância entres os ODS. O objetivo número 3 tem como propósito garantir e promover a qualidade de vida para todos, bem como o objetivo número 15 tem como meta conservar os ecossistemas terrestres do mundo. Entretanto, o objetivo número 2 visa assegurar a alimentação global através da expansão do sistema agrícola e pecuária. Essa expansão traz, consequentemente, o aumento do risco de doenças infecciosas emergenciais relacionadas aos impactos ambientais (Figura 1).

Figura 1 - Ações que estão vinculadas à mudança ambiental



Fonte: Adaptado de Di Marco *et al.* 2020 – DIES: Doenças Infecciosas Emergentes.

Outro fator importante, que provoca sérios danos ao ambiente e à saúde humana, é a poluição atmosférica. A poluição atmosférica é uma questão antiga,



mas teve maior impacto desde a revolução industrial, que apressou o processo de emissão de poluentes no ar. Atualmente, cerca de 50% da população mundial estão expostos a níveis altos de poluentes de ar, por viverem em grandes centros urbanos (ARBEX *et al.*, 2012).

Com a progressiva urbanização mundial, houve também o aumento da poluição do ar, através do excessivo consumo de energia e, também, pela queima de combustíveis fósseis por fontes como as indústrias e veículos automotores. O sistema respiratório humano apresenta um intenso contato com o meio ambiente para sua funcionalidade fisiológica. Dessa forma, a qualidade do ar é de suma importância para a saúde humana, podendo causar sérios problemas mediante a inalação de poluentes que atingem o sistema circulatório e por consequência, agredindo os órgãos vitais (ARBEX *et al.*, 2012).

No estado de São Paulo, a Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB), monitora a qualidade do ar através de 26 estações, em 10 municípios. O material particulado atmosférico é classificado pelo diâmetro médio das partículas medido em micrômetros. A partícula inalável de 10 micrômetros médios (PM10) foi o poluente aferido em 23 estações. O PM10 pode causar problemas à saúde, afetando o sistema respiratório e desencadeando doenças como asma, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras. O PM10 também pode estar associado a doenças do sistema circulatório como o acidente vascular cerebral e o aumento de internações e atendimentos em serviços de emergência por hipertensão, arritmia, infarto agudo do miocárdio, entre outras. Também foi identificada uma correlação entre o PM10 e a incidência de câncer (pele, pulmão, tireoide, laringe e bexiga) e, também, com aumento na mortalidade neonatal, partos prematuros e aumento da incidência de baixo peso ao nascer (GOUVEIA *et al.*, 2017). E assim fica essa questão ambiental emergente (Figura 2) - Cidade ou campo, existe ainda um lugar sem poluição?

Figura 2 – Cidade ou campo?



Freitas *et al.* (2018) ainda abordam que a pobreza, condições de moradia, saneamento e questões socioambientais também precisam de destaque e atenção. Essas questões também estão relacionadas a qualidade de vida, riscos de doenças e a condições de saúde. Em 2013, houve uma das mais graves secas do Nordeste, resultando em surtos de diarreia, alto índice de internação e casos de óbito. Dois anos depois, em 2015, houve os grandes casos de microcefalias, causados pelo vírus zika, com maior prevalência em crianças de mães de pele negra e parda, sem pré-natal, sem escolaridade.

Os resíduos urbanos e de serviços de saúde também são considerados como grandes problemas de saúde pública e ambiental. Conforme sua classificação e toxicidade podem causar impactos danosos ao meio ambiente e à saúde da população. Esses resíduos podem contaminar o solo, ar e a água, causando prejuízo e doenças. Os serviços de saúde e os órgãos governamentais precisam gerenciar todo resíduo gerado. O planejamento de todo processo e destinação final, de forma correta, de cada tipo de resíduo, para que não haja riscos ocupacionais, riscos à saúde humana e riscos ambientais, é obrigatório (BRASIL, 2018).

Com o aumento da população humana, também ocorre o aumento de geração de resíduos. O Brasil apresenta mais de 200 milhões de habitantes e lidera o ranking de maior gerador de resíduos sólidos do mundo. A problemática dessa situação está na forma de tratamento e destinação desses resíduos. Quando descartados de forma incorreta, podem contaminar solo, lençóis freáticos e fontes hídricas. Além disso, podem ser responsáveis por doenças como dengue, leishmaniose, leptospirose e esquistossomose, entre outras (ANTENOR; SZIGETHY, 2020).

Segundo dados da Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais (ABRELPE), o Brasil gerou, em 2018, aproximadamente 79 milhões de toneladas de resíduos sólidos urbanos. Desse total, pouco mais de 72 milhões de toneladas foram coletadas, e dessas, apenas 43,3 milhões de toneladas foram dispostas em aterro sanitário. O restante, de 29,5 milhões de toneladas de resíduos urbanos, foram descartados e destinados de forma incorreta. Esses dados mostram a necessidade de ações imediatas de órgãos governamentais, pois as consequências à saúde humana e ambiental são severas (ANTENOR; SZIGETHY, 2020). Resíduos de serviços de saúde, gerados em ambientes que zelam e cuidam da saúde humana, ironicamente podem se tornar causas importantes de novos impactos negativos à saúde ambiental diretamente e também à saúde humana (Figura 3).



Figura 3 - Animação sobre o efeito do descarte incorreto de resíduos de saúde

Fonte: Imagem retirada do site <https://aterradofuturo.files.wordpress.com/2013/08/20130808-211156.jpg> Acesso em: 15 maio 2021.

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE AMBIENTAL E O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O mundo vem sofrendo diariamente as consequências da devastação ambiental. A qualidade da saúde ambiental está relacionada com a qualidade de vida e saúde da população humana. Nos últimos anos observamos que as ações do homem para com a natureza, interferem no processo natural do meio ambiente e, conseqüentemente, provocam o surgimento de doenças e comprometem a saúde do homem. Dessa maneira, é responsabilidade dos órgãos governamentais aplicar e fiscalizar medidas preventivas de cuidados à saúde ambiental e humana (THOMPSON; BARCOTT, 2017).

O profissional da saúde apresenta um papel fundamental nos fatores determinantes de saúde humana. São os profissionais da saúde que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família, e estão próximos da comunidade e conhecem as vulnerabilidades e situação territorial e local. Assim, são esses profissionais que são capazes de identificar as fragilidades e situação que possam prevenir impactos negativos na saúde ambiental e humana (MONIZ, 2020).

Mediante a qualidade de conhecimento que o profissional de saúde apresenta, ainda é necessário um suporte em relação ao conhecimento com os fatores que geram contaminação e impacto ambiental. As fragilidades no conhecimento podem interferir e prejudicar o processo de ações preventivas. Dessa maneira, é de suma importância que os profissionais de saúde apresentem tal conhecimento sobre os fatores ambientais (MONIZ, 2020).

Um estudo desenvolvido na África revela que o continente estava, de certa



forma, organizado para o enfrentamento da nova síndrome respiratória aguda grave coronavírus (SARS-CoV-2) que afetou o mundo no ano de 2020. Essa organização ocorreu devido a experiência em relação aos demais surtos e epidemias que o continente sofreu nos últimos anos, como por exemplo, o Ebola (MORSE *et al.*, 2020).

Com o grave surto causado pelo vírus Ebola, os serviços de saúde africanos desenvolveram planos de surtos. Esses planos foram responsáveis por deixar os profissionais e a população mais preparados para o enfrentamento da pandemia por COVID-19. No entanto, o estudo revela as dificuldades em algumas regiões onde o sistema de saúde é mais fragilizado e as questões socioambientais são mais comprometidas. Ainda, os autores revelam a necessidade de desenvolver medidas eficazes de prevenção da transmissão SARS-CoV-2. Uma das medidas preventivas, de sucesso, implementadas em outras regiões, foi o trabalho desenvolvido pelos Profissionais de Saúde Ambiental (PSAs) (MORSE *et al.*, 2020).

Os PSAs são profissionais preocupados com os impactos do meio ambiente na saúde humana. Dessa maneira, suas atribuições incluem a avaliação e o controle dos fatores ambientais que podem afetar a saúde, atuando em implementações de medidas preventivas. Durante toda a problemática na saúde pública causada pela COVID-19, os PSAs se tornaram ainda mais importantes (MORSE *et al.*, 2020).

Nos Estados Unidos também existe um profissional responsável por cuidar e prevenir situações ambientais que impactam na saúde humana. Esses profissionais atuam em ações relacionadas à qualidade da água potável, gestão de águas residuais, segurança alimentar, vetores e pragas de saúde pública, e questões emergentes causadas por desastres naturais. Dessa forma, esses profissionais são muito importantes na construção de medidas promocionais à saúde (BROOKS *et al.*, 2019).

No Brasil não é diferente, pois contamos com equipes multiprofissionais que trabalham na saúde pública. Esses profissionais estão inseridos no ambiente de vida da população e isso colabora para práticas mais efetivas no combate a doenças e agravos à saúde. Ainda, contamos com os profissionais que atuam na vigilância em saúde, que são fundamentais para detectar, analisar, investigar, controlar situações que possam prejudicar a saúde ambiental e humana. No entanto, identificamos a fragilidade desses profissionais, principalmente com a chegada da pandemia pelo Covid-19, em que a quantidade de pessoal não comporta a magnitude e demandas que uma população precisa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), nesse contexto, tem o programa “*One Health*”, algumas vezes traduzido como Saúde Única e que engloba os profissionais de saúde humana, saúde animal e do meio ambiente. Esses profissionais devem se unir para elaborar estratégias e políticas nos enfrentamentos de problemas relacionados à segurança alimentar, controle de zoonoses e resistência a antibióticos. Esse trabalho



multiprofissional é essencial para detectar, responder e prevenir surtos que podem surgir por vírus e bactérias que habitam o mesmo ecossistema e podem infectar tanto animais quanto humanos (OMS, 2017).

O conceito de que há uma correlação entre saúde humana, animal e meio ambiente não é recente. No entanto, a ocorrência de doenças emergentes e reemergentes ocasionadas pelo impacto da globalização e das mudanças climáticas e transformações ambientais fizeram com que a OMS, a Organização Mundial da Saúde Animal (OIE), a Organização das Nações Unidas para alimentação e agricultura (FAO), a Associação Mundial de Veterinária (WVA) e a Associação Médica Mundial (WMA), unissem esforços para a criação da “*One Health*”. O programa é baseado nesses três pilares: saúde humana, saúde animal e saúde ambiental. Essa tríade é fundamental para garantir o bem estar das populações e a saúde pública (AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION, 2008).

O pesquisador também é um profissional de suma importância para saúde ambiental e humana. Sua contribuição é fundamental para construção de medidas preventivas e promocionais à saúde. É através da ciência e suas evidências que os planejamentos de ações são desenvolvidos e auxiliam em tomadas de decisões governamentais em questões de saúde, pública e ambiental. O pesquisador ainda exerce o papel de educador, fornecendo o conhecimento para orientar a proteção e segurança da saúde pública (BAUR; SOSKOLNE; BERO, 2019).

A saúde ambiental é um tema que merece muita atenção e preocupação. As questões ambientais não são responsabilidade apenas dos profissionais envolvidos nesse cenário, mas sim de toda população mundial. A sociedade cresce a cada dia, e na busca pelo desenvolvimento econômico, questões ambientais acabam sendo sonegadas. Dessa maneira, a população humana é responsável pelos agravos causados ao meio ambiente.

Nesse contexto, a educação ambiental é chave para minimizar os impactos e prejuízos causados ao Planeta Terra. Os profissionais, de diversas áreas interdisciplinares, se preocupam com a conscientização sobre os problemas ambientais e contribuem para um futuro sustentável, em busca de uma sociedade mais ecológica e saudável (BESERRA *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

A saúde ambiental é um tema de reflexão importante, que merece destaque e, ao mesmo tempo, preocupação de toda a população mundial. Os fatores ambientais estão diretamente relacionados com a qualidade de vida dos seres humanos, e por consequência estão associados à promoção da saúde e prevenção de doenças.



Dessa forma, conhecer e compreender meios de reduzir a degradação do meio ambiente é primordial.

A responsabilidade de proteger o meio ambiente, para que as gerações futuras não sofram as consequências dos agravos por conta da degradação, é de todos os cidadãos. Os órgãos públicos e governamentais têm a responsabilidade de, além de criar políticas públicas de proteção e de promoção do ambiente saudável, fiscalizar e monitorar tais ações. Dessa forma, envolver e sensibilizar a população, os trabalhadores, os estudantes, enfim, a todos sobre as questões ambientais e o impacto que os agravos podem causar à saúde é fundamental para pensarmos em um futuro melhor (BESERRA *et al.*, 2010).

Os profissionais de saúde apresentam um papel fundamental na construção do conhecimento sobre as questões ambientais. Por meio desses profissionais a educação em saúde pode ser abordada de forma global e integral e assim pode acontecer nas comunidades e no local de residência de cada cidadão. Além de incentivar hábitos corretos, esses profissionais representam modelos para a sua comunidade. Afinal, eles são os responsáveis pela identificação e intervenção das situações de risco à saúde que envolvem as questões relacionadas diretamente às doenças e ao ambiente. Dessa forma, com atitudes, competências e habilidades os profissionais de saúde devem ser capazes de contribuir tanto para a prevenção de doenças, como para a promoção da saúde humana e ambiental, desempenhando, assim, o seu papel no processo de reconhecimento global da Saúde Única.

REFERÊNCIAS

AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION. **One health:** a new professional imperative. 2008. Disponível em: https://www.avma.org/sites/default/files/resources/onehealth_final.pdf. Acesso em: 14 maio 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS ESPECIAIS. **Panorama dos resíduos sólidos no Brasil.** São Paulo, 2018. Disponível em: <https://abrelpe.org.br/panorama/>. Acesso em: 22 abr. 2021.

ALENCAR, Neiliane Maria *et al.* A saúde ambiental e a sua influência na qualidade de vida: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 33093-33105, 2020.

ANTENOR, S.; SZIGETHY, L. **Resíduos sólidos urbanos no Brasil:** desafios tecnológicos, políticos e econômicos. Centro de pesquisa e ciência, tecnologia e sociedade. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/217-residuos-solidos-urbanos-no-brasil-desafios-tecnologicos->



políticos-e-economicos. Acesso em: 20 abril 2021.

ARBEX, Marcos Abdo *et al.* A poluição do ar e o sistema respiratório. **Jornal de pneumologia**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 643-655, 2012.

BESERRA, Eveline Pinheiros *et al.* Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 63, n. 5. p. 848-855, 2010.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1044-1057, 2017.

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC, n. 222, de 28 de março de 2018**. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde ambiental para o setor saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

BROOKS. Bryan W. *et al.* Environmental Health Practice Challenges and Research Needs for U.S. Health Departments. **Environmental Health Perspectives**, v. 127, n. 12, p. 1-11, 2019.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DI MARCO, Moreno *et al.* Sustainable development must account for pandemic risk. **PNAS**, v. 117, n. 8, p. 3888-3892, 2020.

DIAS, Elizabeth Costa *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.6, p. 2061-6070, 2009.

FREITAS, Carlos Machado *et al.* Conquistas, limites e obstáculos à redução de riscos ambientais à saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1981-1996, 2018.



GOUVEIA, Nelson *et al.* Poluição do ar e hospitalizações na maior metrópole brasileira. **Revista Saúde Pública** [online], v. 51, n. 117, p. 1-10, 2017.

MONIZ, Marcela de Abreu *et al.* Saúde ambiental: desafios e possibilidades para o cuidado emancipador pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 73, n. 3, p. 1-5, 2020.

MONKEN, MAURÍCIO. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/monkenmd.pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

MORSE. Tracy *et al.* Environmental health practitioners: a key cadre in the control of COVID-19 in sub-Saharan Africa. **BMJ Global Health**, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **One Health**. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>. Acesso em: 14 maio 2021.

RIBEIRO, Helena. Saúde pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 70-80, 2004.

SIQUEIRA, Mariana Santiago *et al.* Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 795-806, 2017.

THOMPSON, M. R.; Barcott, D. S. The Concept of Exposure in Environmental Health for Nursing. **J. Adv. Nurs.**, v. 73, n. 6, p. 1315–1330, 2017.



PROCESSOS DE ACOLHIMENTO À POPULAÇÃO MIGRANTE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INTERLOCUÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Leticia Silva Holderbaun¹

Betina Hillesheim²

Para pensar o conceito de educação, Hillesheim (2015) propõe, a partir das teorizações de Deleuze e Guattari, um esquema rizomático. Pensar rizomaticamente a educação significa não a reduzir a pontos ou posições, mas pensá-la a partir de linhas – tanto linhas de segmentaridade, de estratificação, como também linhas de fuga ou desterritorialização. Assim, ao invés de atribuir uma essência à educação, os movimentos rizomáticos buscam atrelá-los aos acontecimentos. Nesse sentido, os conceitos “podem ser pensados a partir das circunstâncias de uma coisa (como, onde, de que forma, quando...?)”, em vez de “o que uma coisa é” (DELEUZE, 1992 apud HILLESHEIM, 2015, p. 789).

É a partir dessa consideração inicial que a discussão apresentada neste capítulo se desdobra. O enlace entre saúde, educação e assistência social aqui proposto, operante no acolhimento à população de migrantes internacionais efetuado pelo aparelho socioassistencial em um contexto municipal, diz do modo como a educação ultrapassa as instituições escolares e os processos explicitamente identificados como educativos em sua função e intencionalidade. Para Fischer (2002), a educação é posta em prática a partir de instâncias culturais diversas, tais como os veículos midiáticos. Dessa maneira, pode-se afirmar que, em nosso tempo, a educação “confunde-se com a própria sociedade, tornando-se volátil e sendo buscada em diferentes espaços” (HILLESHEIM, 2015, p. 788).

A discussão proposta parte de uma pesquisa de trabalho de conclusão de curso, cujo objetivo foi analisar os processos de acolhimento aos migrantes residentes no município de Venâncio Aires/RS, em meio ao cenário da pandemia de COVID-19. A pesquisa se constituiu a partir da relação entre a pandemia e aquilo que

1 Graduada em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Desempenha atividades como bolsista de iniciação científica no projeto “Migração e processos de in/exclusão” e integra o grupo de pesquisa “Políticas Públicas, Inclusão e Produção de Sujeitos”. E-mail: leticiaholderbaun@gmail.com

2 Psicóloga, Doutora em Psicologia (PUCRS), professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Educação e do Mestrado Profissional em Psicologia (UNISC). Coordenadora adjunta do Mestrado Profissional em Psicologia (UNISC). Líder do grupo de pesquisa “Políticas Públicas, Inclusão e Produção de Sujeitos”. E-mail: betinahillesheim@gmail.com



se tem denominado como *crise migratória*, concernente à intensificação dos fluxos migratórios internacionais. A produção de dados se deu junto a dois grupos distintos: (1) profissionais de assistência social que atuam no acolhimento aos migrantes em Venâncio Aires; e (2) migrantes venezuelanos, residentes em Venâncio Aires, que são atendidos pelos serviços socioassistenciais. Foram realizadas entrevistas com 03 profissionais de assistência social e 05 migrantes (dentre os quais, um casal, entrevistado conjuntamente). Em razão da pandemia de COVID-19, as entrevistas se deram via uma ferramenta de reuniões virtuais.

Parte dos migrantes entrevistados chegou ao município através do programa de interiorização empreendido pela Operação Acolhida – força-tarefa frentada pelo Exército Brasileiro, coordenada pelo Governo Federal, em parceria com a ONU e mais de 100 entidades civis, com o objetivo de proteger e prestar auxílio humanitário aos migrantes venezuelanos que atravessam a fronteira com Roraima para se refugiarem no Brasil (BRASIL, 2020). Embora todos tenham se estabelecido em Venâncio Aires no ano de 2020, alguns chegaram ao sul do Brasil pouco antes da irrupção da pandemia no país; outros, em meio ao cenário pandêmico. Apesar de haver migrantes venezuelanos residindo no território venâncio-airense há alguns anos, a maior parcela deles se estabeleceu na cidade em 2020.³

Neste capítulo, discute-se um desdobramento dessa pesquisa; nomeadamente, o modo como as ações municipais de acolhimento aos migrantes, empreendidas pelo aparato socioassistencial, constituem processos educativos que incidem sobre os determinantes e condicionantes de saúde da população migrante. Tal discussão será articulada às noções de acolhimento e acolhida, empregadas, respectivamente, nos campos das políticas de saúde e de assistência social.

Diante da crescente visibilidade dos fluxos migratórios nas últimas décadas, Couto e Hillesheim (2018) marcam que o termo *crise migratória* designa a intensificação dos deslocamentos internacionais, associada a catástrofes naturais, guerras e conflitos políticos que instalam um clima de instabilidade política e socioeconômica em determinados países. A migração para territórios politicamente mais estabilizados tem culminado em um crescente número de migrantes no mundo, bem como em uma ampliação do leque de países receptores dos fluxos migratórios, dentre os quais está incluso o Brasil, que tem visto a população migrante crescer no interior de suas fronteiras, com um registro de 774,2 mil migrantes no ano de 2018 (CAVALCANTI *et al.*, 2019). Desse total, pelo menos 11.231 eram refugiados, com o destaque das nacionalidades venezuelana, haitiana, cubana, chinesa e bengalesa (BRASIL, 2019).

A expressividade da população migrante no Brasil ecoa no território sul-riograndense, de modo que as regiões Metropolitana, Serra Gaúcha, Rio Grande e Vale do Taquari são destacadas como os principais destinos (BRASIL, 2015). Embora o

3 Informações fornecidas por profissional entrevistada no desenvolvimento da pesquisa.



Vale do Rio Pardo, onde se localiza o município de Venâncio Aires, não seja um dos maiores receptores de migrantes no estado, o município tornou-se reconhecido como uma cidade acolhedora aos migrantes, tendo recebido, em 2011, o título de Cidade Solidária, concedido pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) (MULLER, 2013; HILLESHEIM, 2018, não publicado).

Para desenvolver a discussão proposta no presente capítulo, apresenta-se, a seguir, um panorama das migrações internacionais nos níveis global, nacional, regional e municipal. Posteriormente, problematizam-se os desdobramentos da pandemia nas ações municipais de acolhida aos migrantes. Finalmente, aborda-se o modo como as dimensões de acolhida e acolhimento, no campo socioassistencial, se articulam às ações educativas em saúde.

PANORAMAS DOS DESLOCAMENTOS INTERNACIONAIS: DO GLOBAL AO LOCAL

A crise migratória tem se modificado historicamente ao ponto de intensificarem-se os fluxos migratórios para regiões globais que previamente ocuparam posições menos significativas na rota de destino dos deslocamentos internacionais (UN, 2019). Diante desse cenário, nas últimas décadas, o Brasil tem visto crescer o número de migrantes no interior de suas fronteiras, marcando-se a diversidade dos perfis migratórios e da expressividade dos fluxos internacionais nas diferentes localidades brasileiras.

Embora o termo *migrante* seja atribuível a todo tipo de sujeito em deslocamento (WEBER, 2017), Couto e Hillesheim (2018) apontam que há diferentes categorias de migrantes, designadas conforme as motivações para migrar e as formas de entrada nos países de destino. Oito categorias são apontadas no documento *Migrantes, apátridas e refugiados: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil* (BRASIL, 2015); são elas: refugiados, solicitantes de refúgio, deslocados ambientais, imigrantes econômicos, imigrantes humanitários, apátridas, imigrantes em fluxos mistos e imigrantes indocumentados. Todas essas categorias estão contabilizadas nos dados apresentados a seguir.

Segundo dados divulgados pelas ONU (Organização das Nações Unidas), o número de migrantes internacionais alcançou 272 milhões em 2019, o que representa um aumento de 51 milhões desde o início da década. Os números apontam que, em 2019, os migrantes internacionais representavam 3,5% da população global, comparados à marca dos 2,8%, em 2000. Tais números representam uma taxa de crescimento superior àquela da população global geral (UN, 2019).

Embora a publicação indique que, dentre todas as regiões globais, a Europa



possui o maior número de migrantes internacionais, constata-se, nos últimos anos, um aumento dos fluxos migratórios para o sul global – particularmente das migrações sul-sul, caracterizadas pelo deslocamento de residentes de países do hemisfério sul para outros países sulinos. Em 2019, 44% dos deslocamentos internacionais destinavam-se a países do sul global. Tais dados convergem com aqueles segundo os quais um contingente majoritário de migrantes internacionais destina-se a países localizados nas mesmas regiões de seus países de origem (UN, 2019). No que tange à América do Sul, a tendência se confirma, com a maior parte dos migrantes sul-americanos deslocando-se para países do mesmo subcontinente (IOM, 2020). Em se tratando das migrações em caráter de refúgio, países em desenvolvimento estão entre os principais destinos, tornando-se morada de 84% da população mundial de refugiados (UNHCR, 2019).

Diante do cenário migratório global, o Brasil tem ocupado, crescentemente, a posição de receptor de fluxos migratórios internacionais, de modo que, entre os anos de 2010 e 2015, houve um aumento de 20% da população de migrantes internacionais no país. Em 2018, marcava-se um total de 774,2 mil migrantes no território brasileiro (CAVALCANTI *et al.*, 2019). Os mesmos autores assinalam que os migrantes de longo termo são, em sua maioria, oriundos do sul global, ao passo que a maior parcela dos migrantes temporários parte do norte. Do total exposto, pelo menos 11.231 dos migrantes que residiam no Brasil em 2018 eram refugiados, e dentre os países de maior destaque entre os solicitantes de refúgio, estavam a Venezuela, Haiti, Cuba, China e Bangladesh (BRASIL, 2019).

Dentre as particularidades da migração em território nacional, Guilherme (2017) destaca a expressividade dos fluxos africano e caribenho para o Brasil, entre os anos de 2010 e 2014, bem como se constata o aumento do número de migrantes sul-americanos no país, os quais representavam, em 2015, 29% dos migrantes internacionais em território nacional (ONU, 2017). No período de 2011 a 2018, os migrantes de longo termo residentes no Brasil eram, majoritariamente, haitianos, bolivianos, venezuelanos, colombianos, argentinos, chineses, portugueses e peruanos (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

No cenário brasileiro, o Rio Grande do Sul está entre os estados que mais recebem migrantes, com o destaque das regiões Metropolitana, Serra Gaúcha, Rio Grande e Vale do Taquari (BRASIL, 2015), o que evidencia a interiorização da migração no estado, sendo o perfil das atividades laborais um fator de atração de migrantes para essas regiões. No Vale do Rio Pardo, o município de Venâncio Aires tem alcançado visibilidade por suas ações voltadas à população migrante, tendo recebido, em 2011, o título de Cidade Solidária, concedido pelo ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados). Em 2018, destacou-se como o município de sua região que concedeu o maior número de vistos humanitários no referido ano. Conforme mostram dados fornecidos, pela Polícia Federal, ao grupo de pesquisa do qual as



autoras fazem parte, foram 51 vistos haitianos concedidos a migrantes haitianos no ano de 2018 (HILLESHEIM, 2018, não publicado).

Estima-se que, na última década, Venâncio Aires tenha acolhido cerca de 50 refugiados (KIST, 2019). Atualmente, os venezuelanos constituem o contingente mais numeroso entre os migrantes no município, considerando-se aqueles cadastrados na Secretaria Municipal de Habitação e Desenvolvimento. A partir de janeiro de 2020, a prefeitura municipal tem mediado a acolhida aos venezuelanos que se estabeleceram no município, os quais, em setembro de 2020, totalizavam 150 pessoas.

DESDOBRAMENTOS DA PANDEMIA NAS AÇÕES DE ACOLHIDA AOS MIGRANTES

Um marco importante para a rede de assistência social de Venâncio Aires tem sido o desenvolvimento, ainda não formalizado, de um setor destinado ao atendimento da população migrante, vinculado à Secretaria Municipal de Habitação e Desenvolvimento Social. Os precedentes para tal construção foram estabelecidos em um projeto de lei do Poder Executivo municipal, de 2017, que institui o Plano Municipal de Assistência Social para os anos de 2018 a 2021, aprovado no mesmo ano em que foi proposto, passando a vigorar como lei ordinária. Além de pretender o “diagnóstico municipal procurando evidenciar a presença ou não de migrantes estrangeiros residentes ou de passagem no município com o objetivo de readequar as ações das políticas sociais para este segmento” (VENÂNCIO AIRES, 2017, p. 42), o documento prevê

a integração e o fortalecimento das redes de atenção aos direitos dos migrantes, nacionais e estrangeiros, independente da condição de entrada no país e do status jurídico, qualificando os serviços de proteção social básica e especial, para garantir a proteção integral, especialmente das pessoas retiradas da situação de tráfico humano, refugiados ou resgatadas do trabalho escravo. (VENÂNCIO AIRES, 2017, p. 42).

A instauração desse setor tem se dado paulatinamente, mediante o direcionamento de recursos humanos e financeiros para as ações de acolhida aos migrantes, bem como para o mapeamento desse contingente populacional no município e a identificação de suas demandas. As profissionais entrevistadas assinalaram que, em razão da chegada expressiva de migrantes venezuelanos ao município, a partir de janeiro de 2020, a Prefeitura Municipal de Venâncio Aires encarregou a Secretaria Municipal de Habitação e Desenvolvimento de gerenciar as ações de acolhimento a esses sujeitos, em parceria com as instituições e órgãos



governamentais responsáveis por facilitar sua acolhida nos locais de residência através de subsídios financeiros e outras ações de acolhida.

As profissionais relataram que, com o início da pandemia, foi contratada uma assistente social – que está entre as entrevistadas –, em contrato temporário, para atuar diretamente com a população de migrantes, efetuando cadastros socioassistenciais e realizando visitas sociais. Uma das profissionais pontua que já havia “contato com a questão dos refugiados e a questão dos imigrantes, que eram atendidos pelos serviços”, mas que, antes, “não existia um setor dentro da Secretaria que se responsabilizasse por isso”.

Na sequência, ela afirma que a intensificação dos fluxos de migração venezuelana para o Brasil, desde o ano passado, fez com que muitos desses migrantes ficassem desamparados, sem o auxílio de organizações da sociedade civil que mediassem o seu processo de interiorização. Como resultado, a acolhida a esses grupos passou a ser executada primariamente pelos municípios que os receberam. Ainda, ela diz do processo de acolhimento aos migrantes que chegaram ao município no início deste ano:

E agora, com o suporte dos recursos que vêm do fundo de assistência social [...], é possível esse acompanhamento das famílias, né, porque num primeiro momento a gente acompanhava observando, dando um suporte quando necessário e agora o movimento é ter o espaço de referência aqui, dentro da Secretaria. [...] Então, hoje, a gente pode dizer que tem, sim, um serviço de acolhimento, de acompanhamento, de referência e contrarreferência para várias situações. (Profissional entrevistada)

A estruturação de um setor voltado ao atendimento de migrantes, bem como o incremento da busca ativa e das visitas sociais às ações de acolhida a essa população, representa a atenção à possível acentuação de suas condições de vulnerabilidade durante o período pandêmico. Essa tem sido, portanto, uma condição de possibilidade para a efetivação dos processos de acolhida previstos pela legislação municipal.

ACOLHIDA E A DISPOSIÇÃO DE ACOLHIMENTO COMO PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE

Empregado no campo das políticas de assistência social, o conceito de acolhida está vinculado aos aspectos práticos da ideia de proteção social. A Norma Operacional Básica – NOB-SUAS (BRASIL, 2012) estabelece a noção de “acolhida” como uma segurança afiançada pelo SUAS e determina os meios para a sua oferta. Entre suas garantias, estão a disponibilização de espaços e serviços para o exercício



das práticas de proteção social, a oferta de condições adequadas de recepção aos sujeitos, a qualificação da escuta profissional, a concessão de benefícios, a intervenção em “territórios de incidência de situações de risco” (p. 17), acesso à informação, referência, “aquisições materiais e sociais” e oferta de uma rede de serviços e de locais de permanência de indivíduos e famílias sob curta, média e longa permanência (p. 17). Por sua vez, a “acolhida digna, atenciosa, equitativa, com qualidade, agilidade e continuidade” figura como um dos princípios éticos do SUAS (p. 18).

No que se refere ao conceito de acolhimento, sublinha-se que possui distintas acepções, e neste escrito é compreendido como fruto de um exercício ou de uma *disposição*, tal qual determina a cartilha *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Ancorando-se em Ferreira (1975), o documento propõe que “acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (p. 6). Entende-se, portanto, que o “acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (p. 6).

Tomando esse como o ponto central para pensar as práticas de acolhimento e retomando a noção de acolhida, pode-se entender esta última como instrumento das efetivas condições de acolhimento dos sujeitos no âmbito da assistência social. A mesma dimensão ética atribuída ao conceito de acolhida é inerente à definição de acolhimento, tal qual adotada aqui, quando esta é pensada como uma disposição.

Essa acepção de acolhimento permite aproximá-la da concepção de educação em saúde apresentada pelo Ministério da Saúde, naquilo que concerne a um “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2008, [http://bvsm2.saude.gov.br\[...\]](http://bvsm2.saude.gov.br[...].)). Embora a definição explicita apenas o papel do campo da saúde, pode-se traçar paralelos com aquilo que se exerce na assistência ofertada aos migrantes pelo aparelho socioassistencial. Assim, são dois conceitos utilizados no campo da saúde – *acolhimento* e *educação em saúde* – que, se pensados de maneira ampliada e transpostos às práticas socioassistenciais, auxiliam na compreensão daquilo que surge como efeito das relações vinculares construídas entre os migrantes e as profissionais de assistência social: abre-se um campo de diálogo que permite a interlocução cotidiana e, assim, produz um espaço em que as trocas se constituem como educativas.

Compreende-se, portanto, que essa dimensão perpassa a estrutura dos serviços socioassistenciais e as práticas efetivamente empreendidas por esses serviços no intuito de acolher os migrantes. Sobretudo durante a pandemia, as ações de assistência social mostraram-se imprescindíveis para o acolhimento desses sujeitos no município. Para as profissionais entrevistadas, a pandemia não afetou as ações



em si, senão a própria demanda pelos serviços, que se intensificou.

A partir dos relatos das profissionais entrevistadas, constata-se que as ações de acolhida à população migrante vêm sendo realizadas no município há mais de dez anos; todavia, com a chegada massiva de venezuelanos em 2020, as demandas dessa população aos serviços cresceram significativamente. Nesse cenário, a pandemia tem sido um agente de potencialização da efetivação de direitos para a população migrante, em vez de, como se poderia prever, um supressor das práticas de acolhimento.

As questões relativas à saúde se evidenciam, entre os migrantes atendidos pelos serviços socioassistenciais, logo em uma das principais frentes de atuação da assistência social diante da intensificação dos fluxos venezuelanos para o município: o auxílio relativo às questões de documentação, que tem sido a área mais impactada pelos efeitos da pandemia e das paralisações de serviços burocráticos. Em meio à organização do setor de atendimento aos migrantes, uma profissional foi realocada para outra função e passou a atuar diretamente com os trâmites burocráticos dessa ordem.

Uma das profissionais relata que, ao tentar obter consulta com um médico especialista, uma migrante teve o acesso negado devido à falta de documento de CPF (Cadastro de Pessoas Físicas), ainda que o protocolo de refúgio lhe assegurasse tal direito. A entrevistada atribui entraves dessa ordem a um desconhecimento generalizado sobre os direitos dos migrantes nos serviços públicos. A partir de uma das entrevistas, entende-se que “a questão do sistema muitas vezes é burocrática. Daqui a pouco, *tu não consegues*⁴ encaminhar um exame, buscar medicação pelo SUS sem o teu número do CPF, né, que é essa ligação que a gente faz com a Secretaria de Saúde [...]: tentar um equilíbrio, uma equidade nesse atendimento.”

Para Anastácio e colaboradoras (2016), a disseminação de conhecimento e informação é idealizada como um conjunto de práticas compartilhadas entre os diferentes setores de políticas públicas. É tarefa compartilhada entre os setores, portanto, considerar quais bases necessitam ser estabelecidas para que informações e saberes concernentes à saúde sejam acessíveis aos migrantes, cujas demandas são distintas daquelas da população autóctone. Como discutido até aqui, trata-se, justamente, nas primeiras etapas de acolhida, de pensar no acesso da população migrante aos serviços de saúde e nas suas condições de recepção nesses espaços.

Kleba *et al.* (2016) destacam o enlace entre a educação em saúde e a promoção da saúde. As ações educativas em saúde, nesse sentido, constituem estratégias para a promoção da saúde, com vistas a “garantir informações e conhecimentos necessários à efetiva participação e ao empoderamento das pessoas e da comunidade” (p. 18). Os autores ressaltam a abrangência do conceito de promoção

4 Nas falas dos entrevistados, as marcas da oralidade foram grifadas em itálico.



de saúde, estabelecida como estratégia que orienta as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e assentada na Política Nacional de Promoção da Saúde: para além das ações diretas sobre os processos de saúde e doença, a promoção da saúde engloba a garantia de “direitos, recursos e oportunidades”, as quais acarretam não apenas o “fortalecimento das habilidades das pessoas para agir, mas, também, a capacidade de grupos, organizações e da comunidade de influenciar para determinantes e condicionantes de saúde” (KLEBA *et al.*, 2016, p. 217).

Em se tratando das condições de saúde da população migrante ao redor do globo, a WHO (2020) sublinha que a maioria dos migrantes e refugiados vive em alojamentos individuais e comunitários em pequenas e grandes cidades, localizados em áreas urbanas e industriais. No cenário pandêmico, tais condições acabam por agravar-se: embora os riscos impostos à saúde pela COVID-19 sejam os mesmos para migrantes e autóctones, as possibilidades de prevenção são inferiores para a maior parte dos migrantes, que enfrenta “oportunidades de emprego limitadas, condições de moradia e trabalho inadequadas e superlotadas, com acesso inadequado à comida, água, saneamento, e outros serviços básicos” (WHO, 2020, p. 1, tradução nossa).

Considerar os determinantes e condicionantes de saúde em relação à “organização social e econômica do país” (ANASTÁCIO *et al.*, p. 364), os quais concernem largamente ao campo de atuação da assistência social, implica pensar a intersectorialidade das ações em saúde, de modo a responsabilizar todos os setores. Nesse sentido, argumenta-se que a acolhida, ao atuar imediatamente sobre as condições de vida dos migrantes – abrangendo as questões de moradia, segurança alimentar, inserção laboral e de acesso aos serviços públicos – incide diretamente sobre a saúde dessa população.

No município de Venâncio Aires, foram adotadas estratégias para atender às demandas emergentes desse segmento, tais como a concessão do benefício de aluguel social – que previa o pagamento das despesas de moradia, durante o período de seis meses, para os migrantes que foram afetados pelo desemprego durante a pandemia – e a realização de um curso de costura e *patchwork* para mulheres migrantes, idealizado como estratégia de fomento à inserção econômica dessas mulheres. Nesse sentido, a acolhida socioassistencial exerce a função básica de prover as condições de acesso aos migrantes, assegurando-os de seus direitos e orientando-os para os procedimentos requeridos. Além disso, destaca-se que o setor de assistência social é referência para essa população no município, cabendo a ele a interlocução com os demais setores públicos para efetivar seu acesso aos migrantes. O seu acompanhamento imediato, realizado pelas profissionais de assistência social, permite a comunicação e a troca cotidiana com os sujeitos, de tal modo que operam como mediadores entre os migrantes e os demais domínios públicos e sociais.

Na percepção de uma das entrevistadas, os migrantes atendidos pelo setor



“criam um vínculo muito forte [...], muito mesmo. E que bom que a gente está ali como [...] um ponto de referência, não só nessas questões pontuais, mas questão [...] afetiva, também”. Tal olhar condiz com aquele afirmado por outra assistente social: ela refere que “eles se vinculam muito bem. [...] Eu percebo que sim, eles se vincularam à assistência, sabe. Tem alguns que se vinculam tanto que, qualquer coisa que acontece, eles vão lá conversar com a gente. Eu sinto que sim, eles tão conseguindo ser acolhidos [...] e vinculados ao serviço.”

Tal disposição vincular nas relações entre profissionais e beneficiários da assistência social se dá, de acordo com as falas dos migrantes, em razão da qualidade do atendimento prestado. Especialmente no que se refere ao ato de “dar ouvidos a” (BRASIL, 2010, p. 6), fundamental à disposição de acolhimento, os migrantes entrevistados trazem sua surpresa ao constatar a atenção recebida pelas profissionais do serviço: “nós não acreditamos que *tinha* pessoas assim, que se interessavam tanto pelos outros”.

Desse modo, a interlocução entre as profissionais e os migrantes se dá no cotidiano das visitas sociais e nos atendimentos no serviço, e corresponde às demandas emergentes desse grupo. No contexto pandêmico, as profissionais de assistência social tomam para si a função de avaliar as demandas da população migrante e orientá-la em relação aos riscos de contaminação, sobretudo considerando-se as condições socioeconômicas e laborais desses sujeitos, que não os permitem realizar seu trabalho remotamente ou abrandar a carga das atividades laborais. Diz uma das profissionais: “[Um dos migrantes que atendo] quer trabalhar com 60 anos no chão, vendendo doce. Eu digo ‘gente, entendo que vocês *tão* passando por isso, mas então vende doce por encomenda. Você é grupo de risco na pandemia.”

É também nesse sentido que as dificuldades de acesso a serviços, suscitadas pelos atrasos nos processamentos de documentações dos migrantes em meio à pandemia, oferecem um terreno para que os processos educativos junto a esse público, no campo socioassistencial, se deem no sentido de orientá-los a respeito de seus direitos e das formas de acesso aos serviços. Conforme relata uma profissional entrevistada, a carência de informações “acaba sendo sanada só quando [os migrantes] chegam aqui na Secretaria”, uma vez que “eles não estão acostumados, do país que vieram, a ter esses serviços garantidos, né, porque o SUS existe basicamente só no Brasil.” Na sequência, ela diz que os migrantes que chegaram ao município por vias particulares, sem o auxílio das ações governamentais de interiorização, o fizeram sem que recebessem orientações sobre as formas de acesso aos serviços. Para os migrantes venezuelanos, a profissional não acredita que a língua seja um fator que dificulte o acesso, mas, sim, “a questão da informação e do direcionamento daquela demanda”. Tais entraves acarretam a chegada de alguns migrantes “com demandas de saúde, que deveriam ter sido tratadas anteriormente [...], e quando a gente vê, a pessoa *tá* sem orientação, sem informação nenhuma sobre aquele tratamento e



demoram vários dias até conseguir de novo.”

Ao discutir a educação como um processo contínuo, disperso e não passível de ser capturado por intenções pedagógicas ou por instituições canonicamente educacionais, Conforme Hillesheim (2015), na contemporaneidade, a solidez da escola – e, por extensão, das instituições educacionais – se desfaz e dá lugar a um mundo em que “os sujeitos aprendem em todos os lugares, das mais variadas maneiras, com os outros e consigo próprios” (p. 791). Nesse sentido, trata-se de uma “educação que não está em algum lugar, que não é alguma coisa, mas que se multiplica na conjunção ‘e’: na sala de aula e na mídia e na família e no trabalho e nas políticas públicas e... Uma educação que está em todo lugar e da qual nos nutrimos permanentemente” (p. 791).

Tal compreensão ressoa as transformações no conceito de educação sucedidas entre os séculos XX e XXI, as quais engendraram aquilo que hoje se entende como educação em saúde (FEIO; OLIVEIRA, 2015). Em um movimento descentralizador do desenvolvimento econômico como o objetivo prioritário da educação, esta última passou a ser compreendida como uma dimensão da própria vida, sendo reconhecido o seu caráter permanente e comunitário, que visa à capacitação dos indivíduos para modificar suas condições de vida. É em meio a esse arco conceitual que se afirma a pluralidade das práticas educativas, as quais se assentam tanto em uma dimensão formal quanto informal.

O paralelo descentramento de uma perspectiva biologicista sobre a saúde, a qual passou a ser compreendida a partir de seus determinantes e condicionantes sociais e comportamentais, permitiu a entrada da educação nesse campo como uma estratégia promotora da saúde. Assim, Feio e Oliveira (2015) destacam a imprescindibilidade da capacitação individual e comunitária para que se atuem sobre os próprios determinantes e condicionantes de saúde, afirmando-se a saúde como direito social universal. Nessa acepção, a educação em saúde – denominada como crítica – ocupa-se de viabilizar a promoção da saúde como um processo de confluência de forças individuais, comunitárias, políticas – e, aqui, sobretudo, intersetoriais.

Nessa perspectiva, segundo a qual as ações de educação em saúde se ampliam para contextos educacionais informais, compreende-se que as ações socioassistenciais – tanto aquelas de caráter informacional quanto aquelas que intervêm diretamente sobre as condições de vida – exercem ações educativas ao capacitar os sujeitos migrantes para reconhecerem e reivindicarem o direito de acesso à saúde e, também, ao promover as condições para o seu exercício mediante a interlocução com os serviços de saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi discutido neste capítulo, pontua-se que a função educativa das ações assistenciais está implícita, embora não seja afirmada nem planejada para que exerça um efeito pedagógico. Hillesheim (2015, p. 790) alerta que, “a educação tem se confundido, a partir da Modernidade, com uma determinada instituição - a escola - e com uma disciplina - a Pedagogia”. A autora argumenta ainda que, pensada em um modelo rizomático, “a educação transborda a escola e a Pedagogia, desfazendo as linhas duras que a compõem, não a partir de grandes oposições, mas de fissuras quase imperceptíveis” (p. 790). Além disso, a própria noção de educação em saúde comporta, em sua definição, a possibilidade de articular-se de maneira mais ampla aos processos educativos, considerando que as ações realizadas nesse domínio ultrapassam os confinamentos dos espaços convencionados como “setor saúde” (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Dessa maneira, partindo de uma noção rizomática de educação, o presente texto discute como as interlocuções entre a assistência social e saúde podem exercer uma função educativa, constituindo-se como ações de educação dispersas, muitas vezes não intencionalmente educativas, mas que se dão no sentido de orientar os profissionais dos serviços de saúde a respeito dos direitos assegurados aos migrantes e do funcionamento dos trâmites burocráticos que devem garantir-lhes o acesso aos serviços de saúde. Nessa direção, aponta-se para a importância das práticas de acolhida e acolhimento como estratégias educativas que, ao acolher, também orientam e educam sujeitos migrantes no seu processo de chegada e permanência no país.

Compreende-se, portanto, que a educação em saúde, descentrada dos espaços formais de educação, com vistas à promoção da saúde centrada na autonomia individual e comunitária, comporta uma noção de educação que abrange também os processos informais (FEIO; OLIVEIRA, 2015). Assim, é possível argumentar que as ações socioassistenciais, no contexto pesquisado, se constituem como práticas educativas – não intencionalmente pedagógicas – que incidem sobre os determinantes e condicionantes sociais de saúde dos migrantes ao facilitar a eles a apreensão da saúde como direito social, bem como suas condições de acesso, mediante o diálogo com os serviços de saúde e a escuta das demandas da população migrante.

REFERÊNCIAS

ANASTÁCIO, E. *et al.* Intersetorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde: desafios para a promoção de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, supl. 8, p. 362-366, 2016. Disponível em: <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/2179/v26s8a68.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2021.



BRASIL. Ministério da Saúde. Tesouro Eletrônico. Terminologia da Saúde. **Educação em Saúde**. Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=1634&n=1&s=5&t=2>. Acesso em: 11 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica (NOB-SUAS)**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Migrantes, apátridas e refugiados: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil**. Brasília: DF, 2015. Disponível em: http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PoD_57_Liliana_web3.pdf. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Refúgio em números**. 4. ed. Brasília: DF, 2019. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Operação Acolhida. Base Legal. Brasil: Governo Federal, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/acolhida/base-legal/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

CAVALCANTI, L. *et al.* Resumo Executivo. **Imigração e Refúgio no Brasil**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública / Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2019. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes-obmigra/RESUMO%20EXECUTIVO%20_%202019.pdf. Acesso em: 01 abr. 2020.

COUTO, C. da R.; HILLESHEIM, B. Crônica de um naufrágio anunciado: entre mares e muros, os refugiados. **Textura**, Canoas, v. 20, n.43, p.261-281, mai./ago. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/3886/2944>. Acesso em: 01 abr. 2020.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos



e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2021.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00703.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

FISCHER, R. M. B. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.28, n.1, p. 151-162, jan./jun. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v28n1/11662.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2021.

GUILHERME, A. J. **Imigrantes haitianos e senegaleses no Brasil**: trajetórias e estratégias de trabalho na cidade de Porto Alegre - RS. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/172969>. Acesso em: 01 abr. 2020.

HILLESHEIM, B. Chamada universal MCTIC/CNPq 2018. **Migração e processos de in/exclusão**. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2018. Não publicado.

HILLESHEIM, B. Políticas públicas e educação: desdobramentos para a pesquisa. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 10, n. 3, p. 788-796, 2015. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8092>. Acesso em: 12 mai. 2021.

IOM – International Organization for Migration. UN Migration. **World Migration Report 2020**. Geneva, Suíça: International Organization for Migration, 2020. Disponível em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf. Acesso em: 01 abr. 2020.

KIST, D. Venâncio já recebeu cerca de 50 refugiados nos últimos 10 anos. **Folha do Mate [online]**, 27 novembro 2019. Disponível em: <https://folhadomate.com/venancio-aires/venancio-ja-recebeu-cerca-de-50-refugiados-nos-ultimos-10-anos/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

KLEBA, M. E. *et al.* Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 217–226, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150339.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2021.



MULLER, P. R. Noções de solidariedade e responsabilidade no campo da cooperação internacional para a proteção de refugiados. **Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana**, Brasília, ano XXI, n. 40, p. 229-244, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/14.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

ONU – Organização das Nações Unidas. Desenvolvido pela Organização das Nações Unidas/BR. **Apresenta informações sobre migração**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/populacao-de-migrantes-no-brasil-aumentou-20-no-periodo-2010-2015-revela-agencia-da-onu/>. Acesso em: 01 abr. 2020.

SERPA, V.; VIRGÍNIA, C.; CAVALCANTE, S. Assistência social pública brasileira: uma política da autonomia - um dispositivo biopolítico. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 428-437, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n3/11.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees. **Global Trends: Forced displacement in 2018**. Geneva, Suíça: United Nations High Commissioner for Refugees, 2019. Disponível em: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5d08d7ee7/unhcr-global-trends-2018.html>. Acesso em: 02 abr. 2020.

UN – United Nations. Department of Economic and Social Affairs. **Population Facts**. United Nations, 2019. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/populationfacts/docs/MigrationStock2019_PopFacts_2019-04.pdf. Acesso em: 02 abr. 2020.

VENÂNCIO AIRES. Poder Executivo. **Projeto de Lei nº 123, de 19 de dezembro de 2017**. Institui o Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021. Venâncio Aires, RS, 19 dez. 2017. Disponível em: <https://www.venancioaires.rs.leg.br/camara/proposicao/Projetos-de-Lei-Executivo/2017/1/0/4228>. Acesso em: 03 mar. 2021.

WEBER, D. L. **Deslocamentos internacionais, educação e saúde global: os discursos biopolíticos que produzem o sujeito migrante**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/2070/1/Douglas%20Luis%20Weber.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

WHO – World Health Organization. Preparedness, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) for refugees and migrants in non-camp settings. **Publications**, Geneva, p, 1-6, abr. 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331777/WHO-2019-nCoV-Refugees_Migrants-2020.1-eng.pdf. Acesso em: 03 jun. 2020.



PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL

Karine Zenatti Ely¹

Andréia Rosane de Moura Valim²

Janine Koepf³

Renata Maria Dotta⁴

Pauline Schwarzbald⁵

Lia Gonçalves Possuelo⁶

O CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL

O cuidado em saúde no sistema prisional representa grandes desafios para os gestores da saúde, para os profissionais das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e para o sistema de segurança. A Lei de Execuções Penais de 1984, no contexto da luta por direitos sociais e abertura política, registrou, pela primeira

-
- 1 Mestre em Promoção da Saúde, Doutoranda em Promoção da Saúde, UNISC. karine-ely@saude.rs.gov.br, <http://lattes.cnpq.br/9035441979308817>, <https://orcid.org/0000-0002-1692-5556>
 - 2 Farmacêutica/Bioquímica, Mestre em Ciências Biológicas: Bioquímica, Doutora em Biologia Celular e Molecular. Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, UNISC. avalim@unisc.br, <http://lattes.cnpq.br/6480172642402703>, <https://orcid.org/0000-0001-9611-3103>
 - 3 Enfermeira, Mestre em Educação (UNISC), Doutora em Ciências da Saúde (PUC/RS), Pós-doutoranda em Promoção da Saúde (UNISC). Docente do Departamento de Ciências da Saúde. UNISC. janinek@unisc.br, <http://lattes.cnpq.br/7463378885451106>, <https://orcid.org/0000-0003-4873-7696>
 - 4 Psicóloga - Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), Doutora em Ciências da Saúde (UFCSPA). Professora da Faculdade de Direito da Fundação Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul (FMP). Coordenadora da Política de Saúde Prisional, na Divisão de Equidade do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) da SES/RS. renata.dotta@uol.com.br, <http://lattes.cnpq.br/4881691490234591>, <https://orcid.org/0000-0002-1830-1624>
 - 5 Psicóloga, Especialista em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública (ESP/RS), Especialista em Gestão do Sistema Prisional pela Universidade Cândido Mendes (UCAM), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (UNISC), servidora pública na Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE/RS). pauline.schwarzbald@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/3293955646488738>, <https://orcid.org/0000-0002-7873-0682>
 - 6 Bióloga, Doutora em Ciências Biológicas, Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). liapossuelo@unisc.br, <http://lattes.cnpq.br/9903194013924888>, <https://orcid.org/0000-0002-6425-3678>



vez, que o preso teria direito ao atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984). Nesse período, a População Privada de Liberdade (PPL) era assistida por profissionais vinculados à segurança pública, sem qualquer vinculação com o sistema de saúde.

Em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário propõe a reorientação do modelo assistencial por meio de uma política de saúde específica, que representa a inclusão da PPL no Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, esse plano teve suas limitações, sendo a principal delas a inclusão restrita de pessoas condenadas, excluindo os presos provisórios, os presos em regime aberto e semiaberto, e os profissionais do sistema prisional (BRASIL, 2003). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) vem para suprir essas lacunas (BRASIL, 2014).

A PNAISP prevê eAPP multiprofissionais, formadas por cirurgião dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal ligados ao SUS municipal, com financiamento específico. Outros profissionais podem compor esta equipe, que pode ser classificada em eAPP tipo I (formada por 5 profissionais com carga horária de 6 horas semanais), eAPP tipo I com Saúde Mental (formada por 8 profissionais com carga horária de 6 horas semanais), eAPP tipo II (formada por 8 profissionais com carga horária de 20 horas semanais), eAPP tipo II com Saúde mental (formada por 11 profissionais com carga horária de 20 horas semanais) e eAPP tipo III (formada por 11 profissionais com carga horária de 30 horas semanais) (BRASIL, 2020).

Os profissionais que compõem as eAPP são servidores públicos das prefeituras municipais que aderiram ao PNAISP, sem formação específica para atuação no sistema prisional. Esses profissionais carecem de um programa de formação que considere a especificidade e complexidade do sistema prisional, com produção e disseminação do conhecimento nos locais de trabalho. Dessa forma, surge o Plano de Educação Permanente para as eAPP como proposta de intervenção. Esse Plano de Educação Permanente tem como objetivo principal a discussão dos processos de trabalho com os profissionais do sistema prisional.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) considera o trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana, na qual, práticas colaborativas de aprendizagem, geram compromissos entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, construindo o desenvolvimento individual e institucional (BRASIL, 2018). A EPS se propõe a construir conhecimento a partir das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho, apoiada no conceito de ensino problematizador e aprendizagem significativa. O ensino problematizador se insere de forma crítica na realidade vivenciada e a construção do conhecimento se dá de forma colaborativa e na troca de experiências. A aprendizagem significativa valoriza as experiências e vivências anteriores dos educandos, instigando o desejo de aprender mais (CECCIM; FERLA, 2005). Dessa



forma, a proposta de um plano de EPS se propõe a construir conjuntamente com os atores envolvidos, um programa que valorize os diversos saberes, analise de forma crítica a realidade presente no contexto prisional e proporcione um aprendizado significativo.

A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Programa de Educação Permanente para as EABp foi pensado de forma regionalizada, incluindo gestores, trabalhadores do sistema prisional, estudantes e controle social, a fim de discutir as temáticas presentes no contexto prisional, propondo soluções dos problemas encontrados, utilizando metodologias ativas de aprendizagem. Foram planejados inicialmente cinco encontros presenciais, abordando as doenças infectocontagiosas no sistema prisional, como tuberculose, HIV, sífilis, além do monitoramento e avaliação de indicadores de saúde. Na versão inicial do projeto, nas oficinas presenciais seriam discutidos os processos de trabalho, controle e notificações das doenças infectocontagiosas, construção de fluxos de trabalho e comunicação reunindo as eAPP pertencentes às mesmas Coordenadorias Regionais de Saúde. As eAPP do Rio Grande do Sul foram agrupadas por proximidade, resultando em 10 grupos e seis itinerários distintos. Dessa forma, seriam incluídas as 36 eAPP, distribuídas em 30 instituições penais de 25 municípios, com aproximadamente 150 trabalhadores. Esse projeto teve aprovação do PPSUS/FAPERGS 2020.

Por conta do distanciamento social imposto pela Pandemia da Covid-19, o grupo organizador do projeto precisou se reinventar e reorganizar a intervenção de educação permanente. Primeiramente, verificou-se a necessidade e o interesse dos profissionais pela manutenção do programa de educação permanente e de que forma ele poderia ser desenvolvido. Foram enviados dois questionários distintos on-line para os trabalhadores do sistema prisional: o primeiro foi respondido por servidores penitenciários da Superintendência de Serviços Penitenciários (SUSEPE); o segundo foi respondido por profissionais da saúde no sistema prisional.

O primeiro questionário foi respondido por 115 profissionais, sendo 65 agentes penitenciários e 50 técnicos superiores penitenciários do Rio Grande do Sul. A maioria eram psicólogos (44%) e tinham tempo de trabalho de 5 a 10 anos (46,1%). Questionados sobre o início do trabalho no sistema prisional, se receberam instruções a respeito das medidas e protocolos de segurança, 83,47% responderam afirmativamente, dos quais 39% consideraram que as orientações recebidas foram suficientes. Quanto às informações de saúde, 49,59% referiram que receberam instruções sobre medidas e protocolos de saúde. Questionados sobre situações que não foram treinados para resolver, 66,11% já passaram por situações relacionadas à saúde que não foram capacitados para resolver e 59,67% já passaram por alguma



situação de segurança no ambiente prisional que não se sentiram capacitados a resolver. Segundo os respondentes, os servidores da SUSEPE têm carência de informações referente à saúde (78,33%) e os servidores da saúde têm carência de informações sobre os protocolos de segurança (64,27%). As principais carências educativas registradas foram: protocolos de segurança para o trabalho no sistema prisional (16,6%), informações sobre doenças infecciosas na prisão (16,5%) e informações sobre a política de saúde prisional (13,9%).

O segundo questionário foi respondido por profissionais que atuam nas eAPP, sendo nove assistentes sociais, seis psicólogas, quatro enfermeiras, dois cirurgiões dentistas e uma gestora de instituições penais de diversos municípios do Estado. Questionados sobre tempo e horário preferencial para atividades virtuais síncronas, 50% preferiram o turno da noite (50%), com atividades mensais (40,9%) ou semanais (36,4%), de uma a duas horas (81,8%). Os assuntos sugeridos foram diversificados: saúde mental/ dependência química/ transtornos mentais/ manejo de crise, odontologia, gestão em saúde prisional, doenças infectocontagiosas, acolhimento, adesão ao tratamento, farmacologia/control de medicamentos/ substâncias psicoativas, grupos específicos/ saúde LGBTQIA+, prontuários de saúde, relações interpessoais entre equipe técnica e agentes penitenciários, tráfico de drogas, tratamento e prevenção de infecções de pele e inserção no mercado de trabalho.

A partir dessas informações, buscou-se identificar a melhor tecnologia virtual, que pudesse aproximar as atividades on-line ao encontro presencial. As reuniões virtuais para organização contaram com a presença de representantes do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), coordenação da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, representantes da Política de Atenção Básica, representantes das coordenações estaduais das IST/AIDS, hepatites virais e tuberculose. Integrantes do grupo de pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e alguns profissionais que atuam nas eAPP também foram convidados.

Na primeira reunião foram apresentados os dados levantados nos questionários respondidos pelos servidores penitenciários e profissionais das EABp. Nessa ocasião, os representantes da gestão também apresentaram demandas relevantes, tais como o diagnóstico e tratamento das hepatites virais no sistema prisional e os planos de contingência da Covid-19 no sistema prisional.

A proposta foi ampliada, a fim de que possa ser desenvolvida como educação formal em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), e como educação informal nas redes sociais e *podcast*. A educação formal será desenvolvida como curso de extensão na Plataforma Moodle, com 54 horas de aula de acordo com o Quadro 1. A educação informal ocorrerá mensalmente, no período da noite, com 2 horas de duração em *lives* abertas. Será organizada ao menos uma *live* por módulo, gravada e disponibilizada no YouTube. A produção de conteúdo inclui um *podcast* de aproximadamente 2



minutos de gravação de cada uma das temáticas de aula síncrona. A divulgação de conteúdo inclui publicações em Redes Sociais como *Facebook* e *Instagram*.

Quadro 1 - Propostas para o Curso de Extensão

MÓDULO I - INTRODUTÓRIO (10h)	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde como direito de todo brasileiro • PNAISP e Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional • Gestão no Sistema Prisional • Protocolos de segurança • Atividades de fixação
MÓDULO II - DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE (20h)	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose • HIV/AIDS e coinfeção TB/HIV • Sífilis • Hepatites Virais • COVID e Planos de Contingência no Sistema Prisional • Portas de entrada e testagem rápida • Indicadores de Saúde Prisional • Atividades de fixação
MÓDULO III - SAÚDE MENTAL (10h)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso e abuso de drogas • Transtornos Mentais • Manejo de Crise • Atividades de fixação
MÓDULO IV - INTERFACES (12h)	<ul style="list-style-type: none"> • Odontologia • Assistência Farmacêutica • Urgência e Emergência • Saúde do Trabalhador • Vacinação • Atividades de Fixação
MÓDULO V - ENCERRAMENTO (2h)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do Curso de Extensão

Fonte: Autoras.

A Educação Permanente em AVA é inovadora e traz consigo inúmeros desafios. O grupo entende que a educação permanente se concretiza no reconhecimento de práticas e saberes, na criação de possibilidades de expressão e escuta, e na aposta em novas construções (MERHY, 2005). Mas como garantir encontros, intencionais



ou não, em ambientes virtuais de aprendizagem? Na EPS busca-se o encontro, a interação, a troca de experiências e o compartilhamento. Quais as alternativas disponíveis para essa interação em tempos de pandemia e distanciamento social?

Um Programa de Educação a Distância (EAD) não restrito à disseminação de informações e tarefas pré-definidas já era discutido há quase duas décadas, considerando a priorização do diálogo e o desenvolvimento de um processo educacional interativo, pautado em concepções epistemológicas, abordagens pedagógicas e tecnologias de suporte (ALMEIDA, 2003). No decorrer do tempo, houve melhoria das interações realizadas nos AVA, buscando aumentar a satisfação dos usuários e promovendo estratégias ativas de aproximação.

Estratégias Ativas de Aproximação na EAD ainda não configuram um conceito estabelecido, mas consideram todas as formas utilizadas no AVA para aproximar o aluno e o tutor, incluindo chats, vídeo-aula, fórum, correio eletrônico, feedbacks, entre outras que possam aprofundar a dinâmica das relações sociais (TELLE; ZORTEA; SILVA *et al.*, 2020). Tais ferramentas buscam suprir a deficiência da presencialidade, cabendo ao tutor manter a interação com os alunos, buscando a relação de aproximação (POLLI, 2019). Os contatos frequentes e as interações estabelecidas interferem diretamente na aprendizagem (FORTES; AGUIAR, 2018).

Por fim, as tecnologias digitais podem ser potencializadas por metodologias ativas de aprendizagem tais como: aprendizagem baseada em problemas/projetos, estudo de caso e aprendizagem por pares. A aprendizagem baseada em problemas/projetos aproxima-se muito da educação permanente, principalmente por tratar de temas reais, próximos à realidade dos alunos, que motiva a aprendizagem colaborativa, contextualizada e significativa, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades. O estudo de caso requer a descrição de dados e informação, envolve um dilema e tomada de decisão. As discussões não buscam consensos, mas a riqueza de diferentes pontos de vista. Na aprendizagem por pares, o foco está no debate e resolução de questões de múltiplas escolhas. A metodologia da sala de aula invertida não se aplica a este projeto, pois permanece baseada em modelos tradicionais (FERRARINI; SAHEB; TORRES, 2019).

O QUE SE DESEJA ALCANÇAR

O Programa de Educação Permanente para eAPP se propõe a fechar uma lacuna de formação, discussão, interação e melhoria de processos. O distanciamento social, imposto pela Pandemia da Covid-19 aumentou os desafios dessa construção, porém oportunizou o desenvolvimento de novas propostas. Pensar que as tecnologias podem aproximar as pessoas, ao invés de distanciar como a nomenclatura nos sugere (EAD), traz consolo em momento que não há opção do presencial. Tecnologias



de aproximação podem fortalecer relacionamentos e vínculos, oportunizando a continuidade de processos educacionais. Além disso, facilitam a participação das pessoas que teriam que se deslocar de uma cidade para outra para participar de um curso como este.

A educação informal utilizando redes sociais e *podcast* pode atingir um grande número de pessoas, de forma que essa ferramenta pode ser utilizada como disseminadora de informações simples e pode despertar nos ouvintes o interesse pelo curso de extensão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Elizabeth Bianconcini de. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais na aprendizagem. **Educação e Pesquisa**, vol. 29, n. 2, p. 327-340, 2003.

BRASIL. **Lei de execução Penal**. Brasília, 1984. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/ci-n-390-publicada-a-prt-interministerial-n-1-que-institui-a-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-das-pessoas-privadas-de-liberdade-no-sistema-prisional-pnaisp-no-ambito-do-sistema-unico-de-s/>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/pnaisp>. Acesso em: 29 mar. 2022.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Notas Cartográficas sobre a escuta



e a escrita: contribuições à educação das práticas de Saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005.

FERREIRA, Rosilei; SAHEB, Daniele; TORRES, Patrícia Lupion. Metodologias ativas e tecnologias digitais: aproximações e distinções. **Revista Educação em Questão**, v. 57, n. 52, p. 1-30, 2019.

FORTES, Nathalia; AGUIAR, Fabiane. A Afetividade presente nas interações em cursos EaD: sob a perspectiva de Vygotsky e Wallon. **Simpósio Tecnologias e Educação a Distância no Ensino Superior**, v. 1, n. 1, 2018.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, vol. 9, n. 16, 2005.

POLLI, Daniela Mussi de. Tutor *online*: uma presença fundamental em meio aos avanços tecnológicos. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, 25., 20-24 out. 2019. Minas Gerais, Poços de Caldas, 2019.

TELLE, Simone Motyczka Ott; ZORTEA, Gabriela; SILVA, Lucas Pisone; TEIXEIRA, Marília Coelho. Metodologia de aproximação tutor-aluno na EAD: um relato de experiência em uma escola de educação técnica. **SENAC**, 2020. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2020/anais/trabalhos/53340.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.



PRECEPTORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM COLETIVA

Camila Dubow¹
Vanda Beatriz Hermes²
Suzane Beatriz Frantz Krug³
Hildegard Hedwig Pohl⁴
Raquel Farias Rozeno⁵

INTRODUÇÃO

A preceptoria, no âmbito da formação de profissionais para a área da saúde é uma atividade de ensino que favorece um processo de construção de conhecimento mais significativo para a formação humana e profissional, destacando-se o compromisso com a aprendizagem do estudante, o conhecimento do papel do preceptor como formador e a capacidade de incentivar o estudante a ser responsável por sua

- ¹ Mestrado em Promoção da Saúde (UNISC).
Universidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6853-8697>
E-mail: camiladubow@unisc.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9948251960196713>
- ² Especialização em Processos Educacionais na Saúde (Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírío Libanês).
Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul
E-mail: vanda-hermes@hotmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2689866201950675>
- ³ Doutorado em Serviço Social (PUC/ RS).
Universidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul
E-mail: skrug@unisc.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6004707656053678>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2820-019X>
- ⁴ Doutorado em Desenvolvimento Regional (UNISC)
Universidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul
E-mail: hpohl@unisc.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0114117653627675>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7545-4862>
- ⁵ Mestrado em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS (Escola GHC)
Prefeitura Municipal de Canoas/Rio Grande do Sul.
E-mail: quelrozeno@yahoo.com.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7260705060354153>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4743-5592?lang=en>



aprendizagem (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

O preceptor é um facilitador e mediador no processo de aprendizagem e produção de saberes no mundo do trabalho e formação em saúde, assumindo um papel fundamental na condução dos estudantes para a problematização da realidade e reflexão sobre as soluções e ações para responder às questões do cotidiano do ensino/serviço. Como agente promotor e facilitador da aprendizagem, apresenta-se como elo entre acadêmicos, profissionais da unidade e usuários do serviço. Dessa forma, os vínculos desenvolvidos por meio das parcerias de trabalho interprofissional favorecem aos residentes, o desenvolvimento de habilidades essenciais para a atuação na atenção primária à saúde e demais serviços, possibilitando, especialmente, a integralidade do cuidado, em conformidade com os princípios do sistema público de saúde (PAGANI; ANDRADE, 2012).

A preceptoria tem importância fundamental no processo de ensino-aprendizagem ao possibilitar o contato do acadêmico em formação com a prática no Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que as atividades formativas possam estar voltadas ao desenvolvimento de um perfil baseado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção, ampliando a capacidade de compreensão e reflexão no cenário do SUS em que estão inseridos.

Este texto, aqui apresentado, deriva do processo formativo no Curso de Especialização em Preceptoria no SUS, ofertado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, São Paulo/Brasil. A ênfase desse curso está na qualificação do exercício da preceptoria das profissões de saúde na graduação e pós-graduação, no contexto do SUS. A iniciativa do curso está baseada em uma abordagem construtivista, orientada por competências e baseada em metodologias ativas de aprendizagem, buscando a capacidade de aprender a aprender, a valorização do trabalho em equipe e a postura ética, colaborativa e compromissada com as necessidades de saúde da sociedade (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Destaca-se a contribuição da preceptoria para a formação dos futuros profissionais de saúde na medida em que facilita o contato do estudante com os usuários dos serviços e suas necessidades, além de favorecer a aproximação com a realidade epidemiológica e social da comunidade e a interação com os profissionais do serviço. Para que o aprendizado seja transformador e significativo, é necessário que ambos os lados envolvidos estejam motivados no processo, uma vez que aprender no SUS significa aprender na prática, implicando-se como parte constituinte do próprio processo formativo.

Assim, busca-se refletir sobre aspectos que tiveram maior relevância no decorrer do curso para a construção de um perfil de preceptoria mais engajada e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Ainda, esta síntese remete àquilo que foi aprendido, experimentado e vivenciado durante o transcorrer do curso, auxiliando



em uma compreensão mais efetiva e ativa da prática como preceptor enquanto agente do processo de construção do próprio conhecimento. Tal abordagem permitiu reconstruir a trajetória percorrida no decorrer do mesmo, atribuindo-lhe novos significados e sentidos a partir de experiências reais vivenciadas, através de reflexões sobre a prática, pois a experiência autêntica é aquela que nos passa, nos perpassa e nos transforma (BONDÍA, 2004). Desse modo, este texto anseia refletir sobre o exercício da preceptoria e suas interfaces com o processo de ensino-aprendizagem vivenciadas através do Curso de Especialização em Preceptoria no SUS.

CONSTRUINDO CAMINHOS METODOLÓGICOS E REFLEXIVOS

Trata-se de um artigo descritivo e reflexivo, referente aos principais aspectos do exercício da preceptoria no SUS. Apresenta-se subdividido em quatro categorias temáticas de reflexões e discussões: Refletindo sobre o exercício da Preceptoria no Sistema Único de Saúde; Formação e Educação Permanente em Saúde no contexto da Preceptoria; A importância da Integração Ensino-Serviço nos processos de formação para o SUS; Metodologias ativas: estratégias para a qualificação da formação em saúde.

Refletindo sobre o exercício da Preceptoria no Sistema Único de Saúde

A Legislação Brasileira, por meio da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), preconiza o papel ordenador do Sistema Único de Saúde na formação de recursos humanos para a saúde, uma vez que o trabalhador do setor público deve ter perfil adequado às necessidades de saúde da população. Visando consolidar as ações de caráter multiprofissional e interdisciplinar, bem como, aproximar o ensino de graduação às necessidades do SUS, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde vêm construindo constantemente políticas públicas para efetivar mudanças na formação dos profissionais de saúde, tendo como princípio norteador as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Esse processo de transformação na formação em saúde envolve a integração ensino-serviço, com o trabalho coletivo entre gestores das Instituições de Ensino Superior, Secretarias Municipais de Saúde, docentes, discentes e os trabalhadores dos serviços. Estes últimos têm papel fundamental nessa nova lógica de formação, uma vez que prestam apoio direto em seus locais de trabalho aos futuros profissionais da saúde, através do exercício da preceptoria.

O preceptor é um facilitador e mediador no processo de aprendizagem e produção de saberes no mundo do trabalho, assumindo um papel fundamental na condução dos estudantes para a problematização da realidade e reflexão sobre



as soluções e ações para responder às questões do cotidiano do ensino/serviço. Insere-se, portanto, num contexto de compromisso ético e político, responsabilidade e vínculo, exigindo qualificação pedagógica, tanto nos aspectos teóricos quanto práticos (LIMA; ROZENDO, 2015).

A preceptoria contribui para a formação dos futuros profissionais de saúde na medida em que facilita o contato do discente com os usuários e suas necessidades, além de favorecer a aproximação com a realidade epidemiológica e social da comunidade e a interação com os profissionais do serviço. Assim, como mediador do processo de aprendizagem, a atuação do preceptor contribui para a troca de saberes e para o desenvolvimento de perfis profissionais capazes de responder às necessidades do SUS. Entretanto, do mesmo modo que o exercício da preceptoria traz satisfação, enriquecimento e crescimento profissional, traz também dificuldades e muitos desafios que exigem enfrentamento e esforço para sua superação (LIMA; ROZENDO, 2015).

Faz parte da tarefa do preceptor não apenas ensinar as técnicas, mas também estimular a pensar criticamente. Para isso, é necessário que tanto educadores, representados aqui pela figura do preceptor, como educandos sejam criativos, instigadores, inquietos, curiosos, humildes e persistentes, transformando o aprendizado em um processo dinâmico e participativo. Para que o aprendizado seja transformador e significativo, é necessário que ambos os lados envolvidos estejam motivados no processo, já que aprender no SUS significa aprender na prática, implicando-se como parte constituinte do próprio processo formativo. Assim, a preceptoria tem importância fundamental no processo de ensino-aprendizagem ao possibilitar o contato do estudante com a prática no SUS, de modo que as atividades formativas possam estar voltadas ao desenvolvimento de um perfil baseado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção, ampliando a capacidade de compreensão e reflexão no cenário do SUS em que estão inseridos.

O preceptor precisa aprimorar ou até mesmo desenvolver algumas competências, tais como a experiência prática, compreensão do contexto coletivo e não apenas o individual, noções básicas sobre políticas públicas e entendimento de estratégias de consolidação do SUS. Ainda, é fundamental que goste do contato com alunos, possuir carga horária compatível para o exercício de preceptoria, bem como ter canais de discussões constantes com gestores, docentes, discentes e usuários (COSME; VALENTE, 2020). Ao construir a identidade de preceptor, algumas características são fundamentais, conforme destacam OLIVEIRA *et al.* (2017): disponibilidade a ensinar e, principalmente, a aprender; capacidade de problematizar a realidade imposta; capacidade de se reinventar e, acima de tudo, possuir uma grande resiliência. Para atingir esses pressupostos, conforme os autores, o perfil de competência do profissional de saúde, no exercício da preceptoria, está representado pela articulação de três áreas de competência, quais sejam: Saúde: Atenção à Saúde e preceptoria;



Gestão: Gestão do trabalho e da educação na saúde; Educação: Formação profissional e produção de conhecimento na saúde. Dessa maneira, os perfis de competências do preceptor impactam diretamente sobre o processo de trabalho e de formação em saúde ao direcionarem a prática para a realidade do Sistema Único de Saúde.

Formação e Educação Permanente em Saúde no contexto da Preceptoria

A Educação em Saúde no Ensino Superior tem sido pauta de muitos debates, principalmente após a institucionalização da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em 1996 e da regulamentação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001 (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010), na qual se discute sobre a necessidade de transformações no que se refere à reflexão crítica dos profissionais de saúde, com o intuito de atender às atuais necessidades do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, objetiva-se formar profissionais competentes e cidadãos conscientes de seus direitos e deveres, além de capacitá-los a transformar uma determinada situação de acordo com a realidade em que se encontram (RATTO; SILVA, 2011).

Conforme Carvalho e Ceccim (2006) cabe à Saúde Coletiva propor outros modos de pensar a formação e a educação em saúde, de modo a possibilitar ao conjunto das áreas que compõem as Ciências da Saúde, bem como, às demais que configuram o trabalho em saúde, uma visão ampliada do campo e, ao mesmo tempo, contribuir para que sejam incorporados saberes e práticas que possam potencializar a mudança do quadro atual hegemônico, predominante. Esse quadro não se restringe ao conhecimento técnico ou à ciência, mas contempla a percepção e o exercício do poder que nos impulsiona para a construção de projetos de vida, de liberdade e de felicidade, com a viabilização de sonhos pessoais e profissionais.

As ações de educação em saúde destacam-se como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO *et al.*, 2007). A educação em saúde como área de conhecimento requer uma visão corporificada de distintas ciências, tanto da educação como da saúde, reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL; STUCHINER, 1999).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País, ao apontar para as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. Visa, dentre outros, a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, com o objetivo de produzir um impacto



positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2007). Tal política deixa explícita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS de atenção integral à saúde e construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde na rede do Sistema Único de Saúde. No processo de EPS, o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturado a partir da problematização do processo de trabalho, sendo a atualização técnico-científica um dos aspectos da transformação das práticas (BRASIL, 2007). Desse modo, a Educação Permanente em Saúde possibilita a articulação do quadrilátero da formação para a área da saúde (ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social), que propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Campos *et al.* (2001) já diziam que, embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto significativo sobre o ensino de graduação na área de saúde. A formação em saúde ainda reproduz, em grande parte, o modelo de atenção à saúde mecanicista e tecnicista, gerando conflito e insegurança entre os trabalhadores. Assim, problemas na gestão do trabalho e educação na saúde se desdobram na prestação de serviços de saúde sem a necessária qualidade. Essa realidade ainda muito atual, também foi apontada por Ceccim e Feuerwerker (2004) ao indicar que a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado. O SUS tem buscado uma reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, provocando importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender sem que, no entanto, se tenha formulado alternativas aos modos tradicionais de formação.

A Educação Permanente em Saúde possibilita uma conexão direta entre repensar o processo de formação e o processo de trabalho, e se destina a transformar os processos de trabalho bem como os próprios trabalhadores. Assim, é fundamental, para que se consiga uma real efetivação dos princípios do SUS que ocorra, desde o processo de formação dos futuros profissionais, uma aproximação com os serviços públicos de saúde, de forma que a academia trabalhe em consonância com os serviços, articulando o que se tem denominado de integração ensino-serviço.



A importância da Integração Ensino-Serviço nos processos de formação para o SUS

O processo de integração ensino-serviço é complexo e envolve múltiplos atores, cada qual com suas expectativas, saberes e motivações. É necessário um intenso envolvimento entre as instituições de ensino, gestores e trabalhadores de saúde, com negociação de papéis, responsabilidades, recursos e contrapartidas. A pactuação de interesses entre instituições de ensino e rede de saúde deve não apenas oferecer a melhor formação possível aos futuros profissionais, mas também disponibilizar o ambiente e recursos para que as atividades de ensino sejam desenvolvidas em conjunto com as atividades de assistência, garantindo uma formação voltada para a realidade, valorizando os profissionais e as atividades de educação em saúde.

O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS quanto às instituições formadoras de suas profissões. Cabe a ambos coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas mediante participação ativa dos gestores, formadores, usuários e estudantes. A integração ensino-serviço potencializa a integração de ações, contribuindo para novos dispositivos de trabalho em rede, através da troca de saberes e experiências que possibilitaram aproximar a formação às necessidades do SUS. Assim, as instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS.

A integração entre as instituições de ensino superior (IES) e os serviços de saúde requer mudanças, principalmente no cenário assistencial, fazendo-se necessária reestruturação da cultura dos atores sociais que constituem o SUS, com ênfase nos seus gestores, a fim de compreendê-lo como escola, ou seja, conceber suas ações considerando o eixo da integralidade, de modo a buscar efetivamente a integração entre ensino e serviço (VEDRUSCOLO; SILVA; KLEBA, 2017). Apenas se houver articulação entre a gestão do sistema de saúde e as instituições formadoras será possível alterar o processo formativo, as práticas pedagógicas e as práticas de saúde em si (JUNQUEIRA, OLIVER, 2020).

Apesar de algumas limitações e desafios no processo de integração entre academia e serviço, quando essa aproximação efetivamente se dá, também ocorrem mudanças nas práticas profissionais, em uma relação de benefício mútuo, com sentimentos de pertencimento e de corresponsabilização, criando um movimento contínuo de transferência de recursos cognitivos, científicos e subjetivos (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; PINHEIRO; CARVALHO; VIANA, 2018). Nesse contexto, cada vez mais se observa a necessidade do papel do Estado em ordenar os processos de formação na saúde, a fim de regular e intermediar a integração ensino-serviço nas diversas esferas governamentais (municipal, estadual e federal) e as entidades formadoras. (OLIVEIRA *et al.*, 2021).



Metodologias ativas: estratégias para a qualificação da formação em saúde

Para que se consiga efetivar os pressupostos da Educação Permanente em Saúde e da Integração Ensino-Serviço, têm sido amplamente utilizadas, no âmbito da formação em saúde, as Metodologias Ativas. Metodologias ativas de aprendizagem são estratégias que buscam favorecer a motivação autônoma, tendo o potencial de despertar a curiosidade, à medida que os alunos se inserem na teorização e trazem novos elementos, ainda não considerados nas aulas ou na própria perspectiva do professor. Assim, o professor atua como facilitador para que o estudante pesquise, reflita e decida o que fazer para atingir os objetivos de aprendizado estabelecidos (BERBEL, 2011).

O aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade. Dessa maneira, as abordagens pedagógicas de ensino-aprendizagem devem estar implicadas com a formação de profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervir em contextos de incertezas e complexidades (FERNANDES *et al.*, 2003).

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, objetivando motivar o estudante pois, diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

O processo de aprendizagem através de metodologias ativas passa a fazer sentido na prática, sendo possível estabelecer um caminho lógico que correlacione as atividades teóricas com a prática profissional, conduzindo a uma evolução profissional. Pelo fato de as metodologias ativas serem baseadas na realidade e no conhecimento prévio que o aluno possui, as informações não são “passadas” prontas, mas construídas através das experiências, pesquisas e reflexões de todos (discentes, docentes e preceptores). Destaca-se que a utilização de metodologias ativas, como um dispositivo de formação profissional a partir de um modelo pedagógico inovador, busca associar a teoria e a prática do trabalho em saúde, através da problematização da realidade e construção coletiva de processos, possibilitando, dessa maneira, uma ressignificação da atuação prática. Ainda, permite a construção de um espaço que oportuniza conhecimento e discussão acerca da Saúde Coletiva, levando à reflexão



sobre o processo de trabalho e sua relação com a ação formativa.

Frente às propostas de um novo paradigma na formação em saúde, no sentido de atender aos princípios e diretrizes do SUS, a fim de proporcionar uma atenção mais humanizada à população, o processo de ensino-aprendizagem precisa ser ativo e independente, rompendo a dicotomia teoria – prática. Assim, são necessárias mudanças na organização do modelo de ensino em saúde desenvolvido nas instituições de ensino superior, bem como nos serviços públicos de saúde que fazem parte desse processo de formação. A mudança de paradigma, da metodologia tradicional para a ativa, direciona para a ampliação da autonomia, transformação da realidade e ressignificação das práticas realizadas. Os momentos de educação devem ser permanentes, através de processos coletivos e crítico-reflexivos sobre o processo de trabalho, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre o exercício da preceptoria no SUS auxilia na compreensão do significado da atuação de um profissional da área da saúde, complementando a formação acadêmica, fornecendo subsídios para um trabalho em saúde efetivamente democrática e transformadora. Espera-se que este ensaio impulse e estimule reflexões para o desenvolvimento de iniciativas para melhorias no exercício da preceptoria, através do compartilhamento de vivências para a qualificação da formação de profissionais para atuação no SUS. Para isso, é preciso apostar na construção do novo, através de relações compartilhadas e horizontalizadas, no cotidiano das relações e experimentações.

Algumas questões a serem enfrentadas estão na alteração do imaginário social quanto ao processo tradicional de formação em saúde, modificando-o em sua compreensão e reflexão crítica, como proposto pela Educação Permanente em Saúde. Como desafio vislumbra-se sensibilizar os professores, acadêmicos, profissionais, gestores e usuários para uma formação em saúde corresponsável, integral e que inclua estratégias de compartilhamento de ideias. Para isso, é preciso criar e experimentar novas metodologias de ensino e integração com serviços de saúde e população, em diferentes níveis de atenção, que impactem efetivamente na reestruturação dos modelos de formação, assistência e gestão, numa perspectiva interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional.

Dessa forma, será possível gerar novas tecnologias de educação, gestão e de atenção à saúde capazes de institucionalizar processos de formação em saúde numa perspectiva de integralidade. Nesse sentido, é preciso construir redes locais, comprometidas e corresponsáveis para a efetivação de um processo de formação resolutivo, integral e de qualidade na atenção e gestão dos serviços de saúde. A



educação é transformadora quando privilegia a busca e a aquisição de conhecimentos com autonomia e crítica, tendo como resultado a reflexão sobre a possibilidade de mudança de uma determinada realidade.

REFERÊNCIAS

BERBEL, Neuci Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25 - 40, jan./jun. 2011.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *In*: GERALDI, Corinta Maria Grisolia; RIOLFI, Claudia Rosa; GARCIA, Maria de Fatima. **Escola viva: elementos para a construção de uma educação de qualidade social**. Campinas-SP: Mercado das Letras, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 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**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

CAMPOS, Francisco Eduardo *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CARVALHO, Yara Maria, CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CYRINO, Eliana Goldfarb, TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p.780-788, 2004.



COSME, Fabiana Silva Marins Nazareno; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. Permanent education in the practice of preceptorship in primary health care. **Research, Society and Development.**, v. 9, n. 8, p. e653984490, 2020.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete Fatima Polo de Almeida; CARVALHO, Brigida Gimenez. Potential of multiprofessional residency for family healthcare: the view of healthcare workers. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 55, p. 1221-32, 2015.

FERNANDES, Josicelia Dumêt *et al.* Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Rev. Enfermagem**, v. 56, n. 54, p. 392-395, 2003.

GONZÁLEZ, Alberto Durán, ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de Mudança na formação em Saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, v. 20, n. 2, p. 551-70, 2010.

JUNQUEIRA, Simone Rennó; OLIVER, Fatima Correa. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 10, p. 1–20, 2020.

LIMA, Patrícia Acioli de Barros, ROZENDO, Célia Alves. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship. **Interface** (Botucatu), v. 19, Supl 1, p. 779-91, 2015.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus: uma revisão conceitual. **Cien. Saude Colet.**, v. 12, n. 2. p. 335-42, 2007.

MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 35, n. 3, p. 303-10, 2011.

OLIVEIRA, Anderson Milfont Feitosa de *et al.* Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v. 45, n. 1, e003, 2021.

OLIVEIRA, Marilda Siriani *et al.* **Preceptoria no SUS: caderno de curso 2017.** São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2017.

PAGANI, Rosani; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o



estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc.**, v.21, n. 1, p. 94-106, 2012.

PINHEIRO, Larissa Campos Rodrigues; CARVALHO, Reyjanne Barros de; VIANA, Patrícia Ferreira de Sousa. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade e a formação em Odontologia: possíveis conexões e fluxos no ensino na saúde. **Rev. ABENO**, n. 18, n. 4, p. 148-59, 2018.

RATTO, Cleber Gibbon; SILVA, Simone Chaves Machado. Educar para a “grande saúde” – vida e (trans) formação. **Interface: comun saúde educ.**, v. 15, n. 36, p.177-85, 2011.

SCHALL, Virgínia; STUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 4-5, 1999.

VENDRUSCOLO, Carine; SILVA, Maira Tellechea da; KLEBA, Maria Elisabeth. Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva da reorientação da formação em saúde. **Sustinere**, v. 5, n. 2, p. 245-59, 2017.



INCLUSÃO DIGITAL E A EDUCAÇÃO EM TORNO DA e-SAÚDE: DESIGUALDADES E DESAFIOS

Barbara Coelho Neves¹

INTRODUÇÃO

Para se fazer uso dos dispositivos tecnológicos e participar o mais próximo da efetividade da transformação digital - considerando seus riscos, desafios e oportunidades - é preciso retomar o debate da inclusão sociodigital na sociedade. No Brasil, o crescimento exponencial do uso de tecnologias nas diversas áreas visam avançar e acompanhar o movimento mercadológico, territorial e financeiro global. Em paralelo a isso, se percebe também, mas com menos visibilidade, o aprofundamento da exclusão digital, por exigir agora também, além de demandas relacionadas ao acesso, um esquema de competências informacionais e educacionais dos sujeitos para participar e interagir em sociedade.

Um dos setores que mais cresceram nos últimos anos com o uso e aplicações de tecnologias de informação, tecnologias digitais e tecnologias de informação e comunicação (TIC), foi o da saúde. Esse nicho representa a implementação dessas tecnologias principalmente no contexto da gestão (24%), promover e facilitar o acesso à informação (16,3%), e do marketplace (15,5%).²

Nesse contexto, tais tecnologias precisam estar adaptadas para os idosos e para pessoas com deficiências especiais que apresentam dificuldades nos movimentos, menor ou nenhuma acuidade visual e auditiva, por exemplo. Posto isso, percebe-se que, nos últimos cinco anos, a educação da classe trabalhadora tem sido, infelizmente, uma expressão do desenvolvimento desigual e combinado.

A pandemia do Coronavírus intensificou ainda mais os pontos que irradiam desigualdades na sociedade, não restando outra imagem a associar à educação brasileira, “[...] que na ausência de um sistema nacional de educação que a organize de forma unitária é marcada pela intensa fragmentação e multiplicidade de vertentes formativas” (RUMMERT; ALGEBAIL; VENTURA, 2013, p. 718).

1 Doutora em Educação (UFBA), Pós-Doutora em Ciência da Informação (UNB). Professora do Instituto de Ciência da Informação da UFBA. Pesquisadora líder do LTI Digital.
e-mail: barbaran@ufba.br / www.ltidigital.ufba.br .

2 Dados observados no Computerworld em 2021.



Diante dessa problematização, este capítulo tem como objetivo abordar a inclusão digital e a educação no contexto da e-saúde, a partir de uma breve reflexão sobre a desigualdade e seus desafios. Para isso, antes de apresentar a inclusão digital e a educação em torno da e-Saúde, foi realizada uma discussão sobre desigualdade em torno do conceito de inclusão digital, apreciação do par dialético inclusão-exclusão.

A ODISSEIA DA INCLUSÃO DIGITAL EM 2021: RAÍZES PRETÉRITAS

No Brasil, a inclusão digital nunca poderá ser analisada de forma desassociada das políticas públicas e, principalmente, das particularidades da estonteante desigualdade dessa sociedade. Por isso, entendemos que é adequado que essas peculiaridades sejam sempre consideradas nos escritos sobre o tema, especialmente quando abordado nas Ciências Sociais e nas Ciências Humanas.

Sem superar as matrizes do desenvolvimento interno desigual e combinado e da modernização do arcaico, o bloco da elite brasileira no poder converge, significativamente, em torno das políticas e práticas que visam a desmontar o precário quadro de direitos sociais e políticos que vinham sendo arduamente conquistados pelos trabalhadores.

A histórica desigualdade socioeconômica brasileira reflete, ao tempo que é refletida, na exclusão digital atualmente vigente no País. A capacidade de compreensão e a possibilidade de se utilizar efetivamente todas as potencialidades oferecidas pelas TIC são bastante diferenciadas na população brasileira, dado o significativo grau de desigualdade na educação (MATTOS; CHAGAS, 2008). Em um outro texto (NEVES; FREIRE; SUAIKEN, 2018) observam que a escala GINI é a principal forma de demonstrar um dos fenômenos sociais mais perturbadores da atualidade: a desigualdade social que historicamente tem se aprofundado no âmbito da sociedade, por meio da concentração de renda nos países em desenvolvimento.

Assim como em relação à inclusão digital, também é preciso romper com o prisma da aparência em torno da ênfase na fundamental importância da educação para a contemporaneidade capitalista que, na realidade, constitui no somatório de demandas quanto à produtividade da força de trabalho que não é linear, mas fortemente marcada por um caráter seletivo e fragmentário (RUMMERT; ALGEBAILLE; VENTURA, 2013).

Uma questão central a ressaltar aqui neste texto é que quantidade e variedade de tecnologias em contextos pedagógicos, por exemplo, não significam, *per se*, oferta ampla, mas sim pulverizada, desigual, irregular e instável.



Inclusão digital (versus) exclusão social = desigualdade

Mesmo antes da pandemia, a significativa discrepância no acesso à internet já era objeto de estudo de inúmeras pesquisas (NEVES, 2019; PEIXOTO; ECHALAR, 2017), como a TIC Domicílios, divulgada em 2019. Os dados demonstravam que, apesar de 70% dos lares brasileiros, localizados em áreas urbanas, terem acesso à internet, os mesmos apresentavam grandes disparidades (SOUZA; GUIMARÃES, 2020) ficando patente que mesmo no nível físico, a exclusão digital também pode ser percebida se considerada a qualidade do sinal de internet. As classes A e B possuem as melhores conexões, ao passo que as Classes C e D, conseguem consumir com sinal inferior e a Classe E acessa somente pelo celular.

Nesse contexto, o ano de 2021 retomou, com força, um debate que meio que se encontrava em letargia tanto nas políticas públicas quanto na academia. Os desafios colocados, principalmente no contexto da educação, trouxeram à tona problematizações que estavam adormecidas e que parece acordaram de um sono reparador. Mas o que presenciamos hoje não deveria ser encarado, de forma alguma, como novidade, pois já há algum tempo que repetimos a tese de Jan Van Dijk (2008) que alerta “the digital divide deepens where it has stopped growing”.

A pandemia tem escancarado a brutal desigualdade de oportunidades que sempre caracterizou o sistema educacional brasileiro (SOUZA; GUIMARÃES, 2020). Desse modo, essa desigualdade se apresenta de diferentes formas, e o acesso à Internet foi elevado a uma potência determinada por variáveis, como isolamento social, desemprego, ampliação do número de acessos residenciais, dentre outras.

No âmbito político, a inclusão digital é um discurso potente (NEVES, 2019), pois propagam a necessidade de políticas públicas que favoreçam a difusão dessas tecnologias e, no contexto da educação, isso não se dá de forma diferente, e o mercado tem sido o principal meio de difusão (PEIXOTO; ECHALAR, 2017). Os organismos internacionais, a exemplo da OCDE e Banco Mundial, sempre estiveram atentos e dispostos a conduzir a educação para atuar a serviço do mercado e do crescimento econômico, numa perspectiva neoliberal.

O que se perpetua é o desenvolvimento desigual e combinado que converge e se alimenta pelo contexto de exclusão. Como pontuado por Trotsky (apud LÖWY, 1973) o desigual e combinado permite escapar à concepção evolucionista que tende a fazer da história uma sucessão de etapas rigidamente pré determinadas. Permite esboçar uma visão dialética do desenvolvimento histórico através de saltos súbitos e de fusões contraditórias, sendo a desigualdade do ritmo a lei mais geral do processo histórico, manifestada com o máximo de vigor e de complexidade nos destinos dos países atrasados (TROTSKY apud LÖWY, 1973).



Essa abertura tem se tornado cada vez mais aparente. E digo aparente pensando na categoria dialética da aparência enquanto grau de desenvolvimento da prática social. Como anunciou Cheptulin (2004), a história da evolução da técnica está ligada ao emprego da interação e das transformações que implicam nas atividades práticas. E o retrato que podemos observar hoje em relação ao debate da inclusão digital demonstra que é oferecido um leque de opções solucionadoras. Isso é o fenômeno neoliberal e este também faz parte da essência da inclusão digital.

Apreciação do par dialético (inclusão/exclusão social)

Compreender uma área do conhecimento requer a interpretação de seus aspectos e características teórico-conceituais. Logo, é preciso elucidar questões, como as disciplinas que a compõem, sua evolução, atuação na sociedade e o arcabouço teórico e científico que se estabelece como base para aqueles investigadores que fazem parte da área.

A seguir elencamos alguns dos principais fundamentos da inclusão social. O esquema que propomos, com abordagens e definições, foi desenvolvido a partir da convergência das leituras sobre o tema com a observação dos tipos de exclusão social, definidos pelo sociólogo português Alfredo Bruno da Costa.

Costa (1998) sinalizou que o par dialético inclusão/exclusão social poderia ser definido de acordo com as causas que apresentam e os efeitos que demandam dos atores sociais. Desse modo, o autor categorizou o par dialético em cinco tipos explicados na ilustração que elaboramos (Figura 1).

Os cinco tipos de exclusão foram ilustrados, na tentativa de representar a simbiose e transitoriedade entre eles. A exclusão de ordem social aparece como uma sombra que paira sob e em contato com os demais tipos de exclusão/inclusão. Entendemos, nessa perspectiva, que esse tipo de exclusão, de ordem social, agrega todas as outras exclusões.

Nessa perspectiva o par dialético inclusão/exclusão social considera como contexto do social todas as “[...] esferas sociais em que a pessoa vive” (COSTA, 2009, p. 64), se referindo, desse modo, à inclusão/exclusão da sociedade. Ou seja, o referencial a ser procurado é a própria sociedade. Nesse entendimento, percebemos a abordagem sistêmica desse autor por trás do par dialético para explicar o que é estar incluído/excluído na sociedade.

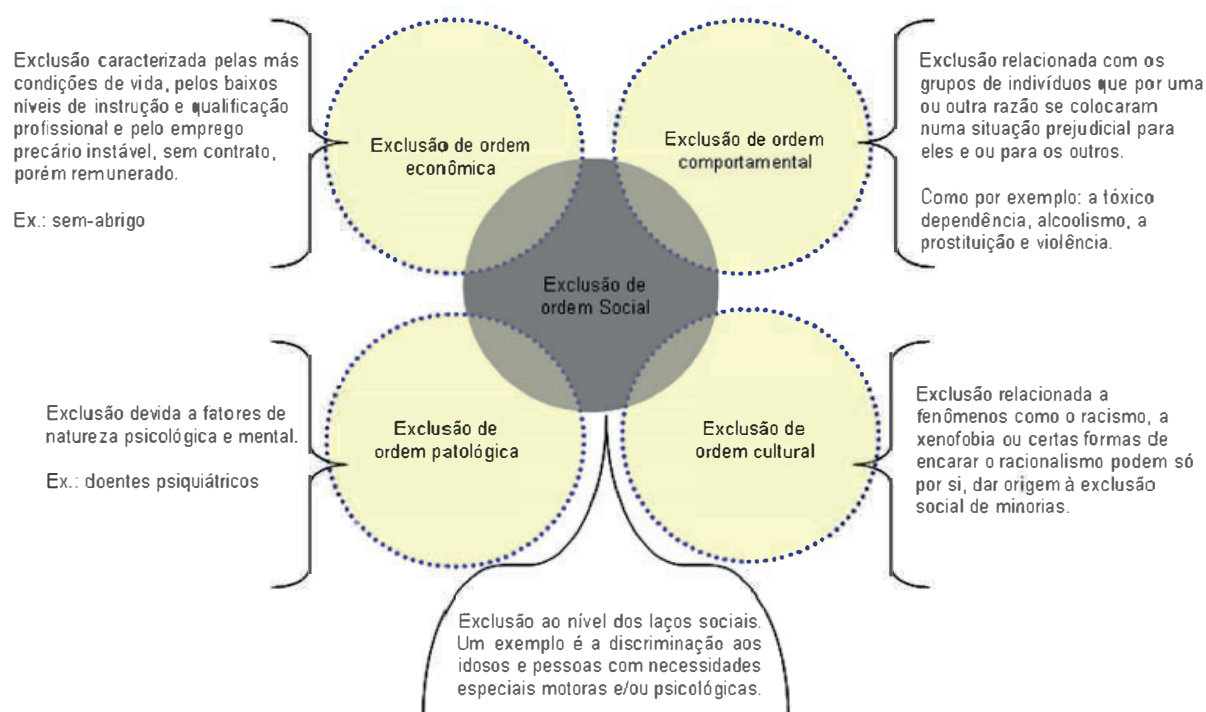
Cada uma das esferas da existência social – “da mais pequena à mais ampla, da mais simples à mais complexa – constitui um sistema social”, onde “a sociedade (local, nacional, regional ou global) será, então, constituída por um conjunto de sistemas sociais”, alguns dos quais poderão ser considerados como básicos ou



essenciais (COSTA, 2009, p. 65, grifos do autor, tradução livre).

A sociedade é aqui entendida como um conjunto de sistemas sociais, a qual o indivíduo pertence segundo seus laços sociais (a exemplo das redes de sociabilidade), o exercício da cidadania e seu posicionamento econômico, dentre outros aspectos de pertencimento na dinâmica da sociedade.

Figura 1- Principais aspectos e exemplos dos tipos de exclusão/inclusão social



Fonte: Elaborado pela autora com base nos tipos de exclusão de Costa (2009).

Em conformidade com a explicação devida sobre os tipos de exclusão, elaboramos o quadro, a seguir, com as principais definições e abordagens sobre inclusão/exclusão social.

Quadro 1 - Abordagens e definições de inclusão/ exclusão social

ABORDAGEM	VIÉS	DEFINIÇÃO	AUTORIA
Exclusão social associado à pobreza	Inclusão a partir da exclusão	Na definição de Pereira o foco é a pobreza, dividindo entre pobreza absoluta e pobreza relativa, considerando esta última como um novo tipo de pobreza a qual transcende a pobreza crônica e a mera ausência de renda.	Pereira (2001)
	Viés econômico	Considera a exclusão como pobreza. Essa é até certo ponto compreensível se considerado que a pobreza hoje não se expressa apenas pela ausência de renda ou de comida, ela agora possui novas formas, como também consequências.	Martins (2003)
		Definição com base no uso de recursos sociais que interferem no padrão de vida.	Yazbek (2003)
		Inclusão socioeconômica. Trata-se da mudança de enfoque resgatar os "desviantes" ou "incapacitados", mas de lutar por formas dignas de inclusão social para o conjunto da população, possibilitando o desenvolvimento de suas criatividade e potencialidades.	Pochmann (2003)
		O termo inclusão na perspectiva política como forma de pensar o homem moderno, tendo o mundo globalizado como referência, mundo onde são encontrados os que estão dentro e os que estão fora.	Godoy (2004)
Exclusão social relacionado a recursos	Viés mais abrangente	A definição considera que a pobreza e a exclusão social estão intimamente ligadas. A exclusão está relacionada tanto a elementos materiais (muitas vezes apresentados sob a forma de indicadores monetários), como a elementos não materiais (habitação, alimentação e segurança, entre outros).	Lustosa (2001)
		Os excluídos são aquelas pessoas que não têm acesso aos direitos básicos, mesmo com a existência de leis que os garantam de forma universal. A pobreza se manifesta como uma forma de exclusão social.	Demo (2002)
Exclusão social como par dialético	Integrado/ desfilhado	A exclusão/inclusão é entendida como "zonas metafóricas" por onde transitam os sujeitos na sociedade. Aqui é denominado o conceito de integração como uma forte correlação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho e a participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção que cobrem o indivíduo. Seu inverso é a desfiliação, causada pela ausência das relações sociais provenientes dos elementos-chave que coincidem na integração.	Castel (1998)
		Não há exclusões definitivas. O que temos são processos sociais excludentes. Nessa perspectiva a sociedade não é estática. A noção de graus e tipos de inclusão pressupõe a movimentação dos atores envolvidos.	Costa (1998, 2009)
		A existência da dialética exclusão/inclusão, criando subjetividades específicas que não podem ser explicadas unicamente por fatores econômicos. Envolve o homem por inteiro e sua relação com os outros.	Sawaia (2002)
		O conceito de exclusão social considera a acumulação das carências econômicas e sociais, tendo uma dimensão mais sociológica quanto à ideia de ruptura do vínculo social. Essa perspectiva é necessária para que se possa entender o seu lado oposto (a inclusão social), que tem como proposta a extensão da cidadania.	Euzéby (2004)

Fonte: elaboração própria.

Nesse quadro é possível perceber alguns dos principais vieses da definição do conceito de inclusão social. Destacamos no nosso estudo a abordagem de inclusão social de Castel (1998), por entendermos que se trata de uma metamorfose social.

INCLUSÃO DIGITAL E A EDUCAÇÃO EM TORNO DA e-SAÚDE

A pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), conhecida como novo coronavírus, apresentou seus primeiros casos no último trimestre de 2019 (NEVES, 2020). Em 2020, sua intensificação ampliou o contexto da *Digital Health* ou Saúde Digital. Digital



Health é um termo geral que inclui *e-Health* (uso de tecnologias de informação e comunicação para a saúde) e as chamadas áreas emergentes, como robótica, realidade virtual, inteligência artificial (IA), computação cognitiva, realidade ampliada e big data (QUISPE *et al.*, 2020).

Nesse momento a telemedicina e a *e-learning* ganharam visibilidade e se expandem a passos largos. Em se tratando da IA na área de Saúde, observamos que no leque das tendências devem se destacar, nos próximos anos, os campos do processamento da linguagem natural e dos assistentes pessoais, tornando possíveis novas formas de interação entre médico e paciente e acompanhamento de tratamentos dentro e fora de instituições médicas. Também o uso da realidade virtual e realidade aumentada podem ser promissoras quando associadas à telemedicina, por exemplo. A inteligência artificial termina por permear de forma transversal esses movimentos. (NEVES, 2020, p. 56).

Além da inteligência artificial, outras ferramentas da denominada Saúde Digital (e-Health) merecem destaque:

Quadro 2 - Ferramentas da e-Health e a demanda de inclusão digital dos usuários

(continua)

e-Health	Aplicação	Demanda de Inclusão Digital
Telesaúde	Promove atenção e atendimento remoto entre paciente e profissional da saúde por meio de videochamada ou teleconsulta.	Passou a ser permitida pela Lei 13.989/20 a telemedicina no Brasil durante a emergência sanitária da Covid-19. Entretanto, é preciso considerar a barreira do acesso físico que envolve conexão e letramento digital para que todas as gerações possam desfrutar da ferramenta.
Robótica	São muitos os exemplos, mas vamos destacar o robô belga de atenção a pessoas da terceira idade, Zorabots, durante o isolamento e o robô germicida Xenex, que desinfeta quartos ocupados por pacientes com Covid-19.	Necessidade de ampliação do debate na esfera das políticas públicas e da constituição de marcos regulatórios. Nesse sentido, a inclusão digital também precisa ser problematizada e discutida no contexto da cultura digital da sociedade brasileira para lidar com figuras humanoides em situações onde o contato humano é escasso por questões de doença.
Prontuário eletrônico	Em linhas gerais, se trata da versão digital da história clínica de um paciente.	Relacionada à competência informacional e treinamento dos profissionais de saúde.
Saúde móvel	Implica no uso de sensores e outros instrumentos de monitoramento de rastreamento de forma ubíqua, visando à prevenção, diagnóstico e tratamento da população.	Este é um recurso muito ligado à internet das coisas (IoT) que são operar e interagir via SMS e aplicativos (App) de celulares, o que demanda dos usuários competência midiática e habilidades digitais para usar tais aplicações sem perder a privacidade, por exemplo.



Quadro 2 - Ferramentas da e-Health e a demanda de inclusão digital dos usuários

(conclusão)

e-Health	Aplicação	Demanda de Inclusão Digital
Sites de informações médicas	Junto com a pandemia foi identificado também a infodemia, termo utilizado para englobar, um pacote danoso à saúde física e mental que envolve notícias errôneas, enganosas, <i>fake news</i> e rumores.	Esta ferramenta, exige que sejam problematizados a competência informacional, a partir do contexto e graus de inclusão digital dos sujeitos. Ainda é preciso considerar que infelizmente muitos <i>sites</i> , inclusive governamentais, neste momento, não atendem os critérios de acessibilidade internacionais e apresentam problemas de ordem de conteúdo na fonte de fornecimento dos dados.

Fonte: Elaboração própria.

Nesse contexto, as tecnologias de informação estão cada vez mais presentes no cotidiano dos campos da saúde e demandam atualizações dos atores políticos e das competências informacional e educacional da sociedade.

Diante disso, são necessários estudos que possam abordar os desafios e o comportamento dos envolvidos frente a essas tecnologias. O que coloca esta temática no centro do contexto da “[...] avaliação de novas tecnologias e sua aplicabilidade” antes definida pelo Ministério da Saúde Brasileiro como uma das prioridades de pesquisa em saúde (BRASIL, 2011).

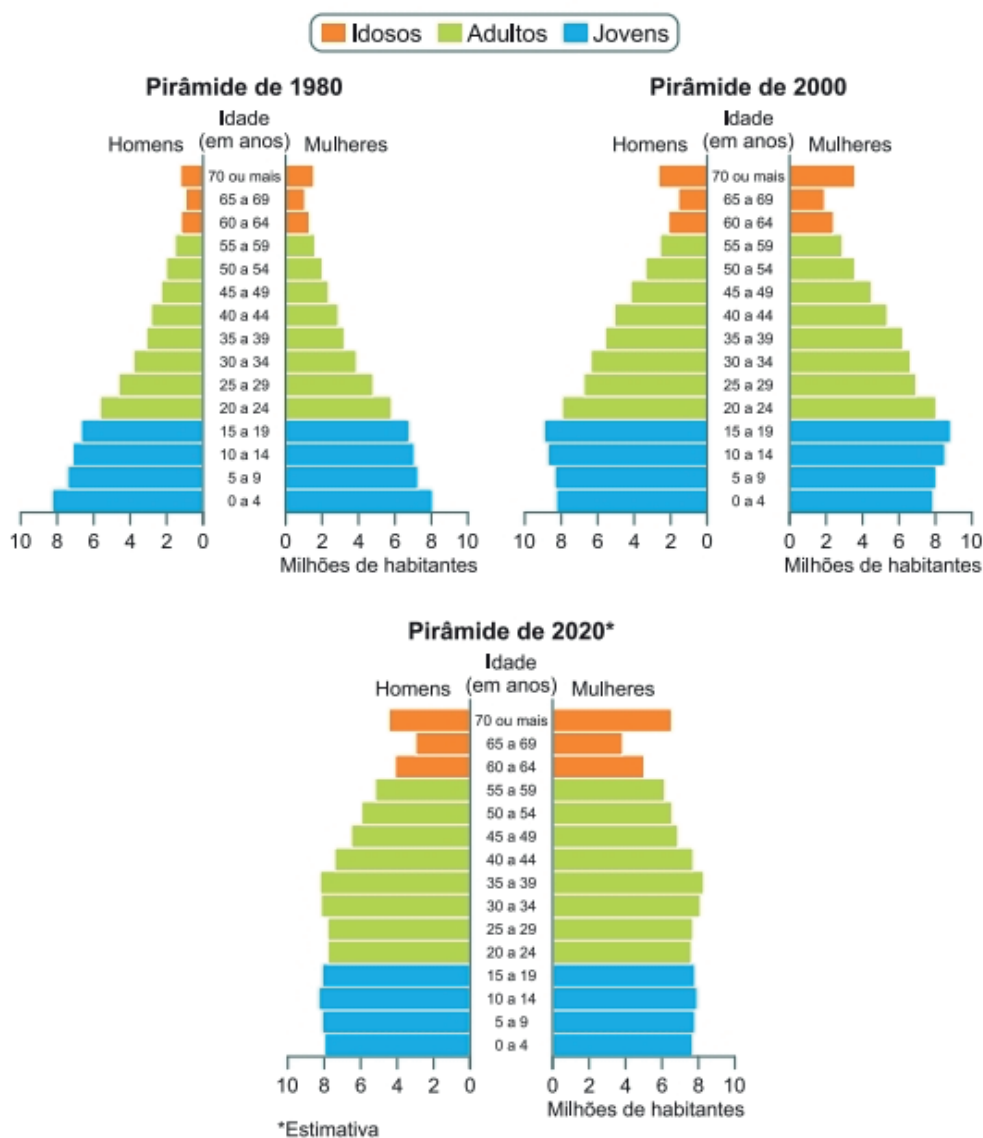
É inquestionável a contribuição e facilidades das tecnologias de informação quando aliadas ao processo e campos da saúde. Entretanto, é imprescindível se considerar o aspecto educativo e de inclusão digital dos diferentes grupos da sociedade, em especial os idosos. O idoso, por vezes, retorna ao caminho da educação na perspectiva de uma atualização cultural e reaproximação social (SILVEIRA *et al.*, 2010).

O envelhecimento da população tem refletido em todo o planeta. No Brasil, os últimos dados apresentados pelo IBGE apontam que a parcela da população com mais de 60 anos de idade saltou de 4% em 1940 para 10% em 2010, representando 8,6% dos brasileiros e brasileiras.

A seguir, na figura 3, é possível perceber o notório e rápido crescimento do tempo de vida da população brasileira nas últimas décadas.



Figura 2 - Dados da pirâmide etária: envelhecimento da população



Fonte: Indagação/IBGE (2021).

A realização e manutenção de políticas públicas e estudos que contribuam para a qualidade de vida dos idosos são relevantes não apenas na valorização da dignidade do idoso enquanto cidadão, mas também na medida em que satisfazem as necessidades de uma parcela significativa da população. Diante disso, a inclusão digital e a educação precisam caminhar juntas no contexto da e-Saúde para evitar que esse e outros contingentes de pessoas fiquem cada vez mais à margem da sociedade (WARSCHAUER, 2006).

As universidades têm oferecido projetos de extensão, e a integração do idoso é uma questão de livre escolha do mesmo, mas, para tal, ele deve ter o acesso a todas as disponibilidades e oportunidades que envolvem o atual processo de transformação



digital da sociedade (SILVEIRA *et al.*, 2010). Para isso, é imprescindível a inclusão digital amparada na perspectiva educacional com o apoio de linhas de aprendizado.

Na outra ponta, um estudo com jovens (CAVALCANTE *et al.*, 2017) também constatou que 70% dos participantes possuíam computador em casa e com acesso a internet, sendo este o seu principal local disponível para acesso. A telefonia móvel emergiu como a segunda maior forma, predominante, de acessar a rede (20%). O restante dos adolescentes (10%) acessava por outros locais, como *lan house*, casa de colegas e vizinhos, escola, dentre outros. Segundo os autores, o que chamou a atenção foi o fato de que apenas 5,7% dos 232 adolescentes utilizavam a internet para buscar informações sobre saúde e doença, demonstrando também neste grupo a necessidade de uma inclusão digital pautada na competência informacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação digital em curso na sociedade nos coloca em frente aos mais avançados padrões produtivos das novas tecnologias, compondo um exemplo cristalino de desenvolvimento desigual e combinado.

A breve reflexão sobre inclusão digital e a educação no contexto da e-saúde, apresentada neste capítulo, é para suscitar a necessidade de tentarmos olhar para além das aparências que mascaram a desigualdade e seus desafios. Para isso, antes de apresentar a inclusão digital e a educação em torno da e-Saúde, foi realizada uma discussão sobre a desigualdade em torno do conceito de inclusão digital e a apreciação do par dialético inclusão-exclusão.

Esta breve análise nos permite destacar que a inclusão digital assume forma e conteúdo particulares, marcados por ser o Brasil um país, hoje, consumidor de condições tecnológicas que lhe garantem um polo integrado e subalternamente a serviço do neoliberalismo devido às escolhas políticas que estão sendo tomadas. O que se vê é uma modernização do arcaico e o discurso falacioso que insiste em apontar que o acesso a dispositivos tecnológicos cada vez mais sofisticados são capazes de superar a exclusão digital.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.** Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. *In: Desigualdades e a questão social.* São



Paulo, EDUC, 1998.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra *et al.* Inclusão digital e uso de tecnologias da informação: a saúde do adolescente em foco. **Perspectivas em Ciência da Informação** [online], v. 22, n. 04, p. 03-21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2539>. ISSN 1981-5344. <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2539>. Acessado em: 12 jun. 2021.

CHEPTULIN, A. **A dialética materialista**: categorias e leis da dialética. Trad.: Leda Rita Cintra Ferraz. São Paulo: Alfa-Omega, 2004.

COSTA, A. B. **Exclusões Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1998.

COSTA, A. B. **Exclusões Sociais**. ed. 3, Lisboa: Gradiva, 2009.

DIJK, J.A.G.M. Van. **The deepening divide**: inequality in the information society. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005. 240 p.

LÖWY, M.; NAÏR, S. **Lucien Goldmann ou la dialectique de la totalité**. Paris: Seghers, 1973.

MATTOS, F. A. M.; CHAGAS, G. J. N. Desafios para a inclusão digital no Brasil. **Revista Perspectivas da Ciência da Informação**, vol.13, n.1, p. 67-94, 2008.

MATTOS, F. A. M. C.; NASCIMENTO, G. J. NA. Desafios para a inclusão digital no Brasil. **Perspectivas em Ciência da Informação** [online]. v. 13, n. 1, p. 67-94, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-99362008000100006>. Epub 06 Maio 2008. ISSN 1981-5344. <https://doi.org/10.1590/S1413-99362008000100006>. Acessado em: 24 maio 2021.

NEVES, B. C.; FREIRE, I. M.; SUAIDEN, E. J. Conscientização da metamorfose: diálogo entre os conceitos de inclusão e integração no contexto da inclusão sociodigital. **Comunicações**, Piracicaba, v. 25, n. 2, p. 3-27, maio/ago. 2018. Disponível em: [hAps://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/comunicacoes/article/view/3333/267](https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/comunicacoes/article/view/3333/267). Acesso em: 1 set. 2018. DOI: [hAp://dx.doi.org/10.5600/2238-267/comunicacoes.v25n2p3-27](https://dx.doi.org/10.5600/2238-267/comunicacoes.v25n2p3-27)

NEVES, B. C. **Tecnologia na educação**. CRV: Curitiba, 2019.

NEVES, B. C. Metodologias, ferramentas e aplicações da inteligência artificial nas diferentes linhas do combate a Covid-19. **Folha de Rosto**, v. 6, n. 2, p. 44-57, 14 jun. 2020.

PEIXOTO, Joana; ECHALAR, Adda D. L. F. Tensões que marcam a inclusão digital por meio da educação no contexto de políticas neoliberais. **Revista Educativa - Revista**



de Educação, Goiânia, v. 20, n. 3, p. 507-526, dez. 2017. ISSN 1983-7771. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/educativa/article/view/6836>. Acesso em: 25 maio 2021.

QUISPE, C. *et al.* COVID-19: uma pandemica na era da saúde digital. **Preprints Scielo**, 2020.

RUMMERT, S. M.; ALGEBAIL, E.; VENTURA, J. Educação da classe trabalhadora brasileira: expressão do desenvolvimento desigual e combinado. **Revista Brasileira de Educação [online]**, v. 18, n. 54, p. 717-738, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782013000300011>. Epub 30 out 2013. ISSN 1809-449X. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782013000300011>. Acessado em: 12 jun. 2021.

SILVEIRA, S. R.; *et al.* **Análise comparativa de duas linhas de tratamento em paciente com disfunção vestibular periférica com idade igual ou superior a sessenta anos**. Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN). São Paulo/SP, 2001.

SILVEIRA, Michele Marinho. Educação e inclusão digital para idosos. **Novas Tecnologias na Educação**, v. 8, nº 2, jul., 2010.

SOUZA, Marcelo Nogueira; GUIMARÃES, Lislaine Mara da Silva. Vulnerabilidade social e exclusão digital em tempos de pandemia: uma análise da desigualdade de acesso à internet na periferia de Curitiba. **Revista Interinstitucional Artes de Educar**, Rio de Janeiro, v. 6, n. especial II, p. 284-302, jun.-out. 2020, Educação e Democracia em Tempos de Pandemia. <file:///Users/barbaracoelho/Downloads/51097-192241-3-PB.pdf>

WARSCHAUER, Mark. **Tecnologia e inclusão social: a exclusão digital em debate**. São Paulo: Senac, 2006. 319 p.



GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS: AÇÕES E PRÁTICAS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Camila Soares Teixeira¹
Paulo Sérgio França²
Muna Muhammad Odeh³
Joyce Marciano Monte⁴
Denise Lopes Porto⁵
Fatma Galia Ali⁶

[...] do território não escapa nada, todas as pessoas estão nele, todas empresas, não importa o tamanho, estão nele, todas instituições também, então o território é um lugar privilegiado para interpretar o país.

Milton Santos (1998).

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um relato da implementação de um curso formativo para profissionais na Atenção Básica com enfoque na gravidez na adolescência, realizado dentro do programa de Educação Permanente do município Águas Lindas de Goiás. Vale mencionar que o município se integra à Região Integrada de Desenvolvimento

1 Doutoranda em Saúde Coletiva - Universidade de Brasília (UnB), Mestra em Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Amazônia), Enfermeira Obstétrica - Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5699765013443949>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3745-6082>

2 Prof. Associado, Área de Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Medicina. Universidade de Brasília (UnB). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8714640829399897>

3 Professora Associada no Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1829695481288524>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4855-5761>

4 Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Águas Lindas de Goiás, Departamento de Atenção Básica. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6041621529313236>

5 Estatística do Ministério da Saúde. Mestra em Estatística (UnB). Possui experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8660990312634685>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1995-4715>

6 Mestre em Jornalismo e voluntária junto a ONGs de mulheres migrantes com enfoque na comunicação em saúde, País Basco.



do Distrito Federal e Entorno (RIDE), que abrange municípios do Distrito Federal (DF), Goiás (GO) e Minas Gerais (MG). A RIDE tem como objetivo o planejamento e a geração de políticas públicas e programas que beneficiem e promovam o desenvolvimento da população que reside nessa região (ANEXO 1 e 2).

Essa ação educacional foi implementada por meio de parceria entre a Universidade de Brasília (UnB), o Hospital Universitário (HUB) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Município Águas Lindas de Goiás, como parte integrante de um acordo no qual o HUB atua como hospital referência em muitas especialidades, inclusive para a gravidez de alto risco (ANEXO 3). A inovação nesse curso de formação está presente uma vez que representa a complementação do apoio de atenção clínica já fornecido no HUB/EBSERH, desde 2018, por um apoio na formação de profissionais do Município na Atenção Primária (AP). Dessa forma, ao conjugar assistência e cuidados clínicos à capacitação do corpo profissional no Município, estaremos contribuindo para dar maior plenitude ao papel de hospitais de ensino (HUB/EBSERH) e da própria universidade no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS) das Equipes de Saúde da Família (ESF).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças nesse contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do Sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2018).

A gestação na adolescência tem sido considerada um importante assunto de saúde pública em razão da sua alta prevalência (MARTINEZ *et al.*, 2011). De acordo com as projeções populacionais, realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), a fecundidade adolescente foi de 64,1 filhos nascidos vivos por mil mulheres de 15 a 19 anos, para o período de 2010 a 2015, no Brasil (IBGE, 2015). Essa taxa é próxima daquela observada para a América Latina e Caribe (66,5) e menor que a da África (98,5), mas superior às da Europa (16,2) e da América do Norte (28,3) (WHO, 2021).

Observando a situação do perfil epidemiológico municipal desfavorável, em relação à gravidez na adolescência, detectou-se a necessidade de elaborar uma ação com o intuito de aprimorar e capacitar os profissionais de saúde para que consigam maior êxito nas questões de redução desses índices e, conseqüentemente, redução da mortalidade materna e fetal. O curso se direcionou para os cuidados e para os determinantes socioeconômicos envolvidos na gravidez na adolescência. Além disso, promoveu a discussão de estratégias para a prevenção, agindo como



uma ferramenta para auxiliar o profissional no manejo dos casos que vão surgindo durante os momentos de atendimento desse público.

A nossa proposta do curso, Gravidez na adolescência no município de Águas Lindas de Goiás: *Compreendendo e cuidando a partir de ações e práticas*, surgiu durante o desenvolvimento da disciplina de pós-graduação Práticas Interdisciplinares de Educação em saúde Integral Materno-infantil, que teve por objetivo contribuir com reflexões sobre a situação da saúde materno-infantil, em contexto loco regional, com vistas à proposição de ação(ões) de saúde para redução da mortalidade materna. No desenvolvimento da disciplina, do 1º. semestre de 2021 (referente ao período letivo do 2º. semestre de 2020), professores e estudantes identificaram como oportuna uma ação educativa, a ser desenvolvida juntamente com a Comissão de educação permanente em saúde, da Secretaria de saúde do município de Águas Lindas de Goiás, buscando colaborar com a formação profissional dos servidores que estão na linha de frente das equipes de Atenção Básica (AP).

Este curso partiu de uma abordagem que compreende a educação em saúde na sua associação com a comunicação em saúde, que tem sido definida como a arte para informar, influenciar e motivar o público adolescente sobre temas de saúde. A comunicação em saúde é um processo social, educativo e político que incrementa e promove a consciência pública sobre saúde. Ademais, promove estilos de vida saudáveis a partir da ação comunitária a favor da saúde, oferecendo para todos o exercício do direito à saúde.

Para a correta caracterização e compreensão da situação de interesse, considerou-se a organização da atenção básica vigente no município e as demandas oriundas da reordenação dos serviços por conta de mudanças administrativas. Logo, partimos de três perguntas problematizadoras no processo da construção do curso formativo, sendo estas: Qual o perfil da gravidez na adolescência no município e como lidam os profissionais com ele no território? Quais as ações relacionadas têm sido implementadas pela Secretaria de Saúde e outros setores do município? Baseando-se no perfil e nas ações, quais abordagens metodológico-conceituais poderão orientar o curso formativo?

Nessa perspectiva, consideramos de suma importância a promoção do cuidado e o estabelecimento do vínculo entre a adolescente grávida e a rede de atenção à saúde, principalmente na atenção primária à saúde. Por isso, abordaremos, neste capítulo, como o acolhimento e a promoção da integralidade podem beneficiar a identificação de demandas encobertas e o reconhecimento da realidade na qual a jovem está inserida. Mencionamos, também, a formação de redes de apoio, que podem ser formalmente limitadas, mas fortemente estimuladas por interações sociais e institucionais, e sobre como a educação pode influenciar no ciclo de repetição de gestações e nas expectativas para o futuro dessas jovens.



Observamos que os aspectos abordados na temática do “acolhimento e integralidade na atenção à adolescente grávida” dialogam em consonância com os objetivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS – SUS) (BRASIL, 2018). Principalmente, na concepção sobre o provimento da formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir da problematização cotidiana em serviço, além de fortalecer as práticas de EPS nos diferentes territórios. Buscamos construir o debate acerca desse tema com base nos discursos de adolescentes que vivenciaram a gestação precoce, uma forma de dar voz às protagonistas desse processo. Posteriormente, estabelecemos eixos reflexivos relacionados às manifestações dessas jovens. Entendemos que a parceria e a combinação dos distintos profissionais que participaram do curso incentivam a integração ensino-serviço-comunidade.

Destacamos que a educação e a comunicação para a saúde são reconhecidas como um processo de construção, de conhecimento e aprendizagem mediante o diálogo de saberes orientados ao crescimento e fortalecimento do potencial e das capacidades das pessoas, das famílias, das comunidades e das organizações na produção da saúde. Assim, considerando a situação epidemiológica do município e os desafios enfrentados pelos profissionais da gestão e da atenção à saúde, realizou-se a problematização dos índices de gestação na adolescência em Águas Lindas de Goiás.

Para esse estudo, foram utilizados os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ambos gerenciados pelo Ministério da Saúde. A seguir, serão apresentados dados relativos à gravidez na adolescência no município de Águas Lindas de Goiás.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Com base nos dados do SINASC, no Brasil, em 2000, aproximadamente a cada quatro nascidos vivos, um era de mãe adolescente (de 10 a 19 anos), isto é, 23,4% dos nascidos vivos. Esse percentual diminuiu suavemente até 14,7% em 2019. Em 2019, o percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) diferia entre as Regiões, sendo que no Norte e no Nordeste esse percentual foi maior (22,1% e 17,8%, respectivamente). Na Região Sul, 11,4% dos nascimentos foram de mães adolescentes, enquanto que no Sudeste esse percentual foi de 11,6%. No Centro-Oeste, esse percentual foi de 14,2% (BRASIL, 2021).

No Brasil, em 2019, a cada mil meninas de 10 a 14 anos, cerca de 2,6 tiveram filhos, resultado da redução desde 2015, quando essa fecundidade na adolescência era de 3,4. Na faixa etária de 15 a 19 anos, a cada mil adolescentes, 50,7 tiveram filhos nascidos vivos em 2019, resultado também da redução da fecundidade na



adolescência após 2014, quando era de 62,2. Além disso, dos nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 14 anos, 14% apresentaram baixo peso (menos de 2.500 gramas) e 17% foram prematuros (menos de 37 semanas de gravidez). Em relação às mães, 81% não eram casadas (isto é, eram solteiras, viúvas, separadas ou similares), 76% eram negras, 47% realizaram menos de sete consultas de pré-natal e 58% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Em relação ao tipo de parto, em 37% foi realizado o parto cesáreo (BRASIL, 2021).

Em 2020, dos nascidos vivos de mães adolescentes de 15 a 19 anos, 10% apresentaram baixo peso (menos de 2.500 gramas) e 12% foram prematuros (menos de 37 semanas de gravidez). Em relação às mães, 69% não eram casadas (isto é, eram solteiras, viúvas, separadas ou similares), 73% eram negras, 39% realizaram menos de sete consultas de pré-natal e 69% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional. Em relação ao tipo de parto, em 38% foi realizado o parto cesáreo (BRASIL, 2021).

A mortalidade fetal, definida como a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, entre adolescentes de 10 a 19 anos, apresentou uma ligeira queda no Brasil nos anos mais recentes. Em 2019, a partir de dados do SIM, observou-se que 15% dos óbitos fetais eram de adolescentes nessa faixa etária, o que representou 4.349 óbitos fetais (BRASIL, 2021).

Mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. No Brasil, em 2019, o SIM foi notificado sobre a ocorrência de 196 óbitos maternos de meninas de 10 a 19 anos (14 óbitos maternos de 10 a 14 anos e 182 óbitos maternos de 15 a 19 anos). Adolescentes representaram 12,4% do total de óbitos por essa causa, quando consideradas todas as idades (10 a 49 anos) (BRASIL, 2021).

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS

No município de Águas Lindas de Goiás (GO), em 2000, de acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde e do DATASUS, aproximadamente um em cada cinco nascimentos tinha mães adolescentes, isto é, 21,8% dos nascidos vivos. Esse percentual diminuiu suavemente até 18,7% em 2019. Em 2019, a cada mil meninas de 10 a 14 anos, cerca de três tiveram filhos (valor próximo ao ocorrido no ano 2000). Na faixa etária de 15 a 19 anos, a cada mil adolescentes, 46 tiveram filhos nascidos vivos (em 2000, foram 96).

No período de 2013 a 2019, foram notificados 3.983 nascimentos em que as mães eram adolescentes (10 a 19 anos). O baixo peso ao nascer (menos de 2.500 gramas) representou 11,7% dos nascimentos, 74,2% apresentaram índice de Apgar



no 1º minuto de vida entre 8 e 10 e 88,6% apresentaram índice de Apgar no 5º minuto de vida entre 8 e 10.

A maior parte dos nascimentos (98,9%) ocorreu em hospital e o parto em hospital público representou 96% de todos os nascimentos. Em 2019, os hospitais com maior quantidade de partos de adolescentes residentes em Águas Lindas de Goiás foram o Hospital Regional de Taguatinga (HRT, 253 nascidos vivos), seguido do Hospital Universitário de Brasília (HUB, 103 nascidos vivos), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB, 42 nascidos vivos), Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ, 35 nascidos vivos) e Hospital Municipal Bom Jesus (HMBJ, 24 nascidos vivos). Esses hospitais totalizaram 96% dos nascimentos.

Apenas 32,5% das adolescentes relataram ter realizado sete ou mais consultas de pré-natal (5,4% realizaram nenhuma consulta e 50,4% realizaram de 1 a 3 consultas). O início do pré-natal teve início no 1º trimestre para 50,3% das adolescentes e, de acordo com o índice de adequação ao parto de Kotelchuc, apenas 8,7% foram classificadas como adequadas (gestante iniciou os cuidados de pré-natal no 1º trimestre gestacional e fez de três a cinco consultas) enquanto que 24,8% foram classificadas como mais do que adequadas (gestante iniciou os cuidados de pré-natal no 1º trimestre gestacional e fez sete ou mais consultas). Em relação à prematuridade, 9,6% dos nascimentos foram prematuros limítrofes (34 e 36 semanas gestacionais), 3,6% foram prematuros moderados (29 a 33 semanas gestacionais) e 1,2% prematuros extremos (28 semanas gestacionais e menos), o que totalizou 14,5% de prematuridade entre as mães adolescentes. Observando-se a paridade, 27,5% das adolescentes relataram já terem tido pelo menos um filho no momento do parto (BRASIL, 2021).

A presença de mães muito jovens foi verificada no município, com 10 mães com 12 anos, 33 com 13 anos, 146 com 14 anos, 359 com 15 anos, 621 com 16 anos, 838 com 17 anos, 916 com 18 anos e 1.060 com 19 anos. A baixa escolaridade prevaleceu entre as mães adolescentes: 32% tinham menos de sete anos de estudo e 65,5% tinham de 8 a 11 anos de estudo. Mães adolescentes solteiras (69,1%) e negras (preta 5,7% e parda 67,8%) prevaleceram. A ocupação - segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) - mais frequente das mães foi de donas de casa (48,5%) seguida de estudantes (17,5%), enquanto de 27,2% possuíam informação ignorada (BRASIL, 2021).

De acordo com os dados disponibilizados no SINASC, ao contrário do que se observa no Brasil, 77,7% dos nascimentos foram por parto vaginal. A apresentação cefálica foi observada em 93,4% dos nascimentos e a presença do médico durante o parto foi relatada em 94,2% dos nascimentos enquanto a presença de enfermeira obstetra fora relatada em 2,3% dos nascimentos. Pela classificação de Robson, que utiliza características obstétricas colhidas como paridade, cesárea anterior, início do trabalho de parto, idade gestacional, apresentação/situação fetal e quantidade de



fetos, 36,7% dos nascimentos foram do grupo 1 (nulípara, gestação única, cefálica, 37 ou mais semanas gestacionais, em trabalho de parto espontâneo); 18% foram do grupo 2 (nulípara, gestação única, cefálica, 37 ou mais semanas gestacionais, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto); 12,4% foram do grupo 3 (múltiplas, sem antecedentes de cesárea, gestação única, cefálica, 37 ou mais semanas gestacionais, em trabalho de parto espontâneo) e 3,9% dos nascimentos foram do grupo 4 (múltiplas, sem antecedente de cesárea, gestação única, cefálica, 37 ou mais semanas gestacionais com parto induzido). Mulheres classificadas nos grupos de 1 a 4 são consideradas como cesárea muito evitável (BRASIL, 2021).

Foram notificados ao SIM 228 óbitos fetais ocorridos de residentes do município de Águas Lindas de Goiás, no período de 2013 a 2019. Desses, 16,7% eram de adolescentes de 10 a 19 anos. No mesmo período, ocorreram 264 óbitos infantis (menos de 1 ano de idade), sendo 19,7% de mães adolescentes, sendo a Taxa de Mortalidade Infantil de aproximadamente de 14 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. Além disso, ocorreram aproximadamente 83 óbitos maternos em 100 mil nascimentos (16 óbitos maternos no período) (BRASIL, 2021).

A PARTICIPAÇÃO NA CAMPANHA NACIONAL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Segundo o Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Estado de Goiás, no ano de 2020, tiveram 470 nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos, e na faixa etária de 15 a 19 anos 11.582 nascidos vivos, as informações referentes ao ano de 2020 do município de Águas Lindas de Goiás foram 15 nascidos vivos de mães adolescentes de 0 a 14 anos, e de mães adolescentes 15 a 19 anos foram 440 nascidos vivos (BRASIL, 2021).

O município de Águas Lindas de Goiás, ao realizar a análise da situação de saúde, tem verificado a alta incidência de gravidez na adolescência, o que se configura um problema de saúde pública importante. Pautado nesse aspecto, o gestor municipal, junto com a equipe de atenção básica, resolveu focalizar essa população, adotando a Campanha Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, que foi lançada pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2021.

A Campanha foi apresentada para o gestor municipal e para a Secretaria de Ação Social para o desenvolvimento de um trabalho conjunto para conseguir alcançar essas jovens, já que a maioria delas apresenta um perfil socioeconômico desfavorável, recorrendo com frequência os serviços de ação social.



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A PARCERIA ENTRE A UNIVERSIDADE E O MUNICÍPIO

A Comissão de Educação Permanente em Saúde do município de Águas Lindas tem realizado algumas atividades para colaborar com a formação profissional dos servidores que estão na linha de frente das equipes de Atenção Básica (AB). Os esforços têm sido para que os servidores se sintam amparados, qualificados e sejam semeadores dos conhecimentos adquiridos nesse processo contínuo que envolve a educação em saúde.

Por meio da Portaria nº 3.194, publicada em 28 de novembro de 2017, o município implantou a Comissão de Educação Permanente para aprimorar ações de capacitação e aperfeiçoamento profissional (BRASIL, 2017a). Tendo como tema essencial a gravidez na adolescência, foi apresentado para o gestor a importância de trabalhar esse indicador, e aproveitando o lançamento pelo Ministério da Saúde da Campanha de Prevenção na Gravidez na Adolescência, no mês de fevereiro de 2021, iniciamos as discussões sobre as ações que seriam desenvolvidas pelo Departamento de Atenção Básica à saúde.

Logo, a Universidade de Brasília, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e o Hospital Universitário de Brasília (UNB/EBSERH/HUB) como parceiros do município em ações voltadas à educação permanente, entenderam a importância da temática e juntamente com a Comissão de Educação Permanente municipal desenvolveram um curso de capacitação profissional voltado para os médicos e enfermeiros, com intuito de capacitar e melhorar o entendimento profissional para uma maior atenção e alcance ao público adolescente.

Foi eleita a Comissão de Educação Permanente em Saúde do Município como o espaço mais propício para a implementação do Curso, partindo dos princípios da Política nesta área, a saber:

Promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos, referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde; contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde e, Fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos territórios. (BRASIL, 2018, p. 26).

O início do curso se deu no dia 9 de abril e terminou em 21 de maio de 2021, com o público-alvo formado por 25 profissionais da saúde, entre eles enfermeiros e médicos do município de Águas Lindas. Ao todo, foram 7 encontros com diversos temas direcionados às necessidades indicadas pela realidade socio sanitária do



município e os conteúdos dos encontros foram disponibilizados na plataforma *Google Classroom*, onde os participantes do curso podem acessar a qualquer momento. Os temas-aula do Curso podem ser visualizados no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Temas abordados durante o curso com os profissionais da saúde

Temas abordados no Curso	
Data	Tema
09/04/2021	Gravidez na adolescência no município de Águas Lindas de Goiás
16/04/2021	Acolhimento e Integralidade na atenção à adolescente grávida Aspectos éticos e legais do atendimento da adolescente
23/04/2021	Nutrição na gestação da adolescente Aspectos peculiares da gestação e do pré-natal na adolescência
30/04/2021	Violência sexual na infância e adolescência Prevenção da gravidez na adolescência
07/05/2021	Transtorno depressivo maior na gestação e puerpério Gravidez na adolescência: cuidados com a pelve feminina
14/05/2021	Saúde na escola e gravidez na adolescência diante do novo ensino médio Pré-natal do parceiro
21/05/2021	Anticoncepção na adolescência: da abordagem a prescrição A abordagem do <i>Near Miss</i> materno da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a saúde materna PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

Esclarecemos que, de acordo com a OMS, um caso de *Near Miss* materno é definido como: “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 após o término da gravidez” (2011, p.7). Consideramos que os temas abordados dialogam com a prática de atenção à saúde e as recomendações de organizações internacionais. Além disso, destacamos que em todos os encontros houve participação de profissionais da saúde que atuam na gestão ou diretamente na atenção à saúde

Na seção a seguir, apresentaremos a um dos temas do curso, com o intuito de exemplificar o formato e a dinâmica que a formação seguiu, a partir do quanto proposto pelos princípios de Educação Permanente em Saúde.



ACOLHIMENTO E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À ADOLESCENTE GRÁVIDA

No âmbito da atenção à saúde, o termo acolhimento evoluiu envolto em conceitos e ações de cuidado. Nesse sentido, sua abordagem se dá a partir de uma perspectiva ampliada e inicialmente fundamentada no que já fora mencionado por Deslandes (2006, p.71): “acolhimento não equivale a uma preocupação ativa com a escuta somente, mas especialmente com o tipo de escuta que se oferece, a qualidade da escuta”. Logo, aqui se sustenta que o acolhimento deve superar os limites estruturais e protocolares, e compor a base do cuidado.

Cabe aqui também mencionar a importância e construção do vínculo, entre o profissional da saúde e o usuário do sistema de saúde, previsto e mencionado na Política Nacional de Humanização (PNH) e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 1990, 2017b) e que se relaciona diretamente com o acolhimento. A possibilidade de um atendimento individualizado pode ser a ferramenta para o alcance dos princípios de equidade, universalidade e, principalmente, integralidade no SUS, além de contribuir para o ordenamento inicial nos serviços de saúde.

Nesse sentido, é importante compreender o acolhimento como uma tecnologia que também se associa à organização dos serviços. Consequentemente, esse reordenamento no atendimento pode promover um aumento da demanda, que antes era reprimida, por conta da facilitação e ampliação do acesso. Além disso, a promoção de uma escuta qualificada favorece a interação entre o profissional e o usuário do SUS, promovendo uma melhor compreensão do modelo assistencial (GUERRERO *et al.*, 2013).

Conforme indicado ao longo deste texto, há uma preocupação com a ocorrência da gravidez na adolescência, considerando os elevados índices, que é evidenciada através das campanhas nacional e locais. Tais campanhas tendem a priorizar o enfoque nos aspectos biológicos na prevenção dessa gestação. Entretanto, vale mencionar que dentro da redoma que envolve a adolescente, nesse momento, há uma variedade de temáticas que requerem maior atenção e, ao serem exploradas, poderiam qualificar a rotina de atenção à essa população, dentre eles o acolhimento às adolescentes grávidas.

O uso do acolhimento, ao longo dos atendimentos, como uma tecnologia pertencente ao processo de atenção à saúde aproxima as adolescentes aos profissionais. Entretanto, há necessidade de estender o debate e se extrapolar protocolos estipulados por esferas governamentais que, muitas vezes, não dialogam com os territórios vulneráveis (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014). Nessa perspectiva, deve-se atentar às demandas das próprias protagonistas desse momento.

Diversos estudos discorrem sobre os desafios a serem enfrentados pelas adolescentes que vivenciam a gestação e o puerpério nessa fase da vida. Dentre



eles, pode-se visualizar eixos em torno da atenção à adolescente e se destacam as redes de apoio e a educação (ALMEIDA *et al.*, 2017; MATOS *et al.*, 2019; ORSO *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2018). Durante o curso, a análise desses fatores contribuiu para o reconhecimento das reais demandas dessas jovens, e com isso buscamos discutir sobre o tema e qualificar o acolhimento nos serviços de saúde nos quais os profissionais de saúde participantes do curso estavam inseridos, e conseqüentemente promover a integralidade.

As relações familiares e sociais constituem a rede de apoio da adolescente grávida e podem ser classificadas como: institucionais, afetivas e familiares. Como redes de apoio institucionais, pode-se mencionar os próprios serviços de saúde e a escola, e é o acolhimento recebido em ambos os locais que pode determinar a continuidade do cuidado. Nesse sentido, defende-se que o estabelecimento de uma boa relação nessas instituições pode demonstrar para a adolescente que haverá apoio, ou seja continuidade na relação e no pertencimento da jovem a essa rede institucional, com o devido processo de responsabilização e reconhecimento dos direitos e deveres dessa jovem.

Por outro lado, as redes de apoio afetivas são instáveis e alguns personagens podem variar ao longo da vida. Os colegas da escola, a vizinhança e os amigos das redes sociais são bons exemplos de quem a compõe. Já a rede de apoio familiar, na maioria das vezes, é a mais estável no sentido de composição. Estudos demonstram que a rejeição e a negação familiar influenciam na forma como a adolescente irá conduzir a gestação. Se em um cenário observa-se o apoio familiar, e conseqüentemente a ajuda nas rotinas com a criança, em outro o que se destaca é a expulsão do convívio familiar, que pode elevar os fatores de risco e a vulnerabilidade dessa jovem (SANTOS *et al.*, 2018).

Logo, deve-se ceder espaço à discussão sobre as relações dessa jovem com a escola e a continuidade do acesso à educação. Intrinsecamente relacionado às redes de apoio, a permanência na escola pode ser um fator protetivo frente às vulnerabilidades que serão encaradas por essa adolescente. Entretanto, observa-se que, comumente, ocorre o afastamento da rede educacional, considerando que as jovens criam planos e perspectivas de retorno, mas dificilmente estes se concretizam. Por outro lado, também há a expectativa de mudança de vida, de provimento para o filho, de uma possível independência, o que estimula àquelas que conseguem conciliar os estudos e o período gestacional e meses a seguir.

Por fim, aqui permanece a argumentação de que o acolhimento deve permear toda a atenção à saúde da adolescente grávida. Diálogos, em grupo ou no atendimento individualizado, o reconhecimento e validação das falas da jovem são instrumentos para o estabelecimento de um vínculo potente, que no futuro desmistifica as relações de poder entre usuário e profissional e pode diminuir o risco de uma segunda gestação não planejada.



Consideramos que a comunicação em saúde é a principal ferramenta para que as premissas aqui mencionadas, sobre vínculo e acolhimento, possam ser alcançadas e exercidas de maneira eficaz na população jovem. Concordamos com Paulo Freire que menciona: “[...] somente o diálogo, que implica num pensar crítico, é capaz, também, de gerá-la. Sem ele, não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação” (1987, p. 53). Ao fim do curso, observamos que os temas-aula promoveram reflexões e fomentaram discussões ao longo dos dias. Em diversos momentos os profissionais relataram experiências e ao inseri-las no grupo debates ocorreram, o que gerou o reconhecimento das vivências. Por outro lado, temas mais específicos, tais como questões éticas, saúde mental e participação paterna, foram recebidos com muita curiosidade, o que proporcionou momentos de esclarecimento, e nos evidenciou a importância da presença desses temas. De forma geral, após o curso, esperamos que a partir de tais reflexões em profissionais da saúde, que atuam na atenção básica, cultive-se o fortalecimento dos serviços no território e, conseqüentemente, a integração entre a rede de referência. Almejamos também o reconhecimento do poder de articulação presente no estabelecimento de uma troca comunicativa produtiva e multidimensional, nesse sentido exclui-se aqui o aspecto reducionista que compreende a comunicação em saúde apenas como um conjunto de técnicas a serem aplicadas com os usuários do sistema de saúde, indo ao encontro das diretrizes da PRO EPS – SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as reflexões finais que permanecem após essa experiência formativa, estão: como podemos estabelecer estratégias para interrompermos ciclos socialmente comuns que fortalecem a visão de que as jovens que engravidam precocemente não conseguirão se estabelecer na sociedade? Também é de suma importância fortalecer a participação dessas jovens e de seus companheiros na rotina de atenção à saúde, através de um acolhimento que fuja de premissas protocolares e formais, buscando assim estabelecer o vínculo e promover a integralidade do cuidado.

Destacamos a experiência de outros países, especialmente o País Basco, que estimula participação política dos jovens, além de instituir parcerias na área de saúde entre municípios e institutos de ensino superior (VASCO, 1999, 2020). Há também programas de atividades extracurriculares para evitar o ócio entre os jovens e àquelas que se encontram grávidas possuem amparo social e acompanhamento por assistentes sociais e outros profissionais. Com isso, no País Basco, observou-se baixas taxas de gestação na adolescência e encorajamento da independência dos jovens, principalmente as mulheres (VASCO, 2019).

É importante que as campanhas de comunicação em massa sejam eficazes o



suficiente para poder conseguir a mudança de hábitos de vida para os adolescentes. As ferramentas de comunicação devem considerar os elementos, o emissor, a mensagem e o receptor e para obter ótimos resultados tem que utilizar a imprensa escrita, a rádio, a televisão e a *internet* (por meio das novas tecnologias e redes sociais). Os espaços de participação social também requerem a presença dos adolescentes na tomada de decisões. Os jovens têm que alcançar um papel muito importante dentro dos programas de saúde comunitária, porque eles podem influenciar, convencer, fortalecer e educar. Isso requer uma metodologia adequada, que deve ser multidisciplinar desenvolvida para e pelos adolescentes.

Parcerias entre IES e municípios especificamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde ganham maior potência quando buscam agregar a Atenção à Saúde e a Educação Permanente em Saúde de modo a trabalhar para a garantia da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. A. S. *et al.* Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1033–1039, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. p. 18055. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 nov. 2017. Seção 1, p. 141. 2017a.

BRASIL. 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**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Seção 1, p. 68. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Estatísticas Vitais – 2000 a 2019**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: [http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-](http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de)



monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. [S.l.]: Editora FIOCRUZ, 2006.

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

GUERRERO, P. *et al.* User embracement as a good practice in primary health care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 132–140, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

MARTINEZ, E. Z. *et al.* Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 855–867, 2011.

MATOS, G. C. de *et al.* Rede de apoio familiar à gravidez e ao parto na adolescência: uma abordagem moscoviciana. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 1, 2019.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 17, n. 1, p. 121–39, 2014.

ORSO, L. F. *et al.* Ser mãe na adolescência: significado dessa vivência na gestação e parto. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 10, n. supl.6, p. 4870–9, 2016.

SANTOS, R. DE C. A. N. *et al.* Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 65–72, 2018.

VASCO. Gobierno Vasco. Departamento de Cultura. Orden de 10 de diciembre de 1999, de la Consejera de Cultura, por la que se crea y determinan las funciones del Observatorio Vasco de la Juventud. **Boletín Oficial del País Vasco**, Vitoria-Gasteiz, nº 244, 1999. Disponível em: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/gazteriar_buruzko_legeria/es_legeria/adjuntos/behatokia_sortzeko_agindua.pdf. Acesso em: 06 ago. 2021.

VASCO. Gobierno Vasco. Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Dirección de Juventud. **Ley Vasca de Juventud**, Vitoria-Gasteiz, 2020. Disponível em: <https://www.>



legegunea.euskadi.eus/documentacion-relevancia-juridica/ley-vasca-de-juventud/webleg00-contfich/es/. Acesso em: 06 ago. 2021.

VASCO. Gobierno Vasco. Observatorio Vasco de la Juventud. **Indicadores de juventude**. 1. ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2019. Disponível em: https://www.gazteaukera.euskadi.eus/contenidos/informacion/gazteen_panoramika/es_liburuak/adjuntos/gazteen_adierazleak_19_c.pdf. Acesso em: 06 ago. 2021

WHO. World Health Organization. **Health statistics and information systems. Maternal mortalityratio (per 100 000 livebirths)**. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26>.



ANEXOS

ANEXO 1 - A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE-DF)

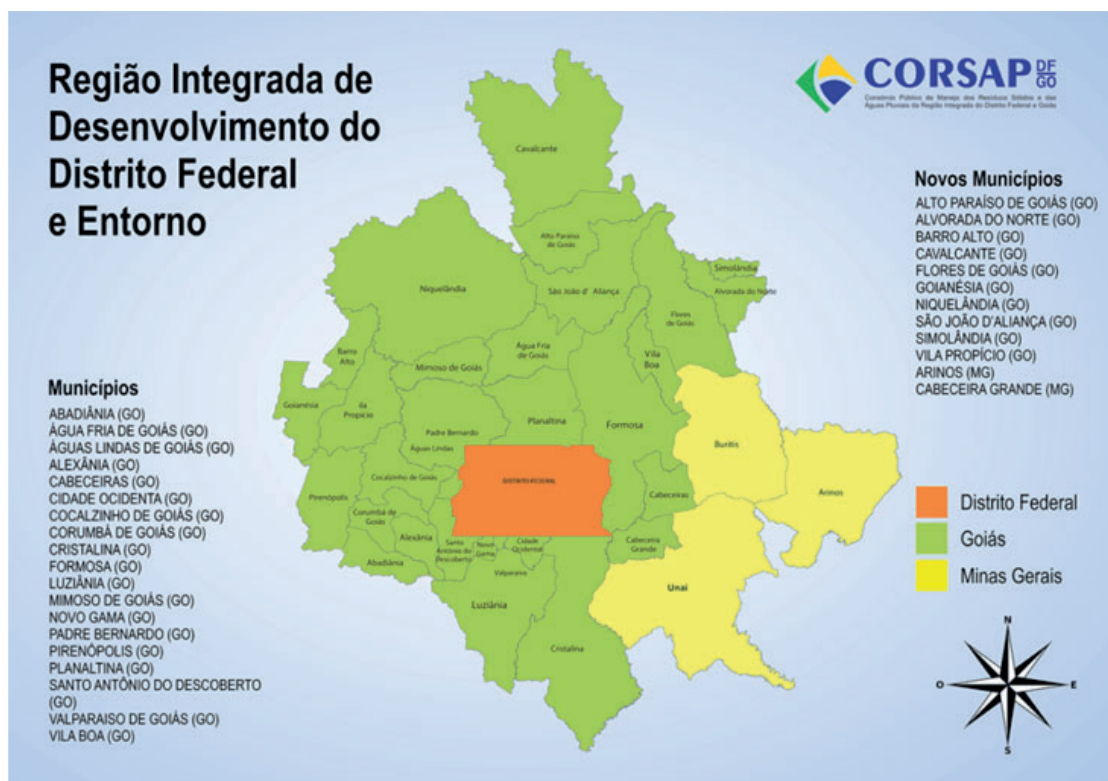


Imagem 1 - Mapa atualizado da RIDE-DF. Fonte: CORSAP DF/GO

A RIDE-DF foi criada por lei complementar em 1998, para fins de articulação de ação administrativa da União e das Unidades Federativas de Goiás, Minas Gerais e Distrito Federal. De sua criação até 2018 a RIDE-DF era composta por 21 municípios e o Distrito Federal (DF). A partir de junho de 2018 foram incorporados mais 12 municípios em sua área de definição totalizando 33 municípios e o DF.

ANEXO 2 - Localização geográfica do município de Águas Lindas de Goiás

Localização geográfica do município de Águas Lindas de Goiás na Área Metropolitana de Brasília (AMB)



Imagem 2 - Localização geográfica de Águas Lindas de Goiás.
Fonte: Codeplan/DF



ANEXO 3 - Rede de atenção à saúde e referência do município de Águas Lindas do Goiás

NÍVEIS DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO	TERRITÓRIO
Atenção Primária à Saúde	Unidades Básicas de Saúde / Equipes da Estratégia Saúde da Família / NASF	Área de abrangência
	Agentes Comunitários de Saúde	Microárea
Atenção Secundária à Saúde	Hospital Municipal Bom Jesus	Microrregião Município
	Policlínica	
Atenção Secundária e Terciária à Saúde (DF)	Hospital Materno-infantil de Brasília (HMIB)	Macrorregião
	Hospital Regional de Taguatinga (HRT)	
	Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB)	

Imagem 3 – Rede de atenção à saúde – Referência para as mulheres do município durante a gestação e no pós-parto.

Fonte: Elaborado pelos autores



SER SAUDÁVEL SÓ DEPENDE DE VOCÊ: NEOLIBERALISMO E GOVERNO DA VIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Francisco Valberdan Pinheiro Montenegro¹

Adolfo Jesiel Siebra²

Neuza Maria de Fátima Guareschi³

INTRODUÇÃO

Desde a sua eclosão, seguido por uma propagação global, o avanço do novo coronavírus tem dividido espaço na mídia com as diversas estratégias adotadas na gestão da pandemia mundo afora. Rapidamente expressões como distanciamento social, *lockdown*, isolamento vertical, imunidade de rebanho, rastreamento de infectados por Sistemas de Posicionamento Global (GPS), bolhas sociais, passaporte imunológico, medidas flexíveis ou, simplesmente, o *laissez faire* começaram a ser uma presença constante em manchetes de jornais, no vocabulário dos noticiários e, fundamentalmente, na composição das agendas político-sanitárias de diversos países.

Apesar de sua consonância com o significado da palavra pandemia, enfermidade amplamente disseminada, a ideia de uma virtual democracia do vírus, que não conheceria fronteiras podendo atingir qualquer pessoa, foi sendo desfeita à medida que diferentes experiências de vulnerabilidade, exposição ao risco e acesso ao cuidado questionavam essa universalidade (SEGATA; MUCCILLO; BECK, 2020).

-
- 1 Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
Mestrando em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Rio Grande do Sul (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7218-8354>
Email: tenegrodan@gmail.com
Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
 - 2 Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorando em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Rio Grande do Sul (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3591-2603>
Email: jesielsiebra@gmail.com
Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
 - 3 Doutora em Educação pela University of Wisconsin.
Professora do Instituto de Psicologia - UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Coordenadora do Núcleo de pesquisas E-Politics (Estudos em Políticas e Tecnologias de Subjetivação Contemporânea; Pesquisadora CNPq 1-B), Rio Grande do Sul (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5892-188X>
Email: nmguares@gmail.com



Nesse contexto, a heterogeneidade de estratégias de gestão da pandemia, apesar do esforço da Organização Mundial da Saúde (OMS) para estabelecer as medidas de controle mais eficazes, adquire relevância, pois a divergência de abordagens coloca em relevo a dimensão política do campo sanitário.

Ainda que haja padrões de funcionamento na mecânica biológica do vírus, singularidades locais resultam em formas distintas de ser afetado e na capacidade de sobreviver ao Sars-Cov 2 (SEGATA; MUCCILLO; BECK, 2020). As disputas geradas pela proliferação de estratégias de controle epidemiológico, radicalização das controvérsias do evento pandêmico ou minimização das dimensões da crise sanitária para justificar a ausência de medidas, mostram que a pandemia constitui um ponto nevrálgico do campo sanitário atualmente (ALESSI, 2020; COLOMBO, 2020).

De todo modo, ainda que para muitos a covid-19 tenha funcionado como um dispositivo de visibilidade das relações de poder ao nível da vida, os regimes de produção das vulnerabilidades e desigualdades flagradas na exposição diferencial aos efeitos da pandemia não foram inventados em 2020. Desde o início da pandemia, além dos discursos sobre a suposta universalidade igualitária do vírus, o debate social tem visto a emergência de análises limitadas ao foco nos riscos e efeitos das medidas excepcionais de controle e vigilância, ou, ainda, na expectativa de revoluções sociais ensejadas pela crise pandêmica (CAPONI, 2020).

Adotando um prisma histórico-crítico, as análises de autores como Lorenzini (2020), Santos (2020) e Segata, Muccillo e Beck (2020) têm chamado a atenção para os regimes políticos e discursivos imanentes ao cenário de terra arrasada, não apenas deixado pelas atuações multiespécie da pandemia de covid-19, mas também para àquele encontrado pelo vírus no que diz respeito às relações entre poder e vida no contemporâneo. Nessa perspectiva, o evento pandêmico deve ser examinado como acontecimento singular que é, no entanto, imanente às formas endêmicas de exercício do poder sobre a vida no contemporâneo.

De acordo com estudos como o de Gimenes e Silva (2017), a análise da saúde enquanto elemento privilegiado das tramas biopolíticas precisa levar em conta a sua reconfiguração pelas práticas educativas e promotoras de saúde. Desse modo, os atuais deslocamentos, transformações e usos estratégicos dessas práticas são fundamentais à análise do campo sanitário e, conseqüentemente, das formas de exercício do poder sobre a vida no presente. Na esteira dessas considerações e a partir do diálogo com perspectivas de análise genealógicas, tomamos o atual cenário político-discursivo relativo à gestão da pandemia no Brasil como mote para uma problematização das estratégias de poder atualmente em funcionamento no campo da saúde.



A SAÚDE COMO RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL

Se, como mostram as análises de Gimenes e Silva (2017) e Guareschi, Azambuja e Lara (2012), eventualmente as disputas travadas na construção de um conceito ampliado de saúde resultaram em oxímoros biopolíticos, nos quais a ampliação dos objetos concernentes à saúde implica tanto a crítica ao reducionismo biomédico quanto a extensão das formas de governamento da população. Agora, apesar de seu escopo plurifatorial, as práticas discursivas do modelo ampliado de saúde, bem como as tecnologias da promoção e educação em saúde, têm sido agenciadas em modos de produção da saúde cada vez mais centrados na mudança dos estilos de vida, enfatizando, assim, a responsabilização individual em detrimento de uma problematização sobre o papel das relações sociais e das condições de vida na manutenção da saúde e prevenção de doenças (GIMENES; SILVA, 2017; FERREIRA NETO *et al.*, 2009).

Esses desdobramentos não devem ser lidos como simples contradição ou dicotomia, pois dizem respeito à articulação entre poder e saber materializada no discurso. Os deslocamentos nos enunciados das práticas discursivas atinentes ao terreno da saúde nos lembram que uma mesma multiplicidade de elementos discursivos pode atuar em diferentes estratégias, pois sua função tática não é estável ou uniforme (FOUCAULT, 2012). As tramas móveis do discurso são “um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta” (FOUCAULT, 2012, p. 111).

De acordo com Ortega e Zorzaneli (2010), o foco no universo microfísico dos comportamentos individuais supõe que o processo saúde-adoecimento é determinado por escolhas individuais, pois outros aspectos desse processo poderiam ser contornados por uma minuciosa administração do estilo de vida. Nessa perspectiva, as retóricas promotoras de saúde, muitas vezes educativas, atuam como pedagogias sanitárias da autonomia, que enfatizam a autogestão na busca por padrões ótimos de qualidade de vida e bem-estar.

Essas modulações no território da saúde são imanentes às atualizações das formas de exercício do poder ao nível da vida, que encontra nas práticas discursivas da saúde uma de suas estratégias de funcionamento privilegiadas. De acordo com Rose (2013), o século XX viu a emergência de complexas e híbridas tecnologias sociais para o gerenciamento somático dos indivíduos e da população através das políticas de saúde gestadas entre os séculos XVIII e XIX. O campo da biopolítica contemporânea, entretanto, não é definido pelos polos saúde e doença, ou reduzido aos parâmetros da sexualidade e reprodução, mas é o espaço de problemas e respectivas soluções modelados pela cultura de mercado e de consumo; constituindo economias da vitalidade ou bioeconomias (ROSE, 2013).



As mutações nos modos pelos quais o poder se ocupa de gerir a vida no presente não representam o fim das tecnologias biopolíticas que já conhecíamos, visto que grande parte das respostas iniciais ao vírus se baseiam na arquitetura disciplinar da quarentena. Embora caiba pontuar as nuances que marcam formas de operar distintas em relação ao diagrama da biopolítica como estatização do biológico, vigora a ação transversal de diversos regimes somatopolíticos que operam em diferentes intensidades, índices de penetração e graus de efetividade na produção da subjetividade (PRECIADO, 2018).

Desse modo, observamos uma regulação das condutas no campo da saúde a partir do estilo de vida em que os indivíduos escolheriam livremente com base em suas expectativas de uma vida saudável. Com efeito, a saúde deixa gradativamente de ser um direito para ser um serviço. No Brasil, onde a ênfase das políticas de gerenciamento da pandemia têm consistido na defesa da economia e, quando muito, no incentivo moral ao isolamento, a lógica liberal da escolha individual tende a ignorar as redes de relações e as circunstâncias concretas em que ocorrem as situações de potencial exposição ao vírus (SCHUCH; VÍCTORA; SIQUEIRA, 2020).

Não obstante, ao invés de visibilizar as desigualdades e vulnerabilidades atuantes na produção das curvas epidemiológicas, noções estigmatizantes como grupos ou comportamentos considerados de risco têm sido acionadas na culpabilização dos indivíduos e, sobretudo, na individualização dos problemas sanitários, como evidenciam as propostas de isolamento vertical emergidas nesta pandemia de covid-19 (ROCHA, 2020). Uma vez constituídos, em uma crise sanitária como esta, os chamados grupos de risco são estigmatizados, tanto como responsáveis por carregar consigo os agentes infecciosos, quanto pela sua vulnerabilidade em caso de contaminação (SEGATA; MUCCILLO; BECK, 2020).

Em ambos os casos, seja como vetor de contaminação ou indivíduo predisposto ao dano, os regimes de individualização dos problemas sanitários ignoram as multiplicidades de objetos, desigualdades, vulnerabilidades e relações sociotécnicas de exploração global que perfazem as condições de possibilidade para a emergência e o desenrolar de uma crise sanitária nesses moldes (SEGATA; MUCCILLO; BECK, 2020). Além disso, esses mesmos construtos têm servido à justificação e facilitação de processos decisórios que vão desde a abertura das atividades econômicas até a hierarquização de prioridade na distribuição de vacinas e leitos hospitalares.

Argumentando que a ideia de estarmos na mesma tempestade não significa que estaríamos no mesmo barco, Minayo e Freire (2020), observam que a desigualdade atua potencializando a disseminação e exposição ao vírus, na medida em que condições precárias de habitabilidade e segurança financeira dificultam o seguimento das recomendações sanitárias estabelecidas. Vale lembrar que, mesmo antes da crise pandêmica, 7 em cada 10 brasileiros dependiam exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) nas suas diversas modalidades de assistência, sendo que



essa proporção aumenta significativamente em determinadas regiões do país. Além disso, em relação à disponibilidade de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sua taxa de oferta é quase cinco vezes inferior quando comparada à rede privada (DEMENECH *et al.*, 2020; COSTA; LAGO, 2020).

NEOLIBERALISMO E GOVERNO DA VIDA

A ênfase na retórica da autonomia, da autovigilância e da autogestão faz da saúde não apenas uma mercadoria, mas um empreendimento no qual os sujeitos seriam os responsáveis pelo sucesso ou pelos eventuais fracassos. Furtado e Szapiro (2012), observam que a ênfase na responsabilização individual é contígua ao contexto de privatização da saúde e avanço das políticas neoliberais vigentes na atualidade.

O panorama em que nos encontramos hoje, sobretudo desde as últimas décadas do século passado, apresenta significativas mutações nas estratégias de controle biopolítico. É notável o deslocamento do papel do Estado como responsável pelos procedimentos sanitários sobre o indivíduo e a coletividade para uma autogestão da saúde (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010). Nesta configuração, a própria saúde, enquanto bem de consumo ou capital humano, encontra-se inscrita no registro das práticas do empresariamento de si mesmo correlatas à generalização da forma-empresa que o neoliberalismo promove (FOUCAULT, 2008).

Desse modo, cada indivíduo passa a ser descrito e compreendido como um empreendedor incumbido de investir e administrar a própria saúde. Nesse sentido, o cidadão biológico enquanto responsável ativo pela sua saúde “[...] deve se engajar num trabalho constante de autoavaliação e de modulação da conduta, da dieta, do estilo de vida, do regime medicamentoso, em resposta às exigências instáveis do corpo suscetível” (ROSE, 2013, p. 219). A sentença que dá título a este capítulo, por exemplo, foi retirada de um *post* no *site* de um hospital privado que apresenta uma postagem intitulada “Ser saudável só depende de você: pequenos cuidados diários e exames preventivos anuais são a chave para a longevidade e qualidade de vida!”. Na mesma postagem a empresa hospitalar elenca medidas de cuidado à saúde, muitas das quais, compatíveis com a sua cartela de serviços (Ser Saudável, 2018).

O regime neoliberal empreende profundas transformações nos mecanismos de governo da vida e produção de subjetividade, pois os aspectos que o modelo do Estado de bem-estar social construiu como responsabilidades políticas são convertidos em formas mercantis a serem reguladas pelos princípios de mercado (MILLER; ROSE, 2008). Nessa transferência de funções o desmantelamento da esfera social permite que o empreendedorismo ativo substitua a responsabilidade coletiva, na medida em que os indivíduos são encarregados de prover o cuidado à sua saúde e à de suas famílias (BROWN, 2019; MILLER; ROSE, 2008).



Nesse ínterim, as viradas neoliberais iniciadas por Reagan e Thatcher no norte e a sistemática prescrição de austeridade fiscal ao sul globais empreendem uma corrosão interminável dos sistemas públicos de saúde minando, portanto, a capacidade das populações afetadas sobreviverem às crises sanitárias através do acesso a cuidados de saúde (SANTOS, 2020; SINGER; RYLKO-BAUER, 2021). Sendo assim, o neoliberalismo propõe coberturas de saúde proporcionais ao que podemos pagar através da aquisição de serviços privados cuja eficiência seria assegurada pela disciplina da competição inerente ao mercado (MILLER; ROSE, 2008).

Os que não podem pagar, entretanto, frequentemente são ignorados nesta economia política que, muito eventualmente, poderia reservar um “voucher da saúde aos pobres” que ficarem doentes (VOUCHER, 2021). Com efeito, entre mortos e infectados, a razão neoliberal segue avançando sobre o perímetro sanitário. Seja pela sua reconfiguração orientada para uma lógica mercantil da empresa ou pelas disputas que suscita, como observamos nos episódios da corrida internacional pela compra de vacinas, as disputas pela quebra de patentes da produção de imunizantes e o caso brasileiro conhecido como privatização ou camarote das vacinas (INVESTIDAS, 2021).

Nesse panorama, cada indivíduo torna-se responsável por seguir as difusas orientações e práticas de prevenção recomendadas para prevenir a contaminação pelo Sars-Cov 2, a despeito de qualquer garantia, ainda que mínima ou residual, de provisão estatal (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2021; MONTEIRO, 2020). Cabe a cada um, então, buscar ativamente informações que o ajudem a escapar do contágio, infecção e morte, além de se manter atualizado e precavido contra notícias falsas.

Assim, em última instância, os indivíduos têm de encontrar por si mesmos informações sobre, por exemplo, como higienizar corretamente as mãos e os antebraços, as situações em que deverá refazer esse ato (TSUKUDA *et al.*, 2020), quais produtos saneantes devem ser utilizados nessa limpeza (BRASIL, 2020a) e, por fim, as situações em que o uso da máscara torna-se uma obrigatoriedade, sob pena de descumprir a lei em algumas ocasiões (BRASIL, 2020b; SOUZA, M., 2020).

Essa individualização culpabilizante dos problemas sanitários encontra suas condições de possibilidade, não por acaso, em um cenário de desgaste epistemológico, político, econômico e cultural da categoria sociedade através do recurso neoliberal ao capital humano e resgate do indivíduo e da família como unidades econômico-morais (BROWN, 2019). Para a razão neoliberal, de acordo com a autora, o social enquanto domínio no qual sujeições, abjeções e exclusões são vividas, identificadas e podem ser contestadas deve ser desmantelado para dar lugar a uma regulação das condutas pelos princípios de mercado que tendem a reproduzir as relações desiguais e discriminatórias já existentes.



Tomando como objeto de análise a ascensão de movimentos autoritários no contexto estadunidense, Brown (2019) empreende um rigoroso exame sobre como o papel da razão neoliberal na corrosão das políticas democráticas pode auxiliar na compreensão do laço entre corrosão democrática e neoliberalismo em outras partes do mundo que, não raro, têm operado com tecnologias e táticas semelhantes àquelas empregadas no contexto estadunidense.

No Brasil, hoje consolidado como um dos epicentros da pandemia, além da responsabilização individual, retóricas negacionistas têm sido mobilizadas para justificar a controversa gestão da pandemia no país (CAPONI, 2020). Em um ambiente saturado pela profusão de informações incompletas ou imprecisas, proliferam não apenas decisões governamentais marcadas pela incerteza, mas também narrativas negacionistas e teorias da conspiração sobre o vírus da covid-19.

Desse modo, a hipótese de que as epidemias seriam abrandadas em países democráticos devido à livre circulação da informação, todavia, não encontra correspondência nas democracias formais cada vez mais vulneráveis às *fake news* (SANTOS, 2020). Na produção dessa conjuntura, a aliança estratégica entre conservadorismo moral e governamentalidade neoliberal têm trabalhado para expandir a esfera pessoal protegida em detrimento de qualquer outro valor ou princípio legal em quaisquer circunstâncias (BROWN, 2019).

O predomínio da esfera privada em nome da liberdade, observa Brown (2019), converte qualquer tema em assunto de foro privado, repelindo, assim, qualquer intervenção social e política em situações de desigualdade e injustiça social. O desmantelamento do social afeta o próprio regime de inteligibilidade da saúde pública, pois atua para esvaziar a gramática do interesse coletivo convertendo questões como, adotar medidas de prevenção ao coronavírus, aderir ou não ao isolamento social, vacinar-se ou não, propagar e aderir a tratamentos sem eficácia comprovada, em decisões de foro íntimo.

500 MIL E CONTANDO

A ênfase no estilo de vida e a centralidade que ela concede à administração da própria saúde e do próprio corpo nos moldes de um capital humano são correlatas à responsabilização dos indivíduos simultaneamente à redefinição das formas de exercício e investimento da política vital no contemporâneo, sendo esta última cada vez mais orientada no sentido de uma governamentalidade neoliberal.

Assim, o apelo inicial à agência dos indivíduos em seu processo de produção da saúde tem dado lugar à uma ênfase na responsabilização individual sendo esta última bastante útil à sustentação dos regimes de empreendedorização da saúde



e da vida. Conforme diagnosticam as análises citadas até aqui, as desigualdades e injustiças da infraestrutura econômica, tecnológica e biomédica locais e globais operantes nesse modo de governar a vida têm sido um traço endêmico ao exercício do biopoder no contemporâneo.

As vulnerabilidades que se produzem diante da pandemia de covid-19 não se dão de forma universal ou democrática, e as possibilidades de reagir a elas muito menos. Nesse sentido, é emblemático que a primeira vítima fatal da pandemia no Rio de Janeiro tenha sido uma mulher, negra e empregada doméstica que contraiu o vírus trabalhando na casa da patroa recém chegada de uma viagem à Europa num momento em que ainda não havia transmissão comunitária no estado (SOUZA, Flávia, 2020). Noticiada como fruto de suas comorbidades, a morte dessa mulher aos 63 anos põe em relevo como a máxima neoliberal de que “a sociedade não existe” opera, segundo Brown (2019), invisibilizando normas e iniquidades sociais tributárias dos legados escravocratas, colonialistas e patriarcais.

Sob a égide de uma governamentalidade neoliberal os corpos são minuciosamente distribuídos segundo diferentes índices de valor e utilidade variáveis de acordo com os cálculos de rentabilidade do biocapital. Na pandemia, alguns corpos podem seguir as orientações do distanciamento porque a redistribuição de risco e vulnerabilidade permite que outros corpos permaneçam executando funções externas. Determinadas atividades são tornadas essenciais permitindo que, além dos profissionais de saúde, trabalhadores como entregadores de delivery permaneçam expostos ao risco. Nesse caso o essencial não parece ser a preservação da vida de todos, mas sim a preservação do estilo de vida privilegiado de uma determinada parcela da população brasileira.

Longe de apagar as desigualdades, reportando-nos ao suposto risco de infecção universalmente compartilhado, a pandemia flagrou como desigualdades e vulnerabilidades àquelas que são multiplicadas e exploradas por modos de governar a vida que apostam na culpabilização e individualização dos problemas sanitários. Nesse cenário, observamos que a ênfase dada à responsabilização individual no gerenciamento da saúde e prevenção de doenças, aliada ao recrudescimento de uma retórica negacionista, adquire centralidade nas práticas neoliberais endêmicas de governo da vida no Brasil.

Até o momento em que finalizamos a escrita deste capítulo o país havia registrado mais de 500 mil notificações de mortes por covid-19. Infelizmente até o momento em que o texto for publicado e venha a ser lido muitas outras mortes por covid-19, notificadas ou não, terão ocorrido no Brasil. Chegamos ao tópico das considerações finais com uma letal conta inconclusa. Enquanto isso reações e políticas imunitárias aprofundam um *apartheid* sanitário. De modo que pouco a pouco a covid-19, a exemplo de outras epidemias, vai se tornando uma doença dos países mais pobres, pois conforme os chamados países desenvolvidos fecham acordos para contratar



doses suficientes para vacinar até o dobro de suas populações, os países mais pobres são submetidos aos ditames do mercado farmacêutico, aguardando a sua vez em uma fila cujo critério não é a urgência e, menos ainda, a quantidade de mortes em um território, mas quem tem a capacidade de dar o maior lance.

REFERÊNCIAS

ALESSI, Gil. As lições contra o coronavírus que Coreia do Sul e China podem dar ao mundo, incluindo o Brasil. **EL PAÍS**, São Paulo, 30 março 2020. Internacional. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-30/as-lico-es-contra-o-coronavirus-que-coreia-do-sul-e-china-podem-dar-ao-mundo-incluindo-o-brasil.html>. Acessado em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota Técnica Nº 26/2020 SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA**. Recomendações sobre produtos saneantes que possam substituir o álcool 70% na desinfecção de superfícies, durante a pandemia do COVID-19. 2020a. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_ANVISA-0964813-Nota-T%C3%A9cnica.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jul. 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.019-de-2-de-julho-de-2020-264918074>. Acesso em: 5 fev. 2021

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Editora Politéia, 2019.

CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 209-224, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>. Acessado em: 15 maio 2021.

COLOMBO, Sylvia. Na contramão, presidente mexicano pediu beijos, abraços e nada de quarentena. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 março 2020. Mundo. Ano 100, n. 33229. Mundo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/na->



contramao-presidente-mexicano-pediou-beijos-abracos-e-nada-de-quarentena.shtml. Acessado em: 20 fev. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **NOTA PÚBLICA:** O governo federal abandonou o Brasil. Não podemos deixar o SUS e a vida do nosso povo nas mãos de um genocídio deliberado. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1685-nota-publica-o-governo-federal-abandonou-o-brasil-nao-podemos-deixar-o-sus-e-a-vida-do-nosso-povo-nas-maos-de-um-genocidio-deliberado>. Acesso em: 20 abril 2021.

COSTA, Nilson Rosário, LAGO, Marcos Junqueira. **A disponibilidade de leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos Planos de Saúde diante da epidemia da COVID-19 no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ; 2020. Disponível em: http://observatoriahospitalar.fiocruz.br/sites/default/files/biblioteca/ESTUDO%20NILSON_0.PDF. Acesso em: 15 abr. 2021.

DEMENECH, Lauro Miranda *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200095, p. 1-12, out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>. Acesso em: 8 maio 2021.

FERREIRA NETO, João Leite *et al.* Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, set. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300010>. Acesso em: 14 maio 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica:** curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 811-821, Dec. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400002>. Acesso em: 04 mai. 2021.

GIMENES, Gabriel de Freitas; SILVA, Rosane Azevedo Neves. Produção enunciativa nas estratégias biopolíticas atuais: a questão da qualidade de vida. **Athenea Digital. Revista de pensamento e investigación social**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 163-185, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1770>. Acesso em de maio 2021.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; AZAMBUJA, Marcos Adegas de; LARA, Lutiane de. Biotecnologias e a (r)evolução nos modos de subjetivação. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 05-14, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.



php?script=sci_arttext&pid=S141373722012000100002&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 04 mai. 2021.

INVESTIDAS para facilitar a vacinação privada no Brasil. **Nexo Jornal**. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/04/01/As-investidas-para-facilitar-a-vacina%C3%A7%C3%A3o-privada-no-Brasil>. Acesso em: 14 maio 2021.

LORENZINI, Daniele. Biopolitics in the Time of Coronavirus. **Critical Inquiry**, v. 47, n. S2, p. S40–S45, 2020.

MILLER, Peter; ROSE, Nikolas. **Governing the present**: administering economic, social and personal life. Cambridge: Polity Press, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.; FREIRE, Neyson Pinheiro. Pandemia exacerbada desigualdades na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3555-3556, set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>.

MONTEIRO, Nercilene. O Estado em desmonte frente à pandemia da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 03, p. 1-9, e300304, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300304>

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PRECIADO, Paul Beatriz. **Testo junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, S.A., 2020.

SEGATA, Jean; MUCCILLO, Luísa; BECK, Luiza. A COVID-19 e o capitalismo na carne. **Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia**, v. 8, n. 1, p. 354–373, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/tes.v8i1.19730>.

SER SAUDÁVEL só depende de você. Ribeirão Preto, 2018?. Disponível em: <http://www.esselense.com.br/ser-saudavel-so-depende-de-voce/>. Acesso em: 15 maio 2021.

SCHUCH, Patrice; VÍCTORA, Ceres; SIQUEIRA, Monalisa Dias de. Cuidado e controle na gestão da Velhice em tempos de Covid-19. **Dilemas** 1–14. mar. 2020. Disponível em: <https://www.reflexpandemia.org/texto-91>. Acesso em: 04 mai. 2021.



SINGER, Merrill; RYLKO-BAUER, Barbara. The syndemics and structural violence of the Covid pandemic: anthropological insights on a crisis. **Open Anthropology Research**, 1: 7-32, 2021.

SOUZA, Murilo. **Lei que obriga o uso de máscaras em todo o País é sancionada com 17 vetos**. Câmara de Deputados, Agência Câmara de Notícias, Brasília, 03 julho 2020. Saúde. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/673471-lei-que-obriga-o-uso-de-mascaras-em-todo-o-pais-e-sancionada-com-17-vetos/>. Acesso em: 01 maio 2021.

SOUZA, Flávia. O dia em que a vida parou. Expressões da colonialidade em tempos de pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 02, p. 1-6, e300210, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300210>.

TSUKUDA, Mariana Pereira *et al.* **A higienização das mãos como prevenção ao novo Coronavírus**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/109-higienizacao-das-maos>. Acesso em: 10 abr. 2021.

“VOUCHER da saúde” defendido por Guedes é a privatização do SUS? **UOL**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/05/09/voucher-da-saude-sus-privatizacao-paulo-guedes-saude-publica-plano-de-saude.htm>. Acesso em: 14 maio 2021.



EDUCANDO PARA O CONSUMO DE BIOTECNOLOGIAS A PARTIR DA COLETA DE CÉLULAS-TRONCO DO CORDÃO UMBILICAL

Vera da Costa Somavila¹

Analidia R. Petry²

Guilherme Mocelin³

CONTEXTUALIZANDO

A partir dos aportes teóricos do campo dos Estudos Culturais, da Pedagogia do Risco, da Educação e da Saúde procuramos problematizar o modo como a adesão à coleta e ao armazenamento de células-tronco do cordão umbilical, para uso autólogo, atua na educação de pais e mães em relação ao consumo de biotecnologias e, conseqüentemente, na adoção de práticas que visam prevenir riscos futuros. Para tanto, utilizamos dados secundários dos *sites* de biobancos que comercializam a criopreservação de células-tronco do cordão umbilical.

Neste texto, contudo, iremos nos deter às reflexões acerca do consumo de biotecnologias e, para isso, discutiremos a seguinte questão: Como o consumo de biotecnologias, em específico a coleta e o armazenamento de células-tronco do cordão umbilical, se constituem como uma dimensão educativa relativa à saúde?

As discussões sobre essa prática, quando aliadas aos referenciais da molecularização da vida e dos riscos, podem promover a problematização e a compreensão de como, ao adotarem determinadas práticas, os pais se reposicionam e ampliam suas responsabilidades no que se refere aos cuidados de saúde direcionados aos seus filhos. Apontamos que os enunciados publicados nos *sites* mencionados têm sido associados a práticas educativas que auxiliam na produção de novas e distintas formas de cuidar dos filhos, gerenciar a vida e administrar o futuro,

¹ Prof^ª Dr^ª adjunta do departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Psicologia da UNISC, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde (GEPS)-UNISC; Rio Grande do Sul; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9759-8659>; veras@unisc.br;

² Prof^ª Dr^ª adjunta do departamento de Ciências da Saúde da UNISC e do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Promoção da Saúde (PPGPS)-UNISC, Integrante do GEPS-UNISC; Rio Grande do Sul; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8995-0138>; analidiapetry@gmail.com;

³ Mestrando do PPGPS-UNISC, Bolsista PROSUP-CAPES/CNPq, modalidade I, Integrante do GEPS-UNISC; Rio Grande do Sul; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9727-3619>; mocelinguilherme@gmail.com.



produzindo significados diversos acerca de questões que envolvem a segurança biológica.

No contexto desta discussão entendemos as biotecnologias como as tecnologias médicas contemporâneas que não buscam apenas curar doenças, mas interferir nos processos vitais, envolvendo relações sociais que colocam em circulação novos sentidos sobre a vida e sobre a otimização do futuro. Nesse processo, a vida passa a ser alvo de intervenções técnicas – de uma *bio(vida)tecno(técnica)logia(estudo)*. Por meio dessa lógica, torna-se possível alterar certas condições genéticas e, assim, as possibilidades de se intervir, tecnologicamente, sobre a vida constituem um saber que é atravessado por estratégias de controle que se utilizam das biotecnologias com o intuito de maximizar e aperfeiçoar características que, até a metade do século XX, eram consideradas inatingíveis. Como exemplo, destacamos a prevenção de doenças, programação de irmãos compatíveis para transplantes, intervenção na cor dos olhos e cabelos, dentre outros genótipos/fenótipos. Nesse sentido, presenciamos promessas e prospecções oriundas do campo das biotecnologias que acabam ocupando um lugar de excelência e centralidade na vida contemporânea, na medida em que se tornou possível que tais promessas fossem comercializadas (ROSE, 2013).

Essas prospecções do campo das biotecnologias também implicaram sobre a responsabilidade dos indivíduos na administração da própria segurança com um “prudente” olho no futuro. No campo da saúde, elas foram bastante expressivas, já que os usuários são, cada vez mais, estimulados a se tornarem consumidores ativos e responsáveis de serviços e produtos médicos que vão desde drogas medicinais até tecnologias de reprodução, exames, testes genéticos e afins. A ampliação desse mercado, associada à responsabilização dos indivíduos, confere um caráter específico à política contemporânea da vida em democracias liberais avançadas (GADELHA, 2015).

Pensamos que as divulgações comerciais relacionadas a descobertas biotecnológicas, divulgadas pela mídia e nas redes sociais, associadas à prevenção de riscos e direcionadas aos cuidados de saúde dos filhos e filhas, entre elas, a coleta e o armazenamento de células-tronco do cordão umbilical, se inserem no processo de regulação das famílias. Na atualidade, de acordo com Rose (2011), a família deve cumprir suas obrigações sociais no sentido de maximizar o bem-estar físico e mental de seus filhos e filhas, como o caminho privilegiado para sua própria felicidade. Assim, as biotecnologias constituem uma das possibilidades para alcançar tal feito. Quando essa ética passa a governar a vida, seus membros passam a avaliar e normalizar suas condutas como pais/mães de família em referência a padrões criados por especialistas. Esse mecanismo passa a governar as ações a partir das recomendações dos especialistas e dos desejos, esperanças e medos da família responsável e autônoma, comprometida com a melhoria de sua qualidade de vida e com a saúde de seus membros (ROSE, 2011).



Cabe dizer que o consumo de biotecnologias provoca uma série de desdobramentos culturais relacionados aos mecanismos de regulação das famílias, os quais incluem a adoção de novas posições por parte dos pais em relação ao cuidado dos filhos. Essas condutas são instigadas pelas ofertas biotecnológicas que põem à disposição dos indivíduos uma série de possibilidades a partir da promessa de segurança biológica para o futuro (PETRY; SOMAVILLA, 2015).

APONTAMENTOS SOBRE OS BIOBANCOS

O sangue de onde são extraídas as células-tronco do cordão umbilical é o sangue que permanece na placenta e na veia umbilical após o nascimento dos bebês. Pode ser coletado, de forma indolor, segura e ser armazenado por anos. A sua obtenção não traz nenhum prejuízo à saúde da mãe ou do bebê. Este sangue é rico em células-tronco hematopoéticas e tem sido utilizado para tratar, principalmente, pacientes com doenças hematológicas, como, por exemplo, cânceres das células sanguíneas e outras disfunções do sistema de produção ou funcionamento das células do sangue, quando há a necessidade de transplante (ANVISA, 2020).

Para o armazenamento dessas células existem dois tipos de bancos de sangue, quais sejam, os bancos públicos e os bancos privados. No primeiro caso, as células-tronco armazenadas são provenientes de doações voluntárias, realizadas de forma sigilosa e com o consentimento materno. Neste caso, as células poderão ser utilizadas por qualquer pessoa, desde que haja compatibilidade (uso alogênico não aparentado) ou pelo próprio doador ou parente deste, se estiverem disponíveis. Os custos são cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os bancos privados guardam células-tronco do sangue do cordão umbilical para uso próprio (transplante autólogo) ou familiar, caso ocorra necessidade no futuro. Nesses bancos, todos os custos são dos pais contratantes do serviço (ANVISA, 2020).

Os biobancos são regulamentados pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que determinam que tais células podem ser armazenadas em biobancos privados exclusivamente para uso terapêutico, enquanto que nos biobancos públicos o material pode ser utilizado para realização de pesquisas. Devido a isso, desde 2004, as empresas privadas devem relatar, mensalmente, à Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos (GGSTO), da ANVISA, o número de unidades descartadas e os motivos de descarte e a destinação de unidades quando contratos são suspensos (ANVISA, 2013).

As legislações que regulamentam o funcionamento dos bancos privados no Brasil não são coincidentes. Galindo, Lemos e Rodrigues (2014) destacam a Lei n. 8.974, de 5 de janeiro de 1995, que impulsionou, indiretamente a coleta e o armazenamento de células-tronco do cordão umbilical e placentário ao estabelecer



normas para o uso das técnicas de engenharia genética na construção, cultivo, manipulação, transporte, comercialização e consumo de Organismos Geneticamente Modificados. Em segundo lugar, citamos a Resolução n. 1.544/99, de 9 de abril de 1999, do Conselho Federal de Medicina, que impede o comércio de partes do corpo humano, mas regulamenta os Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, que culminou com a publicação da Portaria MS n. 903, de 16 de agosto de 2000, a qual dispõe sobre a criação de bancos de sangue de cordão umbilical e placentário. Em terceiro lugar, há a Resolução RDC n. 190/03, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que determina normas técnicas para o funcionamento dos bancos de sangue de cordão umbilical e placentário (GALINDO; LEMOS; RODRIGUES, 2014).

Conforme referem Silva Junior, Takao e Parca (2018), existem três opções de armazenamento e de doação de células-tronco do cordão umbilical. A primeira delas seria a chamada “doação altruísta e voluntária” - também conhecida como pública -, ou seja, o doador faz a doação voluntariamente. Nesse caso, a unidade doada estará disponível para utilização por qualquer paciente que esteja necessitado, podendo ser qualquer pessoa da população em geral. Não há custos para o doador nem para o receptor, pois as células ficam armazenadas em biobancos públicos. A segunda opção, a “doação dirigida mediante indicação médica”, seria caracterizada pelo armazenamento feito por famílias que já possuem um membro com doenças diagnosticadas e que necessita de transplante de células progenitoras hematopoiéticas. Nesse caso, também não há custos para nenhum dos envolvidos. A terceira e última forma, a partir da qual são desenvolvidas as problematizações do presente estudo, é o “armazenamento autólogo”, ou seja, armazenamento que é feito mediante contratação de serviços, sendo a disponibilidade das células restrita ao proprietário. Essa forma é possível para famílias de baixo risco – nas quais não há histórico de problemas de saúde e, portanto, não haveria indicação específica por parte de profissionais –, para uso próprio do recém-nascido, caso venha a necessitar um dia (SILVA JUNIOR; TAKAO; PARCA, 2018).

A indicação de utilização de células tronco vem acompanhando as evoluções de áreas como Engenharia Genética, Biotecnologia, Nanotecnologia e Medicina, porém, ainda são restritas. Volarevic *et al.* (2018) adverte que esses novos procedimentos trouxeram, paralelamente, preocupações com relação a questões éticas e ambientais diante da possibilidade de provocarem resultados indesejados. São justamente essas preocupações que limitam a utilização imediata dos materiais armazenados.

A partir de observações relacionadas aos bancos de células do cordão umbilical, é possível pensar que a comercialização das mesmas constitui uma das facetas da biopolítica, na qual a vida é comercializada, administrada e governada por uma rede sociopolítica de empresas especializadas em Medicina Regenerativa, caracterizadas pela regulação e vigilância da vida, em sua dimensão molar e molecular. É válido



lembrar que a biopolítica singulariza-se pela entrada dos fenômenos próprios da vida nos cálculos e mecanismos de saber e poder da economia neoliberal (FOUCAULT, 2008).

A lógica do mercado em torno das células-tronco do cordão umbilical consiste em medidas precaucionárias contra possíveis doenças “futuroológicas”. Conforme afirma Rose (2011, 2013), estamos assistindo o surgimento de uma nova ética somática, na qual as obrigações para com a saúde estão imbuídas de esperança e de ações no presente orientadas para o futuro (RODRIGUES, 2017).

BIOBANCOS E O CONSUMO DE BIOTECNOLOGIAS

A comercialização e o armazenamento das células-tronco do cordão umbilical podem implicar em modificações em relação à importância atribuída às diferentes áreas do conhecimento, surgindo algumas problemáticas sociais que devem ser consideradas (SILVA, 2018). Entre os temas que se redefinem, destacam-se as estratégias políticas e econômicas enredadas na comercialização de partes do corpo e os modos de subjetivações que emergem, os arranjos legislativos que regulam a comercialização dos serviços de coleta e armazenamento das células-troncos e propagandas que impulsionam o aumento dos serviços de coleta e armazenamento nos bancos, principalmente aqueles de caráter privado (CARIAS; BOROJEVIC; GRANJEIRO, 2018).

De acordo com o 10º Relatório de Dados de Produção dos Bancos de Sangue do Cordão Umbilical e Placentário, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que possui o objetivo de divulgar os dados referentes ao ano de 2019, dos 19 bancos em funcionamento no país, três não realizaram coletas em 2019. Neste ano, nenhuma unidade foi fornecida para transplante. O número de rescisões contratuais dos bancos privados, referentes ao último quinquênio foi de 3.380 (2015-2019). Cabe ressaltar que, ao ser observado o período de 2003 a 2019, em 2012, ano em que foram coletadas mais unidades de sangue do cordão, totalizaram-se 15.941. Em 2019, foram 6.557 coletas, indicando uma redução significativa no armazenamento, nos últimos anos.

Mesmo que o panorama seja de redução no consumo, os biobancos continuam investindo, intensamente, na divulgação dos serviços em seus *sites*. Estão evidenciados, para tanto, depoimentos dos pais que já investiram na prática que exaltam os benefícios da coleta e do armazenamento de células-tronco do cordão umbilical. Certamente, não poderia ser diferente, pois tais *sites* são pensados e produzidos com o objetivo de divulgar e vender o serviço oferecido pelos biobancos em questão.



Acreditamos que, a partir dos depoimentos publicados, é possível destacar alguns desdobramentos sobre o tema, entre eles, que as ofertas de novas biotecnologias podem vir a auxiliar na segurança em saúde e a importância de se investir em procedimentos, nesse caso, durante a gestação, com o objetivo de se garantirem chances de tratamento para doenças futuras dos filhos e filhas. Além disso, é possível dizer que esses entendimentos auxiliam na educação sobre o tema, que se dá por meio da produção de novas formas de compreensão e adesão a essas práticas que, apesar de serem operadas nos dias de hoje, lidam com promessas para o futuro, da mesma forma como já ocorreu em outros momentos com o transplante de órgãos, as investigações genéticas, a seleção de embriões para fertilização *in vitro* e o uso de alguns medicamentos, por exemplo (SOMAVILA, 2015).

O excerto descrito a seguir, exemplifica uma série de depoimentos publicados nos *sites* dos biobancos, referentes aos discursos relacionados ao avanço e ao consumo de biotecnologias que ofertam a prevenção de riscos à saúde e que, devido às características presentes, indicam a sua vinculação ao biocapital, ao biovalor.

Com a crescente evolução da medicina moderna, todos aqueles que puderem e tiverem condições para optar pela coleta e armazenamento de células-tronco devem fazê-lo com o intuito de garantir no futuro uma oportunidade de usufruir dos avanços tecnológicos que em breve estarão ao alcance de todos. O pior é se arrepender no futuro de uma atitude que você não tomou no passado e que em dado momento estava ao seu alcance. Pergunto: Quanto vale a saúde de seu(ua) filho(a)? (CORDCELL, abril de 2014).

Ao pensar sobre esse aspecto, é possível dizer que os pais, além de serem considerados cidadãos biológicos ativos, em relação às escolhas que realizam para o futuro biológico de seus filhos, também são posicionados como sujeitos do consumo de biotecnologias. Rose (2013, p.139) descreve o sujeito do consumo como um “indivíduo imaginado e influenciado pelo imperativo do consumo”. Para o autor, esse sujeito, ao engajar-se em atos de consumo e de relações de consumo, obtém prazer, exerce poderes, encontra sentidos, constrói subjetividades e pratica a sociabilidade de maneira criativa e inovadora.

“A composição do sujeito de consumo tem sido um complexo processo técnico” (ROSE, 2012, p. 140). Para compreender esse processo, é necessário olhar para além das mudanças gerais na compreensão cultural ou dos imperativos do lucro e examinar os modos pelos quais as compreensões da individualidade, da personalidade e da psicologia humanas, elaboradas pelas ciências psicológicas, têm desempenhado um papel-chave nas tecnologias de consumo (ROSE, 2012).

Com efeito, observamos que os argumentos publicados nos *sites* dos biobancos podem ser considerados parte de um processo técnico que objetiva subjetivar os pais como sujeitos do consumo dessa biotecnologia. Os depoimentos dos pais/clientes



publicados nos *sites* de propagandas dos biobancos constituem-se como um lugar onde se podem expor, explorar, incitar e procurar convencer outros pais a serem consumidores dessa biotecnologia. Esses discursos materializam o consumo a partir das promessas relacionadas à utilização das células, que podem em um futuro próximo, curar ou sanar problemas de saúde. Desse modo, as práticas de consumo operacionalizadas nas relações entre os pais e os biobancos são justificadas.

A compra da criopreservação das células do cordão umbilical, aqui considerada uma prática de consumo relacionada à saúde, é influenciada pela popularização do conhecimento científico e médico, a partir das divulgações comerciais e do consumo de partes do corpo (como sangue, órgãos, pele, gametas, dentre outros.), que passaram a ser vistas também como produtos a serem consumidos.

A manipulação e o consumo de substratos corporais, relacionada, principalmente, às descobertas no campo da genômica, é vista como uma fonte potente para geração de relações comerciais, principalmente as relacionadas à saúde. Tais relações oferecem oportunidades econômicas para as alianças do Estado e do comércio que assumem forma nos circuitos contemporâneos do biovalor (ROSE, 2012).

Os novos circuitos de biovalor, e os novos mercados que eles povoam, não apenas criam novas possibilidades para a geração de riqueza, mas também incorporam e criam novos valores éticos. À medida que as políticas da própria vida governam, algumas formas de troca econômica estão sendo redesenhadas. (ROSE, 2013, p. 217).

Esses processos, de acordo com Rose (2015), compõem a molecularização da vida – um estilo de pensamento pelo qual a biomedicina contemporânea prevê a vida no nível molecular, como um conjunto de mecanismos de inteligibilidade vital entre entidades moleculares que podem ser identificadas, isoladas, manipuladas, mobilizadas, recombinadas em novas práticas de intervenção, incluindo as de consumo de partes do corpo tais como das células.

Nesse sentido, é possível pensar que as biotecnologias, em que se encontram as práticas de comercialização do armazenamento de células-tronco do cordão umbilical, fazem vicejar expectativas de consumo que, de acordo com as publicações dos biobancos, estão ao nosso alcance, principalmente no que se refere à comercialização de um tipo de segurança biológica. Tais possibilidades são instigadas pela publicidade e geram o desejo de consumo, impulsionam carreiras profissionais e produzem, principalmente nos pais, a sensação de que ao comprarem essa Biotecnologia estão sendo competentes em relação ao cuidado e à proteção da vida de seus filhos (ROSE, 2011).

Entendemos que tal posição dos pais, considerando os depoimentos analisados, é pautada pelo desejo de potencializar a vida de seus filhos, construída por influência de uma multiplicidade de falas/textos apresentados por médicos, biomédicos, empresas



farmacêuticas e afins. E aqui nos referimos em especial às publicações nos *sites* de propaganda dos biobancos. Rose (2012) pontua que as propagandas oferecem um lugar onde o consumidor é mobilizado a formar conexões com suas paixões, esperanças e ansiedades, conduzindo-o a realizar práticas específicas de consumo. Compreendemos, assim, que aquilo que é dito/mostrado pelas propagandas dos *sites* influencia esse processo de consumo dos pais. Os discursos publicitários, divulgados nos *sites* têm uma peculiaridade que é estarem impregnados de enunciados técnicos que lhes dão o status de laboratório na construção de sujeitos.

A partir dos *sites* dos biobancos, são colocados em circulação narrativas de situações que evidenciam que as células-tronco do cordão umbilical são mercadorias no campo das biotecnologias e, tal como se dá na lógica do consumo de outros produtos, à medida em que as forças de comercialização impulsionam a venda de tais células, seu valor e sua importância aumentam (RODRIGUES; VILELA, 2017). Os materiais de marketing, em conjunto com a literatura científica disponibilizada pelos *sites* dos biobancos, para justificar que o sangue do cordão umbilical oferece muitas vantagens, somados aos depoimentos de pais/clientes, intensificam os argumentos biopolíticos e morais que conduzem, educam e responsabilizam os pais em relação à prevenção de riscos de seus filhos.

Então, é possível dizer que os argumentos das propagandas que instigam o consumo do armazenamento de células-tronco do cordão umbilical, juntamente com os argumentos biopolíticos relacionados aos avanços biotecnológicos e, principalmente, à exacerbação do discurso de riscos à saúde, conduzem os pais a assumirem posições distintas relacionadas ao cuidado da saúde dos filhos.

Na atualidade, de acordo com as condições econômicas, os cuidados passam a ser desenvolvidos também no âmbito molecular. Os desejos de segurança (em termos de saúde, de ausência de doenças, ou da possibilidade de enfrentá-las de modo mais seguro e eficaz) passam a ter possibilidades de serem atendidos com o armazenamento das células-tronco do cordão umbilical em biobancos privados, posicionando os pais como sujeitos do consumo de tal biotecnologia a partir de articulações que se conectam com outros discursos, por exemplo, aqueles relacionados ao afeto, ao cuidado, à escolha do que é melhor para os filhos, tal como se pode observar nos excertos de depoimentos a seguir:

Antes mesmo de engravidar já tínhamos a certeza de que iríamos fazer a coleta. A escolha de se fazer o investimento da coleta de células-tronco de nosso filho não quer dizer que queremos um dia utilizar, muito pelo contrário. Não queremos e nem pensamos em utilizar em hipótese alguma, porém com o avanço da medicina sabemos que em alguns anos qualquer doença (problema) será curada e caso ele tenha alguma que se enquadre já sabemos onde recorrer, o que fazer. (BCU – Brasil, junho de 2012).

Quando optamos por coletar as células-tronco do cordão umbilical de



nossa filha, pensamos no que a ciência já pode fazer num futuro próximo. Esperamos nunca utilizar o material coletado, mas essas células podem ser uma oportunidade única de cura. E a Manuela é o principal motivo da nossa felicidade, e este investimento é sem dúvida a maior prova de amor que podemos lhe oferecer. (BCU – Brasil, junho de 2012).

Esses depoimentos evidenciam que a vida, ao ser gerenciada a partir do biocapital, envolve ações cada vez mais reguladas pelas empresas que comercializam tecnologias relacionadas aos biocomponentes – neste caso, as células-tronco do cordão umbilical –, multiplicando práticas de consumo e bens comercializáveis, dentre eles, a segurança. Nesse contexto, proliferam serviços que objetivam dar segurança e proteger as famílias das incertezas, por meio da antecipação do futuro, num mercado onde os investimentos são realizados no campo biológico..

É oportuno destacar que os avanços biotecnológicos se apresentam nos depoimentos dos pais como uma forte justificativa do consumo dessa biotecnologia:

Eu e meu marido resolvemos preservar as células-tronco do nosso Bernardo para poder contar com a ciência no caso de qualquer eventualidade, uma vez que ela evolui dia após dia...Tenho meu coração tranquilo por saber que posso contar com esse benefício da ciência. (CORDCELL, abril de 2014).

A decisão de preservar as células-tronco do cordão umbilical foi tomada através da avaliação dos avanços da medicina e teria que ser tomada naquele momento, pois não haveria uma nova oportunidade para isso. Sempre recomendo que realize, pois não sabemos o que o futuro nos reserva. (CORDCELL, abril de 2014).

É possível dizer, a partir desses depoimentos, que os avanços tecnológicos anunciados pelas biotecnologias geram muitas esperanças relacionadas ao campo da saúde, principalmente no que se refere ao tratamento e à cura de doenças até então consideradas incuráveis. São discursos que frequentemente se baseiam em suposições exageradas sobre as maravilhas que as biotecnologias estão prestes a alcançar. A biotecnologia contemporânea, de acordo com Rose (2010), prospera em cima dessa expectativa exagerada (que opera no âmbito de uma política econômica da esperança), que, como vimos, está presente na maioria dos depoimentos dos pais aqui apresentados.

Observando os depoimentos desses pais, é possível dizer que as decisões em relação ao consumo das biotecnologias estão sendo tomadas com base nas promessas de potencializar a vida a partir de maiores níveis de segurança, ofertados pelos avanços biotecnológicos aliados aos discursos de risco. Acero (2011) refere que as ofertas biotecnológicas, especialmente aquelas relacionadas às descobertas genéticas, vêm sendo constituídas como um modo de governar a vida em que o



risco e o desejo por mecanismos de segurança operam juntos como uma forma de governo. Para essa autora, o governo da vida se dá pela incerteza sobre as formas de gerenciar riscos, determinando que os sujeitos assumam responsabilidades no âmbito privado, de maneira a adotarem medidas que possam atuar na anulação de riscos, em especial aqueles relativos à saúde.

Assim, os pais passam a ser vistos como consumidores condicionados pelas possibilidades de obter um produto bastante específico: vitalidade. Para tanto, são posicionados como consumidores de produtos biotecnológicos para potencializar a saúde e, desse modo, passam a ser governados por biopolíticas.

Para Rose (2013), a biopolítica relaciona-se com o trabalho dos laboratórios biotecnológicos – tais como os biobancos de células-tronco de cordão umbilical – na criação de novos fenômenos, ligados ao poder mercadológico das empresas biomédicas privadas, envolvendo múltiplas instâncias, mas principalmente as do consumo e do lucro. Em termos esquemáticos, considerando os depoimentos analisados, os pais são consumidores condicionados pelas ofertas biotecnológicas divulgadas nos *sites* dos biobancos por profissionais da área biomédica e pela mídia de forma geral, com vistas a obter o produto vitalidade. Para tanto, devem apoiar-se na possibilidade de consumir biotecnologias – tais como a guarda das células-tronco – justificadas pelos discursos de risco. Isto se dá mediante estratégias integradas a variáveis de dimensões biológicas, sociológicas, políticas e comerciais, entre outras, que, por sua vez, subjetivam e governam os sujeitos pais na adoção de condutas hiperpreventivas para a vida de seus filhos (CASTIEL, 2018).

No caso da coleta e armazenamento de células-tronco do cordão umbilical, a hiperprevenção agrega de forma intensa o princípio da precaução e a dimensão da proteção. Isso se dá, sobretudo, por incluir estratégias de consumo de uma biotecnologia associada a um tipo de segurança biológica que estimula os indivíduos a adotarem práticas ditadas pela medicina no campo molecular, tais como o uso de células para o tratamento de doenças. No entanto, isso tem pouca probabilidade de acontecer, considerando-se que o armazenamento para uso autólogo, como já foi dito, não parte de indicação clínica (doenças hematológicas, genéticas), mas, sim da decisão dos pais.

BIOBANCOS COMO DISPOSITIVOS PARA A EDUCAÇÃO DE PAIS/MÃES SOBRE O CONSUMO DE BIOTECNOLOGIAS

Ao retomar a questão inicial deste texto: “Como o consumo de biotecnologias, em específico a coleta e o armazenamento de células tronco do cordão umbilical, se constituem como uma dimensão educativa relativa à saúde?”, é possível dizer que os depoimentos publicados nos sites dos biobancos reforçam, mediante promoção,



divulgação e valorização da palavra do *expert*, que a vida e seus riscos são passíveis de gestão a partir dos empreendimentos bioeconômicos, tais como os investimentos na criopreservação de células-tronco do cordão umbilical. Temos aí um dispositivo emblemático que envolve a vida contemporânea, que ensina que os riscos devem ser evitados, mesmo antes de serem detectados, a partir de medidas de proteção e precaução. Além disso, ensinam que os pais, ao consumirem essas biotecnologias, estão, de algum modo, a adotar/consumir medidas importantes para protegerem os filhos.

Rose (2011) escreve que novas especialidades estão tomando forma nesse campo biopolítico – os especialistas da própria vida, que têm seu alcance para além do diagnóstico e tratamento de doenças, onde se encontram os pais e mães. As descobertas no campo genético e as possibilidades de intervenção molecular no tratamento das doenças conferem maior autoridade aos *experts* do campo da saúde – médicos, biomédicos e geneticistas, entre outros –, pois consolidam sua autoridade e ampliam o escopo de seus discursos no que se refere a novas possibilidades de tratamento e cura de doenças, assim como de redução de riscos à saúde. Para esse autor, na medida em que a busca pela saúde se tornou central, muitos passaram a vivenciar a si mesmos e as suas vidas, fundamentalmente, a partir dos aconselhamentos médicos em relação à adoção de comportamentos saudáveis e, mais recentemente, ao consumo de biotecnologias.

Nesse sentido, é possível dizer, com base nos depoimentos nos *sites* dos biobancos, que os pais/mães transformam seus comportamentos e narrativas a partir do aconselhamento sobre as possibilidades de consumo de novas tecnologias do campo biomédico. Entendemos que os pais/mães adotam diversas linguagens para descrever suas posições diante de seus desejos acerca da prevenção de riscos para seus filhos, passando a serem ativistas de discursos referentes aos benefícios do consumo das novas ofertas biotecnológicas. Assim, educam seus pares ao mesmo tempo em que estão sendo educados.

As divulgações dos biobancos publicam que as células-tronco tornam-se fonte de capital, ligadas aos aparatos biotecnológicos que mobilizam subjetividades dos pais/mães educando-os para o consumo a partir de políticas de afetividade. Os bancos sensibilizam pais e mães com a divulgação de discursos esperançosos quanto a um futuro mais saudável, utilizando estratégias voltadas para a comercialização da vida reguladas, principalmente, por condutas de responsabilidade e afeto. A vida afetiva das famílias torna-se alvo e condição para novas formas contemporâneas de governamentalidade, nas quais relações de afeto e amor são ferramentas de poder e controle dos corpos que arregimentam a capitalização da vida.

As biotecnologias passam a ser inseridas pelos pais como um produto que pode trazer maior domínio das condições de saúde dos filhos. Assim, são práticas de cuidado que se tornam mais constantes e intensas com a abertura do código



genético. Nessa direção, a oferta das biotecnologias pode ser vista tanto na problematização realizada, no que se refere às condutas de pais e mães, quanto nos modos de subjetivações que emergem das esperanças de potencializar a saúde e a vida dos filhos. Chamamos a atenção para as formas de subjetivação que emergem da comercialização das células-tronco umbilicais, caracterizadas, sobretudo, pelo empresariamento de si.

Pais e mães também se tornam porta-vozes dos benefícios que o armazenamento das células tronco podem trazer e, assim, influenciam outros pais e mães ampliando o consumo, já que os interesses de ambos são os mesmos. Nesse processo de regulação biopolítica das células-tronco, os discursos dos pais evidenciam que o cordão umbilical não só garante uma vitalidade intrauterina, como também extrauterina, visto que o cordão que naturalmente alimenta a criança também poderá salvá-la, no futuro, ao ser modificado e comercializado por meio das biotecnologias. Essas práticas são movidas por uma série de negociações comerciais, estratégias de mercado, prescrições médicas, sistema de trabalho das indústrias científicas, medos e esperanças das família que definem sua cidadania como direito às terapêuticas com células umbilicais (RODRIGUES, 2017).

Os discursos dos pais e mães publicados nas propagandas dos bancos privados também ressaltam valores que são, ao mesmo tempo, prudentiais e especulativos. É prudente coletar e armazenar as células umbilicais porque esta conduta assemelha-se aos princípios neoliberais dos seguros de saúde privada que oferecem serviços de gestão de riscos caracterizados como uma proteção contra as incertezas do futuro. Em relação à especulação, há promessas de cura de doenças de origem hematológica e uma otimização do tempo vital, por meio de possibilidades relacionadas a prováveis descobertas em pesquisas com células-tronco (GALINDO; LEMOS; RODRIGUES, 2014).

Apesar das publicações dos biobancos terem uma dimensão educativa, na medida que ensinam pais e mães que esta pode ser uma forma de potencializar a saúde e a vida dos filhos no futuro, observamos que, em meio às divulgações sobre os progressos científicos, há a menção das palavras como “provavelmente”, “futuro”, “em poucos anos”. Isso indica que, talvez, a capitalização da vida nos bancos de células-tronco do cordão umbilical constitui um investimento que pode ou não vir a se concretizar. Essa capitalização da vida está baseada nas promessas e expectativas as quais vinculam os pais e mães a uma rede de investimentos financeiros e afetivos.

Ressaltamos que essas novas formas biopolíticas, que estão emergindo durante o século XXI, como a comercialização das células-tronco do cordão umbilical, se relacionam com outros problemas biopolíticos direcionados às políticas públicas, especialmente as de saúde, que limitam o acesso a atendimentos de rastreamento de doenças consideradas preveníveis.



É possível pensar, a partir dessas discussões, que gerenciar a vida a partir do consumo das biotecnologias envolve desejos cada vez mais intensos de segurança. Proliferam discursos que divulgam a necessidade de se assegurar e se proteger das incertezas, bem como se desvelam as possibilidades de antecipação do futuro expressos nos cálculos de suscetibilidade num mercado de investimentos biológicos. Assim, surgem novas identidades marcadas pela interiorização de moléculas, tal qual aquela interiorização que marcou o nascimento da clínica e a instauração de um novo olhar médico sobre os sinais do corpo.

REFERÊNCIAS

ACERO, L. Governança na nova genética e a participação pública: o caso das pesquisas com células-tronco. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 795-812, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **7º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões**, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-producao-de-embrioes-sisembrio/7o-relatorio-do-sistema-nacional-de-producao-de-embrioes-2013-sisembrio>. Acesso em: 18 maio. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Anvisa aprova estudo de terapia avançada com uso de células-tronco para Covid-19**, 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/anvisa-aprova-estudo-de-terapia-avancada-com-uso-de-celulas-tronco-para-covid-19/>. Acesso em: 22 maio. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **O cordão umbilical que é descartado, pode me ajudar no futuro**, 2020. Disponível em: https://www.stemcorp.com.br/celulas-tronco-cordao-umbilical/?gclid=Cj0KCQjwna2 FBhDPArlsACAEC_Wr9-cl_xLMOgNUsLvQy04Tg8AcPHOBp51DKtAeXV_qaD7W8wqK13foaAkQAEALw_wcB. Acesso em: 22 maio. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Relatório de Avaliação dos Dados de Produção dos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário**, Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/relatorios-de-producao-de-bancos-de-sangue-de-cordao-umbilical-e-placentario>. Acesso em: 20 maio. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Resolução nº 9, de 14 de março de 2011**, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/prt0009_14_03_2011.html. Acesso em: 22 maio. 2021.



BARTH, W. L. **Células-tronco e bioética: o progresso biomédico e os desafios éticos.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. Estratégias de produção de si e de biotecnologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 151-159, 2007.

BOROJEVIC, R. Cell Therapies and Bionegineering. **Gazeta Médica Bahia**, Bahia, v. 78, n. 1, p. 42-46, 2014.

CARIAS, R. B.; BOROJEVIC, R.; GRANJEIRO, J. M. Obtenção de células humanas certificadas. Um desafio da biometrologia. **Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 2-12. 2014.

CARVALHO, A. C. C. de et al.. Bases da terapia celular em cardiologia. **Rev. Bras. Hematol Hemoter**, São Paulo, v. 31, suppl. 1, p. 75-81, 2009.

CASTIEL, L. D. **O mal-estar na cultura medicamentalizada.** São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Cadernos IHU ideias, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2011, Brasília, 2011. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 maio. 2021.

DE SANTIS, G. C.; PRATA, K. de L. Criopreservação de células progenitoras hematopoiéticas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 1, p. 36-47, 2009.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GADELHA, S. Biopolítica, biotecnologias e biomedicina. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 407-416, 2015.

GALINDO, D.; LEMOS, F. C.; RODRIGUES, R. V. A vida como biocapital – futuros biológicos, uma aposta dos bancos privados de células-tronco de cordão umbilical no Brasil. **Athenea Digital**, [s.l.] v. 14, n. 2, p. 255-274, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/2012>. Acesso em: 10 maio. 2019.

LAZZARATO, M. Biopolítica/Bioeconomia. In: PASSOS, Izabel Friche (org.). **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade.** Belo Horizonte: Autêntica Editora: 2008/2013.

LOWY, I. Detectando más-formações, detectando riscos: dilemas do diagnóstico pré-natal. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 103-125, 2011.

NARDI, N. B. Células-tronco: fatos, ficção e futuro. **Genética na Escola**, Rio Grande do



Sul, v. 2, n. 2, p.25-29, 2007.

NARDI, N. B. *Occasional Paper*, Sydney, v. 3, n. 1, p. 1-24, 2012.

PETRY, A. R.; SOMAVILLA, V. E. C. A exortação do discurso de risco e a coleta autóloga de células-tronco do cordão umbilical. **Texto contexto - enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, 2017.

RODRIGUES, R. V. Capitalização da vida nos bancos de células-tronco umbilicais: interrogantes à Psicologia na produção subjetiva. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 1005-1021, 2017.

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. *In*: SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos; RIBEIRO, Paula Regina Costa Ribeiro (org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida. Rio Grande: FURG, 2011. p. 13-32.

ROSE, N. The Human Sciences in a Biological Age. **Theory, Culture & Society**, 30(1):3-34, 2010. DOI:10.1177/0263276412456569.

ROSE, N. **The politics of life itself**: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press, 2015.

SANDALOWSKI, M. C. Novas tecnologias terapêuticas e a Lei de Biossegurança: a polarização do debate público sobre células-tronco embrionárias no Brasil. **Rev. Eletron. de Comum. Em Saúde: Informação & Inovação em Saúde**, Manguinhos, v. 8, n. 3, p. 389-399, 2014.

SILVA JUNIOR, J. B. TAKAO, M. R. M.; PARCA, R. M. Produtos de Terapias Avançadas: uma introdução ao gerenciamento de riscos. **Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 23-31, 2018.

VOLAREVIC, V. *et al.* Ethical and safety issues of stem cell-based therapy. **Int J Med Sci**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 36-45, 2018.



EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E FORMAÇÃO MÉDICA: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA COM A ESCOLA FAMÍLIA AGRÍCOLA DE SANTA CRUZ DO SUL

Juliano Soares Ávila¹
Cheron Zanini Moretti²

INTRODUÇÃO

O presente capítulo propõe refletir sobre a Educação Popular e a Pesquisa Participativa como ferramentas para uma formação médica que vá além dos conhecimentos da clínica tradicional, ou seja, que objetive uma formação integral de homens e mulheres comprometidos com a realidade sócio-histórica. Entendemos que isso implica no reconhecimento de cada um/a como sujeitos de (trans)formação nos espaços de atuação médica. Para tanto, compartilhamos algumas reflexões sobre uma sistematização de experiência pedagógica,³ em particular, de alternância entre o tempo-escola e tempo-comunidade no trabalho da agricultura familiar na Região do Vale do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul.

O Grupo de Pesquisa-CNPq: Educação Popular, Metodologias Participativas e Estudos Decoloniais, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul, é caracterizado pela interdisciplinaridade, sendo seus/suas pesquisadores/as oriundos/as de diversas áreas do conhecimento. Essa característica se faz importante para a experiência científica porque há potência na troca de saberes essenciais para a prática médica contemporânea e que são negligenciados ou parcialmente trabalhados dentro do currículo médico brasileiro. Acompanhamos Rios (2019) quanto à ideia de que apenas alterações metodológicas

1 Graduando em Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Rio Grande do Sul.

E-mail: julianoavila26@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2007-2349

Bolsista de Iniciação Científica PROBIC-FAPERGS.

2 Doutora em Educação.

Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Rio Grande do Sul.

E-mail: cheron@unisc.br

ORCID: 0000-0002-6297-3129

3 O GP desenvolve o projeto de pesquisa (Des)colonialidade do ser/poder/saber na Pedagogia da alternância: sistematizações de experiências na Escola Família Agrícola de Santa Cruz do Sul (EFASC) que através de uma metodologia participativa e da sistematização de experiências, se propõe, junto aos agentes da escola, a sistematizar e compreender em profundidade a Pedagogia da Alternância tendo como finalidade a transformação que, segundo Jara (2012), conseguimos dar conta da complexidade das relações educacionais.



e curriculares não fazem sentido se não estiverem amparadas por espaços de práticas e de reflexões que estimulem uma formação baseada nas realidades em saúde do nosso país. Nesse sentido, a Educação Popular e a Pesquisa Participativa podem ser importantes ferramentas na formação médica, uma vez que têm como referência as experiências e as necessidades dos sujeitos coletivos e, como ponto de partida, as suas realidades concretas. Com isso, justificamos as nossas reflexões e possíveis contribuições para o diálogo entre educação popular, pesquisa participativa e a formação médica. Para apresentá-las, compartilhamos parte do nosso trabalho de sistematização de experiência pedagógica em uma escola técnica em agricultura e ensino médio do interior do Rio Grande do Sul.

A Escola Família Agrícola de Santa Cruz do Sul (EFASC) tem como proposta pedagógica a Pedagogia da Alternância (PA), que foi criada na França em um contexto de “entre-guerras”, com a finalidade de atender às necessidades educacionais de jovens agricultores, visto que o sistema escolar não valorizava a realidade camponesa e seus saberes da experiência do trabalho. Através do diálogo entre trabalhadores rurais e um padre católico, criou-se melhores condições para a oportunidade e continuidade dos estudos desses jovens camponeses. Para isso, buscou-se a conciliação entre os tempos e os saberes do trabalho no campo e os saberes e conhecimentos sistematizados da escola. Assim, os jovens agricultores passaram a alternar os tempos e os espaços dos processos educativos com os produtivos (TEIXEIRA, 2008).

Essa perspectiva pedagógica, segundo Nosella (2012), chegou à Itália nos anos 1960, mais especificamente na região de Treviso. Ali se formou a *Scuola della Famiglia Rurale*. E, foi a partir da experiência italiana que, em 1969, a pedagogia da alternância chegou ao Brasil através do Movimento de Educação Promocional no Espírito Santo (MEPES). O interesse imediato por uma nova escola contextualizada está relacionada com as necessidades dos povos do campo, principalmente àquilo que se refere aos aspectos culturais, sociais e econômicos. (TEIXEIRA, 2008). A partir daí, a PA se expandiu por diversos estados brasileiros, vinculando-se às Casas Familiares Rurais (CFRs) e às Escolas Famílias Agrícolas (EFAs).

No Rio Grande do Sul, a EFASC foi a primeira a ser fundada, em 2009,⁴ oferecendo Ensino Médio e Técnico, atendendo famílias de mais da metade dos municípios do Vale do Rio Pardo, cuja área rural corresponde a 97,9% do território e em que mais de um terço da população vive no e do campo. Estima-se que a escola atenda aos/às

4 Depois da EFASC, fundou-se a Escola Família Agrícola da Serra Gaúcha (EFASERRA), no município de Caxias do Sul, em 2013; a Escola Família Agrícola de Vale do Sol (EFASOL), no município de Vale do Sol, em 2014; e, a Escola Família Agrícola do Sul (EFASUL), no município de Canguçu, em 2016. Como se pode observar, as EFAs fazem parte da história do nosso tempo presente. Os 23 municípios do Vale do Rio Pardo são atendidos pela EFASC e pela EFASOL. Ambas EFAs integram o Observatório da Educação do Campo do Vale do Rio Pardo, além da Articulação em Defesa da Educação do Campo e diferentes movimentos sociais.



estudantes oriundos de 140 comunidades rurais, anualmente. E, que tenha formado 254 jovens agricultores/as familiares em 11 anos de atividades educacionais,⁵ alcançando um número significativo de permanência desses/as jovens na área rural com algum vínculo com o campo. Além disso, possui um histórico de construção de parcerias e de apoios de diferentes entidades e instituições, entre universidades, movimentos sociais, prefeituras e iniciativa privada promovendo a agroecologia e fortalecendo o desenvolvimento regional através da agricultura familiar.

De um modo geral, na Pedagogia da Alternância prevalece a compreensão metodológica, nesse mais de meio século de existência no Brasil, de valorizar a participação da família, a convivência em regime de internato e alternância entre o tempo-escola e o tempo-propriedade familiar. Assim, é importante tomar em conta que “consiste numa metodologia de organização do ensino escolar, tendo como finalidade uma formação profissional” (TEIXEIRA, 2008) e integral dos/das educandos/as, envolvendo a família. Para Nosella (2012), essa dinâmica de alternância proporciona a reflexão (ação) sobre a vida e a experiência concreta dos sujeitos do campo. Entendemos que na/para a formação médica, a pedagogia da alternância seja um sistema desconhecido, assim como tem sido para as próprias licenciaturas cujo distanciamento da perspectiva do campo tem prevalecido. A PA está prevista como modalidade de ensino mais adequada para a realidade e necessidades dos jovens do campo, a partir de uma alteração na Lei de Diretrizes e Bases (Lei 9.394/96), em 2017,⁶ muito embora tenham sido reconhecidas, no calendário letivo, as atividades realizadas no tempo-espço da comunidade, ou seja, o meio socioprofissional nos Centros Familiares de Formação por Alternância (CEFFA), conforme o parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE/CEB 001/2006).⁷

A seguir, tratamos de vincular a experiência pedagógica da EFASC à ideia de formação integral. Entendemos, com isso, que os sujeitos estão inseridos em um processo de “do-discência”, importante para a atuação médica comprometida com a realidade da qual é parte. Começamos esse subcapítulo, situando o leitor e a leitora sobre a nossa própria compreensão de sistematização de experiências para, em seguida, explicar a experiência pedagógica da EFASC. A partir disso, refletimos sobre a promoção da saúde na realização da educação popular e na pesquisa participativa.

5 Os/As egressos(as) são originários(as) de 13 municípios, a saber: Gramado Xavier, Boqueirão do Leão, Herveiras, Sinimbu, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Rio Pardo, General Câmara, Vale Verde, Passo do Sobrado, Venâncio Aires e Santa Cruz do Sul.

6 Lei 9.394 de 20 de Dezembro de 1996. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-norma-pl.html> . Acesso em: 20 jul. 2021.

7 Parecer CNE/CEB 001 de 01 de Fevereiro de 2006. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12741-ceb-2006> . Acesso em: 20 jul. 2021.



A EXPERIÊNCIA DE PESQUISA: DIÁLOGOS ENTRE EDUCAÇÃO POPULAR, PESQUISA PARTICIPATIVA E FORMAÇÃO MÉDICA

A orientação teórico epistemológica adotada nas reflexões do Grupo de Pesquisa toma para si os princípios da Educação Popular. Esses princípios visam à formação de sujeitos com conhecimento e consciência cidadã, além da centralidade da organização política para a afirmação do sujeito. Essa consciência é, então, uma tarefa fundamental para uma educação libertadora, na qual o homem e a mulher são vistos como pessoas, conforme Freire (2002). Já a orientação metodológica adotada, coloca no centro a importância da participação dos sujeitos implicados no processo de investigação. Desse modo, as suas experiências vivenciais e reflexivas são relevantes nos rumos da pesquisa, podendo levar o GP a decisões que melhor expressam os interesses e necessidades da comunidade participante. De um modo geral, significa que pesquisadores/as e pesquisados/as se corresponsabilizam cientificamente.

A vinculação entre tais orientações são coerentes com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁸ E, por isso mesmo, permite-nos refletir sobre os desafios tanto para quem aprende quanto para quem ensina, pois o estudante de medicina se forma enquanto contribui para a educação dos seus pares, em um movimento contínuo.

Educação Popular e Pesquisa Participativa

A Sistematização de Experiências percorre o trabalho do nosso Grupo de Pesquisa, como também é fundamental nessa experiência de formação médica. Essa tem como objeto do conhecimento a teoria e a prática das pessoas (ou grupos sociais) que a realiza, e supõe um exercício coletivo de reflexão das dinâmicas e dos processos e de seus movimentos. Além disso, esse caminho metodológico busca compreender em profundidade uma determinada experiência, coloca a reflexão entre a teoria e prática como algo indissociável, reflete as experiências como fontes de conhecimento social para a transformação da realidade. Trata-se de reconhecer e colocar os sujeitos da experiência num papel central para a construção de conhecimento novo, sendo essa uma prática social científica (BRANDÃO, 1981) e popular. Assim, também a vinculamos à ideia de experiência de educação popular em saúde.

Minayo (2018) entende que a observação pode ser entendida como um processo no qual o pesquisador e a pesquisadora se inserem no contexto da pesquisa com

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



a finalidade de, a partir da vida dos sujeitos, construir a prática investigativa. Esse olhar para a realidade é importante para a formação do sujeito médico, visto que a saúde deve ser uma prática social contextualizada com as necessidades das pessoas, e uma abordagem tecnicista pode deixar de revelar questões importantes para prática assistencial. Sendo esse conhecimento fundamental para objetivar a formação proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, de 2014, que se propõe a uma

[...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014, p. 1).

Contudo, a adaptação do modelo tradicional para cumprir o texto das Diretrizes ainda se mostra falho e insuficiente para dar conta da complexidade do SUS, com as enormes desigualdades sociais, territoriais, econômicas e culturais que permeiam o Brasil.

Parece-nos bastante profícua a relação entre educação popular e pesquisa participante. Conforme Paulo Freire, ensinar/aprender e investigar/pesquisar são dimensões indissociáveis de um mesmo processo, o de conhecer (1981). “Isso significa, por um lado, romper com uma visão elitista de pesquisa; por outro lado, implica reconhecer as especificidades [...]” (STRECK *et al*, 2014, p. 131). Ou seja, “a complexidade do real exige procedimentos metodológicos que permitem apreender cada parte, a relação entre as partes e o todo, e o movimento no tempo e no espaço”. (STRECK *et al.*, 2014, p.131).

Assim, para que a Pedagogia da Alternância se realize é necessário que haja ferramentas pedagógicas que deem conta da complexidade do ensino na alternância do tempo-espço escolar e do tempo-propriedade familiar, sobretudo na questão da dialogicidade entre família, escola e comunidade na qual a propriedade familiar está inserida, tornando essas relações de parceria na formação, com o conhecimento científico assim como com os meios socioprofissionais e culturais (MARTINS, 2011, p. 9).

Na PA realizada pela EFASC, podemos observar o seguinte movimento: na primeira semana, as atividades são realizadas a partir do trabalho na comunidade, os saberes advindos dessas práticas são organizados a partir de temáticas de pesquisas; essas temáticas alimentam a sessão escolar, ressignificadas em diferentes áreas de conhecimentos e seus respectivos conteúdos para, então, retornar à comunidade e, novamente, defrontar-se com a realidade.





Fonte: Relatório Anual de atividades da EFASC (2010).

Como é possível identificar na representação acima, a pedagogia da alternância inicia o ciclo de estudos através da pesquisa participativa sobre a realidade que é analisada e problematizada na sessão de colocação em comum, orientada pelos/as monitores/as na escola para, por fim, retornar à comunidade através de novas interrogações que devem orientar nova pesquisa. Para que a PA aconteça são necessárias as unidades e as dinâmicas entre pesquisa-educação. No entanto, são os Instrumentos Pedagógicos que oferecem apoio na formação dos/das jovens, articulando os tempos e espaços distintos e registrando os caminhos da alternância (VERGUTZ, 2014), além de possibilitar a partilha do poder pela corresponsabilização de todos os sujeitos na construção do conhecimento novo, seja no espaço escolar ou no espaço familiar. Esses instrumentos quando vivenciados de forma intensa, acabam instrumentalizando os estudantes para uma ação concreta, seja no nível individual na sua formação intelectual, quanto na construção de um sujeito comprometido com transformações coletivas (COSTA, 2012).

Como pode-se observar no quadro abaixo, ensaiamos uma descrição de 19 Instrumentos Pedagógicos realizados pela EFASC, em todo os seu processo pedagógico:

Quadro 1 - Instrumentos Pedagógicos utilizados na EFASC

(Continua)

IP	INSTRUMENTO PEDAGÓGICO	DESCRIÇÃO
IP 01	Estágio de Vivências	Atividade de extensão realizada em duplas para a troca de saberes entre a escola, a família e o meio comunitário, potencializando as diversidades de ser e estar no mundo.



Quadro 1 - Instrumentos Pedagógicos utilizados na EFASC

(Continua)

IP	INSTRUMENTO PEDAGÓGICO	DESCRIÇÃO
IP 02	Feira Pedagógica	Espaço para socialização do processo de produções orgânicas da área experimental, além do beneficiamento e comercialização.
IP 03	Espaço Sementes Crioulas	Atividade de pesquisa que identifica, historiciza e caracteriza as sementes crioulas a fim de garantir a preservação da biodiversidade e a sua multiplicação.
IP 04	Seminário de Aplicação	Espaço para avaliar os conhecimentos práticos e teóricos desenvolvidos na sessão escolar e que são desenvolvidos na propriedade durante a sessão familiar, no primeiro ano de ensino.
IP 05	Envio Sessão Familiar	Atividade de avaliação da sessão escolar e preparação da sessão familiar através de um Plano de Estudos.
IP 06	Área Experimental	Espaço onde o/a estudante coloca em prática os conhecimentos técnicos agrícolas apreendidos (potencializados) na sessão escolar, na propriedade familiar.
IP 07	Plano de Estudos	Pesquisa participativa que o jovem realiza junto à família e em seu meio durante a sessão familiar.
IP 08	Viagens e Visitas de Estudos	Espaço onde os estudantes podem observar a prática em ambientes diferentes daqueles em que vivem.
IP 09	Colaborações Externas	Momentos previstos para a sessão escolar com palestras, testemunhos ou cursos complementares abordando de forma mais prática ou técnica os temas geradores.
IP 10	Estágios Curriculares	Vivências práticas em meios produtivos, organizações sociais, serviços e empresas em geral.
IP 11	Atividades de Retorno	Experiências e atividades concretas na família ou na comunidade a partir dos planos de estudos.
IP 12	Visitas (às famílias e às comunidades)	Atividade desenvolvida pelos/as monitores/as para conhecer a realidade e acompanhar as famílias e os/as jovens em suas atividades produtivas sociais.
IP 13	Serões de Estudos	Espaço para debater temas variados e complementares escolhidos juntos com os/as jovens.
IP 14	Caderno de Acompanhamento da Alternância	Instrumento de comunicação entre a família e a escola, documento que registra as atividades desenvolvidas nas sessões escolares e nas sessões familiares.
IP 15	Projeto Profissional do/da Jovem	Plano de trabalho desenvolvido pelo/a jovem sobre a experiência produtiva que pretende desenvolver a partir de sua formação técnica e humana.
IP 16	Plano de Formação	Instrumento pedagógico que representa a organização de todos os demais instrumentos da pedagogia da alternância; sistematiza/organiza o seu currículo.



Quadro 1 - Instrumentos Pedagógicos utilizados na EFASC

(Conclusão)

IP	INSTRUMENTO PEDAGÓGICO	DESCRIÇÃO
IP 17	Avaliação	As avaliações são contínuas e abrangem aspectos dos conhecimentos, das habilidades, convivência em grupo e posturas. Todos avaliam e todos são avaliados.
IP 18	Colocação em Comum	Socialização do plano de estudo conforme a pesquisa realizada na sessão familiar.
IP 19	Tutoria	Acompanhamento personalizado desenvolvido pelos/as monitores/as para motivar os estudos, incentivar pesquisas e o engajamento social, a integração e a vida de grupo e o projeto de vida profissional.

Fonte: ÁVILA, BORGES, MORETTI (2020).

A partir disso, consideramos que, dentre esses Instrumentos Pedagógicos, alguns se relacionam de forma mais intensa com o conceito de Promoção da Saúde, dentre eles o Estágio de Vivências, a Área Experimental e a Feira Pedagógica.

O Estágio de Vivências promove saúde na sua relação com a autonomia e senso crítico, potencializando as diversas formas de ser e estar no mundo. E isso faz com que o estudante “aprenda além daquele negócio de um sentado atrás do outro na sala de aula, no Estágio de Vivências a gente aprende vendo como eu faço na minha casa e como a minha colega faz na casa dela e um melhorando o outro” (Suellym, estudante da EFASC, 2019).

Além disso, a Área Experimental e a Feira Pedagógica, em conjunto, contribuem para o debate prático da promoção da saúde, tanto no nível individual, como no nível coletivo e comunitário. Enquanto indivíduos, os/as estudantes debatem sobre os riscos do consumo de alimentos que usam agrotóxicos no cultivo e na importância da diversidade alimentar para o funcionamento do corpo humano: “se tu perguntar o que é promoção da saúde para eles, talvez eles fiquem acuados sem respostas, mas se tu acompanhar eles na produção de alimentos orgânicos, tu vai ver que eles fazem isso na prática” (Alexandro, monitor da EFASC, 2020). Isso se dá, portanto, através do plantio agroecológico na área experimental e no consumo desses alimentos - na prática, trata-se da soberania alimentar⁹ e da promoção da saúde em um único instrumento pedagógico.

Para além da promoção da saúde, pudemos observar a construção coletiva de

9 A soberania alimentar é uma das reivindicações por direitos, em particular, ao acesso aos alimentos sem veneno, pautado pela identidade cultural alimentar dos sujeitos e da região, mas que garanta seu acompanhamento e sustentabilidade do plantio até o consumo.



novos conhecimentos. Através da Feira Pedagógica, esses alimentos, que também são de consumo familiar, acabam sendo comercializados nas comunidades em que esses/as estudantes residem, o que faz com que o conhecimento e a pedagogia dominante, coerentes com a perspectiva do agronegócio para a “solução” dos problemas alimentares, sejam confrontados por outra perspectiva: “porque na Feira Pedagógica eles estão vendendo um alimento livre de veneno e ainda estão mostrando que é possível se alimentar e ganhar dinheiro com o plantio de alimentos e orgânicos” (Evandro, monitor EFASC, 2020). Ou seja, saudáveis.

Educação Popular em Saúde e Formação Médica

A pesquisa em Educação Popular tende a favorecer as Metodologias Participativas, na qual essa considera o sujeito-participante da pesquisa um coprodutor do conhecimento novo (STRECK, 2016). E, essas metodologias são importantes também para a produção do conhecimento em saúde e na própria formação médica, como pudemos observar. De acordo com Streck (2016), existem características particulares que nos possibilitam questionamentos quanto a sua relevância social: “para quê ou pra quem serve esse conhecimento?” - e, na qual o contexto social e histórico contribuem para a resposta, além da sensibilidade teórica e da percepção de que essas bases não são dadas de forma autônoma, mas sim pela intencionalidade que a ela atribuímos. “Quando a gurizada aparece nas comunidades com os alimentos produzidos em uma lógica agroecológica e mostram que sem veneno também cresce alimento é algo grande, porque muita gente acha que o plantio só é possível com o pacote de aditivos químicos que as fumageiras entregam para as famílias de pequenos agricultores dessa região” (Alexandro, monitor da EFASC, 2020).

Assim, podemos pensar que a Educação Popular em Saúde proporciona uma densa descrição dos processos, pois para a análise em profundidade da realidade é necessária uma profundidade na descrição do fenômeno. Com isso, podemos alcançar as camadas mais profundas de contexto para que sejam revelados conflitos e contradições.

A Educação Popular e as Metodologias Participativas demonstram que é importante pensar a saúde das/nas comunidades, extrapolando a clínica tradicional e buscando o que determina o processo saúde-adoecimento do indivíduo. Tais “rupturas de fronteiras” (mais bem, diálogos de saberes) estabelecem novas compreensões tanto nas relações biológicas quanto nas mais diversas relações sociais na qual esse sujeito transita.

Do mesmo modo, permite-nos entender que a prática assistencial em saúde não pode ter um fim em si mesma, deve ela ser um instrumento de reflexão coletiva, e de empoderamento das comunidades não só pela sua saúde física, mas pelo direito de lutar por seu destino enquanto povo, obtendo saúde por todos/as que o forma.



E, isso acontece em profundidade, pois na assistência à saúde comunitária há um potencial para o fortalecimento das relações entre os sujeitos com saberes técnicos e saberes populares advindos das experiências realizadas no seu cotidiano. Isso fortalece a produção de saídas de problemas específicos de cada comunidade e o reconhecimento das diferentes pessoas e da constituição de identidades enquanto povo.

É importante tomarmos como referência a Carta de Ottawa (1986) que, na ocasião da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, definiu que promover a saúde implica em um processo de formação (e capacitação) da comunidade para realizar melhorias em sua qualidade de vida e saúde. Para tanto, a participação no controle deste processo é ponto chave para autonomia dos sujeitos sobre sua própria saúde.

Conforme a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), em especial no Art. 2º, reafirma-se o compromisso à efetiva participação popular no SUS. E, com isso, propõe uma prática político-pedagógica que envolve a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, incluindo os populares e a sua relação ancestral.

A formação médica é, em nossa experiência de pesquisa, fartamente favorecida pela perspectiva da Educação Popular em Saúde, uma vez que valoriza o indivíduo em sua integralidade, assim como a comunidade, já que seus saberes e conhecimentos constituem espaços significativos na atuação do SUS. Da mesma forma, a Educação Popular e Pesquisa Participativa nutrem as políticas em saúde a partir de alguns de seus princípios, como: o diálogo, a participação, a autonomia, a valorização dos saberes populares, dentre outros.

Por fim, gostaríamos de retomar a ideia que a participação nos processos investigativos superam perspectivas tradicionais, ou seja, dessas em que o/a agente da saúde experiencia uma condição de mero observador ou de inquiridor, atuando solitariamente. Em condições em que os sujeitos participam do processo, as relações se modificam e podem alcançar condições de solidariedade, ou seja, em que a troca e o diálogo de saberes vão se forjando nos encontros territoriais. Essa reflexão se aproxima ao que Brandão (2014) considera como “vertentes de investigação social”. De acordo com esse antropólogo e educador popular, a pesquisa participante supera a pesquisa qualitativa tradicional porque nela o pesquisador-educador passa a confiar no outro tanto quanto confia em si mesmo: “este é alguém em quem o pesquisador acredita que está em condições iguais ou próximas dele para produzir conhecimento” (STRECK *et al.*, 2014, p. 138). Os conhecimentos, assim, servem ao “sujeito-outro” e ao “mundo da vida” desde que se disponha a aceitar o/a pesquisador/a como parceiro na construção da investigação (BRANDÃO, 2014).

Essas reflexões, de nossa parte, são convites para o sujeito em formação, pois



a promoção da saúde de vocação popular implica no reconhecimento dos diversos sujeitos envolvidos nos processos, como sujeitos de participação, ou seja, de decisão.

INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA EFASC

A análise em maior profundidade de alguns dos instrumentos pedagógicos realizados pela Escola Família Agrícola fez parte da trajetória de formação em pesquisa do estudante de medicina e de sua orientadora, uma vez que a análise das relações que faz com que a partir dos conhecimentos prévios dos/das estudantes e da família, da escola e dos saberes da comunidade se construa conhecimentos novos. A Educação Popular em Saúde permite a identificação, a observação e a reflexão da promoção da saúde existente nas ações pedagógicas de cada um dos instrumentos sistematizados.

Isso tem uma dupla importância para a formação em questão, primeiro porque contribui para a análise pedagógica propriamente dita, fazendo com que se consiga entender as relações necessárias para a formação, construção e compartilhamento do conhecimento, que pode e deve ser usado na prática assistencial, visto que contribui para a efetivação do princípio da integralidade, proposto pelo SUS. Mas também pela compreensão de que a promoção da saúde está presente na vida das pessoas, através desses conhecimentos prévios advindos das tradições culturais familiares e comunitárias. Novamente, consideramos pertinente reafirmar tanto a Carta de Otawa (1986) quanto a PNEPS-SUS (2013) na Pedagogia da Alternância na EFASC e em nossa perspectiva de pesquisa social, em particular, na educação.

Assim, um dos Instrumentos Pedagógicos analisados foi o Estágio de Vivências, entendido como uma atividade realizada em duplas pelos/as estudantes, na qual há troca de saberes entre a escola, as famílias e o meio comunitário, possibilitando uma maior compreensão das diversidades de formas de ser e de estar no mundo. Nele, os/as estudantes têm a oportunidade de vivenciarem a realidade da propriedade e da comunidade do/da colega de estágio, por uma semana, conhecendo uma outra dinâmica familiar, uma outra forma de lidar com a terra, assim como, outras relações comunitárias.

A partir da sistematização da experiência foi possível elencar alguns pontos de discussões que mostram o caráter pedagógico e de promoção da saúde neste instrumento pedagógico. Um deles foi a autonomia do/da estudante, já que muitas vezes essa é a sua primeira experiência fora de sua localidade de origem como também fora de seu contexto familiar, contribuindo para a formação cidadã além da formação técnica. Ademais é feito o resgate de saberes tradicionais e comunitários pelos/as estudantes, por meio de pesquisa. Um exemplo muito interessante é quanto aos saberes revelados na pesquisa com as Sementes Crioulas, importantes



para promover saúde a partir de uma alimentação livre de agrotóxicos e como a sua multiplicação é transmitida para diferentes gerações de trabalhadores/as rurais (ÁVILA; BORGES; MORETTI, 2020). Cabe ressaltar que, nesse caso, as mulheres cumprem um papel relevante quanto à preservação da memória e da transmissão de saberes tradicionais, o que favorece a toda uma comunidade.

Durante a formação médica em pesquisa também foi importante a trajetória de análise de outros dois Instrumentos Pedagógicos para a compreensão da Promoção da Saúde e do processo saúde-adoecimento em nível familiar e comunitário. São eles: 1) a Área Experimental, que se destina a produção de alimentos orgânicos, tanto no ambiente escolar quanto no ambiente familiar, em uma lógica de produção Agroecológica; 2) a Feira Pedagógica, que se destina à comercialização desses alimentos, produzidos nessa lógica e totalmente livres de “venenos”, a forma como empiricamente a comunidade escolar denomina os aditivos químicos agrícolas.

Vemos, então, a Promoção da Saúde emergir dos saberes tradicionais para uma plantação orgânica e com menores riscos à saúde das pessoas e do ambiente, mostrando que, apesar da pressão regional para o uso dos aditivos, (re)existe uma outra técnica de produção de alimentos que é possível de ser aplicada para o sustento das famílias e abastecimento da comunidade. Além disso, a independência financeira que surge a partir dessas práticas também pode ser colocada como Promoção da saúde, pois esse estudante se coloca como autônomo sobre as melhores técnicas de plantio para si e para a comunidade, visto que não depende da forma agroindustrial de produção que permeia as relações do campo.

E, como formação, isso se mostra importante para estudantes inseridos nessas dinâmicas. Primeiro, por colocar luz sobre práticas da vida cotidiana que podem promover saúde. Mas, também, pela relação de diálogo e amorosidade que há na troca desses saberes populares com os saberes técnicos, tradicionalmente colocados na formação médica. Promovendo, então, a formação crítica e alicerçada na realidade da vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma a sistematizar os aprendizados e os trajetos de formação pela pesquisa e orientado teórica e epistemologicamente pela Educação Popular é possível elencar alguns pontos importantes dessa experiência. Primeiro, que a atitude pedagógica é importante para a formação, seja ela a da escola com a Pedagogia da Alternância, seja na criação dos espaços de formação não formais, como a troca dos saberes técnicos da academia com os saberes populares das comunidades. Apesar da previsão em currículo dessa integração de saberes ela se mostra pouco expressiva, na prática, seja pela não formação dos profissionais preceptores, seja pelo não entendimento



por parte dos médicos da importância da integração desses saberes.

Além disso, esses saberes se mostram essenciais para a formação médica crítica e baseada na realidade, e que leve em conta as mudanças no perfil epidemiológico do processo saúde-adoecimento. A assistência em saúde mostra desafios na atuação de um perfil de pacientes com doenças crônicas, que tem o processo de adoecimento de forma prolongada e multifatorial, na qual o controle de fatores de risco e o trabalho constante se faz necessário. E isso é a própria vida das pessoas, mostrando que os princípios da Educação Popular são essenciais para a abordagem, seja o diálogo, a amorosidade, a autonomia, a problematização e crítica, a construção compartilhada de conhecimento e o compromisso com um projeto democrático e popular.

E conseqüentemente a formação de um profissional comprometido com a mudança social, na qual as necessidades de saúde e os interesses populares sejam o direcionador de condutas. E com isso promover a Educação Popular em Saúde como ferramenta para a humanização da assistência em saúde nos mais variados níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Juliano; BORGES, Bruna Caroline; MORETTI, Cheron Zanini. Sistematização de experiências: Uma análise do Estágio de Vivências como Instrumento Pedagógico na Escola Família Agrícola de Santa Cruz do Sul. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 10, n. 2, 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/14894/9715>. Acesso em: 14 mai. 2021.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Pesquisa Participante**. Brasília: Editora Brasiliense, 1981.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Educação popular e pesquisa participante: um falar algumas lembranças, alguns silêncios e algumas sugestões. *In*: STRECK, D.R.; SOBOTTKA, E.; EGGERT, E. (org.). **Conhecer e transformar: pesquisa-ação e pesquisa-participante em diálogo internacional**. Curitiba: CRV, 2014. p. 39-73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 20 jul. 2021.

COSTA, João Paulo. **Escola Família Agrícola de Santa Cruz do Sul - EFASC** : uma contribuição ao desenvolvimento da região do Vale do Rio Pardo a partir da pedagogia da alternância. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional) – UNISC, Santa Cruz do Sul, 2012.



FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer?** Teoria e prática em educação. São Paulo: Vozes, 2002.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GIMONET, Jean-Claude. **Praticar e compreender a pedagogia da alternância dos CEFFAS**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

JARA, Oscar. **A sistematização de experiência**: prática e teoria para outros mundos possíveis. 1. ed. Brasília: Contag, 2012.

MARTINS, Claudia Maria Alves. **Os Instrumentos Pedagógicos e sua importância na Pedagogia da Alternância**. Relatório analítico. Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Coordenação Pedagógica. UFT, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de educação**, v. 40, p. 139-153. 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439/3910>. Acesso em: 14 mai. 2021.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução nº 3 de 20 de julho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 8-11, 23 de junho de 2014.

MORETTI, Cheron Z.; ADAMS, Telmo. Pesquisa Participativa e Educação Popular: epistemologias do *sul*. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 447-463, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/16999/12915>. Acesso em: 20 jul. 2021.

NOSELLA, Paolo. **Educação no campo**: origens da Pedagogia da Alternância no Brasil. EDUFES, 2012.

RIOS, David Ramos da Silva; CAPUTO, Maria Constantina. Para além da formação tradicional em saúde: experiência de educação popular em saúde na formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 184-195, Julio 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300184&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mai. 2021.

STRECK, Danilo Romeu. Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2016, v. 20, n. 58 [Acessado 20 Julho 2021] , p. 537-547. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0443>.

STRECK, Danilo Romeu *et al.* **Educação popular e docência**. São Paulo: Cortez,



2014.

TEIXEIRA, Edival Sebastião; BERNARTT, Maria de Lourdes; TRINDADE, Glademir Alves. Estudos sobre Pedagogia da Alternância no Brasil: revisão de literatura e perspectivas para a pesquisa. **Educ. Pesqui.**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 227-242, Aug. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022008000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022008000200002>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion**, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> . Acesso em: 20 jul. 2021.

VERGUTZ, Cristina Luisa Benke. **Aprendizagens na pedagogia da alternância da Escola Família Agrícola de Santa Cruz do Sul**. Dissertação (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul(UNISC), Santa Cruz do Sul, 2013.

VERGUTZ, Cristina Luisa Benck; CAVALCANTE, Ludmila Oliveira Holanda. As aprendizagens na Pedagogia da Alternância e na Educação do Campo. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 22, n. 2, p. 371-390, jul./dez.2014. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/5057/3697>. Acesso em: 14 mai. 2021.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO FERRAMENTA PROMOTORA DE HÁBITOS DE VIDA ATIVOS E SAUDÁVEIS

Leticia Borfe¹

Juliana Oliveira da Silva²

Leticia de Borba Schneiders³

Heloisa Elesbão⁴

Lizandra Barbosa da Silva⁵

INTRODUÇÃO

Promover a saúde e o bem-estar na população infanto-juvenil pode ser um desafio, visto que as ações e práticas voltadas a essa faixa-etária envolvem os aspectos relacionados ao sistema de saúde, educação, trabalho e desenvolvimento social. Assim, a Educação Física e a escola são fundamentais nesse processo, pois possibilitam a educação em saúde ao ponto que estimulam o aprendizado do aluno sensibilizando-o sobre a importância de hábitos ativos e saudáveis em seu cotidiano (SANTANA; COSTA, 2016).

As mudanças propostas pela tecnologia do mundo moderno facilitaram a vida da população em geral, contudo, também propuseram uma transformação social e econômica. As atividades diárias que antes eram ativas como o deslocamento para a escola ou para o trabalho e a produção da alimentação sofreram alterações tornando os hábitos mais sedentários. Assim, é cada vez mais presente o surgimento e agravamento de doenças que poderiam ser evitadas com a prática de atividade física (LOPES, 2010). Nesse sentido, a escola e os professores de Educação Física podem reverter este quadro por meio da formação de crianças e jovens, propondo

1 Doutoranda em Ciências do Movimento Humano na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2340-2443> E-mail: borfe.leticia@gmail.com

2 Mestranda em Ciências do Movimento Humano na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9812-345X>. E-mail: juliana.osilva.1996@gmail.com

3 Mestre em Promoção da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4147-5910> E-mail: leticiaschneiders12@gmail.com

4 Mestra em Educação Física pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal de Santa Maria (CEFD/UFSM). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5322-2510> E-mail: elesbaoheloisa@gmail.com

5 Mestranda em Educação Física pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4316-5879> E-mail: lizandra.barbosa@ufpe.br



a modificação dos paradigmas tradicionais para enfoques integrais de saúde no ambiente escolar, educando e sensibilizando os alunos no cuidado corporal através da prática de atividades físicas, associada a uma alimentação de qualidade (SANTANA; COSTA, 2016).

A Educação Física é uma disciplina que possibilita o aprendizado sobre as relações entre a prática de atividade física e a boa alimentação, no desenvolvimento da qualidade de vida e da saúde de cada indivíduo. Dessa forma, além de ser essencial no despertar das habilidades e capacidades físicas dos alunos, esclarece sobre temáticas pertinentes à saúde como forma de incentivo a aderência de hábitos saudáveis de vida (ARAÚJO; BRITO; SILVA, 2010). O professor de Educação Física possui um importante papel no processo de influência de aquisição de bons hábitos que se iniciam na escola, contribuindo para a construção de um ser que conhece a importância e as consequências da manutenção da sua saúde (AZAMBUJA *et al.*, 2017). Assim, a Educação Física escolar deve agir de forma a envolver-se com a comunidade em geral e integrar políticas públicas eficientes no estímulo de uma vida ativa que, inicia-se na escola e permanece posteriormente em diferentes espaços sociais (BORFE *et al.*, 2016).

Os mecanismos envolvidos nessa prática escolar de educação em saúde e em especial na disciplina de Educação Física, ainda necessitam de maiores discussões. Nesse contexto, o objetivo deste capítulo é apresentar evidências para propor uma reflexão acerca da educação em saúde no ambiente escolar e o papel da Educação Física na promoção de hábitos de vida ativos e saudáveis.

ADOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Devido a mudanças sociais que vem ocorrendo nos últimos anos, como o aumento da insegurança nas ruas e poucas oportunidades para o desenvolvimento de práticas corporais e hábitos de vida saudáveis, além da crescente utilização das tecnologias entre crianças e jovens, ocasionando mudanças em seu estilo de vida, observa-se a reduzida oportunidade para a prática de atividades físicas e consequentemente a redução do tempo disposto para a prática de atividades físicas (CASTRO; LIMA, 2016).

Este aumento em comportamento sedentário e o tempo reduzido disponibilizado para a prática de atividades físicas pode desencadear em problemas no desenvolvimento multidimensional das crianças e adolescentes, acarretando prejuízos cognitivos, psicológicos, sociais, motores e afetivos (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Além disso, o pouco tempo em que os jovens estão envolvidos com práticas ativas e saudáveis também acarreta baixos níveis de desenvolvimento físico e motor. Esses prejuízos também geram influência nas demais aprendizagens dos estudantes e



no pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes (MEDINA-PAPST; MARQUES, 2010).

Diante disso, a infância e adolescência se configuram como períodos ideais para a adoção de hábitos de vida ativos e saudáveis, já que é nesta fase que ocorre o desenvolvimento de suas habilidades motoras. Se estas não forem bem desenvolvidas em decorrência de poucas oportunidades desde a infância, o jovem terá menores condições físicas e motoras e estará pouco motivado para a prática de atividades físicas na vida adulta (WHITEHEAD, 2019). Para que as crianças se interessem pelos hábitos de vida saudáveis e ativos, é importante exista um estímulo desde a primeira infância pelos pais e pelos professores e, ao longo do seu desenvolvimento, a criança possa construir sua independência e adquirir habilidades que possibilitem a prática de atividades físicas no futuro (GREEN *et al.*, 2018).

Sendo assim, é relevante buscar alternativas, a fim de estimular o desenvolvimento de hábitos para uma vida mais saudável. As aulas de Educação Física são de extrema importância e devem oferecer experiências positivas e de qualidade, além de proporcionar um ambiente escolar que apoie estilos de vida saudáveis. Além disso, brincadeiras ativas também são importantes para o aumento dos níveis de atividades físicas e redução do comportamento sedentário, principalmente na primeira infância (WHO; FIRM, 2018). Portanto, as aulas de Educação Física são o tempo formal para a prática de atividades físicas. Nesta prática, os estudantes devem se conscientizar dos benefícios da atividade física e a importância de hábitos ativos e saudáveis, para que se engajem em atividades para toda a vida (CASTELLI; BARCELONA; BRYANT, 2015).

A AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E O ESTÍMULO PARA MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE VIDA

Durante as últimas décadas, a área da saúde passou por importantes transformações, mostrando diversas possibilidades de intervenções que possam contribuir para a prevenção de diversas doenças e promoção de um estilo de vida saudável. Essas transformações contribuíram para ressignificar o papel das aulas de Educação Física, como um espaço de intervenção e educação em saúde, alertando o público escolar para a importância de se promover mudanças em seu estilo de vida como o incentivo à prática de atividade física regular, bons hábitos alimentares e redução do comportamento sedentário como melhora da qualidade de vida para todos (FERNANDES *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a Educação física como elemento do currículo educacional pode ser considerada como um instrumento extremamente importante para a formação do escolar como um cidadão, envolvendo aspectos sociais, afetivos e cognitivos, e



principalmente aqueles voltados para a educação em saúde. Esta pode ser uma das disciplinas mais importantes para a promoção da saúde da grade curricular, pois já está claro que a prática regular de exercício físico em idade escolar traz benefícios à saúde, desenvolvendo suas aptidões motoras, físicas e emocionais, bem como apresentando ao aluno o seu desenvolvimento e como está o seu quadro de saúde, contribuindo para a sua formação crítica e autônoma. Esse entendimento sobre saúde envolve a realidade do aluno, o contexto familiar e a participação ativa de políticas públicas (NAGORNY *et al.*, 2018).

Compreende-se, assim, que o professor de Educação Física é o agente principal dentro da escola para abordar temas relacionados à saúde em geral, para auxiliar e incentivar as mudanças nos hábitos de vida diários, despertando o interesse no cuidado e promoção da saúde do aluno no contexto em que estão inseridos. Para algumas crianças, a única oportunidade para a prática de atividade física é durante a aula de Educação Física (UNESCO, 2015). É na aula de Educação Física que o aluno adquire gosto pelo conhecimento, pois consegue transferir o entendimento da matéria para a prática do seu dia a dia. Os alunos que têm experiências positivas durante as aulas apresentam maiores chances de adquirir um estilo de vida mais ativo no futuro. Para que isso aconteça, o professor deve elaborar aulas com atividades diversificadas e desafiantes que despertem o gosto pela aprendizagem do aluno, levando em consideração a importância de uma boa organização e de estabelecer um vínculo entre professor e aluno (SERRA *et al.*, 2021).

Para Nahas (2017), a Educação Física deve ser baseada em uma educação para um estilo de vida ativo, buscando ser vista como uma abordagem de experiências que mantenham o aluno interessado e entusiasmado durante as práticas. Transmitir conhecimento sobre o corpo e as inúmeras possibilidades de mudanças nele através do exercício físico e de uma alimentação saudável, tornam o conteúdo ainda mais relevante para os alunos e necessário para as aulas de Educação Física. Essas possibilidades englobam diversos meios de avaliação que dão sentido a aplicação dos conteúdos voltados à saúde, desenvolvimento e desempenho do aluno. A avaliação física, que especifica as características antropométricas, apresenta diversas ferramentas que podem ser utilizadas pelos professores para estimular a consciência corporal e para os cuidados com a saúde. Além disso, as avaliações sobre as capacidades físicas como força, resistência muscular, flexibilidade e aptidão cardiorrespiratória, entre outras, podem promover um retorno importante quanto à progressão e desenvolvimento do aluno ao longo dos anos. Compartilhar os resultados dessas avaliações com os alunos, pais e responsáveis, coloca o professor em uma posição fundamental de agente promotor de saúde (RECH; MELO; DIAS, 2019).

Diante disso, pode-se dizer que o papel da disciplina de Educação Física na escola está muito além dos conhecimentos populares sobre aprendizagem motora e



vivência do desporto. Os benefícios adquiridos com o incentivo à prática de atividade física e exercício físico, busca reduzir a prevalência de alunos sedentários e melhorar as suas condições de saúde, visando manter hábitos saudáveis ao longo da vida. Assim, demonstra-se que proporcionar ações e experiências juntando educação e saúde pode contribuir para soluções de problemas sociais. E que a existência e valorização da Educação Física é de suma importância para a promoção de um estilo de vida saudável para a promoção da saúde no âmbito escolar (AZAMBUJA *et al.*, 2017; CASTELLI; BARCELONA; BRYANT, 2015).

O DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS DE VIDA ATIVOS E SAUDÁVEIS NA ESCOLA

Para as crianças e adolescentes o tempo despendido na escola pode ser a principal oportunidade de acesso às informações sobre educação em saúde, estilo de vida saudável e a prática de hábitos de vida ativos. Essencialmente porque é onde eles passam a maior parte dos dias da semana, constituem uma rotina e, por outro lado, porque para as crianças e adolescentes com baixo nível socioeconômico há uma lacuna no acesso a outros meios educativos de qualidade. Então o papel da escola se torna primordial na construção de hábitos de vida ativos e saudáveis nessas etapas iniciais do desenvolvimento humano. Esses hábitos do estilo de vida formam os parâmetros individuais que determinam a qualidade de vida e baseiam-se em fatores como a alimentação adequada, o controle do estresse psicológico e a prática de atividade física (NAHAS, 2017).

Os fatores supracitados são também modificáveis, isso porque a definição de estilo de vida é ligada às atitudes e às oportunidades para o desenvolvimento desses comportamentos (NAHAS, 2017). Portanto, existem hábitos negativos que podem ser desenvolvidos desde muito cedo e têm associação com diversos fatores. A alimentação inadequada na infância, por exemplo, pode ser associada a menor escolaridade materna e ao nível socioeconômico (DALLAZEN *et al.*, 2018). O estresse psicológico, que se caracteriza como um desequilíbrio nas habilidades universais da saúde mental (GALDERISI *et al.*, 2017), advindo de situações relacionadas ao estilo de vida, pode ser associado à idade (MYKLESTAD; RØYSAMB; TAMBS, 2012), onde entende-se que os sintomas podem ser mais acentuados em determinada fase do desenvolvimento. Como também a insuficiência na prática de atividade física, que pode estar associada a diversos fatores como idade, sexo, série escolar, escolaridade materna, até mesmo a não participação nas aulas de Educação Física (TENÓRIO *et al.*, 2010).

Então, pensando através de uma perspectiva positiva de saúde, esses hábitos negativos que permeiam o estilo de vida tornam-se passíveis de mudança, a partir, principalmente, das oportunidades que são oferecidas para esse fim e da adoção de



hábitos saudáveis e fisicamente ativos. Os parâmetros individuais do estilo de vida, embora sejam preponderantes, não são os únicos agentes no processo de mudança de comportamento, sendo também importantes os parâmetros socioambientais e extrínsecos ao indivíduo (NAHAS, 2017). Nesse contexto, a escola por ser um ambiente essencialmente pedagógico, que oportuniza o acesso ao ensino e à aprendizagem, pode facilitar essa mudança de comportamento nos jovens através da promoção da saúde, conscientizando os indivíduos sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis e também promovendo ações educativas sobre saúde e para a prática de atividades físicas.

De forma extracurricular a saúde na escola tem sido abordada através de iniciativas multidisciplinares. Nessa perspectiva, o Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde do Brasil, dentre seus compromissos, “busca a ampliação intersectorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2011). O programa faz intervenções com temas como saúde bucal, saúde ambiental, saúde sexual, promoção da atividade física, entre outros. Em todo o Brasil 58.590 escolas realizaram ações do PSE, onde o estado de Minas Gerais foi o que obteve maior quantitativo de escolas participantes, enquanto que estados do norte do país como Amapá e Roraima obtiveram menor quantitativo de escolas com ações com PSE (BRASIL, 2020).

Já no currículo escolar, a educação em saúde, por sua vez, é tida como um dos temas que compõem o mesmo e, a princípio, também é tratada como multidisciplinar. De acordo com a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que propõe normatizar a educação básica, uma das competências necessárias para o desenvolvimento das crianças e adolescentes é “Conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros [...]” (BNCC, 2018, p. 10). Então, além de programas extracurriculares, na escola é possível identificar a recomendação de que todos os componentes curriculares discutam sobre saúde no que concerne seus respectivos conteúdos e, principalmente, as aulas de Educação Física se apresentam como oportunidades para a promoção de hábitos saudáveis e mudança e/ou manutenção do estilo de vida.

Um estudo piloto do tipo experimental (BRITO *et al.*, 2012) realizado no estado do Piauí realizou uma intervenção de um programa de Educação Física escolar em crianças e adolescentes do ensino fundamental. Essa intervenção consistia em aulas teóricas e práticas divididas em conteúdos conceituais e atitudinais relacionados à educação em saúde, abordando aspectos da prática de atividade física, qualidade de vida, exercício físico, entre outros. O grupo controle não recebeu a intervenção prática, apenas a teórica. Nesse estudo, verificou-se que após a intervenção meninas tiveram uma redução significativa no percentual de gordura, enquanto que meninas do grupo



controle tiveram um aumento do mesmo indicador de saúde. Mostrando assim, que a participação em intervenções de Educação Física escolar pode promover melhoras em indicadores de saúde, principalmente em meninas.

O estudo transversal de Nagorny *et al.*, (2018) observou que crianças e adolescentes do ensino fundamental realizaram mais passos nos dias em que houve aulas de Educação Física, comparado aos dias em que não ocorreram as aulas, indicando uma possível contribuição das aulas de Educação Física no nível de atividade física desses indivíduos. Estudos de associação são comuns nessa linha de investigação, Soares e Hallal (2015), que tiveram uma amostra representativa de crianças e adolescentes brasileiros, identificaram que há interdependência entre quantidade de aulas de Educação Física e o nível de atividade física, assim como Tenório *et al.*, (2010), que verificaram que adolescentes que participam das aulas de Educação Física têm menos chances de serem insuficientemente ativos fisicamente.

Esses cenários apresentados contribuem para o entendimento de que a escola vem sendo utilizada como uma oportunidade para a promoção da saúde de crianças e adolescentes. Também contribui para a percepção positiva da importância em tratar a educação em saúde na escola. Ademais, a Educação Física escolar pode ter um grande potencial em promover hábitos de vida saudáveis e ativos, além da melhoria de indicadores de saúde nesses indivíduos.

A ATIVIDADE FÍSICA, O ESPORTE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

A Educação Física como componente curricular obrigatório que é, ao longo de toda Educação Básica, (BRASIL, 1996) e por ser a única disciplina que no âmbito da escola trata especificamente da cultura corporal de movimento, tem como um de seus focos a consciência sobre a importância da manutenção de um estilo de vida ativo e saudável. Por conta disso, acaba por se tornar uma referência quando se tratam dos assuntos atividade física, esporte e promoção da saúde no âmbito escolar.

A Base Nacional Comum Curricular (BRASIL, 2018, p. 221), documento normativo que regulamenta a prática pedagógica da Educação Física na escola, estabelece como uma das dez competências específicas para a Educação Física escolar que os alunos sejam capazes de “Usufruir das práticas corporais de forma autônoma para potencializar o envolvimento em contextos de lazer, ampliar as redes de sociabilidade e a promoção da saúde”. Outrossim, se faz necessário que os professores de Educação Física estimulem os alunos a serem capazes de reconhecer a importância que as práticas corporais de movimento tem em sua vida e, por consequência na promoção da saúde, relacionamentos interpessoais e em seu bem-estar como um todo.



De uma maneira geral, compreende-se que a atividade física tem papel importante na promoção e manutenção da saúde de crianças e adolescentes em idade escolar. A atividade física para crianças e adolescentes está relacionada com a melhoria da saúde metabólica, óssea e cardiovascular, além disso, está intimamente ligada à melhora no peso corporal, condicionamento físico e qualidade do sono (USDHHS, 2018). Assim, dentre inúmeros benefícios, ela está relacionada à promoção da saúde e, por consequência disso, à redução do risco de desenvolvimento de variadas doenças. A prática de atividade física entre crianças e adolescentes se faz de extrema importância, uma vez que além de todos os benefícios citados anteriormente, está relacionada ao desenvolvimento da aptidão física relacionada a aspectos da saúde e a redução do aparecimento de possíveis doenças crônicas e degenerativas (RAMOS JÚNIOR *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), os valores recomendados para crianças e adolescentes, com a faixa etária de 5 a 17 anos, são de, ao menos, 60 minutos diários de atividade física, de intensidade moderada a vigorosa. Porém, esses níveis, infelizmente, não estão sendo alcançados (BARBOSA FILHO *et al.*, 2018). Nesse sentido, a Educação Física se apresenta como importante espaço/tempo para o desenvolvimento de atividade física entre as crianças e adolescentes, de modo a promover a adoção de hábitos de vida saudáveis, que tenham o intuito de promover a saúde dos mesmos.

Recentemente, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (MONTEIRO *et al.*, 2020) encontrou dados de que as meninas, em idade escolar, realizam mais atividade física nas aulas de Educação Física do que fora da escola, ao contrário dos meninos. Nesse sentido, reforça-se mais uma vez o papel importante que a Educação Física tem na vida dos escolares, sendo, muitas vezes, o único espaço/tempo que tem para realizarem alguma atividade física em seu cotidiano. Como sabemos níveis abaixo dos recomendados de atividade física, de uma maneira geral, podem acarretar em futuros danos à saúde, além de elevar a predisposição ao desenvolvimento de doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes, doenças do sistema cardiovascular, entre outras (SILVA; SILVA, 2015).

A prática esportiva é considerada uma importante forma de desenvolver uma ação de cunho educacional que venha a assegurar às crianças e adolescentes, a promoção de seu bem-estar tanto físico, quanto social e mental, o estabelecimento de novas relações sociais de amizade e o seu próprio autoconhecimento. Além disso, o esporte é uma importante ferramenta a ser utilizada no que se diz respeito a medidas de prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas (CORTÊS NETO *et al.*, 2020).

Um estudo desenvolvido com adolescentes, observou que a atividade física é de extrema importância para os mesmos, considerando que os adolescentes praticantes de esportes obtiveram índices superiores de aptidão física ao serem comparados



com os não praticantes. Ainda, os adolescentes não praticantes de atividades esportivas possuíam maior risco à saúde quando observado os índices de força/resistência abdominal. Por sua vez, os praticantes de esportes quando avaliados no aspecto cardiorrespiratório, apresentaram índices considerados saudáveis. Nesse sentido, o estudo apontou que adolescentes praticantes de esportes possuem uma melhor aptidão física no que diz respeito à saúde, além disso, ao serem comparados com adolescentes não praticantes, possuem índices superiores na condição cardiorrespiratória, índices de resistência abdominal e flexibilidade (RAMOS JÚNIOR *et al.*, 2019).

A atividade física e o esporte na escola possuem importante influência na promoção da saúde das crianças e adolescentes, que costumam realizar a prática regular desse tipo de atividade, seja no horário das aulas de Educação Física ou no desenvolvimento de atividades paralelas no contra turno escolar. Dessa forma, consideramos importante que a prática regular de atividade física seja estimulada entre crianças e adolescentes, uma vez que seus benefícios em relação à promoção da saúde e bem-estar são comprovados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentou evidências que sugerem que as oportunidades para educação em saúde são essenciais no desenvolvimento de atitudes positivas relacionadas a hábitos de vida ativos e saudáveis. Essas oportunidades baseadas no ambiente escolar têm tido resultados significativos e devem ser endossadas, principalmente quando se referem às crianças e adolescentes de baixo nível socioeconômico. Necessita-se que essas iniciativas sejam amplamente defendidas, pois tratam-se de possibilidades de promover mudanças de hábitos que estão diretamente ligados a indicadores de qualidade de vida dessas populações.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. A.; BRITO, A. A.; SILVA, F. M. O papel da Educação Física Escolar diante da epidemia da obesidade em crianças e adolescentes. **Educação Física em Revista**, v. 4, n. 2, 2010.

AZAMBUJA, C. R. *et al.* Percepções de professores de educação física sobre a educação em saúde na escola. **Kinesis**, v. 35, n.1, p.1-12, 2017.

BARBOSA FILHO, V. C. *et al.* The prevalence of global physical activity among young people: a systematic review for the Report Card Brazil 2018. **Revista Brasileira**



Cineantropometria e Desempenho Humano, v. 20, n. 4, p. 367-287, 2018.

BORFE, L. *et al.* A promoção da saúde no contexto da Educação Física escolar. *In*: BORFE, L. *et al.* **Educação e atenção básica na promoção da saúde: propostas e reflexões interdisciplinares**. *E-book* (149 p.) Santa Cruz do Sul: EDUNISC, ano. Disponível em: www.unisc.br/edunisc. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 08 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília: MEC/SEB, 2018. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf. Acesso em: 07 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. **Nota Técnica No 17/2020-Cgprofi/Depros/Saps/Ms**. Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

BRITO, A. *et al.* Efeitos de uma intervenção na educação física escolar, sobre parâmetros relacionados à saúde, em escolares - um estudo piloto. **Pediatria Moderna**, v. 47, n. 11, p. 461–467, 2012.

CASTELLI, D. M.; BARCELONA, J. M.; BRYANT, L. Contextualizing physical literacy in the school environment: The challenges. **Journal of Sport and Health Science**, v. 4, n. 2, p. 156–163, 2015.

CÔRTEZ NETO, E. D. A resiliência de adolescentes participantes em projetos sociais para o esporte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p.901-908, 2020.

DALLAZEN, C. *et al.* Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1–12, 2018.



FERNANDES, M. P. R. *et al.* O tema saúde nas aulas de Educação Física: a percepção dos escolares no ensino médio. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 62258-62272, 2020.

GALDERISI, S. *et al.* A proposed new definition of mental health. **Psychiatria Polska**, v. 51, n. 3, p. 407–411, 18 jun. 2017.

GREEN, N. R. *et al.* Charting Physical Literacy Journeys Within Physical Education Settings. **Journal of Teaching in Physical Education**, v. 37, n. 3, p. 272–279, 2018.

LOPES, P. C. S. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 63, n. 01, 2010.

MEDINA-PAPST, J; MARQUES, I. Avaliação do desenvolvimento motor de crianças com dificuldades de aprendizagem. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 12, n. 1, p. 36-42, 2010.

MONTEIRO, L. Z. *et al.* Eating habits, physical activity and sedentary behavior among Brazilian schoolchildren: National Student Health Survey, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, n. E200034, p. 1-15, 2020.

MYKLESTAD, I.; RØYSAMB, E.; TAMBS, K. Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: A family study in the Nord-Trøndelag Health Study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, n. 5, p. 771–782, 2012.

NAGORNY, G. *et al.* Contribuição da educação física escolar para o nível de atividade física diária. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)**, v. 12, n. 72, p. 70–77, 2018.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. Florianópolis: Markus Vinicius Nahas, 2017.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 800 p.

RAMOS JUNIOR, L. A. C. *et al.* Aptidão física entre adolescentes praticantes de esportes e adolescentes não praticantes. **Revista Científica Fagoc Multidisciplinar**, v. 4, n. 2, p. 68-75, 2019.

RECH, A.; MELO, M. O.; DIAS, R. G. Medidas e Avaliação na Educação Física Escolar. **Educação Física Escolar**, p. 321. 2019.



SANTANA, D. P. de; COSTA, C. R. B. Educação Física escolar na promoção da Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento**, ano 01, edição 01, vol. 10, p. 171-185, 2016.

SERRA, B. *et al.* O papel da Educação Física na promoção de estilos de vida ativos e saudáveis: perspectivas de estudantes universitários. **Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física**, n. 42, p. 23-33, 2021.

SILVA, D. A. S.; SILVA, R. J. S. Associação entre prática de atividade física com consumo de frutas, verduras e legumes em adolescentes do Nordeste do Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 2, p. 167-173, 2015.

SOARES, C. A. M.; HALLAL, P. C. Interdependência entre a participação em aulas de Educação Física e níveis de atividade física de jovens brasileiros: estudo ecológico. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 20, n. 6, p. 588–590, 2015.

TENÓRIO, M. C. M. *et al.* Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio Physical activity and sedentary. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 13, n. 1, p. 105–117, 2010.

UNESCO. (2015). **Diretrizes em educação física de qualidade**. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002319/231963POR.pdf>

USDHHS. **Physical activity guidelines advisory committee scientific report**. Washington, DC: Department of Health & Human Services, 2018.

WHITEHEAD, Margaret (org.). **Letramento corporal: atividades físicas e esportivas para toda a vida**. Porto Alegre: Penso, 2019.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; PROQUEST (FIRM). **More active people for a healthier world: global action plan on physical activity 2018-2030**. [s.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/qut/detail.action?docID=5910089>. Acesso em: 12 maio 2021.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL COMO FERRAMENTAS NO COMBATE AO CORONAVÍRUS

Gabriele Zawacki Milagres¹

Caroline Bertelli²

Bruna Rezende Martins³

Luisa Gelsdorf⁴

Cézane Priscila Reuter⁵

Suzane Beatriz Frantz Krug⁶

INTRODUÇÃO

A contaminação de ambientes movimentados, exposição a espaços com pouca ventilação, o contato direto com pessoas infectadas e, em menor proporção, o ato de tocar em superfícies contaminadas contribuíram com a disseminação em massa do novo coronavírus causador da Covid-19. A alta transmissibilidade provocada pelo vírus ocasionou uma crise mundial sem precedentes, culminando em mudanças drásticas no cotidiano da população. As novas adaptações a esse cenário pandêmico ainda provocam inquietações, sobretudo devido a dificuldade de adesão às práticas de cuidado em saúde, principalmente, as relacionadas ao combate e à prevenção da doença (SPRINGER, 2020; PALÁCIO; TAKENAMI, 2021).

Ao considerarmos os modos para se promover condições de bem-estar e atitudes conscientes e saudáveis, é possível destacar a educação em saúde, que é um campo multifacetado, permeado por diferentes concepções teóricas e metodológicas, oriundas das mais diversas áreas do conhecimento. Sendo assim, a aplicação desse processo, que busca sobretudo promover o diálogo, a participação

1 Bacharel em Enfermagem; Universidade Católica de Pelotas, RS; Orcid: 0000-0003-3619-9317; gabriele93.enf@gmail.com; Bolsista CAPES.

2 Bacharel em Enfermagem; Universidade de Santa Cruz do Sul, RS; Orcid: 0000-0001-9961-4915; caroline97bertelli@hotmail.com; Bolsista CAPES.

3 Bacharel em Enfermagem; Universidade de Santa Cruz do Sul, RS; Orcid: 0000-0001-5359-1228; brezendem97@gmail.com; Bolsista CAPES.

4 Bacharel em Enfermagem; Universidade de Santa Cruz do Sul, RS; Orcid: 0000-0003-3095-4879; luisa.gelsdorf@hotmail.com.

5 Doutora em Saúde da Criança e Adolescente; Universidade de Santa Cruz do Sul, RS; cezanereuter@unisc.br; Orcid: 0000-0002-4549-3959.

6 Doutora em Serviço Social; Universidade de Santa Cruz do Sul, RS; skrug@unisc.br; Orcid: 0000-0002-2820-019X.



e a inserção do indivíduo, pode ser considerado como um dos maiores desafios da prática profissional, especialmente para os trabalhadores da saúde, principalmente em tempos como os enfrentados, atualmente, com a pandemia da Covid-19 (SCHALL; STRUCHINER, 1999; PALÁCIO; TAKENAMI, 2021).

A ideia de fomentar o diálogo entre educação e saúde, parte do pressuposto de que o indivíduo precisa estar inserido e participativo durante todo o processo. Desse modo, destaca-se que uma das maneiras encontradas para alcançar o êxito pode acontecer a partir da compreensão de que educar requer práticas dialógicas, inovadoras e, ainda, que defendam a procura pela democratização das informações, levando em consideração as diferentes culturas e formas de entendimento (PALÁCIO; TAKENAMI, 2021).

Dentre as ferramentas e materiais disponíveis, que podem auxiliar na execução das práticas e ações de educação em saúde à população, está o Guia Alimentar da População Brasileira (2014), criado através das Políticas de Promoção em Saúde e de Alimentação e Nutrição. O manuscrito, além de conter recomendações e orientações, também aponta acerca do consumo diário de frutas, verduras e legumes - devido seu teor rico em vitaminas, minerais e fibras - nas refeições, como alternativa para proteção da saúde e diminuição do risco de doenças.

A alimentação faz parte do conjunto de determinantes e condicionantes da saúde. Diante do cenário atual, surgem discussões a respeito dos caminhos para a promoção de uma alimentação saudável e adequada no enfrentamento do novo coronavírus (MARTINELLI *et al.*, 2020). Salienta-se que a educação alimentar e nutricional implica diretamente no bem-estar dos indivíduos ao longo dos anos, dessa forma a interação entre os campos da saúde e educação, independentemente de onde ocorra, constitui um caminho importante para a conquista da qualidade de vida (CARVALHO, 2015; MACHADO *et al.*, 2021; ROSA *et al.*, 2020).

Nessa direção, o objetivo deste capítulo é discutir a respeito da prática alimentar, obesidade e a Covid-19, estimulando a prática de educação em saúde como alternativa para melhora deste quadro.

IMPACTOS CAUSADOS PELA PANDEMIA DA COVID-19 NA ALIMENTAÇÃO DA POPULAÇÃO

O comportamento alimentar é considerado um hábito, ou seja, pode ser compreendido como um conjunto de respostas a contextos específicos e que são moldados por diferentes fatores, sejam eles pessoais e/ou sociais. Além disso, normalmente baseiam-se em padrões de repetição e recompensa e, por vezes, são automáticos e difíceis de mudar (MARTY *et al.*, 2021).



A Covid-19 exigiu que intervenções fossem realizadas pelos países, estados e municípios, e, dentre elas, a restrição social é uma das mais difundidas pelas autoridades, devido sua efetividade. Ambientes como escolas, academias, faculdades, templos religiosos e outras tantas instituições precisaram paralisar suas atividades presenciais, ocasionando impactos que ultrapassaram a esfera social e que, conseqüentemente, atingiram também os âmbitos da saúde e educação (MACHADO *et al.*, 2021). Como consequência, já é possível observar as repercussões clínicas e comportamentais dessas mudanças, refletidas no estilo de vida dos cidadãos e que podem contribuir no aumento de taxas de sobrepeso e obesidade, intensificando as Doenças Não Transmissíveis (DCNT) (MALTA *et al.*, 2020; MARTINELLI *et al.*, 2020; DA SILVA *et al.*, 2021).

Com a chegada da pandemia, as pessoas se depararam com desafios inesperados. O medo pelo desemprego, a crise sanitária, estresse e incertezas auxiliaram para o desequilíbrio do nosso sistema imunológico (READ *et al.*, 2018). Em decorrência das medidas de isolamento social, as pessoas deixaram de praticar atividade física e passaram a se alimentar de forma inadequada, o que contribuiu para o aumento significativo de peso da população.

Embora haja consensos quanto à importância do consumo de alimentos saudáveis e acerca de escolhas alimentares benéficas, por motivos de conveniência e pela diminuição do preço de alimentos processados, notou-se alterações nos hábitos alimentares e no padrão nutricional dos indivíduos (MARTY *et al.*, 2021). Conforme destacado por Guan *et al.* (2020), a diminuição da renda e o trabalho em casa, também são fatores que podem auxiliar em mudanças nos padrões alimentares e em comportamentos sedentários, tanto de adultos, quanto de crianças e adolescentes.

A partir de um estudo realizado na França, no ano de 2020, Marty *et al.* (2021), destacaram uma diminuição da qualidade nutricional dos 938 participantes da pesquisa. Para os autores, essas mudanças podem ser explicadas devido ao estado de humor oscilante dos participantes e, também, às modificações impostas pela pandemia, a partir do fechamento e das restrições quanto ao funcionamento de restaurantes e outros locais de alimentação.

Nos Estados Unidos, desde o início da pandemia, observou-se um crescimento das compras em supermercados, destacando o alto volume de alimentos ultraprocessados e sua densidade energética, a exemplo: batatas fritas, pipoca, chocolate e sorvete (MALTA *et al.*, 2020). Martinelli *et al.* (2020) inferem que o aumento no consumo desses alimentos pode estar relacionado a sua maior disponibilidade, variedade e longa vida útil, todavia, com baixa qualidade nutricional.

O consumo exagerado de alimentos altamente calóricos representa prejuízos à nossa saúde e causam sérias alterações metabólicas. Além disso, os alimentos não saudáveis estão diretamente associados ao ganho de peso corporal (SANTANA;



PIRES; SCHUENGUE, 2018). Manter uma alimentação saudável é indispensável para a saúde humana e, ainda, pode auxiliar na prevenção da Covid-19, ao passo que os alimentos fornecem nutrientes e compostos bioativos que auxiliam na integridade e manutenção da barreira imunológica (DALTOÉ; DEMOLINER, 2020).

CORRELAÇÃO DA OBESIDADE COM PIOR PROGNÓSTICO NA COVID-19

O último relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde, em 22 de abril de 2021, revela o quadro atual da pandemia de Covid-19, onde estão documentados mais de 143 milhões de casos confirmados e em torno de 3 milhões de mortes pela doença (OPAS, 2021). No território nacional, o número de acometidos pelo vírus tem crescido gradativamente e o país confirmou mais de 14.122.795 casos e 381.475 mortes até a data supracitada (BRASIL, 2021).

O número de pessoas obesas no país vem ganhando proporções cada vez maiores, configurando-se a obesidade como um problema de saúde pública. A patologia mencionada tem sido estudada como um dos fatores agravantes de maior relevância em relação a Covid-19 (MONGIOÌ *et al.*, 2020). O índice de massa corporal (IMC) é um dos parâmetros mais utilizados para diagnóstico de obesidade, e de acordo com este método, são considerados indivíduos obesos aqueles que apresentam $IMC > 30\text{kg/m}^2$. Ainda, a obesidade pode ser categorizada em três classes, onde a classe 3 ($\geq 40,0\text{ kg/m}^2$) apresenta o maior risco para comorbidades relacionadas ao coronavírus (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Em estudo realizado por Silva *et al.* (2021), que buscou identificar a obesidade como um fator de risco agravante para a morbidade pela Covid -19, notou-se que essa doença estava associada a fatores como: necessidade aumentada de suporte de oxigenoterapia durante a internação, ventilação mecânica invasiva, maior tempo para a extubação dos pacientes, cuidados intensivos e a mortalidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade é uma patologia multifatorial, caracterizada pelo excesso de tecido adiposo na composição corpórea. Trata-se de uma patologia crônica, considerada uma das principais causas de morte no Brasil (BERDEGUÉ; AGUIRRE, 2018). Complexa por sua etiologia, a doença envolve aspectos socioculturais e ambientais em seu desenvolvimento (MARTELLETO *et al.*, 2021; DA SILVA *et al.*, 2021).

A obesidade pode ainda configurar-se como um fator agravante para outras doenças, trazendo prejuízos e alterações metabólicas ao indivíduo, refletidos em problemas graves tanto de ordem respiratória, como locomotora (DA SILVA, 2021; MARTELLETO *et al.*, 2021; ROCHA *et al.*, 2021). Sabe-se, também, que a Covid-19 compromete a função pulmonar do paciente, pois condiciona a diminuição do volume



de reserva expiratória e da capacidade funcional, expondo o indivíduo a necessidade de um maior esforço respiratório, além de aumentar a suscetibilidade do mesmo a infecções e lesões do parênquima pulmonar (MARTELLETO *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021).

Percebe-se que a obesidade é uma característica que pode gerar complicações entre os casos que progridem com maior gravidade diante da contaminação pelo novo coronavírus, já que o excesso de tecido adiposo tem um papel inflamatório no organismo. Essa inflamação crônica potencializa e fundamenta o agravamento e, até mesmo, a morte por Covid-19 em pacientes mais jovens (SILVA, 2021; DA SILVA, 2021).

Complementarmente, autores como Martelleto *et al.* (2021) discutem que a infecção causada pela Covid-19 desencadeia uma resposta imunológica do organismo e, quando esta ocorre de forma equilibrada, a doença evolui de forma benigna e autolimitada. Todavia, ao nos depararmos com a forma grave da patologia, quando ocorre uma resposta imune exacerbada, denominada de “tempestade de citocinas”, observamos uma reação inflamatória excessiva (MARTELLETO *et al.*, 2021). O estado pró-inflamatório já presente no indivíduo obeso, somado a covid-19, piora o prognóstico dos infectados pela doença, tornando-se de difícil manejo clínico esse perfil de paciente (MARTELLETO *et al.*, 2021; DA SILVA *et al.*, 2021).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

O impacto no campo da saúde causado pela chegada repentina da Covid-19 tornou-se um desafio devido a necessidade de mobilização global imediata. Além de estratégias no âmbito governamental, o apoio e a participação social se mostraram decisivos no restabelecimento do sistema e combate à doença (LAKE, 2020).

Agências como a Organização Mundial da Saúde apontam a prevenção como estratégia sanitária essencial para diminuir a curva de contaminação do vírus (WHO, 2020; LIMA, SILVA; JÚNIOR; MACEDO; OLIVEIRA, 2020). O processo de educação é contínuo, os profissionais de saúde têm trabalhado incessantemente na divulgação de conhecimento acerca da maneira correta de higienização das mãos, uso de máscara e em relação ao distanciamento social.

A pandemia trouxe à tona aspectos importantes para a saúde da população, como a prática de atividade física e a necessidade de adotar comportamentos alimentares mais saudáveis (GUAN *et al.*, 2020). De forma conjunta, é preciso fomentar a construção de ações informativas, voltadas para a educação alimentar, estimulando hábitos saudáveis, baseados em escolhas alimentares diárias alinhadas com a saúde



e bem-estar (MARTINELLI *et al.*, 2020).

A alimentação dá condição básica à própria vida, podendo influenciar substancialmente de maneira negativa ou positiva na saúde do indivíduo. Além do Guia Alimentar, citado anteriormente, a pirâmide alimentar, ilustrada na Figura 1, é um instrumento didático e ilustrativo, acerca de orientações que podem vir a auxiliar na escolha e seleção de todos os grupos de alimentos. Com ela é possível planejar refeições diárias, de maneira adequada e variada, bem como quantificar a ingestão alimentar, visando sempre a promoção da saúde e adoção de hábitos nutricionais saudáveis (GOMES; TEIXEIRA, 2016; ROSA *et al.*, 2020).

Figura 1 - Pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira



Fonte: PHILIPPI, 2013.

Apesar de não existir comprovação científica de que um alimento ou dieta específica previna a contaminação por Covid-19, sabe-se que o condicionamento do sistema imunológico é construído através de bons hábitos e qualidade na alimentação, buscando dietas balanceadas e evitando aquelas restritivas (GOMBART; PIERRE; MAGGINI, 2020). De fato, optar por um cardápio diversificado, que inclui alimentos *in natura*, ricos em minerais, fibras e vitaminas reduz o risco de desenvolver doenças, gerando uma resposta imune mais eficiente (PINTO, 2019).

No entanto, priorizar única e exclusivamente a adoção de tais hábitos não exime o sujeito de responsabilidade, já que a combinação das demais medidas de prevenção citadas anteriormente são vitais para o autocuidado e vão ao encontro ao



pensamento coletivo. Estratégias de promoção de saúde que enfatizem a alimentação saudável devem ser preconizadas. A fim de aumentar a conscientização, informação, disseminação de conhecimento e favorecer a mudança dos antigos e influenciar assertivamente novos hábitos (GOMES; FRINHANI, 2017).

Autores como Spring (2020), discutem que a sociedade é considerada alfabetizada em saúde quando entende a gravidade de uma situação e é capaz de proteger a si e aos outros, através de ações simples. Todavia, uma interlocução fundamental entre a população e os métodos de se fazer educação em saúde pode ser realizada pelos provedores de informações, os quais devem transmitir o conhecimento de forma clara e simples, para que possa ser compreendida. É através do coletivo, onde governo, mídia, profissionais de saúde e público em geral desempenham seu papel de forma responsável e que vidas são salvas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os aspectos discutidos, é relevante considerar que o surgimento da Covid-19 enfatizou pontos que corroboram com a existência de uma pandemia mais antiga e mais comum do que a já mencionada: a pandemia da obesidade. Entretanto, é de suma importância que o indivíduo disponha de boa saúde para que o surgimento de uma doença praticamente inevitável não ameace a continuidade da vida. As escolhas por hábitos saudáveis devem estar em constante equilíbrio para que seja possível alinhar o corpo e a mente.

Não existe receita mágica para o sucesso durante as práticas de educação em saúde. Construir e fortalecer este processo depende de boas escolhas para que o indivíduo esteja fortalecido contra patologias graves, como no caso da Covid-19. A proteção natural do sistema imunológico deriva da soma de um conjunto de atitudes, essencialmente o ato de priorizar alimentos saudáveis e nutritivos, praticar exercícios físicos regularmente, respeitar o tempo de descanso que o corpo exige e preservar boas relações.

REFERÊNCIAS

BERDEGUÉ J.; AGUIRRE P. Obesidade que mata. **O Globo**, 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/obesidade-que-mata-22386691>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014.



BRANDÃO *et al.* **Obesidade e risco de COVID-19: grave**. 1. ed. Recife, 2020, p. 115. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/37572/1/Obesidade%20e%20risco%20de%20Covid%2019%20grave.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel coronavírus**. Atualizada em 08 de março de 2021 [Internet]. 2021 [citado em 09 de mar 2021]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 abr. 2021.

DA SILVA, R. B. *et al.* Por que a obesidade é um fator agravante para a COVID-19?. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6502-6517, 2021.

DALTOE, L. M.; DEMOLINER, F. COVID-19: nutrição e comportamento alimentar no contexto da pandemia. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 5, n. 2, 2020.

GOMES, H. M. S.; TEIXEIRA, E. M. B. Pirâmide de alimentos: guia para alimentação saudável. **Boletim Técnico IFTM**, n. 3, p. 10-15, 2017.

GUAN, H. *et al.* Promoting healthy movement behaviours among children during the COVID-19 pandemic. **The Lancet. Child & adolescent health**, v. 4, n. 6 p. 416-418, 2020.

GOMBART, A. F.; PIERRE, A.; MAGGINI, S. A Review of Micronutrients and the Immune System—Working in Harmony to Reduce the Risk of Infection. **Nutrients**, v. 12, n. 1, p. 1–36, 2020.

LAKE, M. A. What we know so far: Covid-19 current clinical knowledge and research. **Clin Med**, v. 20, n. 2, p.124-7, 2020. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-coron>

LIMA, N. M. F. V *et al.* Projeto acolhendo memórias promovendo educação em saúde e orientações nutricionais para idosos durante a pandemia do covid-19: relato de experiência. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 12, n. 1, 2020.

MALTA, D. C *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020407, 2020.

MACHADO, N. M. M *et al.* Recursos educativos digitais para a promoção da alimentação adequada e saudável: relato de experiência. *In*: JUNIOR, Oswaldo Hideo Ando (org.). **Ações e experiências para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 – 2**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2021. 204p.



MARTELLETO, G. K. S *et al.* Principais fatores de risco apresentados por pacientes obesos acometidos de COVID-19: uma breve revisão. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 13438-13458, 2021.

MARTINELLI, S. S. *et al.* Strategies for the promotion of healthy, adequate and sustainable food in Brazil in times of Covid-19. **Revista de Nutrição**, v. 33, 2020.

MARTY, L. *et al.* Food choice motives and the nutritional quality of diet during the COVID-19 lockdown in France. **Appetite**, v.157, 105005, 2021.

MONGIOÌ, L. M *et al.* Possible long-term endocrine-metabolic complications in COVID-19: lesson from the SARS model. **Endocrine**, v. 68, n. 3, p. 467-470, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa COVID-19** – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil [Internet]. 2021 [citado em 22 de abril 2021]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.

PALÁCIO, M. A. V; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology)* **Visa em Debate**, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

PHILIPPI, S. T. **Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável**, 2013. Disponível em: <http://www.piramidealimentar.inf.br/>. Acesso em: 27 abr. 2021.

PINTO, Paula. **Padrão Alimentar Mediterrânico**: um estilo de vida para todos. 3. ed. *Semana de Hábitos Saudáveis-Serviços de Ação Social*, IPSantarém, 2019.

READ, J. M *et al.* Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. **medRxiv**, 2020.

ROCHA, G. V *et al.* A influência da obesidade na mortalidade de adultos com COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1405-1418, 2021.

ROSA, W. A. G. *et al.* Educação em saúde para uma alimentação saudável: atuação do enfermeiro. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 10, n. 1, p. 1, 2020.

SANTANA, B. S. B.; PIRES, C. M. L.; SCHUENGUE, C. M. O. L. A obesidade como um fator de impacto e problema na saúde pública e seus fatores de influência. **Anais do**



Seminário Científico do UNIFACIG, n. 4, 2018.

SCHALL, V; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad Saude Publica**, v.15, Supl 2, 1999.

SILVA, G. M *et al.* Obesidade como fator agravante da COVID-19 em adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Acta paul. enferm.**, v. 34, eAPE02321, 2021.

SPRING, H. Health literacy and COVID-19. **Health Info Libr J.**, v. 37, n. 3, 2020. doi:10.1111/hir.12322

WHO. World Health Organization. **Advice for the public on COVID-19**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em: 14 ago. 2020.



EDUCAÇÃO E INTERFACE NA SAÚDE

Renata Aparecida Belei¹

Sheila Esteves Farias²

O mundo vem sendo marcado por mudanças radicais, tanto pelo efeito da pandemia de COVID-19 quanto pelas alterações econômicas, climáticas, tecnológicas e culturais que se intensificaram. Na educação, o impacto desse movimento é visível no Brasil e possui um forte incentivo envolvendo a formação em saúde, subsidiado por iniciativas educacionais que estão sendo desenvolvidas em torno de uma abordagem interdisciplinar e do trabalho multiprofissional (PEDUZZI *et al.*, 2013).

De forma geral, a área da saúde possui uma formação tradicionalista, onde conteúdos são apresentados sem a devida integração com a prática. Muitas instituições de ensino já modificaram seus programas, porém é preciso ir além. O foco da formação precisa estar centrado nas interações interprofissionais e na melhoria do cuidado ao paciente, que deverá ser o centro da assistência prestada. Cada profissão possui suas especificidades, e quando se promove a união de um grupo de trabalhadores, focados em um objetivo comum, que necessita ser o usuário do sistema de saúde, e no trabalho colaborativo, a prática se torna mais holística e o processo de trabalho se integra em várias vertentes.

Quando a educação se volta para a formação e para a capacitação contínua dos profissionais da saúde, reconhecendo suas fragilidades enquanto profissão independente, evidencia-se a busca pela melhoria do cuidado ao paciente. Mas para isso, muitos conceitos precisam ser revistos e discutidos. Há muito a ser melhorado na área da saúde e a educação é necessária para instigar reflexões, principalmente quando se analisa tantos eventos adversos causados aos pacientes em decorrência dos cuidados prestados aos mesmos.

É relevante refletir sobre a cultura das instituições de saúde que -reconhecem a existência de riscos em determinadas práticas, mas que apostam em resultados positivos, sem estabelecer medidas que assegurem a confiabilidade do sistema;

1 Doutorado em Educação pela UNESP-Marília
Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
Orcid: 0000-0003-2386-6360
Email: rabelei@yahoo.com.br

2 Mestrado em Enfermagem pela UEL-Londrina/PR
Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
Orcid: 0000-0002-6789-9132
Email sheila_ef@hotmail.com



que acreditam que todos os profissionais possuem domínio sobre suas práticas sem avaliações prévias ou sistemáticas do grau de conhecimento e entendimento da rotina; ou mesmo sem incentivos ao reconhecimento da falta de habilidades e experiências, de forma a auxiliar e não punir.

Nesse contexto, os profissionais da saúde atuam em serviços de saúde onde há gradientes de hierarquia entre os trabalhadores, sendo que o mais oportuno é o estabelecimento e manutenção de uma cultura organizacional que valorize o trabalho em equipe, em parceria, e diminua a altura e o número de degraus entre as diferentes profissões. Isso fragmenta o cuidado ao paciente e impede a melhoria de processos de trabalho, pois cria obstáculos que dificultam a comunicação clara e objetiva, interferindo nas práticas planejadas e prescritas. Um plano de gestão compartilhado, com alinhamento de interesses, pode auxiliar a conduzir a equipe em cenários diversos, onde todos são convidados a contribuir e decidir para o melhor cuidado ao paciente.

Profissionais da saúde precisam ser formados a fim de atuar auxiliando e não prejudicando o paciente e a equipe envolvida. É relevante que trabalhem com foco na eficiência, evitando desperdícios; com eficácia, pois todas suas ações necessitam ser pautadas no melhor conhecimento científico; e com empatia, pois há um ser humano que depende de suas ações e é necessário sempre se colocar no lugar do outro ao se tomar atitudes e decisões.

As práticas educativas realizadas no dia a dia dos profissionais da saúde precisam intensificar o trabalho com foco no paciente, com atenção ao respeito, preferências pessoais, valores individuais e compartilhamento de decisões. A educação pode e deve incentivar um trabalho baseado no conhecimento, na motivação e comprometimento. A qualidade do trabalho na saúde depende dessa interface, de forma a manter níveis de qualidade, que está relacionada também aos benefícios ofertados pela instituição, aos treinamentos permanentes e ao compartilhamento das melhores práticas.

Também muito importante para uma atuação de excelência na saúde é o tema liderança, geralmente trabalhado durante a formação, ser voltado para reduzir o distanciamento entre os que decidem as ações, dos que as executam. A saúde precisa de líderes que sejam formados para transmitir mensagens de credibilidade à equipe e usuários do sistema de saúde. Serviços de saúde que tenham profissionais formados para atuar envolvendo seus pares, em uma rede de colaboração, de forma a manter uma competição de qualidade, instituindo o sentimento de orgulho coletivo pela instituição, e que estão propensos a manter equipes envolvidas e com qualidade.

Valorizar o profissional, desde sua formação, pode ser uma estratégia para modificar de forma extremamente positiva o processo de trabalho na saúde. As pessoas são elementos chaves nas diferentes organizações e por isso devem ser sempre incluídas nas soluções dos problemas identificados nas instituições. Muitas



vezes os profissionais da saúde valorizam apenas a figura médica, ou apenas os *experts*. Essas escolhas são barreiras para a qualidade do trabalho, pois é preciso reconhecer o papel de todas as categorias nas situações a serem trabalhadas, e integrar os diferentes conhecimentos no desenho dos processos de trabalho. Estimular a participação de diferentes categorias pode contribuir para que se testem outras propostas, façam medições dos resultados e as devidas correções sejam realizadas.

A educação tem papel fundamental em apontar essas reflexões na formação dos profissionais da saúde, pois é essencial que tais conceitos sejam enraizados desde as primeiras lições da prática profissional, que geralmente envolvem muitas relações sociais e interprofissionais. Os profissionais da saúde necessitam envolver todos os demais nas situações-problemas para se delimitar as estratégias a serem traçadas em benefícios do paciente. Atuar de forma coletiva, integrada, padronizada, medindo resultados para avaliar se houve melhoria, de forma duradoura, com controle de indicadores e processos, é a meta desejada.

Para se alcançar bons resultados e melhorias nos processos de trabalho é importante criar um ambiente de colaboração mútua, tanto no planejamento quanto na prestação dos cuidados ao paciente. E esse ambiente só existirá se houver a intenção por parte dos profissionais da saúde. Neste momento entra a educação, primordial para definir o perfil do profissional e aprimorá-lo durante seu exercício profissional, para que atue de forma colaborativa em busca de melhorias de processos e de resultados, com foco na negociação, delegação e trabalho em equipe.

Processo de trabalho colaborativo exige o envolvimento de pacientes, família e lideranças. E projeto de melhoria na área da saúde necessita de equipe que atue com compaixão, empatia, de forma coordenada e integrada, com foco incansável e centrada no paciente, porém engajando outros departamentos e todos os envolvidos, para que seja possível compartilhar sucessos e desafios, muitas vezes identificados durante visitas, rondas diárias e discussão com os participantes nos processos em andamento. Essas são as visitas multiprofissionais estruturadas, que atualmente estão sendo desenvolvidas no dia a dia dos serviços de saúde, e promovem grandes avanços na área, pois ajudam a rever estratégias, adaptar práticas e melhorar a comunicação. De igual modo deveria ser baseada a formação dos profissionais da saúde e as práticas educativas realizadas nos serviços, enfatizando a colaboração e a participação de todos em prol do paciente.

Quando um profissional é formado e estimulado em seu ambiente de trabalho a atuar de forma interdisciplinar, há uma intencionalidade em se promover a justaposição dos diferentes saberes disciplinares e profissionais e evitar a fragmentação do conhecimento. Entretanto, a área da saúde é marcada pela fragmentação do trabalho. São várias profissões atuando no mesmo paciente, ao mesmo tempo, porém de forma separada. Faz parte da cultura dos serviços de saúde a hierarquização



do conhecimento e da gestão do cuidado do paciente, permeada por processos burocráticos e muito centralizada, com profissionais nem sempre remunerados de forma digna, com qualidade questionável e pouca responsabilidade em relação à sua participação nos cuidados, que é extremamente subdividido (CECÍLIO, 1997).

A hierarquia presente nos serviços de saúde pode ser em decorrência de interesses econômicos, para maior controle de custos. Entretanto, a atuação dos diferentes profissionais passa a ser desarticulada e, considerando que serviços de saúde possuem uma forte concorrência entre os trabalhadores, essa estrutura de gestão torna-se improdutiva, pois acaba reforçando mais ainda o trabalho individual e sem colaboração entre as diferentes categorias (CAMPOS, 2007).

Todo profissional da saúde precisa desenvolver a capacidade de problematização baseada no contexto, com o objetivo de buscar melhorias no cuidado planejado ao paciente. Para isso, sua formação e as ações de educação permanente desenvolvidas nas instituições da saúde precisam focar na cooperação, nas relações sociais que permeiam o processo saúde-doença. São muitos os eventos adversos identificados e que afetam os pacientes, e é preciso integrar o trabalho dos diferentes profissionais na busca da segurança do paciente e da melhoria dos processos de trabalho, que também beneficiam os próprios colaboradores. Porém, o que se visualiza são atividades fragmentadas, com a precarização do trabalho e do trabalhador e baixa satisfação profissional, principalmente da enfermagem. Essa categoria, alicerce do cuidado ao paciente, atua em um processo de trabalho fragmentado, dividido por tarefas pontuais que muitas vezes não possibilitam a visão holística do cuidado. E essas condições desestimulam a equipe, aumentam a rotatividade dos recursos humanos e os riscos de eventos adversos. Por isso, a formação dos profissionais da saúde necessita integrar as profissões e estimular o trabalho colaborativo, para que atuem de forma interdisciplinar com as equipes multidisciplinares, pois as pessoas podem construir conhecimentos a partir de suas interações sociais e com o ambiente.

A educação precisa estar projetada na área da saúde para promover a articulação da teoria com a prática e estimular o trabalho integrado, com a intenção de compartilhar conhecimentos e decisões. Preparar a formação dos profissionais da saúde para que atuem a partir das demandas da população assistida, permitindo a contextualização das situações problemas por meio de simulações da prática profissional, por exemplo, ou por capacitações no próprio campo de atuação, chamadas de *On the Job*, pode se configurar como uma estratégia promissora. Utilizar o local de trabalho para realizar educação permanente é uma estratégia para dar oportunidade a todos, pois flexibiliza a prática educativa, reduz o tempo de deslocamento e não deixa o paciente desassistido.

Nos dias atuais, em que as pessoas têm escassez de tempo para estar presente em treinamentos que fogem do seu horário habitual de atuação, a capacitação *On the Job* também é um excelente recurso. No entanto, é interessante observar que esse



tipo de abordagem deve ser realizada em curtos períodos de tempo, dissociando conteúdos, para que não fiquem extensos e ainda prover recursos humanos suficientes para suprir a ausência de quem está participando da capacitação, de forma que o paciente não fique sem assistência ou com a qualidade da mesma prejudicada.

Quando se opta por práticas educativas *On the Job*, pode-se utilizar pastas com orientações sobre determinados conceitos aplicáveis na resolução de problemas da prática. São ações educativas mais individualizadas, mas que podem ser realizadas em pares, no próprio setor de trabalho, de forma mais objetiva e pontual. Busca relacionar o conteúdo abordado com a unidade onde é realizada, reforçando ações adequadas e instigando os relatos de experiências vivenciadas e ações adotadas. Nelas, o uso de questionamentos pode permitir a reflexão dos participantes em relação à sua atuação e ao conjunto de ações realizadas pelos demais profissionais em relação ao problema abordado. Porque quando se contextualiza um problema, há maior chance de se atingir o significado do mesmo (BRANSFORD *et al.*, 2000). Nesse sentido, o ambiente pode contribuir para causar impacto no comportamento de quem ensina e de quem participa da prática educativa, pois pode estimular o engajamento em busca de reflexões, buscar saídas e resoluções dos problemas. E atualmente, a demanda é pela resolução de problemas, e a educação necessita se projetar nesse sentido, preparando e estimulando comportamentos nesse foco.

É preciso focar a educação na saúde para buscar habilidades em trabalhar de forma integrada e colaborativa na resolução de problemas. Desenvolver habilidades para o trabalho com competências pré-estabelecidas pode contribuir para esse desenvolvimento. Sendo assim, as práticas educativas necessitam estimular os estudantes e os profissionais da saúde a imaginar e aprimorar a visão crítica e reflexiva do trabalho interdisciplinar, que vai ser o vivenciado nas instituições de saúde.

E como impulsionar a reflexão crítica? Experimentos práticos e simulações, podem fundamentar as reflexões e desenvolver habilidades, mas precisam de conceitos que os embasem. Devem seguir um programa de instrução focado em como os indivíduos aprendem e como resolvem problemas, estimulando o debate e o equilíbrio entre a compreensão da teoria e a aplicação na prática, pois a educação na saúde precisa promover um ensino responsivo e estruturado, sempre centrado na assistência prestada ao paciente. São as metodologias ativas que buscam processos de melhoria na aprendizagem de estudantes e profissionais, para identificar problemas, formular soluções, compartilhar entre os diferentes profissionais envolvidos, buscar opiniões e experiências, medir resultados, construir novos significados e até redesenhar rotas (LIMA, 2017). Esses conceitos podem auxiliar a educação na formação e na capacitação dos profissionais da saúde.

E com o uso das simulações baseadas em contextos vivenciados é possível estimular a reflexão e a ação dos participantes, que podem ser direcionados e amparados em conceitos sólidos, integrando teoria com a prática, porém de forma



interdisciplinar. Podem utilizar casos elaborados a partir de ocorrências reais, subsidiados por questões que podem dirigir a condução dos participantes nas práticas educativas em busca do alcance das competências traçadas.

Também pode-se utilizar cartazes ou placas com a situação-problema, de forma a estimular o registro de opiniões sobre condutas a serem tomadas e que indiquem a condução do processo de trabalho e a necessidade de resposta à raiz do problema. Essa estratégia permite visualizar e redesenhar processos de trabalho, contribuindo para a melhoria do aprendizado, pois o objetivo é instigar as ações dos diferentes profissionais da saúde em um trabalho mais colaborativo.

Quando as práticas educativas são projetadas para estimular a pró-atividade do estudante/profissional, o participante tende a refletir sobre sua conduta. O contato com outros profissionais, desde que conduzido intencionalmente para um raciocínio integrado, pode favorecer a resoluções de problemas que, sozinhos, causariam mais dificuldades com os repertórios individuais. Utilizar situações-problemas retirados da prática diária dos profissionais pode estimular propostas de intervenções e aprimorar o processo de ensino-aprendizagem, pois explorar o contexto para aumentar a abordagem do problema pode contribuir para ampliar a reflexão dos participantes para serem proativos.

Integrar problemas simulados e reais de forma a permitir análises que estimulem o agir e a atuação ativa no contexto vivenciado ainda é um desafio diário das práticas educativas, porém necessário. Quando se utilizam essas estratégias, há maior chance de que significados sejam construídos e a aprendizagem, bem sucedida. Pode-se apoiar e incentivar diferentes avaliações sobre os problemas abordados, de forma a direcionar a elaboração de conceitos e de práticas. E quando essa discussão é apoiada pelos diferentes conhecimentos das categorias que juntas atuam no processo saúde-doença, as análises se aprofundam. Essa é a gestão colaborativa que pode embasar a educação dos profissionais da saúde, no seu cotidiano, e também ser aplicada no planejamento e operacionalização das ações de saúde (GAGLIARDI *et al.*, 2011).

O modo de organização dos serviços de saúde, muito complexo, está em evolução e em busca de ser mais ágil e resolutivo. Entretanto, inicialmente necessita integrar a atuação paralela dos diferentes profissionais, melhorar a comunicação entre os mesmos, entre eles e gestores, e entre todos e pacientes, e estimular a colaboração entre todos. Para se ter colaboração entre os profissionais é preciso ter confiança, que vem da percepção da competência do outro (MAYER *et al.*, 1995).

Segundo D'Amor e Oandasan (2005), profissionais precisam entender e participar de trabalhos coletivos, onde a colaboração deve permear os processos de trabalho dos serviços de saúde, porém mantendo a autonomia. Para isso, as relações entre as pessoas precisam ser conduzidas de forma a integrar indivíduos e instituição, estabelecendo objetivos comuns, com responsabilidade compartilhada



e alianças. Nesse sentido, a educação deve estar voltada para formar profissionais da saúde voltados à colaboração ativa, coesa, estável e sustentada, apesar dos desafios diários presentes no sistema de saúde, pois o conhecimento não pode ser fragmentado, nem entre profissionais, e nem entre instituições. Assim, é relevante que a colaboração seja sistematizada entre profissionais, e entre instituições de ensino e de saúde, como por exemplo, as secretarias de cada cidade, que trabalham com os indicadores referentes às demandas da população atendida. Problemas locais precisam ser considerados nas propostas educativas.

A educação na saúde pode valer-se da combinação de estratégias e métodos de ensino-aprendizagem que busquem integrar o trabalho colaborativo desde a formação, com a abordagem interdisciplinar nas práticas que articulam disciplinas, conhecimentos e práticas baseadas em problemas contextualizados. Direcionar a formação dos profissionais da saúde para uma atuação embasada nas relações sociais, onde a colaboração e o compartilhamento de práticas, conhecimentos e decisões sejam primordiais, pode contribuir para reduzir lacunas entre o ensino e o trabalho, ainda existentes mesmo com as diversas alterações curriculares.

E a problematização também pode permitir reconhecer as atuações distintas de cada categoria profissional, além de seus valores, integrando conhecimentos articulados durante as interações sociais. O uso de narrativas de experiências e práticas profissionais também podem servir como ferramentas do processo de ensino-aprendizagem, pois valoriza a prática vivenciada pelos trabalhadores (GOMES; LIMA, 2019).

Segundo Toassi e Lewgoy (2016), a experiência narrada permite a reflexão sobre os objetivos e competências traçados, pois compartilhar vivências pode auxiliar a integrar o processo de ensino-aprendizagem e contribuir para a gestão do trabalho na área da saúde.

Assim como no mundo contemporâneo, em que a tecnologia se faz presente em todas as situações cotidianas, também no âmbito da educação não poderia ser diferente. As estratégias metodológicas precisam ser revisitadas de modo a atrair o público alvo e proporcionar uma aprendizagem eficaz e aplicável na prática profissional, em que o educador passe de um simples transmissor do conhecimento para um facilitador que torne possível a aprendizagem significativa. Porém, antes de qualquer enfoque tecnológico, o conteúdo a ser apreendido precisa se tornar relevante, ou seja, quem está na posição de “aprendiz” precisa reconhecer o quanto a temática abordada é necessária para o alcance dos objetivos propostos e o exercício seguro da ocupação pretendida.

A palavra aprendiz está entre aspas pois, em um processo de ensino-aprendizagem, tanto o aluno quanto o professor estão em uma constante troca de experiências. Logo, as vivências anteriores não podem ser desprezadas e devem ser



agregadas e problematizadas a cada preleção. O grau de importância que o aluno atribui ao assunto é diretamente proporcional ao nível de interesse na aprendizagem e envolvimento com o tema proposto. Portanto, a compreensão do “porquê” e “para que” devo aprender/participar/interagir, deve ser sempre esclarecida anteriormente a qualquer abordagem metodológica.

Como estratégia de ensino seria mais simples realizar atividades motivacionais, no sentido de sensibilizar os participantes, colocando-o no lugar do paciente para criar compaixão pelo outro. Entretanto, muitas vezes não seria suficiente, assim como não é suficiente apenas desvelar como se faz na prática e não ofertar o embasamento necessário para o entendimento e a concretização do ensino-aprendizagem. É preciso despertar motivação para o tema, principalmente se forem conteúdos polêmicos ou de difícil adesão, pois não existe uma receita, um *script*, e partir das vivências e do cotidiano da equipe, pode ser uma estratégia de enfrentamento.

A cada fase da vida o aprendizado ocorre de forma diferente. No entanto, independente da idade, quanto maior a aproximação com o tema, maior será a aquisição do conhecimento. Dessa forma, a teoria precisa ser aliada à prática, bem como revisitada, sempre que possível, a fim de elucidar qualquer aresta que ainda possa estar não conforme com o objetivo proposto. A fixação de conteúdos envolve utilizar diferentes planos para um mesmo assunto, e ainda saber que cada indivíduo tem um tempo de aprendizagem para assimilar o que foi explanado e praticado.

Para tanto, existe a possibilidade de inúmeras abordagens metodológicas serem aplicadas de acordo com a idade, capacidade cognitiva e tempo de atuação do público-alvo, além do assunto, tempo, ambiente, e que devem ser minuciosamente escolhidas, não para atender ao orientador, e sim cumprir com a intencionalidade pré-determinada, favorecendo uma dinâmica de desconstrução e reconstrução de conhecimentos e informação.

Uma estratégia atraente que os educadores têm lançado mão é a utilização de jogos e atividades lúdicas, por ser uma metodologia instrucional efetiva para melhorar o funcionamento cognitivo e as habilidades psicomotoras, influenciando o comportamento afetivo a partir do aumento da interação social. O jogo, como o de tabuleiro, por exemplo, proporciona a memorização da informação pelo estímulo ao entusiasmo do aprendiz e por seu maior envolvimento, podendo ser usado nos diversos momentos do processo de ensino e aprendizagem pelo professor (GURGEL, 2017).

A pandemia de COVID-19 trouxe a imposição de adoção de novas metodologias para além do que já era comumente utilizado, e com isso surgiram inovações no modelo e estrutura de estratégias previamente planejadas e repetidas. Ocorreu uma maior utilização de plataformas de ensino à distância, do conteúdo tanto teórico, quanto prático, por meio de gravação de vídeos-aula e vídeos-práticos. No entanto, a



maior preocupação com essa estratégia metodológica é certificar a participação do aprendiz, se ocorreu integralmente, e o quanto o participante foi fiel às condições pré-determinadas para promover uma aprendizagem eficaz. Obviamente que ao final de cada explanação/demonstração o correto é realizar testes de avaliação de conteúdo, a fim de analisar a aquisição do conhecimento objetivado. Um ponto positivo do artifício do ensino à distância ou EAD é a possibilidade que o aprendiz tem de revisitar as aulas, tanto teóricas quanto práticas, sempre que sentir necessidade e no momento mais oportuno, em que o mesmo estará com seu cognitivo preparado para processar e ressignificar novas informações. O ensino *online* pode contribuir para a formação e capacitação na saúde também por oferecer comodidade, menor custos e aproveitar uma prática já incorporada ao cotidiano das pessoas, que estão acostumadas a passar tempo *online*.

As estratégias metodológicas precisam ser ampliadas, de acordo com o que vivenciamos e da forma que evoluímos. Muitas vezes, o ambiente e o meio acabam engessando os profissionais da educação em metodologias obsoletas e que não asseguram a aprendizagem significativa esperada. Para mudar este cenário é preciso disposição, coragem e capacidade de contraposição no momento oportuno.

De forma geral, os indivíduos sentem a necessidade de manter a mesma forma do “fazer”, pois mudar demanda dedicação e tempo, e envolve variação de cultura, frequentemente enraizadas nas instituições. Quando ocorre uma exigência de mudança, é preciso persistência e dedicação, e muitas vezes os envolvidos não estão preparados. Nesse momento, a estratégia metodológica precisa ser analisada, planejada e instituída de forma a considerar todas os empecilhos e possíveis infrações do que foi ensinado.

A educação corporativa, do adulto, sempre será um desafio, tendo em vista as adversidades encontradas e que sempre serão justificadas e dificultarão a aplicação das estratégias metodológicas. A educação de alguém que está formado e considerado apto para exercer sua profissão, é mais difícil do que a educação daquele que está aprendendo o ofício e ainda precisa do aval do educador.

Sendo assim, a educação deve atuar nas diferentes interfaces da saúde, combinando métodos e técnicas de ensino-aprendizagem, com novas tecnologias educativas, de forma a contribuir para reduzir a fragmentação na formação e no trabalho (CÂMARA *et al.*, 2016) e estimular a reflexão e a intervenção nos diferentes contextos, firmando uma prática interprofissional e baseada na confiança e na colaboração (TAVARES *et al.*, 2016).



REFERÊNCIAS

BRANSFORD, John D; BROWN, Ann L; COCKING, Rodney R. **How people learn.** Brain, Mind, Experience, and School. Washington, DC: National Academy Press: 2000.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette *et al.* Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 5-8, mar. 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100005&lng=en&nrm=iso. access on 13 May 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0700>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. access on 13 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, Sept. 1997. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso. access on 12 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.

CRISP, Nigel; GAWANAS, Bience; SHARP, Imogen. Task force for expansion of education training the health workforce: scaling up, saving lives. **Lancet**. 2008.Feb 23;371 (9613):689-91. Doi:10.1016/S0140-6736 (08) 60309-8.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J Interprof Care**, 19 (Supl 1):8-20, 2005.

GAGLIARDI, Anna R; DOBROW, MJ; WRIGHT, Frances C. **Surg Oncol** 2011. Set; 20(3): 146-54. Doi:10.1016/J. suron.2011. 06.004. Epub.2011.Jul 16.21763127.

GOMES, Romeu; LIMA, Valeria Vernaschi. Narrativas sobre processos educacionais na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4687-4698, Dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204687&lng=en&nrm=iso. acesso em 12 de maio de 2021. Epub Nov 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.10852018>.



GURGEL, Sabrina de Souza; TAVEIRA, Gedeane Pereira; MATIAS, Érica Oliveira; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. Jogos educativos: recursos didáticos utilizados na monitoria de educação em saúde. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 21, e-1016, jun. 2017.

LIMA, Valéria Vernaschi. Espiral construtivista: uma metodologia de aprendizagem ativa. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, junho de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 maio 2021. Epub 27 de outubro de 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>.

MAYER, Roger C; DAVIS, James H; SCHOORMAN, F David. An Integrative Model of Organizational Trust. **The Academy of Management Review**, v. 20, 3 (Jul), 709-734, 1995.

PEDUZZI, Marina; NORMAN, Ian James; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino; SOUZA, Geisa Colebrusco. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc Enferm USP**, 47(4):977-83, 2013.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, June 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601799&lng=en&nrm=iso. access on 12 May 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07622016>.

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface** (Botucatu) [online], vol. 20, n. 57, p. 449-461, 2016. Epub Jan 22, 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0123>.



ANORMALIDADES ANATÔMICAS E PATOLOGIAS EM PERSONAGENS DE OBRAS DE ARTE NO ENSINO DA ANATOMIA E DA FISILOGIA

Deivis de Campos¹
Henrique Ziembowicz²
Victor Göttems Vendrusculo³
Marina Cabral Lemos⁴
Deryck Aguiar Ribeiro⁵

INTRODUÇÃO

O estudo da Anatomia e da Fisiologia são essenciais para uma formação adequada de qualquer profissional da área da saúde, tanto por permitir o conhecimento estrutural/funcional e inequívoco dos componentes corporais, quanto por desenvolver a capacidade de observação e o respeito ao corpo humano (GAO; LU, 2018; JOTZ *et al.*, 2017; LUCINDA *et al.*, 2018; MOORE, 2014; SILVERTHORN, 2017; ULUSOY *et al.*, 2018). No presente estudo, faremos uma retrospectiva da representação da Anatomia Humana na História da Arte através do homem da Pré-história, que foi, por muito tempo, equivocadamente, considerado incapaz de produzir registros estéticos.

-
- 1 Doutor em Ciências Biológicas: Neurociências pela UFRGS.
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) / Universidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7157-2741>
E-mail: dcampos@unisc.br
 - 2 Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
Universidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9670-9353>
E-mail: henriqueziembowicz@gmail.com
 - 3 Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
Universidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2264-5793>
E-mail: vendrusculogv@gmail.com
 - 4 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/Rio Grande do Sul
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5963-6423>
E-mail: maricabral.lemos@gmail.com
 - 5 Médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Santa Cruz.
Universidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9714-8172>
E-mail: deryck.aguiar@hotmail.com



No período Paleolítico, o homem era um observador atento dos animais e da natureza em si, caracterizando-se, principalmente, pela representação zoomórfica. Através da arte rupestre o entendimento de Anatomia era expresso por meio do conhecimento dos animais. O homem paleolítico criou pinturas com a noção de movimento bem realista. Como exemplo, existe Lascaux, na França; Foz Côa, em Portugal; e a Caverna de Altamira, na Espanha. No registro da Anatomia Humana, a Vênus de Willendorf expressa a racionalidade do homem paleolítico e seus conhecimentos sobre a Anatomia feminina, representada através do exagero nas formas. No Neolítico, o animalismo era substituído pela figura humana, passando a fazer parte do universo representativo. Por meio da pintura esquemática, a Anatomia do homem é representada de forma universal e generalizável. As pinturas do sítio arqueológico do Piauí, no Brasil, caracterizam essa fase. Na História Antiga, o universo corporal era traduzido através das imagens e da escrita, ampliando e reforçando o discurso imagético. Na Mesopotâmia, as esculturas expressavam um corpo rígido, com poucos detalhes anatômicos. Utilizava-se a lei da frontalidade, colocando cabeças, pernas e pés de perfil e o busto em desenho frontal. O olho era destacado, pois se trata do referencial anatômico de diálogo com mundo. No Egito, esculpiam-se faraós e deuses com aparência serena e corpos desproporcionais, visando a expressão de poder e força. Nas tumbas, a arte surge a partir do imaginário a respeito da eternidade da alma. A preocupação religiosa estava relacionada ao destino após a morte, pois o corpo íntegro garantiria a continuação da vida. Os egípcios desenvolveram conhecimentos aprofundados de Anatomia e Fisiologia. Na Grécia, a arte é antropocêntrica, tendo o corpo humano como foco. As esculturas representam a idealização do divino através do corpo humano, transcendendo aos aspectos corpóreos. A escultura grega Laocoonte é um exemplo dessa visão, visto que a representação da tensão da musculatura ocorre em oposição ao rosto calmo e sereno. Em Roma, a arte era utilitarista e voltada aos interesses do Estado. Representando poder, o rosto de autoridades era esculpido em bustos de forma realista. Utilizavam a pintura mural, em que os corpos eram mitificados e divinizados nas paredes das casas, tendo Pompéia e Herculano como exemplos desta prática. Na Idade Média, a Anatomia do corpo era transfigurada, passando a ser subjetiva e proibida. Com base no sofrimento, os corpos eram retratados pálidos e desproporcionalmente alongados, geralmente encobertos, como nas pinturas Bizantinas. A influência da Igreja Católica impediu o conhecimento científico do corpo, que passou a ser estudado através da comparação da Anatomia Humana com os órgãos dos animais. A igreja proibia dissecações em cadáveres por considerar o corpo humano um mistério divino. Além disso, ainda havia o receio de que representações perfeitas das figuras humanas e mitológicas poderiam levar a um retrocesso espiritual e a um retorno à idolatria pagã (BLECH; DOLINER, 2008; DE MASI, 2003; ECO, 2004; NEUMANN, 2015; NOVAES, 2003; SENNETT, 2001). Contudo, o homem moderno se instaura no Renascimento a partir do retorno aos ideais greco-romanos e o resgate do corpo como objeto principal



da produção artística. Nesse sentido, o retrato surge como expressão de identidade e a ciência recupera sua autonomia, tendo como diferencial o artista cientista. Assim, é nesse período que se reinaugura o estudo da Anatomia e da Fisiologia Humana: ao homem é lhe restituído o corpo, pois o corpo surge como uma estrutura bela e harmônica. No entanto, a literatura especializada descreve que o único lugar na Itália medieval e renascentista onde se permitia dissecações científicas esporádicas era na Universidade de Bolonha. Entretanto, para os artistas ambiciosos que não podiam ir à Bolonha ou aqueles para quem estas raras ocasiões não bastavam, a frustração os levava quase sempre a atividades ilegais. Eles roubavam cadáveres de prisioneiros recém-executados, tirando-os de suas covas e transportando-os clandestinamente para seus laboratórios secretos. Ali, os artistas dissecavam e exploravam, faziam esboços rápidos à luz de velas, e se livravam das evidências antes do amanhecer. Até mesmo o grande gênio renascentista, Leonardo da Vinci, foi levado ao Vaticano em 1513 pelo novo papa, Leão X, que lhe incumbiu de uma série de tarefas. Após três anos morando no palácio papal e explorando Roma, o grande Leonardo não havia produzido quase nada. O papa Leão, furioso, decidiu ter um confronto decisivo de surpresa com o artista e intimidá-lo a completar algumas de suas tarefas. No meio da noite, rodeado por vários guardas suíços imponentes, o papa invadiu os aposentos palacianos privados de Leonardo, acreditando que o acordaria de um sono profundo. Ao invés disso, ficou horrorizado ao encontrar Leonardo bem acordado, com dois ladrões de túmulos, em pleno trabalho de dissecação de um cadáver recém roubado – sob o mesmo teto do papa. O papa Leão, imediatamente expulsou Leonardo do Vaticano, lugar onde jamais poderia pisar. Logo após isso, Leonardo chegou à conclusão de que era mais seguro sair da Itália e se mudar para a França, onde passou o resto de sua vida. A propósito, é por este motivo que as pinturas a óleo mais famosas do grande gênio italiano, incluído a Mona Lisa, estão todas em Paris, no museu do Louvre (BLECH; DOLINER, 2008). Dessa forma, os grandes artistas da Renascença, mesmo que de forma clandestina, sempre mantiveram uma rotina de estudos no âmbito da Anatomia e da Fisiologia (GHOSH, 2015; SMITH, 2006). Isso se deve pelo fato de que eles queriam aprender o máximo possível sobre a estrutura interna do corpo humano, para chegar ao nível de excelência dos antigos artistas greco-romanos na representação da forma humana. Nesse contexto, fica evidente que as representações artísticas a partir da Renascença começaram, de fato, a evidenciar a realidade anatômica e até mesmo fisiológica/patológica dos seus personagens, pois os artistas estavam comprometidos em representar a forma humana em suas obras com o mais alto grau de fidedignidade. Desse modo, nos últimos anos, a literatura científica tem demonstrado inúmeras evidências de anormalidades anatômicas presentes em muitas obras de arte que podem ser usadas como instrumento de análise para se chegar a diagnósticos de algumas prováveis patologias/doenças existentes no período de execução dessas obras.

Portanto, no decorrer deste capítulo iremos apresentar, a partir de artigos



científicos, algumas anormalidades anatômicas e patologias encontradas em personagens de inúmeras obras de arte, que podem ser usadas como ferramenta didática no ensino da Anatomia e da Fisiologia. A seguir, serão apresentados alguns exemplos:

AS ALTERAÇÕES VISUAIS DE VINCENT VAN GOGH (1853-1890)

Nas últimas três décadas, uma série de artigos analisaram as alterações visuais de Vincent Van Gogh e a possível influência que essas alterações provocaram nas cores usadas em suas obras. Uma das características mais marcantes na obra de Vincent Van Gogh é o enfoque à cor amarela (Figura 1A). A explicação para essa preferência pela cor amarela pode estar baseada em uma alteração fisiológica na retina do pintor. Supõe-se que Van Gogh sofria de epilepsia e, por isso, acreditase que o pintor utilizava uma planta chamada *Dedaleira* no tratamento da epilepsia. Curiosamente, na pintura “*Retrato de Dr. Gachet*” (Figura 1B), de 1890, Van Gogh representa o seu médico com um ramo de *Dedaleira*, o que sugere que a planta poderia ter sido prescrita a Van Gogh pelo próprio Dr. Paul-Ferdinand Gachet. Sabe-se ainda que, no decorrer do século XIV, a *digitalis* era utilizada no tratamento da epilepsia. Nesse contexto, a base dessa hipótese está nos possíveis efeitos tóxicos da planta. Efetivamente, a *Dedaleira* apresenta a *digitalis* que pode ter toxicidade a nível ótico, originado, assim, a xantopsia – uma condição em que os objetos observados parecem amarelos. O efeito tóxico da *digitalis* consiste na inibição das $Na^+/K^+ATPases$, presentes na retina, promovendo a disfunção dos cones e bastonetes (ARNOLD; LOFTUS, 1991; LAWRENSON *et al.*, 2002; LELIEVRE; LECHAT, 2007; SCHNEIDER, 1992; VOSKUIL, 2013).

Figura 1 – (A) *A Noite Estrelada* (1889) e (B) *Retrato de Dr. Gachet* (1890), de Vincent Van Gogh

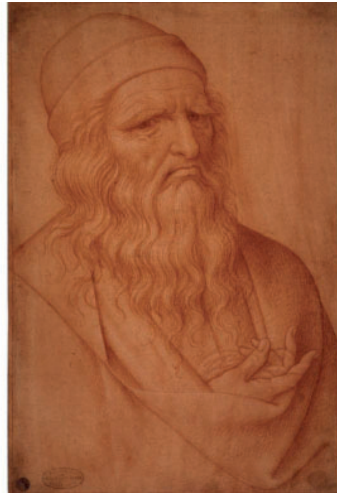


A MÃO DIREITA DE LEONARDO DA VINCI (1452-1519): PARALISIA DO NERVO ULNAR OU MEDIANO?

Recentemente, foi publicado no *Journal of the Royal Society of Medicine* um artigo intitulado “*The right hand palsy of Leonardo da Vinci (1452-1519): new insights on the occasion of the 500th anniversary of his death*”, que propõe um diagnóstico de paralisia do nervo ulnar [*mão em garra*] para a mão direita de Leonardo da Vinci (LAZZERI; ROSSI, 2019). Esse diagnóstico foi feito a partir de um desenho de Giovan Ambrogio Figino (1540-1608), no qual Leonardo é representado com a sua mão direita em um formato atípico e, por consequência disso, os autores sugerem um diagnóstico de “*mão em garra*” (Figura 2). No entanto, outra análise (DE CAMPOS; RODRIGUES; BUSO, 2019) sugere que esse diagnóstico pode estar equivocado, especialmente pelo fato de que a forma como a mão de Leonardo está representada no desenho de Figino não se mostra condizente com as clássicas representações da “*mão em garra*”. No desenho de Figino, é possível perceber que a mão de Leonardo está representada com o formato da “*mão em benção*”, que é decorrente de lesão no nervo mediano. As descrições clássicas e recentes em relação à apresentação clínica da “*mão em benção*” se mostram nitidamente similares ao que é apresentado no desenho de Figino. Vejamos:

- a) Perda da flexão das articulações interfalângicas do primeiro ao terceiro dedos e enfraquecimento da flexão do quarto e quinto dedos.
- b) Perda da flexão das articulações interfalângicas distais do segundo e terceiro dedos.
- c) Incapacidade de fletir as articulações metacarpofalângicas do segundo e terceiro dedos. Assim, quando o paciente tenta cerrar o punho, o segundo e terceiro dedos permanecem parcialmente estendidos [*mão em benção*]. Além disso, diferentemente do que é representado no desenho de Figino, o paciente com lesão no nervo ulnar [*mão em garra*] tem todas as suas articulações metacarpofalângicas hiperestendidas.



Figura 2 – Retrato de Leonardo da Vinci feito por Giovan Ambrogio Figino

Fonte: Gallerie dell'Accademia, Veneza, Itália.

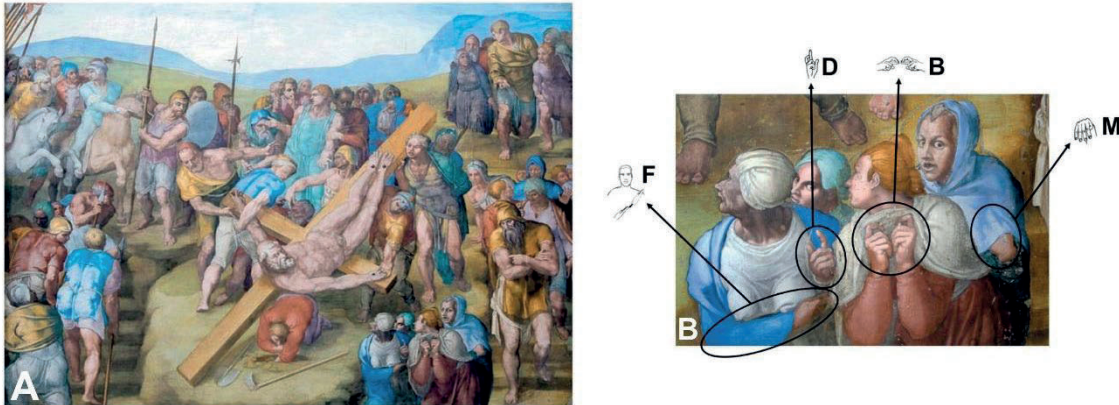
A LÍNGUA DE SINAIS DOS SURDOS NO AFRESCO A CRUCIFICAÇÃO DE SÃO PEDRO, DE MICHELANGELO BUONARROTI (1475-1564)

Desde a antiguidade, diversos especialistas vêm reunindo esforços para facilitar a comunicação dos indivíduos com deficiência auditiva, que, de acordo com a literatura atual, está entre as deficiências que causam maior impacto na qualidade de vida da população mundial. O sistema pelo qual os surdos se comunicam é baseado essencialmente na língua de sinais e no alfabeto manual, este feito através de gestos, expressões faciais e corporais. Embora não se tenha dados exatos da quantidade de pessoas que se comunicavam através da língua de sinais na antiguidade, estudos descrevem que alguns alfabetos manuais eram usados pelos surdos, na Europa, no início do século XV. Talvez isso fosse reflexo de uma quantidade expressiva de surdos que ocupavam praticamente toda a Europa daquela época e que necessitavam do uso da língua de sinais para se comunicar. Nesse contexto, um artigo recente (DE CAMPOS; BUSO, 2020) demonstra, de forma inédita, que o célebre artista da Renascença italiana, Michelangelo Buonarroti (1475-1564), pode ter usado a língua de sinais dos surdos [*antigo alfabeto manual italiano*] no afresco *A Crucificação de São Pedro* (1546-1550), que está situado na *Cappella Paolina*, no Vaticano – Itália (Figura 3A). A partir de uma análise um pouco mais detalhada dessa célebre obra, é possível perceber que na parte inferior do afresco, Michelangelo representou alguns personagens fazendo gestos com as mãos que podem estar de acordo com a língua de sinais dos surdos [*antigo alfabeto manual italiano*] e, conseqüentemente, estar designando as letras *M*, *B*, *D* e *F*. Em conjunto, as letras *M*, *B*, *D* e *F* [*da esquerda para a direita*] podem formar as letras iniciais do nome do artista, da seguinte forma: *Michelangelo Buonarroti De Florença* (Figura 3B). Isso pode demonstrar o engajamento de um dos maiores artistas da Renascença, com uma condição clínica



que, desde a antiguidade, vem sendo estudada por inúmeros especialistas na área da saúde.

Figura 3 - A Crucificação de São Pedro (1546-1550), de Michelangelo Buonarroti



(A) *A Crucificação de São Pedro* (1546-1550). (B) Detalhe do afresco *A Crucificação de São Pedro*. Note que existe uma grande similaridade entre os gestos dos personagens de Michelangelo com os gestos que designam as letras *M*, *B*, *D* e *F* no antigo alfabeto manual italiano, usado na língua de sinais dos surdos.

Fonte: Cappella Paolina, Vaticano, Roma.

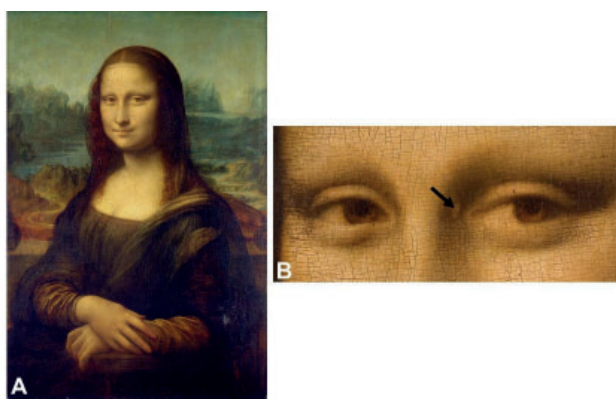
A MONA LISA, DE LEONARDO DA VINCI, TERIA COLESTEROL ELEVADO E HIPOTIREOIDISMO?

De acordo com a descrição de Giorgio Vasari (1511-1574), a *Mona Lisa* (1503), de Leonardo da Vinci, é um retrato de Lisa del Giocondo - *Lisa Gherardini* (1479-1542), esposa de Francesco del Giocondo (1465-1542) (Figura 4A). A literatura especializada (DEQUEKER; MULS; LEENDERS, 2004) relata que Lisa apresenta alterações cutâneas na extremidade interna da pálpebra superior esquerda, semelhantes a um xantelasma (Figura 4B), e um inchaço do dorso da mão direita, sugestivo de um lipoma subcutâneo. Esses achados podem indicar níveis elevados de colesterol. Nesse contexto, Lisa Gherardini, foi considerada a primeira doente com sinais clínicos de hipercolesterolemia familiar ou colesterol hereditário. Adicionalmente, no retrato da *Mona Lisa*, Lisa está representada praticamente sem cílios e as suas sobrancelhas são praticamente imperceptíveis - como se elas não existissem (Figura 4B). Além disso, a coloração de sua pele é amarelada e, embora Leonardo tenha representado Lisa com um véu que encobre a sua cabeça, ainda assim é possível perceber que o cabelo de Lisa é fino e pouco volumoso. Diante desses fatos, alguns autores (MEHRA; CAMPBELL, 2018) sugerem que ela poderia ter um distúrbio endócrino na glândula tireóide, conhecido como hipotireoidismo. Os autores argumentam que em 1503,



quando Leonardo começou a pintar a *Mona Lisa*, Lisa del Giocondo estava com 24 anos de idade e já tinha dois dos cinco filhos que teve com Francesco del Giocondo. Dessa forma, é imprescindível destacar que o hipotireoidismo também se manifesta com grande frequência em mulheres, especialmente naquelas que se encontram na mesma situação de Lisa à época (1503), ou seja, em idade fértil e no período pós-parto. Os autores ainda descrevem que todos esses fatos, somados às condições de vida e à dieta deficiente em iodo desse período na região florentina, teriam levado às manifestações secundárias de hipotireoidismo subjacente.

Figura 4 – *Mona Lisa*, de Leonardo da Vinci



A) *Mona Lisa*, de Leonardo da Vinci. (B) Note no detalhe que existem indícios de um xantelasma (seta).
Fonte: Museu do Louvre, Paris.

MICHELANGELO BUONARROTI (1475-1564) TEVE ARTRITE NO FIM DE SUA VIDA?

Em 2016, um artigo publicado pelo *Journal of the Royal Society of Medicine* (LAZZERI *et al.*, 2016) trouxe um questionamento: Michelangelo Buonarroti teria sofrido com as consequências da osteoartrite? Os autores desse estudo conduziram uma análise minuciosa em obras de arte, correspondências e achados biográficos de Michelangelo a fim de chegar o mais próximo dessa resposta. Vejamos alguns fatos importantes:

Michelangelo mantinha contato com seu sobrinho Lionardo, sendo essas correspondências a principal base literária da vida do mestre renascentista. Uma carta em específico deixa explícito que o artista sofria de “gota”, um termo guarda-chuva para a sintomatologia de artrite na época, descrevendo os detalhes da sua nefrolitíase, desde as expulsões de cálculos renais até casos de obstrução aguda do sistema urinário. Outros achados foram uma artrite tofácea, afetando o pé direito; e um possível envenenamento por chumbo, componente das tintas e solventes e do armazenamento impróprio de vinho, causando nistagmo (movimento involuntário



dos olhos) e possivelmente depressão. Quanto às mãos de Michelangelo, os autores analisaram algumas pinturas da época, todas durante o período dos 60 a 65 anos do mestre. Uma das pinturas analisadas foi a de Jacopino del Conte, feita em 1535 (Figura 5). Todas mostram o artista no período dos 60 aos 65 anos e, especialmente, apontam sua mão dominante, a esquerda, indicando sinais iniciais de uma doença articular não inflamatória (como a osteoartrite). Analisando a pintura, é visível a ação de artrite degenerativa, principalmente no nível da articulação entre o trapézio e os metacarpos e das articulações metacarpofalangianas. Adicionalmente, existem indícios de inchaço na parte dorsal da mão e no polegar, supondo que sejam nódulos artríticos. Esses danos, possivelmente, foram aumentados pelas atividades repetitivas manuais da pintura e escultura, assim como a suspeita de uma disfunção metabólica do ácido úrico. Em cartas, Michelangelo afirma que sua mão não o obedece mais, evidenciando a dificuldade de movimento causada pelas comorbidades. Os autores concluíram que a hipótese de “gota” pode ser descartada, pois não há sinais de inflamação ou depósitos nas extremidades, supondo que os danos às articulações se dariam pela osteoartrite, porém, não descartando a contribuição de uma doença metabólica para as outras disfunções.

Figura 5 – Retrato de Michelangelo Buonarroti feito por Jacopino del Conte



Note que a mão esquerda de Michelangelo apresenta sinais de artrite degenerativa, especialmente na articulação entre o trapézio e os metacarpos e nas articulações metacarpofalangianas.

Fonte: Casa Buonarroti, Florença, Itália.

UM DEDO EXTRA NAS OBRAS DE RAFAEL SANZIO (1483-1520)

O célebre pintor da Renascença, Rafael Sanzio (1483-1520), surpreendentemente, representou seis dedos no pé esquerdo de São José em sua famosa obra de 1504, o *Casamento da Virgem*. Essa variação anatômica é relativamente rara, acometendo



uma pessoa em 3.300 nascidos vivos. Dessa forma, São José é representado com polidactilia, ou seja, com um dedo extra - uma condição autossômica dominante. Na prática clínica, o diagnóstico é confirmado a partir da história do paciente, avaliação visual e amostragem sanguínea para teste genético. Esse último aspecto é curioso, porque o pintor representou também essa condição em outra obra chamada a *Bela Jardineira*, feita em 1507. Nessa obra, Rafael também representou o menino João Batista com seis dedos no pé esquerdo (Figura 6). Assim, é possível considerar um certo grau de parentesco entre São José e o menino João Batista, representados nessas obras de Rafael (MIMOUNI; MIMOUNI; MIMOUNI, 2000). É válido ressaltar que aproximadamente 50% dos pacientes com história familiar positiva, apresentam, ao menos, um genitor afetado pela condição. A literatura especializada descreve que Rafael era cuidadoso aos detalhes e, assim, ficou conhecido: *Rafael não peca pelo excesso de detalhes*. É pertinente considerar que a representação de um dedo extra seja fruto de um erro, porém, é extremamente improvável. A polidactilia aparece inúmeras vezes no mesmo período, representada sistematicamente por diversos artistas. Outra hipótese interessante é aquela oriunda dos especialistas em simbologia: a presença de um dedo extra era usada para indicar um “sexto sentido” naquela pessoa (LAZZERI et al., 2015).

Figura 6 – O Casamento da Virgem (1504) e a Bela Jardineira (1507), de Rafael Sanzio



(A) O *Casamento da Virgem* (1504). (B) A *Bela Jardineira* (1507). Note nos detalhes que o pé esquerdo de São José (C) e o do menino João Batista (D), representado na *Bela Jardineira*, apresentam seis dedos - polidactilia.

Fonte: (A) Pinacoteca de Brera de Milão e (B) Museu do Louvre, Paris.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura especializada tem descrito que arte e medicina têm uma estreita relação. Isso pode ser evidenciado a partir de inúmeras análises/descrições anatômicas e fisiológicas extraídas de desenhos e livros didáticos do século XVI (DAHAN; SHOENFELD, 2017). Assim, o estudo de anormalidades anatômicas e patologias encontradas em personagens de inúmeras obras de arte tornam-se fundamentais para a compreensão dos padrões anatômicos e fisiológicos considerados normais ao longo dos séculos. Além disso, essa abordagem nos fornece uma visão mais fidedigna de como as patologias foram sendo representadas em diferentes contextos culturais e épocas. Nesse contexto, podemos destacar, ainda, que a forma como o estudo da Anatomia e da Fisiologia Humana foi sendo desenvolvido ao longo dos anos é de interesse cultural, pois evidencia a evolução das diferentes formas de ensino na área médica. Apesar dos termos Anatomia e Fisiologia originariamente tratarem, respectivamente, dos processos estruturais e funcionais do corpo, percebe-se que seus campos de estudos se ampliaram, propiciando a compreensão da estrutura corporal, não somente no âmbito biológico, mas também sob os aspectos estéticos, históricos, culturais, sociais e éticos. Dessa maneira, surge a necessidade da utilização de diferentes recursos didáticos, tais como os apresentados neste capítulo, para incrementar a interdisciplinaridade e a aproximação entre educação e saúde.

REFERÊNCIAS

ARNOLD, Wilfred Niels; LOFTUS, Loretta S. Xanthopsia and van gogh's yellow palette. **Eye (Basingstoke)**, [s. l.], vol 5, no 5, bl 503–510, 1991.

BLECH, Rabbi Benjamin; DOLINER, Roy. **The Sistine Secrets: Michelangelo's Forbidden Messages in the Heart of the Vatican**. New York: HarperOne, 2008.

DAHAN, Shani; SHOENFELD, Yehuda. A picture is worth a thousand words: Art and medicine. **Israel Medical Association Journal**, [s. l.], vol 19, no 12, bl 772–776, 2017.

DE CAMPOS, Deivis; BUSO, Luciano. Deaf sign language hidden in the fresco the crucifixion of saint peter by michelangelo buonarroti (1475-1564). **Acta Biomedica**, [s. l.], vol 91, no 4, bl 1–5, 2020.

DE CAMPOS, Deivis; RODRIGUES, Danielle C.; BUSO, Luciano. The right hand of Leonardo da Vinci (1452–1519): ulnar or median nerve palsy? **Journal of the Royal Society of Medicine**, [s. l.], vol 112, no 11, bl 452, 2019.



DE MAIS, Domenico. **Criatividade e grupos criativos**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

DEQUEKER, Jan; MULS, Erik; LEENDERS, Kathleen. Xanthelasma and lipoma in Leonardo da Vinci's Mona Lisa. **Israel Medical Association Journal**, [s. l.], vol 6, no 8, bl 505–506, 2004.

ECO, Umberto. **História da beleza**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GAO, Yuan; LU, Yun. Variations of gastrocolic trunk of Henle and its significance in gastrocolic surgery. **Gastroenterology Research and Practice**, [s. l.], vol 2018, 2018.

GHOSH, Sanjib Kumar. Evolution of illustrations in anatomy: A study from the classical period in Europe to modern times. **Anatomical Sciences Education**, [s. l.], vol 8, no 2, bl 175–188, 2015.

JOTZ, Geraldo Pereira *et al.* **Neuroanatomia clínica e funcional: anatomia, fisiologia e patologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

LAWRENSON, John. G. *et al.* Acquired colour vision deficiency in patients receiving digoxin maintenance therapy. **British Journal of Ophthalmology**, [s. l.], vol 86, no 11, bl 1259–1261, 2002.

LAZZERI, Davide *et al.* Foot deformities in Renaissance paintings. A mystery of symbolism, artistic licence, illusion and true representation in five renowned Renaissance painters. **The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh**, vol. 45, no 4, bl 289–297, 2015.

LAZZERI, Davide *et al.* Osteoarthritis in the hands of Michelangelo Buonarroti. **Journal of the Royal Society of Medicine**, [s. l.], vol 109, no 5, bl 180–183, 2016.

LAZZERI, Davide; ROSSI, Carlo. The right hand palsy of Leonardo da Vinci (1452–1519): new insights on the occasion of the 500th anniversary of his death. **Journal of the Royal Society of Medicine**, [s. l.], vol 112, no 8, bl 330–333, 2019.

LELIEVRE, Lionel; LECHAT, Philippe. Mechanisms, manifestations, and management of digoxin toxicity. **Heart and Metabolism**, no 35, bl 9-11, 2007.

LUCINDA, Lucas Resende *et al.* Anatomical variations in patients with ménière disease: A tomography study. **International Archives of Otorhinolaryngology**, [s. l.], vol 22, no 3, bl 231–238, 2018.



MEHRA, Mandeep R.; CAMPBELL, Hilary R. The Mona Lisa Decrypted: Allure of an Imperfect Reality. **Mayo Clinic Proceedings**, [s. l.], vol 93, no 9, bl 1325–1327, 2018.

MIMOUNI, Daniel; MIMOUNI, Francis B.; MIMOUNI, Marc. Polydactyly reported by Raphael. **BMJ (Clinical research ed.)**, [s. l.], vol 321, no 7276, bl 1622, 2000.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne. M. R. **Anatomia orientada para a clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NEUMANN, Erich. **The Great Mother**. Bollingen: Princeton University Press, 2015.

NOVAES, Adauto. **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SCHNEIDER, B. “Na⁺, K⁺-ATPase isoforms in the retina. **International review of cytology**, vol. 133, 151-85, 1992.

SENNETT, Richard. **Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVERTHORN, DeeUnglaub. **Fisiologia humana: uma abordagem integrada**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SMITH, Sean B. From Ars to Scientia: The revolution of anatomic illustration. **Clinical Anatomy**, [s. l.], vol 19, no 4, bl 382–388, 2006.

ULUSOY, Onur Levent *et al.* The prevalence and characteristics of the subclavius posticus muscle in the adult population on MRI. **Surgical and Radiologic Anatomy**, [s. l.], vol 40, no 10, bl 1141–1145, 2018.

VOSKUIL, Piet. Diagnosing Vincent van Gogh, an expedition from the sources to the present “mer à boire”. **Epilepsy and Behavior**, [s. l.], vol 28, no 2, bl 177–180, 2013.



ABSURDAMENTE VIVO

Maria Amélia Mano¹

Ainda é outono, há tulipas-do-gabão pelas calçadas, deve haver. E há uma lista tremenda de crimes imputáveis ao tirano, que segue livre de sentença, sorridente, jogando seus jogos mortais, negociando. Como a pedra que cai na água e faz brilhar círculos concêntricos, se somarmos aos nossos milhares de óbitos todos aqueles que vão se quebrando sem morrer completamente, teremos uma terra imensa de gente entristecida que não poupa de empestear com náusea a paisagem de quem ainda rega sua paz postiça no meio de uma guerra. Os dias têm amanhecido vermelhos, daquele vermelho denso de fornalha. Em qualquer lugar pode rebentar uma calamidade. Alguém é levado pela violência da voragem como se o chão se abrisse de repente, como se por azar, como se por acaso. Não dura meio minuto para uma mulher armadilhar uma criança só apertando um botão e deixando fechar-se uma porta. E como sair desse pesadelo de apocalipse se ainda há os que fazem festa, os que acarinham suas pistolas, seu muque de mata-leão, seu couro de porrete, e se ainda há os mais perversos que a polícia, em seus quase invisíveis gestos assassinos, em suas palavras-para-a-mídia, em suas assépticas maldades. Como barrar o mal sem sujar as mãos e os pés, sem desaprender a temperança, a diplomacia, o diálogo? A força bruta bate estaca cedo pela manhã, a força burra. Outro tempo corre nos cassinos do poder. Pessoas se amontoam nas lojas recém-reabertas, umas quantas de máscara à brasileira, arriada para o queixo. E os helicópteros continuam a invadir a nossa primeira hora iluminada. Os helicópteros, as sirenes, as serras. Também os bem-te-vis e os sabiás continuam. Como você está?, pergunta o amigo. Como tem passado esses tempos? Como um desses sabiás, você pensa. Escusada a pretensão, como um desses bem-te-vis. Ainda absurdamente vivo. (IANELLI, 2020, [https://rubem.wordpress.com\[...\]](https://rubem.wordpress.com[...])).



SOBRE UM DIQUE E UM PORTO

Antes da pandemia, eu já trazia a ideia - ou a utopia - da luta pela saúde, conhecendo a história do Clube de Mães Margarida Alves (CMMA) que, entre os muitos aparelhos sociais, ajudou a conquistar a Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST) no complexo e polêmico território da Vila Dique, área próxima da pista do Aeroporto Salgado Filho. Como parte das remoções relacionadas à Copa do

¹ Doutora em Educação
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/RS
Orcid: 0000-0003-1260-7515
maria.amelia.mano@gmail.com

Mundo de 2014, grande parte da comunidade da Vila Dique foi removida e, junto com profissionais de saúde, lideranças comunitárias conseguiram manter a mesma USST com os mesmos trabalhadores no novo reassentamento, o Loteamento Porto Novo. A trajetória dessa comunidade e as repercussões desse e de outros deslocamentos não cabem nestas páginas e fazem parte de uma imensa história pouco contada dos bastidores dos megaeventos no Brasil. Porém, mais do que os destroços deixados pelas retroescavadeiras, vi reconstruções de ruas, casas e vidas.

Trabalhei na Vila Dique e Porto Novo, somados quase dez anos, acompanhando idas, vindas, partidas e chegadas. Mas não sabia tudo e minha tese de Doutorado (MANO, 2021), uma narrativa na perspectiva da educação popular, conta parte da passagem e da surpresa sempre presente quando nos propomos à escuta sem certezas e verdades. A presente reflexão é parte e produto da tese que analisou de que maneira se estabeleceram os processos educativos e as relações com aquele território e a saúde. Para tal, mapeei os grupos locais e identifiquei as iniciativas e as trajetórias específicas de um deles, o principal, constituído somente por mulheres: a Horta Comunitária do CMMA. Usei elementos da etnografia, estudo de caso, história oral, sistematização de experiências e metodologias participativas.

Alfonsin *et al.* (2020) afirmam que Porto Alegre - RS era uma das capitais brasileiras com mais alto índice de associativismo, sendo quase metade da população participava de alguma entidade de caráter não sindical, seja associações de moradores, clube de mães, igrejas, associações filantrópicas, esportivas ou culturais. Os autores entendem que isso pode revelar uma “cultura cívica” de participação em assuntos comunitários, o que pode ser explicado pelas políticas de gestão democrática que floresceram na cidade nos anos 1990, como o Orçamento Participativo (OP), por exemplo. Após um longo período de desmobilização, os autores defendem que, em torno do enfrentamento da pandemia de Covid-19, como em muitas outras cidades do Brasil, Porto Alegre apresenta o fenômeno de reorganização do tecido associativo das comunidades de baixa renda. Isso poderia se traduzir em novas lutas perante os novos desafios ou a atualização das antigas lutas.

Assim, transitei em tempos antes e durante a pandemia que não sabemos quando terá fim, mais precisamente em 2019 e 2020 em um campo de pesquisa em que eu buscava, junto com as mulheres, lutas ou vestígios de lutas pela saúde, a reapropriação do novo território e os processos educativos inerentes a esses movimentos. Cabe contextualizar que as primeiras remoções já datavam mais de dez anos. No entanto, todas foram “programadas” conforme a conclusão gradual das unidades residenciais, acontecendo, portanto, em diferentes fases, e a última remoção teve uma diferença de mais de uma década depois da primeira. Tal logística, arquitetada ou não, fez com que a comunidade originária que vivia na Vila Dique há cerca de 40 anos - os mais antigos - se fragmentasse a cada mudança. Algo que impactou não só as redes, os vínculos e vizinhanças, mas a organização comunitária.



Logo nos primeiros anos de reassentamento, as relações com o novo território eram também relações de negociação com os poderes locais, sendo estes poderes por vezes invisíveis e ilegais como o do tráfico. Um período de violência também desmobilizou e aterrorizou a comunidade que recém chegava em etapas, partida, se reconstruindo em espaços reduzidos nas casas uniformizadas de 39 metros quadrados. Nesse contexto, as mulheres começaram a plantar nos espaços possíveis, fosse nas áreas comunitárias, fosse nos canteiros centrais das avenidas, fosse em cercados, floreiras, pneus, jarros improvisados em terrenos baldios, falhas da calçada. São mulheres de origem rural que migraram para a Vila Dique com o sonho de oportunidades melhores. Mulheres muralhas que, muitas, na fortaleza de resistências, começaram e mantiveram o CMMA, entidade que, nos primórdios da Vila Dique, protagonizou as mais importantes lutas pela saúde. Mulheres mães, agora avós, em meio às remoções, reconstruções, aos tiroteios, às perdas de jovens, que se organizaram em uma horta comunitária, agregando um contingente significativo de moradoras, sendo 15 o número mais frequente, justamente no pátio da nova sede do CMMA. Muitas já plantavam na Vila Dique. Muitas começaram a plantar no Porto Novo. Todas já se trocavam em conhecimentos e saberes e principalmente, histórias. A história menos contadas ou menos ouvidas das lutas de mulheres. Luta por vezes mais sensível e silenciosa do que a luta de homens, na cidade.

Machado (1995) afirma que as questões de gênero são tratadas com certo descaso quando dizem respeito aos movimentos urbanos. Uma razão, talvez, é que, ao contrário dos homens, as mulheres foram menos proletarizadas nos primórdios, embora façam parte da força de trabalho, inclusive o não remunerado, recebendo menos e com piores condições. Assim, pela inserção, a espinha dorsal da organização política, sindical e religiosa é dos homens. O tipo de luta, nesse sentido, continua definindo papéis (MACHADO, 1995). A autora, que estudou gênero e participação em movimentos urbanos em uma das regiões mais pobres da cidade de São Paulo, entende que “é possível identificar duas áreas de interesses para a luta das mulheres. Uma, está relacionada à superação da subordinação das mulheres (interesses estratégicos de gênero) e a outra, ao bem-estar de suas famílias (interesses práticos de gênero)” (MACHADO, 1995, p.79). O primeiro, a autora chama de pró-ativos - ou ainda feministas - que desejam alterar papéis desafiando poderes e o segundo, reativos (práticos) - ou ainda femininos - sendo estes últimos que reforçam de alguma forma a divisão de papéis.

E é nesse microtrabalho de palmilhar pistas, indícios de um tempo de lutas feministas e femininas que chego na Horta - sim, com “H” maiúsculo - querendo saber das mulheres. Buscando também em tempos de pestes o que as fez transformar um dique - Vila Dique - em um lugar digno para viver e criar filhos e o que as fez transformar um porto - Loteamento Porto Novo - em uma sementeira de pequenas hortas caseiras, florescimento de canteiros urbanos abandonados pelo poder público



e a Horta, sim, esse espaço de convívio e encontro em meio ao caos. Espaço de aprendizados e saúde.

SOBRE UMA LUTA

Em roda de conversa no salão do CMMA, pergunto sobre luta, simplesmente, palavra solta, talvez perdida no ar. Rosa² logo me diz que não gosta de lembrar da luta cotidiana, da angústia de não saber o que dar aos filhos o que comer, todos os dias. Outras “engrossam o caldo” magro e ralo das panelas do início da Vila Dique e, apesar do trabalho que passaram para ter uma casa e uma família, afirmam que tudo valeu a pena. Então, percebi que elas falavam de uma outra luta: a luta pela sobrevivência, pelas condições dignas de existência. Em todos os encontros e falas, essa era a luta que mais aparecia. Mas havia uma outra luta, a que de alguma forma garantia a melhoria da saúde e da moradia. A que “eu queria” que contassem, a tal cultura cívica de uma Porto Alegre participativa. Se estamos falando de mulheres fortes, pensei, deveria existir também uma luta paralela que é inerente à condição de ser mulher e que deveria defender a superação do machismo e do patriarcado. Eu queria uma luta militante.

Sobre militância, Sales (2019) alerta que a política precisa ser pessoal e, portanto, singular, o que, de alguma forma, é um risco para a maioria dos grandes movimentos que defendem a mudança social. Para formar um exército, conforme o autor, há que homogeneizar e a autocrítica pode ser um risco. A unidade “no exército” é mais cara do que a contradição inerente a todos os processos. Nesse sentido, voltando à pesquisa na periferia de São Paulo, Machado (1995) adverte que, na maioria das vezes, é impossível separar alguns movimentos urbanos de mulheres em femininos, feministas ou com potencial para, e que essas definições subestimam os processos de mobilização que são múltiplos e complexos e se concentram nos resultados sem valorizar as trajetórias e as singularidades. Movimentos urbanos resistem a classificações, são heterogêneos, mudam com o tempo e para compreendê-los é preciso recuperar e mergulhar nas diferentes experiências específicas (MACHADO, 1995).

A autora afirma que os movimentos paulistanos de mulheres das décadas de 1970 e 1980 eram de cidadãs urbanas lutando para superar condições adversas, ou seja, algo parecido com os primórdios da Vila Dique: a luta por saúde, moradia, creche, escola, etc. A presença feminina foi fundamental para iniciar, organizar e levar adiante as ações (MACHADO, 1995). A razão da continuidade deste e de outros

2 Os nomes citados das mulheres da Horta para este trabalho são criados a partir dos nomes reais, sendo diminutivos ou corruptelas para que possam ser reconhecidas. No trabalho original, os nomes reais são preservados sob a justificativa de visibilizar trajetórias e histórias anônimas.



movimentos urbanos se deu pela participação feminina e a mulher acaba tendo a função de gestão da comunidade (MACHADO, 1995). Streck (2012) diz que as mulheres em lutas urbanas não se enquadram na classificação de movimento social, e reconhece que desempenham um papel importante na transformação social. Afirma que, de forma geral, a organização se caracteriza pela capilaridade e pela forma pouco estável e institucionalizada de ação: a lógica de dispersão do poder. As fronteiras desaparecem ou se tornam porosas, mas, sob a aparente fluidez, existem as permanências que tanto podem ser obstáculos para inovações quanto podem compreender a memória de lutas históricas no campo da educação (STRECK, 2012).

O autor ainda afirma que as clássicas definições de movimento social “que tendem a enfatizar os aspectos formais, como o modo de organização, as etapas de funcionamento, a identidade dos participantes e seus objetivos não correspondem à realidade” (STRECK, 2012, p. 186). Ainda diz que: “Se, como vimos antes, no início a educação popular estava vinculada a grandes movimentos, hoje ela se realiza num espaço plural. São territórios pequenos, muitas vezes nem percebidos como lugares pedagógicos” (STRECK, 2012, p. 190). Assim, talvez se possa falar em uma reconfiguração dos sujeitos políticos na linha da dispersão. O enfrentamento é visto no cotidiano de uma associação de recicladores, de um salão de beleza, de uma casa de mulheres, de um ateliê de tecelãs, de uma horta comunitária e não só em estruturas hierarquicamente organizadas (STRECK, 2012).

Melucci (2001) lembra que os movimentos da atualidade “não são apenas produto da crise, os últimos efeitos de uma sociedade que morre” (MELUCCI, 2001, p. 21), mas são sinais, mensagens do que nasce. Não têm a força dos aparatos a que estamos acostumados a identificar, mas a força da palavra (MELUCCI, 2001). Assim, posso afirmar que, no campo, com as mulheres, achei mais do que as lutas que busquei. Dizer, a partir dos relatos das mulheres da Horta, que os movimentos da Vila Dique e Porto Novo são reativos e femininos é uma redução. Por vezes, as lutas cotidianas são desprezadas por não corresponderem a discursos de libertação mais ampla ou, por assim dizer, dentro do contexto da conscientização e autonomia. A vida vivida invisível é mais urgente que outras lutas com mais visibilidade.

Verdade que já houve mais participação comunitária, especialmente no início, na Vila Dique. Mas conforme Mira, liderança da Horta, as demandas foram aos poucos sendo respondidas sendo desnecessárias algumas mobilizações. De fato e parece lógico, Machado (1995) afirma que os movimentos tendem a desaparecer após atendidas as reivindicações. A autora ainda afirma que há períodos de latência que ressurgem frente a necessidades. Lembra que a epidemia de sarampo, próxima à comunidade em que estudou, em 1976, levou à morte várias crianças e o fato fez com que houvesse uma mobilização em torno de melhorias na atenção à saúde. Assim, pensando novamente no atual momento, é possível que lutas ressurgam a partir da pandemia em novas configurações.



Mira cita a violência como inimiga da participação da comunidade e afirma que ser liderança comunitária é “sofrer consequências”, o que significa também fazer embates com poderes paralelos, sofrer pressões, ter responsabilidades a mais do que as já existentes no cotidiano. Ou seja, há o compromisso e a represália sem falar que, de modo geral, os poderes institucionais quase sempre dominam ou como bem traduz Mira: “o pessoal do posto é mais forte” e, no fim, prevalecem as definições da USST. Assim, apesar da paridade em termos de número e representatividade do CLS, há desigualdade de poderes. Loren, também moradora, conta que se desmotivou quando “correu atrás” e colheu assinaturas na comunidade tanto para colocar quebra-molas em algumas passagens perigosas, como também para que o transporte público passasse mais próximo do loteamento. Disse que teve encaminhamentos para a Empresa Pública de Transporte e Circulação de Porto Alegre (EPTC) e “parecia que já ia acontecer”. Porém, mudou a gestão e tudo se perdeu. Assim, os obstáculos à participação são, entre outros, a mudança de diretriz e gestão e a não satisfação de uma demanda apesar da afirmação e legitimidade da mesma. Paredes (2007) encontrou uma pluralidade de impressões que coincidem com o desalento de Loren. O autor afirma que o descumprimento de decisões levantadas nos fóruns do OP em Porto Alegre gerou desconfiança e descrédito, tornando a expressão “participação cidadã” um mero discurso político.

Lembrar que há cooptação e subserviência de algumas lideranças comunitárias em troca de favores institucionais, e mesmo apoios políticos para manter poderes locais. Realidade presente também no atual contexto de florescimento de movimentos comunitários de enfrentamento da pandemia. Assim, por vezes, a própria comunidade, enquanto diversidade e movimento, também tem seus processos de produção de iniquidades. Martin (2014) alerta que o local nem sempre significa o democrático. Da mesma forma que nem sempre significa mais democracia, o poder local também não significa melhor eficiência administrativa ou melhores condições de vida (MARTIN, 2014). Há ingenuidade sobre a ideia de poder local em relação à união da comunidade. Sabe-se que o grande desafio é a “tendência que a maioria dos habitantes tem em agir solidariamente só quando os problemas interferem em seus problemas individuais, geralmente de cunho econômico” (MARTIN, 2014, p. 54). Mesmo as rupturas e atravessamentos de fronteiras que Streck (2012) aponta como característicos não apagam os conflitos existentes “entre os de cima e os de baixo, os de fora e os de dentro, os que são e os que são proibidos de ser – seja nas linhas de classe, de raça, de gênero ou de gerações” (STRECK, 2012, p. 188).

Kessler (2012) lembra que nos primórdios da criação da USST, em que houve muita participação e união, também houve muito conflito. A unidade foi um pedido do presidente da Associação de Moradores da Vila Dique e o vice-presidente cedeu uma casa para o espaço. No período das eleições de 1986, o referido vice-presidente foi para uma outra associação na mesma comunidade e, no fim, as duas lideranças se



vincularam a partidos políticos distintos por conveniências próprias, e a USST ficou como central na disputa, apesar da defesa da imparcialidade pelos profissionais de saúde. A autora conta que a equipe chegou a sofrer ameaças e se deslocar da casa sede por um período. Assim, experiências exemplos para as lideranças e filiações serem ser vistas com ressalvas.

Política é um termo quase pejorativo para os jovens, segundo Wink (2011), em pesquisa em Gravataí, próximo a Porto Alegre. A autora identificou que, apesar de reconhecerem as iniquidades sociais, há um abismo entre juventudes e a participação cidadã também atravessada pelas mudanças de governo e as trocas de viés ideológico, o que se reflete na impermanência de projetos, descreditando ainda mais os processos participativos (WINK, 2011). Sobre os jovens do Porto Novo, Mira afirma que pouco se reúnem e, se isso acontece, é para se divertirem, “não pra se comprometer”. Em parte, ela acredita que, talvez não haja uma demanda comum e, ainda, eles estão cada vez mais cedo procurando trabalho. A crise exige isso e exigirá cada vez mais. A crise também exigirá de nós, profissionais de saúde, pesquisadores, educadores, militantes ou não, uma postura de menos julgamento e mais perguntas, mais curiosidade. Freire (1996) diz que não há criatividade sem a curiosidade que nos move e nos põe pacientemente impacientes diante deste mundo que não fizemos, mas que sempre podemos acrescentar algo.

SOBRE UM BEM VIVER

Mas se saúde não é a luta que pensei necessária ou da forma como pensei, o que seria? Mira aponta caminhos, (me) (nos) desafiando a sair de uma zona conforto: “é preciso que as pessoas saiam do posto [de saúde]”, é preciso se colocar onde os sujeitos estão e escutá-los, insistir, acreditar. E volto a Freire (1996) que afirma a escuta como a disponibilidade permanente de abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. O autor diz que estar disponível é estar sensível aos chamamentos, aos sinais que nos chegam do contexto (até mesmo a chuva, o calor, o mormaço...), da expressão e da falta de expressão das pessoas; as falas e os silêncios que também comunicam mensagens. Novamente os sinais para a escuta sensível. Algo que exige saída do lugar de conforto de saber e certeza. Ler o mundo do outro, entender as iniciativas, os fracassos e os sucessos.

Sobre as atividades promovidas pela USST, Mira e Loren enfatizam que grupo de saúde é pra não falar de doença. Tem que ter confraternização no fim do ano, festa, bingo, jogos, alongamento, dança, bobagem, muita gargalhada, muita alegria, sendo, por vezes, o único momento de lazer permitido. O tempinho que as pessoas reservam para si, para dividir o cotidiano. De novo, o cotidiano como protagonista e a festa, mais do que a luta, como saúde. Saúde que, conforme a OMS, é “um estado de



completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidades” (OMS/WHO, 1946). Se por um lado, esse conceito representou um avanço importante ao ampliar para o meio e as relações e não focar na doença, como Mira bem lembra, por outro, dificilmente alguém alcançará tal estado de completo bem-estar. Assim, já conformada de que saúde é mais festa do que luta, prefiro a ideia de Hernandes (2004) que entende saúde como a capacidade de levar adiante um projeto de vida, de poder lutar por um rio limpo para pescar, de sonhar com um futuro melhor, planejar enfeitar a casa nova, ter um filho, fazer uma festa, dançar, fazer escolhas. Processos únicos e individuais que extrapolam e negam as velhas percepções centradas na doença, mas, também, processos coletivos de grupos sociais submetidos a condições semelhantes.

Campos e Mishima (2005) entrevistaram profissionais e usuários de uma unidade de saúde questionando, entre outros, sobre: o que consideravam necessário para que todos os moradores do bairro tivessem saúde. Os moradores atribuíram ao Estado a responsabilidade pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem-estar social, o que inclui para além dos serviços de saúde, as relações entre capital e trabalho, sendo o trabalho digno e criativo uma necessidade para alçar a cidadania. As pessoas “não querem só comida”, sobrevivência, também não querem só remédio, médico, mas trabalho que dê prazer (CAMPOS; MISHIMA, 2005, p. 1263), o que pode parecer utópico, mas legítimo. Não associar saúde à ausência de doença corresponde à ideia de saúde da OMS. Ter prazer no cotidiano corresponde à ideia de saúde de Mira e Hernandes (2004) como processo, busca dentro do que as pessoas vivem e enfrentam em seus lugares de morar, trabalhar, se movimentar, ter lazer e sobretudo, criar.

Deste ponto de vista, os pré-requisitos básicos para a saúde são: a paz, a moradia, o acesso a um sistema educacional, o acesso ao alimento, renda suficiente, garantia de recursos renováveis e ecossistema preservado (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1996). Cabe alertar que não é qualquer moradia e qualquer educação, mas a moradia digna e a educação de qualidade. Ainda, incorporar a preservação do ecossistema é construir modos de vida baseados em Direitos Humanos e Direitos da Natureza, algo coerente com o Bem Viver, nascido das lutas indígenas e populares. O Bem Viver é uma possibilidade de imaginar outros mundos, superar desigualdades, questionar a acumulação do capital, romper colonialismos de forma individual, particular, pensando no coletivo. Resgata saberes (e sabores) originários e tradicionais sem negar o desenvolvimento. Nesse sentido, Streck (2012) lembra que, hoje, a racionalidade lógico-formal é reconhecida e pode coexistir com outras racionalidades que levam em conta a subjetividade, os saberes e a sabedoria acumulada através da experiência. Diante da crise civilizacional são “os modernos” que descobrem, por exemplo, o valor da relação dos povos indígenas com a natureza para a sustentabilidade da vida, o poder da justiça comunitária e a capacidade de



preservação da biodiversidade (STRECK, 2012). O Bem Viver pode ser pensado nos discursos e práticas de saúde das mulheres da Horta que têm no componente social a noção de saúde.

Sobre o componente social, Muñoz (2013) integrou o mesmo para a sensação de bem estar em idosos e entende que a atividade social é meio e fim em si mesma e é relevante para a manutenção e restabelecimento de bem estar. Gutiérrez (2010) lembra os estudos de George Elton Mayo, psicólogo industrial que, na busca por fatores que aumentassem produtividade, descobriu o Efeito Hawthorne cuja base nada mais é do que a importância de fatores sociais e humanos na produção, as redes de relações que favorecem identidade grupal que transcendem o ambiente do grupo, desenvolvem empatia e parceria. Hernández (2017) afirma que o vínculo é o elemento mais importante para a mudança. São os vínculos, as redes que permitem a saída de situações de mal estar, permitem a transformação social.

Assim, já convencida de que saúde é mais festa e alegria do que ausência de doença e luta, sou desafiada por uma questão em um tempo. Quando a saúde está dentro de um universo de trocas e encontros, o que será das pessoas se tudo isso diminuir, sumir, mudar, em nome da manutenção da vida? Quais as reinvenções possíveis para continuar fazendo festa e saúde em isolamento social? E se não podemos mais nos abraçar?

SOBRE UM ESTAR VIVO

Temos no abril mais mortal do nosso país, mais de quatrocentas mil vidas perdidas por Covid-19. Impressionante como, em 120 dias, um pedaço de RNA viaja de um mercado chinês até uma aldeia no Alto Xingu e já não há mais distâncias, assim como não há barreiras que não possam ser transpostas. Seguem as polêmicas e incertezas sobre auxílio emergencial, abertura de escolas, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar os inúmeros e escandalosos crimes na pandemia e o programa de vacinação contra a Covid-19³. E volto à Horta para entender o novo momento e tentar responder a tantas questões em meio a um universo de interrogações e inseguranças, produtos de um tempo de pestes desconhecidas, curas remotas, prevenções ainda envoltas em polêmicas. Ou seja, ausências e algum cansaço. O cansaço dos processos participativos da forma como conhecemos ou, algum dia, defendemos. O cansaço de um movimento e uma política impessoal, de uma educação para uma suposta liberdade e de uma saúde para um suposto bem estar, uma vez que a fome está cada vez mais presente.

3 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica.pdf.



Cansados também de tantas ondas de pandemia que ameaçam nossas vidas e as dos nossos, elaboramos novas perguntas sem termos as respostas para as antigas. Se saúde é festa e encontro, o que dá sentido e rumo, agora, diante do isolamento social. O que precisa se reinventar para continuar a existir. Grupo de *WhatsApp*, máscara, álcool gel, combinações de presenças, algumas desobediências arriscadas: encontros e, quem sabe, abraços. Mas quando, para a maioria das pessoas de uma periferia urbana, foi seguro estar vivo? Quando, em meio a outras doenças e mesmo a violência dos territórios, a desassistência e o desamparo, foi fácil seguir lutando por saúde? Agora, a sensação é de que todos sentem e sofrem pelas mesmas dores o que, certamente, é um engano diante do número de mortes de pretos e pobres ou, ainda, o número de doses de vacinas administradas em pretos e pobres.

Continuamos no mundo desigual do “velho normal” e sobrepomos questões tal qual sobrepomos doenças novas a doenças antigas, sem resolvê-las. Mas as pessoas, as plantas da Horta e as mulheres permanecem vivas em meio à seca e à pandemia. Produção teimosa, esperançosa, alegre. Sendo a alegria, um ato heróico, quase revolucionário, ato de resistência, ato de permanência de vida. Em nome dessa vida, dessa alegria, a Horta se reinventa, rompendo antigas lógicas racionais, convidando a sentipensar o mundo. Não há uma grande líder para seguir, não há uma bandeira ou um lema para a luta, e tampouco existem as grandes e velhas ideologias revolucionárias que, um dia, acreditamos, nos fariam livres. Nem mesmo a nossa frágil democracia nos garante. Há uma readaptação constante às sempre intempéries do mundo, sejam as lutas por moradia e creche, escola, saúde, seja a saída do território, a remoção, seja a chegada, o reassentamento, seja a violência sempre presente, seja o abandono do poder público, seja a falta de escuta, seja a falta de lazer, festa. Seja o cotidiano de criar os filhos com dignidade.

Na pandemia, as periferias continuaram se reinventando como sempre fizeram, com seus códigos, suas supostas alienações, seus modos de subverter. Ainda tenho poucos elementos para afirmar, mas ousar dizer que as mulheres precisaram se arriscar a um grau de pouco distanciamento e possível contágio para manterem as plantas vivas e se manterem absurdamente vivas, na alegria do encontro. Ousar dizer que, já que o auxílio emergencial não é para todos, que é preciso sair para ganhar a vida e isso significa ônibus lotado. Assim, qual é a novidade do risco de uma festa em família? E a necessidade de rezar em um culto pentecostal por proteção e dias melhores? Obviamente que ninguém pode concordar com as grandes empresas religiosas, as aglomerações irresponsáveis, um comportamento que põe as vidas em risco. Mas estas não são restritas a periferias e o “povo brasileiro” que não respeita o isolamento filmado pela imprensa nos camelódromos e bailes funk também usufrui de uísque importado em festa de iate escondida e preservada de alguma celebridade que vive na zona sul do Rio de Janeiro.

Desde as primeiras epidemias no Brasil, os discursos sobre a culpabilização



dos pobres sempre foram naturalizados, assim como foi naturalizada a desigualdade social e a quase “obrigação” de que se conscientizem, se organizem e lutem pelos seus direitos a fim de se libertarem, fazerem a revolução. Se a pandemia trouxe mais visibilidade na/da tragédia que sempre nos assolou, a fome e a pobreza, ainda vivemos dilemas na proteção social e no que muitos ainda entendem como união, mobilização, liberdade, luta e saúde. Assim, muitos reclamam e querem que “o povo” saia para as ruas e lute para destituir o tirano, como menciona Ianelli (2020). Parte desse povo pode ter sido removido por obras da Copa do Mundo de 2014, como as mulheres da Horta. Entre as obras, os grandes estádios de futebol que, na vigência da pandemia, se transformaram em hospitais de campanha, alvo também de corrupções, desvios e superfaturamentos. O irônico contraditório e trágico é a possibilidade de algum morador de área considerada ilegal que tenha sido removido para a construção de um desses estádios tenha morrido exatamente nele, em uma das macas, a espera de um leito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Assim, é preciso perceber, acima de tudo, a maior, mais antiga, mais digna e mais árdua luta das classes populares pela existência cotidiana. Também todas as supostas escolhas (inclusive as políticas e religiosas), alienações, desobediências e desorganizações; resistências a massificação, as festas e as alegrias possíveis para a manutenção da força de seguir vivo, viva. Academia, intelectuais, militantes, todos razoavelmente seguros em trabalhos remotos com salários achatados, porém garantidos, devem cumprir seus papéis éticos no esforço de pensarem essa luta, na perspectiva da proteção da saúde a partir da escuta sensível defendida pela educação freireana, comprometida com a esperança e a mudança. Qual a minha, a nossa parte nesse processo de luta?

Em tempos de polarizações e contradições é necessária a aposta e a defesa do que é quase consensual: o papel do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme publicação recente ⁴ da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Guimarães (2021) afirma que desde o ex-ministro da saúde que extinguiu o Programa Mais Médicos que garantia a presença de profissionais em áreas remotas do país, até empresários, financistas, gestores de planos de saúde bem como profissionais de saúde, sindicalistas, trabalhadores, hoje, são apoiadores do SUS. Se há discussões virtuais constantes sobre o futuro da saúde pública no Brasil, se a urgência e a dimensão da tragédia promovem consensos, inclusive de quem historicamente atuou no enfraquecimento do SUS, então, é importante que todos se atenham às possibilidades e também às armadilhas destes tempos.

E se é imprescindível que se amplie o conceito de luta para além de movimento social, para além do outro já tão assoberbado com a luta pela vida, que também

4 Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaio/futuro-sus-emergencia-sanitaria-reinaldo-guimaraes/58689/>. Acesso em: 05 maio 2021.



se amplie o conceito de saúde para além de médicos, medicamentos, respiradores e leitos de UTI. Que se incorpore a dimensão cotidiana da vida que supera as impossibilidades de um sistema público de saúde, sobrecarregando profissionais que precisam lidar com as mais diversas doenças sociais as quais não têm remédio, talvez, em alguns momentos, um pouco de alívio. Assim, é importante repetir que saúde é ter mais acesso aos serviços de atenção/assistência com equidade, integralidade e universalidade, é ter vacina, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Mas é ter economistas, políticos e empresários conscientes de seus papéis, arquitetos comprometidos com a moradia popular e o urbanismo, advogados que se disponham a apoiar lutas legítimas com as comunidades, professores, educadores, artistas e poetas nas ruas das periferias mais do que nos teatros. É ter emprego, moradia, segurança, educação, praça, verde, lazer, cultura e festa. Cada um, cada uma, tem responsabilidade nessa luta e, talvez, se faça, todos os dias, aos poucos, no miúdo da vida, uma revolução.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Alberto. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Lietrária, Elefante, 2016.

ALFONSIN, Betânia; BERNI, Paulo E.; PEREIRA, Pedro. **O paradoxo da Covid-19 nas periferias**: a retomada da cultura associativa como forma de resistência à necropolítica. *In*: As Metrôpoles e a Covid-19: dossiê nacional. Jul. 2020. Observatório das Metrôpoles, Fórum Nacional de Reforma Urbana, 1-9. Disponível em: https://www.observatoriodasmetrololes.net.br/wp-content/uploads/2020/07/Dossi%3%AA-N%3%BAcleo-Porto-Alegre_An%3%A1lise-Local_Julho-2020.pdf. Acesso em: 30/07/20

CAMPOS, Célia M. S.; MISHIMA, Silvana M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 11 Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GUIMARÃES, Reinaldo. **O futuro do SUS e a emergência sanitária**, 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaio/futuro-sus-emergencia-sanitaria-reinaldo-guimaraes/58689/> Acesso em: 05 mai. 2021.

GUTIÉRREZ, Pedro M. **La planificación participativa desde una perspectiva de redes sociales**. 441p. Tese (Doctorado). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. 2010.



HERNÁNDEZ, L. Antes de empezar con metodologías participativas. **Cimas Cuadernos**, p.1-31, 2010. Disponível em: <http://www.redcimas.org>. Acesso em: 01 set. 2017.

IANELLI, Mariana. **À brasileira**. Disponível em: <https://rubem.wordpress.com/2020/06/13/a-brasileira-mariana-ianelli/>. Acessado em: 13 jun. 2020.

KESSLER, Lucenira L. **Saúde e democracia**: discursos e práticas de acolhimento em uma unidade de Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre: UFRGS, 2012. 158p. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

MACHADO, Leda M. V. **Atores sociais**: movimentos urbanos, continuidade e gênero. São Paulo: Annablume, 1995.

MANO, Maria Amélia. **Da casa pra horta, da horta pra rua**: processos educativos em práticas sociais em um território de remoção. 308 p. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação/ Programa de Pós-Graduação em Educação - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2021.

MARTIN, Carolina. **Cidades Educadoras no Estado de São Paulo**: análise das ações frente ao perfil temático e aos princípios do movimento. 198f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Ciências Humanas / Programa de Pós-Graduação em Educação - Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2014.

MELUCCI, Alberto. **A invenção do presente**: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19. Brasília: MS; 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/secovid/pno_edicoes/pno_11__versao_final_atualizado.pdf/@@download/file/PNO_11__VERSAO_FINAL_atualizado.pdf. Acesso: 29 mar. 2022.

MUÑOZ, C. Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. **Hacia promoccion salud**, 18(2):13-26, 2013.

OMS/WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br>. Acesso em: 25 dez. 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Promocion de la salud**: una ontologia Washington, D.C., 1996.

PAREDES, Edesmin W. P. **Poder local, cidadania e educação**: das condições



para construção de uma cidade educadora: um estudo produzido a partir do bairro Restinga. 227f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação / Programa de Pós-Graduação em Educação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SALES, André L. L. F. **Militância e ativismo**: cinco ensaios sobre ação coletiva e subjetividade. 134p. Tese (Doutorado em Psicologia)- Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista (Unesp), Assis, 2019.

STRECK, Danilo R. Territórios de resistência e criatividade: reflexões sobre os lugares da educação popular. **Currículo sem Fronteiras**, v.12, n.1, p. 185-198, jan./abr. 2012.

WINK, Ingrid. **Cidade educadora e juventudes**: as políticas públicas e a participação dos jovens na cidade de Gravataí – RS. 229f Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2011.



A RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NO CURRÍCULO DO ENSINO MÉDIO

Valéria Cassettari¹
Caio S. Nagayoshi²

INTRODUÇÃO

A crescente resistência microbiana é uma das principais ameaças à saúde em escala global (WHO, 2014). O problema é agravado pelo uso exagerado dessas medicações em diversos contextos, inclusive pelo público geral, o que frequentemente se dá pela falta de informação sobre o problema e suas implicações. O consumo excessivo de antibióticos em saúde envolve aspectos comportamentais individuais. Assim, é preciso que a população reflita sobre seus hábitos e atitudes com relação ao consumo de antibióticos de maneira consciente, o que demanda, em primeiro lugar, o conhecimento do problema. Ao mesmo tempo, o ensino de ciências na educação básica não só constitui uma via privilegiada de divulgação do conhecimento científico, como também tem como objetivo possibilitar a compreensão de problemas sociais complexos e o engajamento na busca de soluções. Assim, o tratamento do tema no ensino médio se faz necessário do ponto de vista da saúde, por um lado, e por outro vai ao encontro dos objetivos da educação científica. O presente capítulo explora estas duas dimensões ao contextualizar o problema no cenário da saúde global e propor possibilidades de abordagem nos cursos de ciências de nível médio com o objetivo de tornar acessível de maneira ampla e consistente a compreensão sobre suas causas e seu impacto na saúde das pessoas.

APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Em 1939, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial, foram retomados os estudos sobre a penicilina, que havia sido descoberta dez anos antes, mas só então passou a ser produzida em escala industrial e com fins terapêuticos. Nas décadas

1 Médica infectologista, Mestre em Ciências
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)
<https://orcid.org/0000-0001-8319-3271>
valeria.cassettari@gmail.com

2 Doutor em Ensino de Ciências, Bacharel e Licenciado em Ciências Biológicas.
Escola Vera Cruz e Colégio São Luis
<https://orcid.org/0000-0001-5172-9027>
caio.nagayoshi@gmail.com



seguintes, novos antibióticos foram desenvolvidos, alguns derivados da própria penicilina, outros com estrutura química e origem biológica diferente. Pneumonia, meningite, infecções cutâneas, urinárias, infecções pós-parto, febre tifoide, sífilis, cólera, tuberculose e tantas outras doenças infecciosas que antes matavam em larga escala, passaram a ser tratadas com bastante facilidade (AMINOV, 2010). O advento dos antibióticos inaugurou uma nova era para a medicina, reduzindo drasticamente a mortalidade infantil e aumentando a expectativa média de vida, que em 1940 era, no Brasil, de 45 anos.

Entretanto, ao longo do tempo assistimos ao aparecimento sequencial de bactérias cada vez mais resistentes. A capacidade adaptativa das bactérias foi se sobrepondo às inovações da indústria farmacêutica, que foi diminuindo seu interesse comercial nessa área, e desde a década de 1980 criou poucos antibióticos de grande impacto. Atualmente existem novas drogas em desenvolvimento, porém relatório da OMS prevê que nenhuma delas seja efetiva contra as principais bactérias multirresistentes (WHO, 2021). Assim, a resistência das bactérias aos antibióticos é um problema crescente e muito importante de saúde pública, que atinge todos os países e já provoca forte impacto desfavorável no desfecho das internações hospitalares, causando óbitos e sequelas em pacientes, algumas vezes com infecções sem nenhuma opção de tratamento, outras com opções de antibióticos pouco efetivos e muito tóxicos. A resistência aos antibióticos aumenta o tempo de internação, os custos médicos e a mortalidade hospitalar.

A resistência bacteriana já demonstra seu impacto também fora dos hospitais: infecções consideradas corriqueiras, como cistite, podem necessitar de tratamento injetável, devido à presença de bactéria resistente a todos os antibióticos disponíveis por via oral.

Diante desses fatos concretos, o prefácio à edição de 2014 do relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a resistência antimicrobiana afirma que “uma era pós-antibiótica - na qual infecções comuns e pequenos ferimentos podem matar - longe de ser uma fantasia apocalíptica, é uma possibilidade muito real para o século 21” (WHO, 2014) .

Os mecanismos de resistência das bactérias aos antibióticos são múltiplos. Pesquisadores por todo o mundo se empenham na complexa tarefa de mapear genes modificados, transferidos e selecionados. Essas alterações genéticas causam modificações na estrutura, metabolismo e produção de proteínas pelas bactérias, conferindo múltiplas capacidades adaptativas que são continuamente selecionadas sob a pressão ambiental da exposição aos antibióticos.

A resistência microbiana é um fenômeno natural, porém o uso excessivo e inapropriado de antibióticos em seres humanos e animais está acelerando sua progressão. O enfrentamento do problema envolve políticas públicas de regulação



e promoção do uso adequado dos antibióticos (ANVISA, 2017), não apenas na área da saúde, mas também na agropecuária, além do incentivo ao desenvolvimento de novas opções de tratamento, vacinas e diagnóstico.

SOBRE O COMPORTAMENTO DE QUEM PRESCREVE ANTIBIÓTICOS

Os antibióticos compõem um arsenal diversificado que precisa ser bem conhecido pelo médico, para escolha do melhor medicamento a cada caso, conforme suas características: contra quais bactérias tem efeito, órgãos em que tem boa penetração, via de administração oral ou injetável, riscos individuais de toxicidade ou alergia, entre outras.

A tendência geral costuma ser a de prescrever antibióticos em excesso, tanto no tempo de uso como no espectro bacteriano. Por esse motivo, os serviços de saúde precisam ter diretrizes claras a respeito do uso de antimicrobianos, com definição de qual antibiótico e por quanto tempo utilizar em cada situação.

Em certas situações de dificuldades de atendimento, podem ocorrer substituições indevidas, como por exemplo aumentar o tempo de antibiótico para um paciente ao prever que ele não conseguirá agendar retorno para reavaliação no prazo desejado. Ou então dar antibióticos de largo espectro pela falta de um resultado de cultura, pela qual se escolheria o antibiótico dirigido para a bactéria realmente envolvida na infecção.

Pode ocorrer, inclusive, que a formação do médico sobre antibióticos não tenha sido sólida o suficiente para desfazer crenças que ele já tinha sobre esses medicamentos antes de seguir a carreira médica. A formação escolar básica que estimula a avaliação crítica do emprego de tecnologias tende a favorecer essa racionalização desde o início da atuação profissional.

Além disso, há circunstâncias em que a conduta médica é influenciada pela expectativa do usuário do serviço de saúde, resultando em mais exames e mais medicamentos. Entre eles, os antibióticos.

SOBRE O COMPORTAMENTO DE QUEM TOMA ANTIBIÓTICOS

Talvez em virtude do seu histórico de salvar vidas, os antibióticos ganharam uma forte carga simbólica que pode interferir negativamente na sua utilização, causando excessos. É comum que pessoas com doenças virais comuns, como por exemplo gripe ou diarreia, dirijam-se ao atendimento médico na expectativa de receberem antibióticos. E guardam na memória que só melhoraram em episódios anteriores



devido aos antibacterianos, como amoxicilina, ainda que esses medicamentos não tratem vírus, mas sim bactérias. Eventualmente, se não melhoram da doença viral com amoxicilina, consideram que o antibiótico talvez seja fraco e esperam receber desta vez a prescrição de um antibiótico que julgam mais forte. Essas noções derivam de crenças sobre o poder de cura do medicamento e não correspondem às suas verdadeiras propriedades.

Também pode acontecer de procurarem não o atendimento médico, mas sim algum amigo ou familiar que tenha em casa a sobra de antibióticos de um tratamento anterior. Isso corresponde à automedicação, que só não é maior porque desde 2010 é obrigatória a apresentação de receita médica para venda de antibióticos no Brasil.

Ao tomar antibióticos sem indicação real, ocorre exposição desnecessária aos riscos:

- eventos adversos comuns, como diarreia e alergia cutânea, além de outros mais graves, como toxicidade hepática ou insuficiência renal;
- alteração da microbiota normal, que pode repercutir como desequilíbrio ecológico e aparecimento de infecções por agentes oportunistas, como por exemplo candidíase vaginal, candidíase oral (“sapinho”), ou diarreia por *Clostridium*;
- aparecimento de bactérias mais resistentes, também como resultado da pressão seletiva do antibiótico sobre a microbiota normal. Essas bactérias colonizantes podem, no futuro, causar no indivíduo infecções difíceis de tratar.

Por outro lado, existem indivíduos que rejeitam o uso de antibióticos por princípio, possivelmente em virtude do medo dos efeitos colaterais, porém nem sempre considerando o balanço entre o risco e o benefício do tratamento, o que deve ser feito para qualquer procedimento em saúde. Há indicação do medicamento quando seu benefício supera os riscos.

Assim, é importante que todos os indivíduos, em seus ciclos escolares básicos, tenham a oportunidade de refletir sobre o uso de antibióticos de maneira crítica, embasados com informações confiáveis, com aproveitamento para as decisões sobre sua saúde individual, assim como para sua contribuição para a coletividade.

OBJETIVOS DO ENSINO DE CIÊNCIAS NA EDUCAÇÃO BÁSICA

O objetivo geral do ensino de ciências na educação básica tem sido historicamente designado pelas expressões “letramento científico” ou “alfabetização científica” (DEBOER, 2000; SASSERON; CARVALHO, 2011). Embora haja uma discussão na



literatura em Língua Portuguesa sobre a melhor expressão a ser utilizada, é possível reconhecer elementos comuns a todas elas. Sasseron e Carvalho (2011) identificam três eixos estruturantes da alfabetização científica.

O primeiro eixo diz respeito à compreensão de conteúdos conceituais fundamentais da ciência, isto é, as teorias, termos e conceitos científicos. O aluno deve dominar os termos científicos básicos para comunicar conceitos e teorias que estruturam cada disciplina científica. A partir do entendimento daquelas teorias e conceitos, o aluno se torna capaz de aplicá-los para compreender e solucionar problemas individuais e coletivos.

O segundo se refere àquilo que se convencionou chamar de “natureza da ciência” (NdC), ou seja, às características do conhecimento científico e da atividade científica que o produz, incluindo as dimensões epistemológicas, éticas e políticas da ciência. Estudantes de diferentes níveis frequentemente apresentam visões equivocadas ou distorcidas sobre a ciência (LEDERMAN, 1992; PÉREZ et al., 2001). A importância de uma melhor compreensão da NdC esteve historicamente ligada ao reconhecimento da necessidade da compreensão pública da ciência (HODSON, 2014) e é fundamental para que os indivíduos possam tomar decisões baseados na avaliação da confiabilidade de afirmações de caráter científico (ALLCHIN, 2011).

O terceiro se refere às complexas relações que se estabelecem entre a ciência, a tecnologia, a sociedade e o ambiente (CTSA). A compreensão de tais relações permite ao aluno relacionar-se com diferentes contextos envolvendo a ciência e possibilita sua intervenção sobre a realidade. Tais eixos representam, portanto, aquilo que se objetiva ao ensinar ciências na educação básica.

A noção de alfabetização ou letramento científico, como expressa acima, permeia a Base Nacional Comum Curricular (BNCC). É neste sentido que o documento afirma que:

Na Educação Básica, a área de Ciências da Natureza deve contribuir com a construção de uma base de conhecimentos contextualizada, que prepare os estudantes para fazer julgamentos, tomar iniciativas, elaborar argumentos e apresentar proposições alternativas, bem como fazer uso criterioso de diversas tecnologias. O desenvolvimento dessas práticas e a interação com as demais áreas do conhecimento favorecem discussões sobre as implicações éticas, socioculturais, políticas e econômicas de temas relacionados às Ciências da Natureza. (BRASIL, 2018, p. 537).

Tal objetivo geral se desdobra na forma de três competências específicas. A primeira delas preconiza a capacidade do aluno em:

Analisar fenômenos naturais e processos tecnológicos, com base nas relações entre matéria e energia, para propor ações individuais e coletivas que aperfeiçoem processos produtivos, minimizem impactos socioambientais



e melhorem as condições de vida em âmbito local, regional e/ou global. (BRASIL, 2018, p. 553).

A segunda diz respeito a:

Analisar e utilizar interpretações sobre a dinâmica da Vida, da Terra e do Cosmos para elaborar argumentos, realizar previsões sobre o funcionamento e a evolução dos seres vivos e do Universo, e fundamentar e defender decisões éticas e responsáveis (BRASIL, 2018, p. 553).

Já a competência três afirma que o estudante deve:

Analisar situações-problema e avaliar aplicações do conhecimento científico e tecnológico e suas implicações no mundo, utilizando procedimentos e linguagens próprios das Ciências da Natureza, para propor soluções que considerem demandas locais, regionais e/ou globais, e comunicar suas descobertas e conclusões a públicos variados, em diversos contextos e por meio de diferentes mídias e tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC). (BRASIL, 2018, p. 553).

O tema da resistência antimicrobiana é abrangente e inclui diversos tópicos adequados para o desenvolvimento de habilidades e competências na área de Ciências da Natureza e suas Tecnologias, de acordo com a Base Nacional Comum Curricular do Ensino Médio (BRASIL, 2018).

Se bem explorado, o tratamento do tema da crescente resistência a antibióticos no ensino médio não só responde à sua urgência no âmbito da saúde como também propicia o desenvolvimento daquelas competências e contribui para o desenvolvimento do letramento científico.

SITUAÇÃO ATUAL DO ENSINO SOBRE RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA

Apesar do problema da resistência bacteriana já apresentar impacto relevante na saúde das populações e, embora a importância de seu tratamento na educação seja advogada (LAWSON, 2008), o tema ainda tem pouco espaço no currículo escolar. Nos livros indicados pelo Programa Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio (PNLEM), as informações são incompletas, demonstrando a pouca relevância atribuída ao tema (CARVALHO *et al.*, 2019).

Existem relatos de experiências pontuais interessantes sobre o ensino do assunto (FONSECA *et al.*, 2012; KOTWANI *et al.*, 2016; MORAIS; SILVA; CAVALCANTI, 2020) que precisam ser expandidas e aprimoradas por uma abordagem multidisciplinar e embasada com dados confiáveis.



POSSIBILIDADES DE ABORDAGENS PARA O TEMA DOS ANTIBIÓTICOS NO ENSINO MÉDIO

O estudo dos antibióticos permite o desenvolvimento de diversos conceitos científicos fundamentais. Por exemplo, é possível explorar as características das bactérias e sua diferenciação dos vírus (o que, por sua vez, permite esclarecer algumas concepções equivocadas bastante comuns como o uso de antibiótico para o tratamento de infecções virais, como mencionado acima). A partir dos mecanismos de ação dos diferentes tipos de antibiótico, é possível abordar aspectos da constituição da célula bacteriana e seu metabolismo. O problema do desenvolvimento de resistência, por sua vez, remete diretamente às ideias de evolução e seleção natural, além do conceito de mutação. A compreensão sobre a resistência antimicrobiana também pode envolver reflexões que mobilizam conhecimentos de biodiversidade, biomoléculas, organização celular, órgãos e sistemas, organismos, populações, ecossistemas, genética e processos epidemiológicos.

Ao mesmo tempo, o recurso à história da ciência propicia o contexto para trabalhar diversas noções relativas à NdC (ALLCHIN, 2013; ALLCHIN; ANDERSEN; NIELSEN, 2014). A história da descoberta acidental da penicilina por Fleming, por exemplo, permite discutir o papel do acaso nos processos de descoberta científica, o que contribui para a desconstrução da ideia de que o método científico se reduz a uma série de passos a serem seguidos rigidamente como uma receita. Pode-se explorar, também, o papel da teoria que guia as observações dos cientistas e questionar a noção segundo a qual estas devem ser “puras” ou “neutras” a partir da observação que Fleming faz da cultura de bactérias contaminada por um fungo do gênero *Penicillium*.

O interesse pela produção da penicilina em larga escala na década de 40, inicialmente com o intuito de aplicação na área militar, também contribui para o reconhecimento de que a ciência é uma atividade (assim como qualquer outra) inserida num contexto social e histórico (neste caso, a Segunda Guerra) e, portanto, em constante relação com valores e interesses de diferentes setores sociais. Posteriormente, o amplo acesso a antibióticos provocou uma transformação sem precedentes na saúde. Infecções que antes eram letais passaram a ser tratadas com facilidade, salvando inúmeras vidas. Porém, até hoje, o acesso a antibióticos é bastante desigual em diferentes regiões do mundo, o que levanta uma discussão sobre a relação entre política, ciência e desigualdade social.

Desde o advento da penicilina, novos antibióticos foram desenvolvidos, mas o ritmo de descoberta de novas drogas diminuiu radicalmente nas últimas décadas, o que agrava o problema da crescente resistência microbiana. A complexidade da pesquisa (incluindo a possibilidade de que novas drogas desenvolvidas fracassem



nos testes clínicos) e os custos para a indústria farmacêutica dificultam tal empreitada. Tal discussão permite que os alunos reconheçam a importância do financiamento nas pesquisas científicas e o fato de que estas nem sempre são bem sucedidas.

O uso de questões sociocientíficas nas aulas de ciências envolve o trabalho com situações abertas que envolvem a ciência em contextos sociais complexos e tipicamente incluem controvérsias que envolvem os alunos em debate (ZEIDLER; NICHOLS, 2009). O emprego dessa abordagem permite o desenvolvimento do aprendizado de termos e conceitos científicos, da NdC e das complexas relações que a ciência estabelece com a sociedade possibilitando a compreensão e intervenção na realidade (HODSON, 2018), o que vai ao encontro dos eixos estruturantes da alfabetização científica mencionados acima. A situação atual da resistência a antibióticos representa um problema sociocientífico a ser trabalhado no ensino médio.

Diversas questões técnico-científicas estão em aberto para resolver o impasse da resistência antimicrobiana no prazo mais longo, visando o desenvolvimento de novas opções de diagnóstico, vacinas e tratamento. Como exemplo, os testes atuais para identificação de bactérias e de sensibilidade aos antibióticos demoram vários dias para o resultado, o que dificulta a escolha do melhor antibiótico pelo médico. Novas formas de diagnóstico precisam ser desenvolvidas, e a recomendação da OMS é fomentar as pesquisas sobre o assunto. É também uma questão em aberto para o futuro próximo se o tratamento de infecções bacterianas com antibióticos está em declínio, e se deve ser superado por outras tecnologias, como por exemplo substâncias que inativem toxinas produzidas pelas bactérias, e não as bactérias em si. É um conhecimento em biotecnologia a ser perseguido pela ciência e a indústria. Também podem ser abordadas no ensino as medidas de prevenção de infecção, que se tornam ainda mais relevantes no cenário atual de dificuldade de tratamento.

Quando os alunos compreendem as múltiplas dimensões do problema (a evolução das bactérias como resposta à pressão seletiva criada pelos antibióticos, a indispensabilidade do uso de antibióticos na saúde, seu emprego exagerado em diversos contextos, o acesso desigual no mundo, o problema do financiamento da pesquisa para o desenvolvimento de novas drogas que substituam aquelas que estão se tornando obsoletas, etc.) eles passam a reconhecer a complexidade da questão que demanda e, por isso mesmo, estimula o aprendizado de conceitos científicos, da NdC e o desenvolvimento de habilidades argumentativas e de análise crítica.

Com o devido cuidado de seleção de fontes confiáveis de informação, são todos temas que podem ser explorados com grande ganho para o currículo escolar, pois vão ao encontro da intenção de que no ensino médio os estudantes ganhem autonomia para o uso da linguagem científica, e possam utilizar conhecimentos específicos para propor soluções para problemas reais. Ao se debruçar sobre o problema, os alunos são convidados a refletirem sobre as possibilidades de ação no sentido de sua superação, seja no âmbito pessoal (atitudes individuais com relação ao uso



consciente de antibióticos, como seguir as orientações médicas, não consumi-los por conta própria, etc.), seja no âmbito coletivo ou político (com relação às políticas concernentes ao uso em larga escala ou ao financiamento do desenvolvimento de novas drogas ou terapias alternativas, por exemplo).

CONCLUSÃO

É necessário abordar de maneira consistente o tema da resistência antimicrobiana no currículo do ensino médio de maneira a contribuir para o enfrentamento do problema, com a finalidade de preservar esse importante recurso médico para as próximas gerações, além de gerar reflexão acerca do problema e suas possíveis soluções tecnológicas. A temática proposta é ampla e permite abordagens diversas no ensino de ciências da saúde, que abrangem desde conteúdos conceituais até a aprendizagem sobre a NdC e, portanto, o desenvolvimento do letramento científico. O recurso à história da ciência e o tratamento do tema de uma perspectiva sociocientífica podem contribuir para a formação de sujeitos engajados na solução dos problemas reais que ameaçam a saúde em escala global.

REFERÊNCIAS

ALLCHIN, D. Evaluating knowledge of the nature of (whole) science. **Science Education**, v. 95, n. 3, p. 518–542, maio 2011. DOI: 10.1002/sce.20432

ALLCHIN, D. **Teaching the nature of science. Perspectives and Resources**. St. Paul, MN: SHiPS Education Press, 2013.

ALLCHIN, D.; ANDERSEN, H. M.; NIELSEN, K. Complementary Approaches to Teaching Nature of Science: Integrating Student Inquiry, Historical Cases, and Contemporary Cases in Classroom Practice. **Science Education**, v. 98, n. 3, p. 461–486, maio 2014. DOI: 10.1002/sce.21111.

AMINOV, R. A brief history of the antibiotic era: lessons learned and challenges for the future. **Front Microbiol.** 8;1:134, 2010 DOI: 10.3389/fmicb.2010.00134. PMID: 21687759; PMCID: PMC3109405.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretriz nacional para elaboração de programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos em serviços de saúde**. 2017.



BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, 2018.

CARVALHO, M. A.; PEREIRA, C. A. S.; SOUZA, L. F. O.; PEREIRA, A. P. C. A importância de ensinar resistência bacteriana no ensino médio: uma análise de livros didáticos de biologia selecionados pelo PNLEM/2018. **Revista Prática Docente**, v. 4, n. 2, p. 653-668, 2019. DOI: 10.23926/RPD.2526-2149.2019.v4.n2.p653-668.id497.

DEBOER, G. E. Scientific literacy: Another look at its historical and contemporary meanings and its relationship to science education reform. **Journal of Research in Science Teaching**, v. 37, n. 6, p. 582–601, 2000. DOI: 10.1002/1098-2736(200008)37:6<582::AID-TEA5>3.0.

FONSECA, M. J.; SANTOS, C. L.; COSTA, P.; LENCASTRE, L.; TAVARES, F. Increasing awareness about antibiotic use and resistance: a hands-on project for high school students. **PLoS One**. 7(9):e44699, 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0044699. Epub 2012 Sep 12. PMID: 22984544; PMCID: PMC3440366.

HODSON, D. Nature of Science in the Science Curriculum: Origin, Development, Implications and Shifting Emphases. In: MATTHEWS, M. R. (Ed.). **International Handbook of Research in History, Philosophy and Science Teaching**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2014. p. 911–970.

HODSON, D. Realçando o Papel da Ética e da Política na Educação Científica. Algumas Considerações Teóricas e Práticas sobre Questões Sociocientíficas. In: **Questões Sociocientíficas. Fundamentos, Propostas de Ensino e Perspectivas para Ações Sociopolíticas**. Salvador: EDUFBA, 2018. p. 27–57.

KOTWANI, A.; WATTAL, C.; JOSHI, P. C.; HOLLOWAY, K.. Knowledge and perceptions on antibiotic use and resistance among high school students and teachers in New Delhi, India: A qualitative study. **Indian J Pharmacol**. 48(4):365-371, 2016. DOI:10.4103/0253-7613.186208

LAWSON, M. A. The Antibiotic Resistance Problem Revisited. **The American Biology Teacher**, v. 70, n. 7, p. 405–410, 2008.

LEDERMAN, N. G. Students' and teachers' conceptions of the nature of science: A review of the research. **Journal of Research in Science Teaching**, v. 29, n. 4, p. 331–359, abr. 1992.

MORAIS, M. N. A.; SILVA, T. S. S.; CAVALCANTI, I. M. F. Utilização de sequência didática como estratégia de ensino sobre agentes antimicrobianos e resistência



bacteriana. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Ensino - Universidade Estadual do Norte do Paraná Cornélio Procópio**, v. 4, n. 1, p. 4-33, 2020.

PÉREZ, D. G. *et al.* Para uma Imagem não Deformada do Trabalho Científico. **Ciência & Educação**, v. 7, n. 2, p. 30, 2001.

SASSERON, L. H.; CARVALHO, A. M. P. DE. Alfabetização Científica: uma revisão bibliográfica•. **Investigações em Ensino de Ciências**, p. 19, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **2020 Antibacterial agents in clinical and preclinical development: an overview and analysis**. Geneva, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-002130-3

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Antimicrobial resistance: global report on surveillance**. Geneva, 2014. ISBN 978-92-4-156474-8

ZEIDLER, D. L.; NICHOLS, B. H. Socioscientific issues: Theory and practice. **Journal of Elementary Science Education**, v. 21, n. 2, p. 49–58, mar. 2009.



A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM PROFISSIONAIS DO SEXO COMO ACONTECIMENTO EDUCATIVO: AFIRMAÇÃO DAS VIDAS E PRODUÇÃO DE CULTURA

Guilherme Lamperti Thomazi¹
Gustavo Almansa Bernardo²
Roberta Machado Silveira³
Daniel Canavese de Oliveira⁴
Alcindo Antônio Ferla⁵
Matheus Neves⁶

PARA INÍCIO DA CONVERSA

Nos associamos à iniciativa deste livro, que inventaria e analisa práticas e teorias de aproximação entre a educação e a saúde, com uma experiência educativa envolvendo a promoção da saúde de um grupo social que vive e trabalha em condições de grande vulnerabilidade: os/as profissionais do sexo. Entretanto, antes de apresentar a conexão mais óbvia entre educação (iniciativa educacional específica)

-
- 1 Especialista em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul /RS
<https://orcid.org/0000-0001-5696-6275>
guigalthomazi@gmail.com
 - 2 Estudante de Graduação em Odontologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul /RS
<https://orcid.org/0000-0002-6921-9399>
almansagustavo@gmail.com
 - 3 Estudante de Graduação em Odontologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul /RS
<https://orcid.org/0000-0002-8137-5781>
msrobertaa@gmail.com
 - 4 Doutor em Ciências da Saúde FM/USP
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/RS
<https://orcid.org/0000-0003-0110-5739>
daniel.canavese@gmail.com
 - 5 Doutor em Educação/UFRGS
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/RS
<https://orcid.org/0000-0002-9408-1504>
ferlaalcindo@gmail.com
 - 6 Doutor em Saúde Bucal Coletiva/UFRGS
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-7336-8987>
matineves@gmail.com



e saúde (promoção da saúde), interessa destacar uma conexão que lhe é anterior e, de certa forma, superior em termos epistêmicos e políticos.

Os encontros entre educação e saúde são atravessados por *regimes de verdade* (FOUCAULT, 1998), que se expressam por padrões discursivos e por mecanismos e instâncias que os legitimam, além de diferentes hierarquias que produzem em relações de circularidade. Não nos interessa avançar nesse debate, apenas registrá-lo, uma vez que falamos da internalidade de um dos equipamentos sociais que sancionam a produção de verdade, mas vivemos um tempo de emergência de correntes negacionistas e combates ferrenhos vindos de vários lugares, inclusive da maquinaria estatal. Não nos associamos a eles, embora, como o fez Arouca (2003), percebemos um predomínio de discurso biomédico na compreensão da saúde, reduzindo a complexidade da produção da saúde, muitas vezes tomada apenas como superação de doenças. E disciplinamentos e docilizações dos corpos, que sofrem constrangimentos de normalização biomédica.

Justamente pelo reconhecimento da complexidade, entendida como multideterminação local das saúdes, queremos pontuar aqui o *encontro* entre educação que se produz no cotidiano do trabalho, que é objeto de uma construção epistemológica sobre a aprendizagem em ato e no exercício do trabalho, seja ele de cuidado, de gestão, de atenção e de participação, e, também, da política de desenvolvimento do trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS): a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Interessa a dupla dimensão da Educação Permanente em Saúde, como política do SUS e como política de aprendizagem no cotidiano do trabalho, seja no interior do sistema de saúde e seus pontos de atenção nos territórios e, também, na formação de profissionais. Ou seja, nos interessa recuperá-la como travessia de fronteiras (CECCIM; FERLA, 2008) entre a educação, o trabalho e a cidadania. Aqui, especialmente, como abertura de perspectivas sobre o corpo e a sexualidade, como inclusão da diversidade e como produção de cidadania inclusiva.

E, nesse contexto, a aproximação educação e saúde nos permite considerar o cotidiano do trabalho em educação e em saúde, para além de espaços de aplicação do conhecimento já sistematizado, também produção de inovações para o trabalho (CECCIM; FERLA, 2008), hibridismos teoria e prática como produção de transversalidades (FOUCAULT, 1998) e a emergência de conhecimentos significativos. Muito brevemente, essa conexão coloca a possibilidade de produzir, no encontro entre educação e saúde, efeitos pedagógicos singulares, que se materializam em “existencialidades educativas” que movimentam a cultura, os imaginários sociais e o próprio trabalho, seja na saúde e/ou na educação (FERLA, 2020). Não será necessário, por certo, recuperar toda a analítica foucaultiana sobre os regimes de verdade sobre o corpo e a normalização da sexualidade para falar de preconceito e estigma aos profissionais do sexo, que é improvável que os leitores aqui as



desconheçam. Seguiremos apresentando as ideias da produção educativa que se pretendeu máquina de guerra para a abertura de imaginários e possibilidades de existência.

No lugar da educação em saúde como aprendizagem, pretendemos relatar uma experiência educativa envolvendo atores e atrizes de uma universidade pública, trabalhadores e trabalhadoras do sexo, um contexto complexo e hostil de enfrentamento à pandemia de Covid-19 no planeta e muito particularmente no Brasil, que está submerso em uma crise civilizatória que enfraquece a vida e se expressa em necropolítica em vidas específicas entre as quais, profissionais de sexo. Na experiência relatada, o efeito necropolítico que interessa destacar é a invisibilização e a perspectiva moral aplicada aos agentes do trabalho sexual, fortemente presente no enfrentamento à pandemia, que se traduz em omissão de políticas públicas e violência cotidiana. Também interessa colocar em evidência a experiência de conexão da universidade com o problema da prevenção à saúde desses agentes, desenvolvendo a função social por meio de uma iniciativa híbrida de ensino/pesquisa/extensão. E tornar visível essa experiência também como mobilização de platôs de cultura, gerando efeitos arqueológicos e genealógicos visíveis, inclusive em relação à própria universidade. Ou seja, a experiência relatada tem uma dupla inserção no tema dos encontros educação e saúde: como desenvolvimento de tecnologia de promoção da saúde e como experimentação na saúde da função social da universidade em tempos de pandemia, dessa pandemia que vivemos no Brasil também como crise civilizatória (FERLA *et al.*, 2020).

QUAL O PROBLEMA QUE MOBILIZOU A EXPERIÊNCIA?

Trabalhadoras e trabalhadores sexuais são pessoas adultas que trocam consensualmente serviços, atividades e/ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos e/ou serviços valorados (monetariamente ou não). Constando na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o número 5198-05, o trabalho sexual não é criminalizado no país, a legislação somente penaliza itnermediários dessa atividade (BRASIL, 2019). Mesmo não sendo classificado como crime pela legislação, a profissão não é regulamentada, o que impossibilita as pessoas que realizam essa atividade de exigirem condições de trabalho higiênicas e dignas, amplificando o processo de vulnerabilização dessas pessoas e dificultando o enfrentamento de violências sofridas (VILLELA; MONTEIRO, 2015). Além da precarização de condições de trabalho e direitos, a ocupação é alvo de preconceitos, estigmas e discriminação, o que também se traduz em invisibilidade.

É importante ressaltar a inexistência de dados oficiais sobre quantas pessoas trans se prostituem, tendo como único dado o relatório anual da Associação Nacional



de Travestis e Transexuais (ANTRA), o qual explicita que 90% das mulheres trans e travestis têm a prostituição como única fonte de renda (ANTRA, 2021). Em um estudo realizado com 2010 mulheres trans e travestis residentes no Distrito Federal, a pesquisadora Alicia Kruger (2018) relata que 43,9% delas afirmaram ter realizado trabalho sexual nos 30 dias anteriores à entrevista. No que tange a homens trans, não existem informações oficiais sobre a quantidade dessa população que realiza ou realizou trabalho sexual.

A preocupação com a saúde de trabalhadores e trabalhadoras do sexo se deu, inicialmente, pelo advento da epidemia de hiv e aids na década de 80, quando o país começou a desenvolver políticas públicas pensando na diminuição da propagação do vírus que afeta 36,7 milhões de pessoas no mundo (UNAIDS, 2020). Com esse objetivo, foram definidas as “populações-chaves”, que são grupos atingidos pela pandemia de hiv e aids de forma desigual e desproporcionalmente ao restante da população, não só epidemiologicamente, mas também por situações envolvendo o acesso aos serviços de saúde e outras iniquidades, tendo a taxa de prevalência de hiv e aids superior à média nacional, que é 0,4%. Foram assim classificados: mulheres profissionais do sexo, gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2019).

Algumas tentativas de levantamentos de dados de quantas pessoas realizam trabalho sexual no país foram realizadas, dentre elas a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, publicada em 2013 pelo Ministério da Saúde e que ocorre trienalmente. Com o objetivo de entender e monitorar a epidemia de hiv e aids no Brasil, naquela edição foram entrevistadas 12.000 pessoas entre 15 e 64 anos no país inteiro. Com esses dados extrapolados para a população em geral, estima-se que 1,1% da população brasileira entre essa faixa etária teriam tido relações sexuais, nos últimos 12 meses, por dinheiro. As mulheres cis profissionais do sexo seriam cerca de 543,500, o que representa 0,8% da população feminina brasileira, já homens cis profissionais de sexo representam 1,4 % dos homens brasileiros, ou seja, 910,200 brasileiros (BRASIL, 2016).

É imprescindível se pensar na prevenção de infecção de hiv e aids nas populações-chaves e grupos prioritários pois representam 62% das novas infecções de hiv no mundo. Destaca-se a categoria de trabalhadores do sexo, tendo em vista que o risco de infecção em profissionais do sexo e seus clientes é 30 vezes maior do que o restante da população. No Brasil, entretanto, apenas mulheres cis trabalhadoras do sexo são consideradas população-chave pelo ato de se prostituírem (BRASIL, 2019; UNAIDS, 2020).

A lógica da prevenção combinada pauta as políticas sobre a temática de hiv e aids no Brasil, sendo dividida em intervenções biomédicas, como profilaxia pré e pós-exposição, métodos de barreira, tratamentos de outras IST, imunização e



resposta à transmissão vertical; intervenções comportamentais, tais como oferta de aconselhamento, adesão ao uso de preservativos e orientação e incentivo sobre testagens regulares; e, as intervenções estruturais, dentre elas a diminuição das desigualdades socioeconômicas, divulgação de informações para a população e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). Mesmo assim, Tonantzin Gonçalves e colaboradores (2020) ressaltam a existência de poucos estudos e intervenções sobre as questões estruturais da prevenção combinada, focando mais em ações e responsabilizações individuais das pessoas.

Desse modo, é necessário pensar as questões estruturais que tangem a saúde de pessoas profissionais do sexo. Esse é o foco do estudo de Laecia Paiva e colaboradores (2013), que entrevistaram 10 mulheres cis profissionais do sexo no estado do Rio Grande do Norte. Entre suas interlocutoras, 6 estão nesse mercado entre 1 e 10 anos, e metade delas entrou na prostituição por falta de dinheiro ou parca rede de apoio, mostrando a importância de fatores sociais sobre a prática da prostituição. A falta de oferta de emprego também é relatada por homens cis como motivo de ingresso na prostituição, além da necessidade de subsistência e inexistência do suporte da família (HAMANN *et al.*, 2020).

Além das questões relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis (IST), mulheres cis e homens trans também encontram o risco de gravidez indesejada decorrente do não uso ou uso incorreto de preservativo. Essa situação leva algumas dessas pessoas a recorrer ao aborto não seguro, já que as práticas sexuais de profissionais do sexo são envoltas por inúmeros preconceitos e tornam o debate sobre estupro e violência sexual um tabu quase intransponível. Reconhecendo as limitações da legislação nacional que estipula como abortamento legal somente casos de gestações que coloquem em risco a vida da mulher gestante, que sejam resultado de estupro ou cujo feto seja diagnosticado como anencefálico (BRASIL, 1940; DINIZ; VÉLEZ, 2008), fica palpável a impossibilidade de acesso a este direito por tal população. Mais recentemente, esse contexto se revestiu de um grau de preconceito e assédio institucional ainda maior, com iniciativas governamentais no sentido de combater, por meio de práticas assediosas de cunho moral sobre mulheres e profissionais de saúde.

Somando o desalinhamento dos horários de funcionamento dos serviços de saúde com o turno que, majoritariamente, ocorre o trabalho sexual, com o receio de assumir a profissão pela possibilidade de um pior atendimento, pode explicar a ausência das pessoas que trabalham com sexo nos serviços de saúde (BRASIL, 2019). Além da ausência dessa população no SUS, a violência também é uma vulnerabilidade encontrada por toda essa população, por muitas vezes trabalharem na rua ou em locais perigosos, com pessoas desconhecidas existe a possibilidade de agressões físicas, verbais e sexuais principalmente quando o cliente nega o uso de preservativos (VILLELA; MONTEIRO, 2015).



Tendo essas questões como base, o Ministério da Saúde lançou, em 2019, a Agenda Estratégica para ampliação do acesso integral das populações-chave em hiv, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis como forma de enfrentamento do processo de estigmatização e vulnerabilização de pessoas que trabalham com sexo na saúde. Dentre as principais estratégias, citam a criação de ações para combater o estigma e a discriminação especificamente nos serviços do SUS, fortalecimento dos movimentos sociais e enfrentamento do racismo institucional. Apostando na comunicação e educação em saúde, como adoção de linguagem mais adequada a cada população e criação de materiais educativos focados nos diferentes públicos alvos (BRASIL, 2010). Esse foi o campo de ideias em que se desenvolveu a experiência que está em análise neste capítulo.

COMO O PROBLEMA FOI ABORDADO?

Tendo em vista a constante vulnerabilização e preconceito que criam barreiras que dificultam o acesso à informação em saúde de algumas populações, dentre elas os (as) profissionais do sexo, é de suma importância a democratização desses conteúdos e a educação em saúde com intuito de minimizar as disparidades criadas através de estigma e descriminalização. Nesse quesito, a universidade possui uma grande responsabilidade visto que, muito além do seu papel no ensino e formação, ela concentra uma expressiva gama de conhecimentos que contribuem para o desenvolvimento de uma sociedade. A função social da universidade é a interação construtiva com os problemas que afetam a vida nas sociedades e inclui produzir novos padrões de cultura e interferir nas condições que condicionam e determinam tais problemas. O denominado tripé ensino/pesquisa/extensão coloca à universidade e seus agentes o desafio de deslocar a capacidade de análise do contexto para novos platôs, de produzir iniciativas de ensino onde o conhecimento desenvolvido em contato com as condições que mobilizam a sociedade eleve a capacidade de produzir mudanças e de desenvolver interações com pessoas, grupos e instituições para a superação das condições problemáticas e gerar mudanças culturais e práticas na vida das pessoas. A materialidade educativa dos processos sociais envolve produções pedagógicas de políticas e iniciativas da sociedade como um todo, mas tem as universidades como ponto estratégico na rede social que sustenta a cultura e que produz mudanças nesses padrões (FERLA, 2020).

Com o agravamento da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2s), e objetivando a inserção da universidade com as demandas da sociedade, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ainda no início da pandemia, mobilizou-se através de pesquisas, assistências e voluntários, ações voltadas para a população necessitada por decorrência do agravamento de uma série de problemas



sociais, principalmente no que diz respeito às necessidades básicas. Segundo o Painel de Monitoramento de Lideranças Comunitárias no Cenário da Covid-19, a fome e a falta de renda para compra de alimentos são as dificuldades mais recorrentes nos territórios mais necessitados juntamente com desemprego, redução de salário e ausência de renda. Dentre as populações que receberam assistência da universidade estavam os (as) profissionais do sexo.

Somando a situação pandêmica à dificuldade financeira dos (as) profissionais do sexo, visto que esse é o principal motivo que leva ao início dessa prática de trabalho (ESPOSITO; LAHHALE, 2006, p. 332) e a ausência de direitos trabalhistas por essa ser uma prática irregular no país, além de que durante a atividade profissional há uma incerteza quanto à remuneração.

Notou-se a necessidade e importância de elaboração de um material informativo voltado para educação em saúde e direcionado para essa população com intuito de externalização do conhecimento gerado no que diz respeito à prevenção do Covid-19 durante as práticas de trabalho, justificado pelo agravamento da vulnerabilidade econômica que a ausência dele acarretaria. Além disso, é consenso que há um alto risco de contágio de Covid-19 pelas particularidades de suas práticas de trabalho. Identificando e com o intuito de preencher essa lacuna, iniciou-se um processo de construção de uma cartilha intitulada “Coronavírus e profissionais do sexo: dicas de prevenção e formas alternativas de trabalho durante a pandemia de Covid-19”. O material foi pensado e desenvolvido por professores e estudantes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e algumas partes podem ser vistas a seguir.

Com o foco em uma linguagem acessível para o público alvo, o material contém 14 páginas divididas em três grandes tópicos. Além disso, a arte visual é composta por diferentes cores, o objetivo foi construir um material divertido que fugisse do habitual de materiais informativos. Dessa forma a escolha de frutas substituindo imagens de pessoas foi escolhida (Figura 1).



Figura 1 - Capa e ficha técnica



Fonte: Autores (2020).

A primeira parte (Figura 2), é voltada para explicação do Covid-19 contendo informações que expliquem o que é, quando surgiu e as principais formas de prevenção. A explicação do ponto preventivo é feita com a importância do uso da máscara do modo correto (cobrir nariz e o queixo, não ter vãos nas laterais, encostar apenas no elástico) e aponta, também, alguns dos erros mais comuns na utilização dela. Além disso, foi abordada a maneira de confecção de máscara caseira de pano e como cuidar dela, seguindo as recomendações e referências do período em que a cartilha foi criada. É importante salientar que hoje, com o agravamento da pandemia e com os novos estudos no que diz respeito a ela, sabe-se que o uso de máscara de pano é recomendada juntamente com o uso de uma máscara cirúrgica. Por fim, orientou-se sobre a higienização das mãos.

A segunda parte (Figura 3) foi reservada para abordar a temática dos atendimentos durante a pandemia enfatizando que não há forma 100% segura contra a Covid-19 durante a prática sexual, mas reforçando que há maneiras de diminuir esses riscos. É falado sobre a preferência por atendimentos fora de casa a fim de não contaminar o ambiente pessoal, sugerindo a utilização de motéis e hotéis, além de evitar clientes com sintomas de infecção pelo vírus que causa a Covid-19. A higienização do corpo na chegada do local, após o atendimento e na chegada em casa e, também, a ventilação e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) como máscara e luvas é outro ponto abordado.

Figura 2 - Primeira parte

COVID-19?

O QUE É?
É a doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2s, identificado na China no fim do ano de 2019.

SINTOMAS?
Os principais sintomas são febre, tosse, dor de garganta, coriza e dificuldade ao respirar

COMO É TRANSMITIDO?
Contato com pessoas doentes (com ou sem sintomas), por meio de gotículas, toques de mão, tosse, espirro ou objetos contaminados como: celulares, chaves, maçanetas e roupas.


PREVENÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que o isolamento social é a melhor forma de se prevenir a doença, porém muitas pessoas não têm esse privilégio, por isso a seguir você encontra algumas dicas de prevenção, específicas para profissionais do sexo.

MÁSCARA


O uso da máscara é uma das formas de prevenção da contaminação pelo coronavírus. Seu uso é obrigatório em várias cidades do país e do mundo. O uso da máscara é importante e deve ser feito de maneira correta. A máscara de pano deve **ser trocada a cada 2 horas** ou quando ficar úmida. Já a máscara descartável, deve ser utilizada uma única vez.

COMO FAZER O USO CORRETO DA MÁSCARA?



- 1-Cobrir o nariz e o queixo
- 2-Não ter vãos nas laterais
- 3-Encostar apenas nos elásticos

ERROS COMUNS QUE DEVEM SER EVITADOS:



Deixar o queixo ou o nariz exposto, muito espaço nas laterais e deixar a máscara descansando no pescoço.

Imagem: GI

MÁSCARA DE PANO

É muito importante o uso da máscara quando for preciso sair de casa, mas como fazer uma máscara de pano?

- 1 - Pegue um pedaço de tecido, de preferência algodão, e dois elásticos.
- 2 - Dobre horizontalmente o tecido duas vezes e coloque o elástico nas pontas.
- 3 - Dobre as pontas para dentro.
- 4 - Agora só precisa puxar o elástico para fora.





Imagem: CNN Brasil


COMO LAVAR A MÁSCARA?

Por estar nos protegendo do vírus, a máscara fica bastante exposta, e por isso precisa ser higienizada. Se não for higienizada corretamente, ela pode se tornar uma forma de infecção. Portanto, são necessários alguns cuidados:

- Lave as mãos com água e sabão antes de tirar a máscara.
- Sempre pegue a máscara pelos elásticos e **evite** encostar na parte da frente dela.
- Deixe a máscara de molho por 30 minutos em uma mistura de 1 parte de água sanitária para 50 partes de água. Exemplo: 10ml de água sanitária para 500ml de água.
- A máscara precisa estar seca para ser utilizada novamente.



HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Imagens: OMS

Fonte: Autores (2020).

Entendendo as diferentes realidades, a cartilha tem instruções para aqueles(as) que precisarão atender em casa. Dentre as recomendações consta a retirada das roupas por parte do cliente seguido de banho logo na chegada, a higienização do local como troca das roupas de cama e preferência de um cliente por vez. Para finalizar este tópico, foram abordadas formas alternativas de trabalho a fim de manter o isolamento social, ou seja, a oferta da modalidade virtual de atendimento através de videochamadas em diferentes plataformas.

Figura 3 - Segunda parte

COMO ATENDER DURANTE A PANDEMIA?

Durante a combinação do programa converse com a/o/e cliente sobre como se prevenir do coronavírus. Não existe forma 100% segura de se proteger durante o trabalho sexual, porém algumas atitudes pode diminuir a chance de se contaminar.

Prefira atender fora de casa, como em motéis e hotéis, para não contaminar seu ambiente pessoal com o vírus.

- EVITAR clientes que estejam com sintomas como febre, tosse e coriza.
- Tomar banho ao chegar no local do atendimento, depois de atender e novamente ao chegar em casa.
- Deixar as janelas do ambiente abertas, fazendo com que o ar circule.
- Usar máscara e luvas durante o programa, evitando contato com fluidos corporais.
- Não encostar no rosto ou cabelos durante a relação sexual, somente após higienizar bem as mãos com água e sabão.

SE PRECISAR ATENDER EM CASA:

- Peça para a/o/e cliente deixar as roupas, incluindo os sapatos na entrada e vá direto tomar banho.
- Higienize o local onde a relação sexual foi realizada, como as roupas de cama, evitando que você se contamine.
- EVITE mais de uma/um/ume cliente por vez.


6

FORMAS ALTERNATIVAS DE ATENDIMENTO

O isolamento social é a forma mais eficaz de se proteger da contaminação pelo coronavírus, mas é bastante difícil para profissionais do sexo. Existem formas de ganhar dinheiro com o trabalho sexual pela internet.

Ofereça a **modalidade virtual**, como videochamadas pelo whatsapp, skype ou outras plataformas.

Existem diversos sites de strip tease e sexo virtual que pagam os modelos de diferentes formas. Procure plataformas de venda de fotos e/ou videos.



7

Fonte: Autores (2020).

A terceira parte (Figura 4) deste material de educação em saúde abrange aspectos gerais e importantes a serem introduzidos. O primeiro deles diz respeito ao auxílio emergencial ofertado no último ano, criado para suprir as necessidades de trabalhadores informais, desempregados e microempreendedores, visto que os trabalhadores do sexo não possuem sua profissão regulamentada no país, logo, o auxílio emergencial era cabível. O segundo, fala sobre cuidados gerais como higienização das roupas, compras do mercado e saúde mental em tempos de isolamento social. Por fim, é abordado o assunto de infecções sexualmente transmissíveis e alguns telefones importantes como central de atendimento à mulher, CVV e Disque Direitos Humanos.

Figura 4 - Terceira parte

AUXÍLIO EMERGENCIAL

O auxílio é um benefício para trabalhadoras, trabalhadores e trabalhadoras informais, autônomos e autônomas, desempregados e microempreendedores/as. O valor do benefício é de R\$ 600,00, podendo ser ampliado para R\$ 1.200,00 se a mulher for a chefe da família e única responsável pelas contas.

Para ter acesso a esse auxílio a pessoa deve cumprir os seguintes requisitos:

- Ter mais de 18 anos.
- Não ter emprego formal.
- Não ser aposentado ou receber outros benefícios.
- Renda familiar mensal de até 3 salários mínimos.
- Não ter recebido, em 2018, mais de R\$ 28.559,70.

Se você se enquadra nesses requisitos, a solicitação do auxílio deve ser feita pelo site da caixa:

<https://auxilio.caixa.gov.br/inicio>



8

CUIDADOS GERAIS

HIGIENIZAR ROUPAS

Quando você voltar para casa, seja após um programa ou uma ida ao mercado, é importante tirar as roupas e lavá-las o mais breve possível, evitando que elas contaminem seu domicílio.

HIGIENIZAR COMPRAS DO MERCADO

Várias pessoas passam pelo mercado diariamente, encostando nos produtos e embalagens. Por isso, quando você chegar em casa, deve higienizar **TODAS** as embalagens, frutas, pacotes e sacolas com álcool gel ou água e sabão, para evitar que esses produtos possam contaminar você ou a sua casa.

SAÚDE MENTAL

Mesmo estando em período de distanciamento social é necessário que você continue com uma rotina e tendo contato com seus amigos e familiares, utilizando as tecnologias disponíveis como as redes sociais.

Esse período vai passar!

9

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Mesmo durante o coronavírus não podemos esquecer dos cuidados com as outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) como o HIV/aids, sífilis, hepatite B e C.

A **camisinha**, tanto interna quanto externa são ótimas formas de se proteger, e são disponibilizadas de forma gratuita nos serviços de saúde.



Contra o HIV/aids existem ainda duas formas de se proteger:

- **PEP - profilaxia pós exposição.**
- **PrEP - profilaxia pré-exposição.**

Caso você não tenha se protegido na relação ou tenha sido vítima de violência sexual você pode solicitar a PEP nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou nos hospitais.

10

TELEFONES IMPORTANTES

DEAM - Delegacia da mulher: (51) 3288-2172
Secretaria da Saúde de Porto Alegre: (51) 3212-6800



11



QUE MOVIMENTOS FORAM PRODUZIDOS?

A universalidade é um dos princípios doutrinários do SUS. É ela que garante o acesso aos serviços de saúde. Contudo, há barreiras que dificultam a entrada de populações específicas, como no caso dos (as) profissionais do sexo, geralmente associadas ao preconceito ou percepção - por parte dos e das profissionais de saúde - de que suas singularidades não remetem ao cuidado específico que, por sua vez, fere o outro princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde: a equidade. Além disso, temos a integralidade como parte componente da tríade dos princípios doutrinários, que acaba sendo comprometida no momento em que essa população vence a barreira de acesso, mas não tem seu cuidado integral garantido, seja por desconhecimento, preconceito ou incapacidade de escuta e vínculo pelo serviço.

Esse panorama se soma ao fato de que a prostituição é vista com grande estigmatização e não é legitimizada (DIAS, 2017). O estigma opera de várias formas na sociedade atual, não só reduzindo o acesso aos serviços de saúde, mas também dificultando a obtenção de informações sobre cuidado (GULLLIFORD; FIGUEIROA-MUNOZ; MORGAN, 2013). Além disso, campanhas de Saúde Pública voltadas a essa população geralmente são preconceituosas e vinculadas ao comportamento de risco a infecções sexualmente transmissíveis, gerando maior afastamento dos profissionais do sexo com os profissionais da saúde, uma vez que os primeiros sentem medo (ou vergonha) dos segundos (AQUINO; XIMENES; PINHEIRO, 2010). Ainda, Políticas Públicas brasileiras restringem sua abordagem a IST, o que corrobora com o estigma sofrido e ignora todas as outras nuances e especificidades da população.

Considerando o papel das Universidades, não só como pilares na construção dos conhecimentos, mas também na aplicação deles na sociedade, juntamente com a participação popular, a cartilha foi criada como uma maneira de empoderar esses profissionais, de forma que os conhecimentos científicos fossem traduzidos para a linguagem do público-alvo a fim de garantir maior autonomia e autocuidado. Através da educação popular em saúde, buscou-se um olhar voltado à atenção dessas pessoas que não têm seus direitos garantidos, uma vez que são classificadas como trabalhadoras informais; são estigmatizadas e têm barreiras de acesso à saúde.

Além disso, com o cenário atual da pandemia, profissionais do sexo tiveram aumento na sensação de angústia e insegurança com as condições de trabalho (COUTO, 2021). Deve-se considerar ainda que muitas das medidas preventivas contra a infecção pelo Sars-Cov-2 são restritas às populações de classe média a alta, uma vez que preconizam o trabalho em *homeoffice*, distanciamento social e isolamento. São cuidados que podem ser adotados por profissões específicas, mas não são aplicáveis aos profissionais do sexo.

Tendo em vista as condições de vida e trabalho desses profissionais, a ausência



de políticas públicas específicas e efetivas, campanhas de combate à transmissão do novo coronavírus voltadas para trabalhadores como opção de trabalhar na sua própria casa, a existência de poucos materiais produzidos com um olhar atento às especificidades dos profissionais do sexo, a cartilha foi pensada e desenvolvida como um material de prevenção em saúde a uma população que historicamente é marginalizada, invisibilizada pelas campanhas em saúde e tem barreira de acesso aos serviços.

Ao desenvolver um material de educação em saúde, levando em consideração as demandas e preocupações do público-alvo, bem como a utilização de linguagem por ele utilizado, além de ser uma ferramenta de referência aos cuidados em saúde, desenvolve-se um material capaz de aumentar a autonomia, com base na evidência científica disponível e permite que os profissionais da saúde consigam a aproximação com essa parcela da população. É preciso que as demandas das pessoas sejam ouvidas, para que os caminhos para as soluções possam ser construídos de maneira conjunta. Quando se fala em saúde, não há uma verdade intransponível, mas há verdades formadas com a associação da produção científica e os conhecimentos e necessidades populares.

No contexto da experiência relatada, é importante destacar que a cartilha, propriamente dita, foi a materialidade de um processo de interação com a sociedade, de produção de conhecimentos a partir dessa interação e de desenvolvimento de tecnologias de ensino. Ou seja, é visível uma ação complexa que movimenta, ao mesmo tempo, ensino/pesquisa/extensão. Ao fazê-lo, desloca a cultura para novos platôs, com mobilização de saberes e poderes, conectando-nos à formulação foucaultiana. Na síntese que faz dos estudos genealógicos de Foucault, Roberto Machado (FOUCAULT, 1989) registra que “todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber” (p. XXI).

E os deslocamentos na cultura e configuração de novos campos de saber sobre a sexualidade e prevenção da saúde nos/nas profissionais do sexo em tempos de pandemia, movimentam também camadas de relações políticas que constituem fortemente a crise de civilidade (FERLA *et al.*, 2020) que vivemos. Recebemos muitos retornos positivos de leitores e usuários dos materiais produzidos e atores e atrizes de sua produção, mas recebemos também notificações assediosas das forças conservadoras que, da Capital Federal, ocuparam-se do evento, inicialmente local. Tanto as interações construtivas quanto a prática violenta do uso da maquinaria estatal para produzir silenciamentos são evidências da relevância do problema abordado nesta iniciativa, quando da oportunidade do que foi produzido durante o processo relatado. Ambas as expressões apontam para um sentido construtivo da iniciativa, que buscou expandir a cultura, produzir novas materialidades educativas para a relação de cuidado e proteção às/aos profissionais do sexo em tempos de pandemia



e denunciar o preconceito traduzido em negligência e invisibilidade desses sujeitos no cotidiano social.

Afinal, o exercício da função social da universidade também é “desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento” (FOUCAULT, 1989, p. 14). Essa também foi a contribuição pretendida com o encontro entre a educação e a saúde produzido na experiência aqui relatada.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Priscila de Souza; XIMENES, Lorena Barbosa; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 1, p. 18-22, 2010. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4>. Acesso em: 03 maio 2021.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, 268 p. ISBN: 978-85-7541-610-5. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q7gtd/epub/arouca-9788575416105.epub>

ARRUDA, Isabella. Covid-19: um ano depois, recomendações sobre uso de máscaras mudaram?, **A GAZETA**, Capixaba, 2021. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/covid-19-um-ano-depois-recomendacoes-sobre-uso-de-mascaras-mudaram-0221/>. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ju Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV**: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-chave em HIV, Hepatites Virais e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019

BRASIL. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**, 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.



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

COUTO, Pablo Luiz Santos *et al.* Mental health of female sex workers in the COVID-19 pandemic: stressors and coping strategies. **SciELO - Scientific Electronic Library Online**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2186>. Acesso em: 02 maio 2021.

DIAS, Lucas Bernardo. Uma reflexão crítica entre Prostituição e Políticas Públicas no Brasil: avanços, retrocessos e conjuntura sociopolítica. **Revista Dos Estudantes De Públicas**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rep/article/view/7001>. Acesso em: 03 maio 2021.

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzalez. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, v. 16, n. 2, p. 647-652, 2008.

ESPOSITO, A. P.G.; KAHHALE, E. M. P. Profissionais do sexo: Sentido produzido no cotidiano de trabalho e aspectos relacionados ao HIV. **Psicologia: reflexões e críticas**, v. 19, n. 2, p. 329-339, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-7972&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 maio 2021.

FERLA, A. A.; MARTINO, A.; MERHY, E. L.; BAPTISTA, G. C.; SCHWEICKARDT, J. C.; NICOLI, M. A.; PEREIRA, M. G. A.; FERREIRA, M. R.; OROZCO-VALADARES, M. A.; CECCIM, R. B.; FRANCO, T. B. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, 6(Supl.2):1-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.

FERLA, Alcindo Antônio. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como *efeito pedagógico inusitado*: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *In: AKERMAN, M. et al. (org.). A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 94-122. (Série “Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS”).

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; COSTA, Adriano Henrique Caetano; SALES, Mariana Silveira; LEITE, Heloísa Marquardt. Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 1897-1912, maio 2020.



HAMANN, Cristiano; PIZZINATO, Adolfo; ROCHA, Kátia Bones; HENNIGEN, Inês. Marcadores de diferença e produção de si na prostituição entre homens. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), [s./l.], n. 34, p. 68-89, abr. 2020.

KRÜGER, Alícia. **Aviões do cerrado uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do distrito federal brasileiro**. Dissertação (Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

PAIVA, L. L. D.; ARAÚJO, J. L. D.; NASCIMENTO, E. G. C. D.; ALCHIERI, J. C. A vivência das profissionais do sexo. **Saúde em Debate**, 37, 467-476, 2013.

PAIVA, Laécia Lizianne de; ARAÚJO, Janieiry Lima de; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do; ALCHIERI, João Carlos. A vivência das profissionais do sexo. **Saúde em Debate**, [s./l.], v. 37, n. 98, p. 467-476, set. 2013.

PANDEMIA e suas consequências estimulam violência e desesperança em comunidades carentes. **Jornal da USP**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/pandemia-e-suas-consequencias-estimulam-violencia-e-desesperanca-em-comunidades-carentes/>. Acesso em: 05 maio 2021.

SIMAKAWA, Viviane Vergueiro. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes**: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. Dissertação(Mestrado. Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade)-Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, 2015.

SUESS, Aimar. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans : procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. In: MISSÉ, Miquel ; COLL-PLANAS, Gerard (ed.). **El género desordenado – críticas en torno a la patologización de la transexualidad**. Barcelona Madrid: EGALÉS, 2010

UNAIDS. **2020 Global AIDS Update — Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics**. 2020. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>. Acesso em: 15 abr. 2021.

VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do hiv/aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s./l.], v. 24, n. 3, p. 531-540, set. 2015.



A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Michele Neves Meneses¹

Roberta de Pinho Silveira²

Fernanda Mattioni³

Luciana Araujo Vieira⁴

Liciane da Silva Costa Dresch⁵

CONTEXTUALIZANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito ampliado de saúde no Brasil, presente na *Constituição Federal* (BRASIL, 1988), tem sido discutido há décadas pelo Movimento Sanitário e foi legitimado a partir da *VIII Conferência Nacional de Saúde*, ocorrida em 1986, a qual sugeriu a expansão das práticas em saúde, a fim de contemplar as diferenças nas condições que constituem os processos de saúde e doença. Esse pressuposto aponta para uma abordagem na qual esses processos não possuem uma relação unicausal. Essa concepção se inscreve em uma abordagem específica de compreensão dos fenômenos que envolvem o processo de saúde e adoecimento.

- 1 Mestra em Ensino na Saúde.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-0933-7051>
E-mail: michelemeneses22@gmail.com
- 2 Mestra em Saúde Coletiva.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
<https://orcid.org/0000-0003-4136-9253>
E-mail: betadepinho@gmail.com
- 3 Mestra em Saúde Pública.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
<https://orcid.org/0000-0003-3794-6900>
E-mail: nandacmattioni@gmail.com
- 4 Especialista em geriatria e gerontologia.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
<https://orcid.org/0000-0001-6197-9900>
E-mail: luajvieira@gmail.com
- 5 Mestra em Ciências Médicas: Psiquiatria.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
<https://orcid.org/0000-0002-3450-8625>
E-mail: licisc@gmail.com



Segundo Paulo Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007), a saúde é produto dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), ou seja, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para as pessoas.

A Promoção da Saúde perpassa os diferentes mecanismos de enfrentamento dos DSS. Por isso, ela pode ser entendida como uma ampliação e uma requalificação conceitual e operativa da questão da saúde em sua complexidade crescente, apostando em novas políticas e práticas de intervenção sobre o processo saúde-doença e para uma melhoria da qualidade de vida em geral (CARVALHO et al., 2004). Pela abrangência e pelas possibilidades de práticas e de interpretações, a PS é considerada um conceito complexo, construído a partir de diferentes vertentes epistemológicas e operado a partir de múltiplos métodos, também em diferentes cenários (MENDES; FERNANDEZ ; SACARDO, 2016).

A concepção de Promoção da Saúde, elaborada durante a realização da *I Conferência Internacional de Promoção em Saúde*, em Ottawa (1986), prevê a saúde como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Assim, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas. A PS não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de possibilitar condições para que um modo de viver saudável possa ser construído (OPAS, 1987).

No Brasil, a Promoção da Saúde é definida, de acordo com a atual *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2014), como uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, capaz de contribuir para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.

Kickbusch (1996) apresenta cinco princípios da Promoção da Saúde: afeta a população em seu conjunto no contexto de sua vida diária e não se concentra nas pessoas expostas a riscos de adoecimento; pretende interferir nos determinantes e causas da saúde; utiliza métodos e enfoques distintos, porém complementares; se orienta a fim de mobilizar a participação concreta da população; e, por fim, os profissionais da saúde (especialmente da Atenção Primária em Saúde) devem desempenhar papel de defesa e facilitação da Promoção da Saúde.

A partir desses princípios e dos cinco eixos de ação, presentes na *Carta de Ottawa*, configura-se um amplo espectro de práticas em saúde, a fim de atuar em diferentes aspectos da vida cotidiana, na perspectiva de favorecer a escolha por modos de vida saudáveis. A Promoção da Saúde utiliza-se de duas grandes estratégias de operacionalização. A primeira diz respeito ao *advocacy* pela saúde, a qual pode ser cunhada pelos diferentes agentes engajados no campo e que aspirem ao fortalecimento do setor nos âmbitos estatal e público. Essa estratégia constitui-



se a partir de uma série de discussões, disputas e articulações, cuja finalidade é a construção de políticas públicas e agendas intersetoriais, favoráveis à saúde. A segunda estratégia está associada à capacitação de indivíduos e comunidades, operacionalizada a partir da educação em saúde, na qual deveria ocorrer a construção compartilhada de conhecimento, por meio da problematização da realidade e fomento das potencialidades dos indivíduos e das comunidades (KICKBUCH, 1996).

Embora muitos intelectuais, organizações intergovernamentais - tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e, na região das Américas, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) -, governos e representantes da sociedade civil tenham procurado pautar o debate no sentido de ampliar o campo de práticas da PS, a abordagem hegemônica ainda é centrada no controle dos fatores de risco, a partir da modificação de comportamentos individuais, influenciada pela racionalidade biomédica. Essa diversidade de formas de abordar a Promoção da Saúde é problematizada por Buss e Pellegrini Filho (2007), segundo a hipótese de que existem duas vertentes principais na Promoção da Saúde. A primeira refere-se a uma abordagem centrada nos comportamentos individuais e no controle de fatores de risco, como por exemplo, o tabagismo, ingestão excessiva de gorduras, entre outros. A segunda está associada à concepção de Promoção da Saúde como um conjunto de práticas, cujas intervenções atuam desde os determinantes mais gerais da saúde, os quais dizem respeito às condições macroeconômicas, cultura de paz e solidariedade de um país, até os aspectos mais individuais, os quais são problematizados a partir da educação em saúde. Esta última abordagem é definida como Promoção da Saúde Radical, cujo espectro de atuação está focado no âmbito dos DSS, em seus diferentes níveis.

Nessa mesma linha, Castiel e Diaz (2007) visualizam a adoção de diferentes estratégias políticas nas práticas de Promoção da Saúde, cujas características vão desde posturas ditas conservadoras até perspectivas críticas, denominadas radicais e libertárias. Assim, sob a ótica mais conservadora, a Promoção da Saúde seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a Promoção da Saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e Estado, através da ênfase em políticas públicas e ação intersetorial. Ou, ainda, pode constituir-se em uma perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas.

A possibilidade de construção de práticas de Promoção da Saúde, pautadas na perspectiva libertária, suscita a discussão acerca da coexistência de saberes diferentes nesse processo. Por isso, a habilidade para trabalhar com o confronto constante entre a racionalidade científica e o saber popular, advindo de suas experiências, é fundamental para os agentes sociais engajados na construção da proposta. É preciso considerar que as diferenças de saberes são refletidas no próprio modo de conceber



as noções de saúde e doença. A complexidade das relações que determinam a construção desses processos (saúde e doença) revela que abordagens, focadas unicamente na identificação de fatores de risco (na perspectiva da racionalidade científica hegemônica) e de comportamentos individuais, são incapazes de incidir positivamente na saúde das populações (CZERESNIA, 2007).

Diante do exposto, visualizamos na Educação Popular em Saúde (EPS), estratégias potentes para a operacionalização de práticas de Promoção da Saúde nos diferentes cenários em que ela pode estar inserida. Tais estratégias se colocam como ferramentas para que a Promoção da Saúde esteja voltada aos Determinantes Sociais da Saúde e não apenas focada na mudança de comportamentos individuais. A seguir, aprofundaremos a discussão da EPS, delineando seus atributos e métodos, a fim de contextualizá-la como estratégia para a Promoção da Saúde dos grupos populacionais.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde tem como horizonte o protagonismo e a autonomia dos usuários do sistema público de saúde no país. Nesse sentido, valoriza os saberes populares e não apenas o conhecimento científico (FALKENBERG *et al.*, 2014) para que a população possa conhecer e criar saberes e práticas de cuidado em saúde, de acordo com a realidade local. Além disso, participar do debate acerca das práticas de cuidado em saúde com profissionais e gestores desse campo (BRASIL, 2006). Para tal, a Educação em Saúde deve possibilitar o desenvolvimento, entre indivíduos e grupos, da capacidade para analisar, de forma crítica, a realidade em que estão inseridos, para que possam decidir em ações conjuntas quais maneiras de solucionar seus problemas.

As raízes da Educação em Saúde no Brasil se localizam no século XX, através das campanhas sanitárias da Primeira República, mas, também, com o desenvolvimento da Medicina preventiva, a partir de 1940, que apresentava estratégias autoritárias, tecnicistas e biologicistas, configurando um modelo sanitário higienista e normativo quanto à prevenção de doenças (GOMES; MERHY, 2011). Assim, o Estado, com objetivo de impedir a disseminação de doenças e epidemias, trouxe consigo a proposta de uma Educação Sanitária. Apenas nas décadas de 1970 e 1980, por meio da difusão do pensamento de Paulo Freire, que se passou a considerar fundamental a participação da população nos processos educativos acerca da saúde, para dessa forma construir o protagonismo da população nas escolhas e decisões relativas à própria saúde (GAZZINELLI *et al.*, 2005; VASCONCELOS, 2001).

Ao inserir-se como uma prática coletiva, a Educação em Saúde constitui um modo de produção e criação, no ambiente da APS, de outras práticas de cuidado em



saúde. Através do envolvimento de todos os profissionais da saúde presentes nesse nível de atenção, pode favorecer o cuidado integral em saúde por conta da produção de práticas educativas que articulam o encontro entre profissionais e usuários do sistema (BRASIL, 2017).

Segundo Diana Patrícia Patino Cervera (2011), a Educação em Saúde classifica-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na Promoção da Saúde, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe e comunidade, que se constituem como sujeitos do processo.

Podemos perceber três segmentos de atores prioritários nas práticas de Educação em Saúde, a saber: profissionais de saúde que valorizam igualmente práticas de prevenção e de promoção, quanto aquelas curativas; pessoas que trabalhem a gestão com orientação para apoiar esses profissionais, cujas práticas não estão limitadas epistemologicamente à biomedicina; e, uma população que busque construir conhecimentos para fomentar sua autonomia relativa aos cuidados em saúde, sejam eles individuais ou coletivos. Embora essa disposição seja indicada nos discursos do Ministério da Saúde, ainda não se concretizou no país (FALKENBERG *et al.*, 2014).

A Educação em Saúde, ao propor um pensar crítico, permite o engajamento em processos político-pedagógicos que podem promover autonomia e emancipação aos sujeitos. Nesse sentido, a ampliação dos saberes e práticas em saúde poderia estabelecer outros modos de produzir vida.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: HISTÓRIA E PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A construção dos caminhos da Educação Popular em Saúde (EPS) vem se desenhando desde a década de 1960, por meio de ações desenvolvidas pelos movimentos sociais, profissionais de saúde, entre outros, durante a construção do SUS e do próprio processo de construção da democracia no país. As experiências de Educação Popular também sofreram perseguição e repressão, principalmente durante a ditadura no Brasil, sendo construída a partir das lutas populares a partir dos anos 1980, com o processo de redemocratização do país (CRUZ, 2018; MENESES, 2019). Carrega a implicação da tensionalidade política, trazendo a participação popular e social encharcadas de possibilidades teóricas e metodológicas que visam a transformação das tradicionais práticas de Educação em Saúde em práticas pedagógicas que possibilitem a reflexão crítica da realidade, em busca de superação das iniquidades que limitam o viver (BRASIL, 2007).

A EPS constitui um movimento que se expressa nas práticas de cuidado, na



produção de conhecimentos compartilhados e na (re)constituição de sujeitos e atores políticos no campo da Saúde. Possibilita a aproximação, o diálogo e a construção de caminhos entre o saber popular e o saber científico, os profissionais e as instituições de saúde, as comunidades e as universidades (BONETTI; PEDROSA, SIQUEIRA, 2011).

Os caminhos trilhados para a construção de uma política institucional de Educação Popular foram longos e árduos, tendo início com a criação da Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, no ano de 1998. Já em 2000, foi criado o Grupo Temático de Educação Popular da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Em 2002, com um governo de esquerda, foi encaminhada uma carta ao Presidente eleito, que expressava a intencionalidade política do movimento em participar da consolidação do SUS, evidenciando, com isso, a Educação Popular como prática necessária à integralidade do cuidado, à qualificação da participação social e às mudanças necessárias aos processos formativos e permanentes dos trabalhadores em saúde (BRASIL, 2012).

Posteriormente, o movimento de Educação Popular seguiu avançando. Em 2003, é criada a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) e, em 2005, a Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP). Em 2009, na Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, estabelece-se o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), “com a missão de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de EPS, bem como acompanhar o processo de formulação” (BRASIL, 2012, p. 8) da *Política Nacional de Educação Popular* no contexto do SUS.

Sendo fruto de um trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde e o movimento social, a *Política Nacional de Educação Popular para o Sistema Único de Saúde* (PNEPS-SUS), em junho de 2012, foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo instituída pela Portaria MS nº 2.761 de 19 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013). A PNEPS-SUS tem por objetivo geral a implementação da Educação Popular em Saúde (EPS) no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde; e tendo como diretrizes pedagógicas o diálogo, a participação e a amorosidade como elementos para a consecução do compromisso com a construção do projeto democrático e popular centrado na emancipação.

Propõe uma prática político-pedagógica para orientar as ações voltadas para a “[...] promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos [...]” (BRASIL, 2012, p. 14).

O marco político-pedagógico da Educação Popular em Saúde, de base



socioconstrutivista, vem com um conjunto de saberes e práticas, considerando que a aprendizagem é um processo complexo que se dá no contexto diário vivido por meio da interação entre atores sociais, ativos e criativos, que vivenciam experiências novas as quais são confrontadas com outras já vividas, favorecendo, assim, o desenvolvimento de novos esquemas mentais expressos em conhecimentos individuais e coletivos (MENESES, 2019). Soma-se a este, o marco da Pedagogia Crítica (FREIRE, 1997) que entende a Educação, segundo Anna Rosa Fontella Santiago (2012), sobretudo, como prática de liberdade que, através da compreensão crítica da realidade, torna o sujeito emancipado e politicamente a libertar-se das formas de opressão, entendendo que o saber como pertencente a um ato maior, o de conhecer, colocando, assim, o elemento epistemológico da ação de aprender.

A Política Nacional de Educação Popular é um engajamento político e social que fortalece a democracia e a participação social. Nela se pressupõe o ato de compartilhamento do poder, troca e construção compartilhada de saberes e fazeres, criação e estabelecimento de relações solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Tem como um dos seus objetivos a efetivação do SUS, fazendo-o uma realidade concreta e vivida a partir do protagonismo de todos os sujeitos. Ela se propõe a despertar o protagonismo fazendo com que os sujeitos percebam o mundo e a si mesmos e de atuarem sobre ele, com autonomia e consciência (BRASIL, 2013).

A Educação Popular em Saúde constitui-se em uma ferramenta estratégica de apoio aos processos de redução das desigualdades regionais e das iniquidades sociais, além de fortalecer as construções em prol das diversidades culturais e das possibilidades de estar e ser no mundo. Potencializa a ampliação da participação social e da gestão compartilhada, extremamente necessária nas relações entre os gestores e destes com os trabalhadores e usuários do SUS, auxiliando-os no resgate de sua cidadania e a se tornarem sujeitos atuantes nos processos de construção de uma sociedade melhor (BRASIL, 2013).

A Educação Popular, por sua vez, vem a ser um instrumental indicado para a dialogicidade que se impõe e ratificar o seu papel de transformação sem negar a leitura do mundo dos cidadãos, imbricada nas vidas, nem o poder de serem mais ou de serem críticos, autônomos cientes de que o ato educativo é um ato político que indica o rompimento com o senso de que o educador é o que sabe, pensa, diz a palavra, disciplina, tem a autoridade do saber e os(as) educandos(as) são os que não sabem, são os pensados, os que escutam docilmente, os disciplinados, os que não têm liberdade e que devem adaptar-se às determinações daquele, como se os sujeitos fossem apenas objetos do processo, segundo a *Pedagogia do Oprimido* (FREIRE, 2005).

Pode-se destacar que, dentre os princípios da Educação Popular, há a defesa intransigente da democracia em contraposição ao autoritarismo.



[...] a articulação entre os saberes populares e os científicos promovendo o resgate de saberes invisibilizados no caminho de um projeto popular de saúde onde haja o sentido do pertencimento popular ao SUS; a aposta na solidariedade e na amorosidade entre os indivíduos como forma de conquista de uma nova ordem social; a valorização da cultura popular como fonte de identidade; a concepção de que a leitura da realidade é o primeiro passo para qualquer processo educativo emancipatório que vise contribuir para a conquista da cidadania. (BRASIL, 2013, p. 18).

A PNEPS-SUS traz a compreensão que a Educação Popular se faz como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. Ainda, é revolucionária ao colocar em uma política pública princípios como diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013).

O diálogo se faz de maneira horizontalizada, que fortalece o encontro de conhecimentos construídos culturalmente ao longo da história. É a síntese do processo educativo. É o compartilhamento de experiências e “[...] o encontro dos homens mediatizados pelo mundo para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu/tu e, por seu inacabamento, o sujeito está sempre se construindo mediatizado pelo mundo” (FREIRE, 2005, p. 78). O diálogo pressupõe o amor ao mundo e às pessoas, o respeito às diferentes culturas, sem negá-las, ampliando a capacidade em conviver no mundo diverso. Acontece quando há disposição entre cada um para ampliar o conhecimento crítico de ambos, construindo juntos, de forma respeitosa, caminhos para a reflexão e contribuindo com os processos de transformação. Esse diálogo implica em uma escuta interessada, como também humildade e disposição em aprender, “[...] amorosidade para o encontro, esperança na mudança de si, do outro e da realidade. O diálogo é colaboração, troca, interação e se faz numa relação horizontal em que a confiança de um no outro é consequência” (BRASIL, 2012, p. 15).

O diálogo, pelo entendimento da Educação Popular, respeita e reconhece as pessoas que o fazem, não nivelando, muito menos reduzindo um ao outro, não sendo apenas um bate-papo ou uma conversa desinteressada. Nele, há o exercício do poder das palavras, das suas significâncias, trazendo a riqueza da historicidade de cada ser e seu posicionamento frente à vida:

Trata-se de uma perspectiva crítica de construção do conhecimento, de novos saberes, que parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes



e iniciativas, contrapondo-se à prática prescritiva. O diálogo não torna as pessoas iguais, mas possibilita nos reconhecermos diversos e crescermos um com o outro; pressupõe o reconhecimento da multiculturalidade e amplia nossa capacidade em perceber, potencializar e conviver na diversidade. (BRASIL, 2012, p. 15).

A relação educativa que é mediada pela afetividade promove uma relação que desperta e dá significado, pois estimula o despertar da reflexão crítica e “o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade, não apenas pela elaboração racional” (BRASIL, 2012, p.15).

Corroborando com José Ivo Santos Pedrosa (2007, p. 15), entende-se que a EPS está implicada com

[...] atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.

Outro princípio da PNEPS-SUS é a amorosidade, que é intencional e política, pois traz consigo o lado da vida e da reflexão crítica sobre o vivido. Ela é fruto da criação de vínculo com o outro, fortalecendo o reconhecimento, o pertencimento e o acolhimento das diferenças. Uma compreensão recíproca de solidariedade entre os sujeitos envolvidos no diálogo e na prática, levando à superação de práticas desumanizantes e criando novos sentidos ao se trabalhar com pessoas. Da mesma forma,

[...] o afeto e a humildade, constituintes da amorosidade, se diferenciam das situações de submissão presentes nas relações de dependência emocional, não podendo ser confundida com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Ao contrário, fortalece o compromisso com a superação de situações de sofrimento e injustiça. Enquanto referência para a ação política, pedagógica e de cuidado, a amorosidade amplia o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem às explicações e argumentações. Assim, traz um novo significado ao cuidado em saúde, fortalecendo processos inovadores já em construção no SUS como a humanização, o acolhimento, a participação social e o enfrentamento das iniquidades em saúde. (BRASIL, 2012, p. 15-16).

A problematização é o exercício da análise crítica da realidade a partir das experiências de vida das pessoas, levando em consideração que as histórias prévias contribuirão para a identificação dos problemas e, com isso, o encontro de soluções



e potencialidades para a transformação.

A emancipação e a construção compartilhada do conhecimento perpassam o processo de fomentar relações participativas e coletivas, possibilitando a superação e a libertação de todas as formas de opressão, buscando uma sociedade justa e democrática. Emancipação é o incentivo da autonomia e do protagonismo por meio da reflexão, afirmando que a libertação só é construída na relação com o outro. A construção compartilhada do conhecimento consiste em reconhecer a importância de todos os saberes, do popular ao acadêmico, valorizando-os e construindo-os coletivamente (BRASIL, 2012).

O exercício da PNEPS-SUS não está dissociado do cotidiano da organização dos serviços de saúde, tanto da gestão como da atenção. Longe disso, é essencialmente

[...] potente para a promoção de atos que contribuam para a garantia da integralidade, ampliando e diversificando as práticas em saúde por incorporar os moldes populares e tradicionais de cuidado, além de fortalecer a atenção básica como ordenadora das redes regionalizadas de atenção à saúde. (BRASIL, 2012, p. 10).

Os trabalhadores que maiores condições têm de utilizar os princípios da Educação Popular em Saúde na APS são o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Combate às Endemias (ACE), pois nasceram, vivem e atuam nos territórios. Esta atuação, entretanto, vem se deparando com diretrizes cristalizadas e autoritárias que preconizam o simples combate à doença ao invés de trabalhar as suas causas junto às populações.

Acredita-se, portanto, que a Educação Popular continua sendo um instrumento metodológico fundamental para uma reorganização mais radical do SUS, no sentido da construção de uma atenção à saúde integral, em que as pessoas e os grupos sociais assumam uma maior potência na produção de saúde e de vida e em que a racionalidade do modelo biomédico colonial seja transformada no cotidiano de suas práticas. Nesse sentido, a Educação Popular não é mais uma atividade a ser implementada nos serviços, mas uma estratégia de reorientação da totalidade das práticas ali executadas, na medida em que investe na ampliação da participação que, dinamizada, passa a questionar e reorientar tudo.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os pressupostos teórico-metodológicos apresentados demonstram potencialidades para as práticas de Promoção da Saúde nos diferentes cenários,



especialmente naqueles mais próximos das comunidades, alcançando diferentes grupos populacionais. Diante de práticas de Educação em Saúde verticais e autoritárias, centradas unicamente nas mudanças de comportamento e controle de fatores de risco, a EPS se coloca como uma iniciativa que visa estimular a participação popular e mobilizar recursos comunitários, tanto para valorizar o saber local para a produção de saúde, quanto para organizar os coletivos com vistas à luta por direitos por melhores condições de vida. Essa dimensão pode ser compreendida como o *advocacy* pela saúde (KICKBUSCH, 1996).

Nessa perspectiva, Pedrosa (2007) afirma que o território pode ser palco de relações pedagógicas, no qual ocorrem vivências e aprendizagens que articulam as subjetividades coletivas e as relações de interação que podem acontecer nos movimentos populares e sociais. Essa interação implica em uma possível aproximação entre agentes formais de saúde e população, diminuindo a distância entre a assistência, que representa a intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados, e o cuidado, que significa o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro.

Os princípios político pedagógicos da Educação Popular podem ser utilizados, segundo Pedrosa (2007) como ferramentas de fomento à participação em defesa da vida e como estratégias para a mobilização social pelo direito à saúde. Esse papel da Educação Popular fica evidente ao sugerir, aos agentes sociais, atitudes de participação no sentido de mudança de seus contextos de vida. A defesa (ou *advocacy*) pela saúde, em seu conceito ampliado, passa a ser a grande estratégia para Promoção da Saúde dos grupos populacionais, por meio da utilização dos pressupostos da EPS. Destacamos como sendo esta uma das grandes potencialidades da EPS para a Promoção da Saúde.

No cenário mundial, a Promoção da Saúde é amplamente debatida por organismos internacionais, dada a sua relevância e impacto nos níveis de saúde da população. No entanto, a utilização dos pressupostos da EPS como estratégia para promover a saúde significa pensar a saúde a partir das comunidades, em um movimento ascendente e não o contrário, como historicamente temos visto. José Camilo Suaza Botero *et al.* (2016) afirmam que a proposição de agendas capazes de induzir mudanças nas práticas de saúde, cuja realização possa incidir favoravelmente na saúde das pessoas, não precisam, necessariamente, ser conduzidas por governos e organismos internacionais. Os autores reforçam o papel dos movimentos sociais como protagonistas para que o olhar dos tomadores de decisão possa ser condicionado para práticas capazes de superar as iniquidades em saúde.

Apresenta-se, no entanto, o desafio para a construção de espaços de práticas de cuidado e práticas educativas em saúde que possam representar possibilidades para o *advocacy*, na atual conjuntura. Em tempos em que são adotadas duras medidas



de austeridade fiscal, em meio a uma crise sanitária sem precedentes, ocasionada pela Covid-19, as práticas de saúde estão inclinadas a privilegiar a assistência em detrimento de práticas educativas que estimulem a reflexão crítica, a participação e a mudança de comportamentos e lógicas produtivas. No entanto, são os próprios pressupostos da EPS, que colocados em ação, podem construir processos reflexivos nas comunidades, gerando movimentos de questionamento sobre a atual condução das políticas sociais, econômicas e culturais, que afetam diretamente a vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso da Educação Popular em Saúde no Brasil vem sendo constituído antes mesmo da efetivação das Políticas de Seguridade Social, fortalecida em meio ao processo de democratização do Brasil e da criação do Sistema Único de Saúde. Sua potência, enquanto estratégia de fortalecimento do SUS e da conquista do direito à saúde, permite que a produção do cuidado possa ser compartilhada junto a diferentes cenários de práticas e atores sociais.

A partir do diálogo, da participação social e da gestão compartilhada é possível operacionalizar as práticas de Promoção da Saúde, com vistas a uma construção de conhecimentos mais equitativa e efetiva entre os usuários e as equipes de saúde. Na EPS, a problematização também é um exercício da análise crítica da realidade, a partir das experiências de vida de cada indivíduo, que busca romper a hierarquia de saberes, permitindo uma constante resignificação de saberes e práticas, junto e com as pessoas, integrando e compartilhando diferentes saberes, em oposição à crença de que apenas a racionalidade biomédica colonial e tecnicista seja capaz de reverter os modelos de Atenção e de Educação em Saúde vigentes em nossa sociedade.

A Educação Popular atua em via oposta à lógica do individualismo e da concorrência liberal, que considera o indivíduo como único responsável por sua saúde. Para tanto, as práticas e movimentos populares tornam-se protagonistas do processo da coletividade e do respeito aos saberes populares e ancestrais, em uma sintonia que permite a resignificação do processo de cuidado, das relações e do modelo de sociedade. Em um momento de tensionamentos de perda de direitos e retrocessos políticos e sociais no Brasil, fortalecer a EPS é promover resistência e mudanças na manutenção do SUS público, equitativo, universal, integral e participativo.

Pautada nos preceitos freireanos, a EPS mantém-se enquanto política pública plural e democrática, essencial em um momento de crise sanitária como o vivido na atualidade. A aproximação com as classes populares e a partilha dos diferentes modos de ser e viver em comunidade são fundamentais para ações de prevenção e promoção da saúde, produzindo afetos e fortalecendo vínculos entre os serviços de



saúde e a comunidade. Tais estratégias talvez sejam, inclusive, as mais importantes para que sejam fortalecidas as redes de apoio e o reconhecimento dos direitos sociais e de saúde da população.

Essas ações, em suma, constituem-se como ferramentas para que a Educação Popular em Saúde esteja voltada à produção de vida para todos os seres, sendo promotora não somente da autonomia do indivíduo em busca dos seus direitos, como também da construção de um projeto de sociedade mais justa, equitativa e plural, implicada com a defesa intransigente da vida em comunidade.

A Educação Popular em Saúde como estratégia de Promoção da Saúde está implicada com a construção e projeção de caminhos arteiros, inclusivos, afetivos, prazerosos e comprometidos com a coletividade, reconhecendo territórios e práticas de subjetivação dos sujeitos, denunciando, enunciando e anunciando possibilidades de viver em sociedade, em busca de potencializar as pluralidades que objetivam a vida.

REFERÊNCIAS

BONETTI, Osvaldo Pereira; PEDROSA, José Ivo Santos; SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. Educação Popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 397-407, out./dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15021>. Acesso em: 05 maio 2021.

BOTERO SUAZA, José Camilo *et al.* Perspectivas teórico-práticas sobre promoción de la salud en Colombia, Cuba y Costa Rica: revisión integrativa. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 21, n. 2, p. 59-73, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772016000200005. Acesso em: 09 maio 2021.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro de Documentação e Informação – Coordenação de Publicações, 2004. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf. Acesso em: 09 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.



Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 08 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 08 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 09 maio 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 04 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 09 maio 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 05 maio 2021.

CARVALHO, Antônio Ivo *et al.* Conceitos e abordagens na avaliação em promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 521-529, set. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300002>. Acesso em: 05 maio 2021.

CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART,



Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. Supl. 1, p. 1547-54, maio 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700090>. Acesso em: 07 maio 2021.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. A Educação Popular em Saúde: seus caminhos e desafios na realidade atual brasileira. *In: Educação Popular em Saúde: desafios atuais*. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 19-32.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Introdução a promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 08 maio 2021.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GAZZINELLI, Maria Flávia *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, fev. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100022>. Acesso em: 10 maio 2021.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>. Acesso em: 08 maio 2021.

KICKBUSCH, Ilona. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. *In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología*. Washington, D. C.: OPS, 1996, p. 15-24.

MENDES, Rosilda; FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; SACARDO, Daniele Pompei. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.108 p.190-203, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>. Acesso em: 07 maio 2021.



MENESES, Michele Neves. **‘Experenciar em Ação’**: significados da Educação Popular no fazer e agir do Agente Comunitário de Saúde. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2019. p.136.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Carta de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, Ottawa, 1986. Boletim v. 21, n. 2, 1987. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/27863/ev21n2p200.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em 04 maio 2021.

PEDROSA, José Ivo Santos. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. *In*: **Cadernos de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 13-17. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 07 maio 2021.

SANTIAGO, Anna Rosa Fontella. **Pedagogia Crítica e Educação Emancipatória na Escola Pública**: um diálogo entre Paulo Freire e Boaventura Santos. *In*: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9., 2012, Caxias do Sul. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/225/217>. Acesso em: 07 maio 2021.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. *In*: VASCONCELOS, E. M. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.



PANDEMIA E NECROPOLÍTICA: RETORNO DA EDUCAÇÃO BÁSICA ÀS AULAS PRESENCIAIS

Lutiane de Lara¹
Lilian Rodrigues da Cruz²

INTRODUÇÃO

A Covid-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, disseminado mundialmente a partir do ano de 2019, provocou uma pandemia e, em decorrência, impactos sanitários, políticos, financeiros e culturais em nível planetário, demandando ações governamentais de enfrentamento. No Brasil, a primeira morte confirmada foi em 17 de março de 2020 coincidindo com o fechamento das escolas e demais instituições de ensino. Em maio de 2021, período da escrita deste texto, com o quarto ministro da saúde à frente da principal pasta no combate ao vírus, o Brasil ultrapassa a marca de 434.852 mil mortos pela covid-19 e, somente, 18,23% da população recebeu a primeira dose da vacina (CORONAVÍRUS Brasil, 2021).

A pandemia encontra o Brasil num momento de muita fragilidade e precarização provocados pelo avanço do projeto neoliberal e da extrema direita que intensifica a necropolítica no país. “A vida do povo brasileiro já não era das mais fáceis mesmo antes da Covid-19 e a emergência sanitária foi, afinal, uma quarta demão em uma grave crise que nos afligia anteriormente e se transformou em uma ‘tempestade perfeita’” (MAIA; AGOSTINI; AZIZE, 2020, p. 1). Este avanço das pautas fascistas foi impulsionado a partir de efeitos difusos das chamadas “jornadas de junho”, de 2013, em que o Brasil foi varrido por movimentos sociais que saíram às ruas para denunciar os elevados preços das passagens e suas condições infraestruturais, a desigualdade social, a violência da polícia nas periferias urbanas e por pautas identitárias, contraditoriamente, “em um contexto em que os indicadores socioeconômicos e políticos nacionais estavam em suas melhores marcas históricas” (MAIA; AGOSTINI; AZIZE, 2020, p.3). As “jornadas

1 Doutora em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Pós-doutoranda vinculada ao GEPS (Grupos de estudos em Psicologia Social, Políticas Públicas e Produção de Subjetividade) do PPGPSI/UFRGS.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9075-9824>

E-mail: lutianelara@gmail.com

2 Doutora em Psicologia (PUCRS), professora e pesquisadora do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenadora do Grupo de Estudos em Psicologia Social, Políticas Públicas de Produção de Subjetividades (GEPS).

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1850-3023>

E-mail: lilian.rodrigues.cruz@gmail.com



de junho” foram instrumentalizadas e capitaneadas por pautas conservadoras e neoliberais, que foram também tomando as ruas com suas bandeiras fascistas e ascendendo às instâncias decisórias como a Câmara de Deputados. Era um novo avanço da direita incomodada com as políticas universalizantes que avançavam no Brasil, desde 2002, com a eleição do Partido dos Trabalhadores.

Neste caminho de fortalecimento das forças conservadoras, em março de 2014, o Ministério Público Federal deflagrou a Operação Lava-Jato para investigar movimentações ilícitas de dinheiro em esquemas de corrupção que envolveram a Petrobrás, grandes empreiteiras e partidos políticos. O golpe político que levou ao impeachment da presidenta Dilma Rousseff (PT), dentre outros processos políticos que o motivaram, foi alimentado pelas denúncias e prisões desta operação. Com a deposição de Dilma, assumiu a presidência Michel Temer (MDB) e, com ele, avança a pauta neoliberal. Destaque especial é dado ao ataque aos investimentos em seguridade social com a Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016, que congelou os gastos em saúde e educação no período de 20 anos, a partir disso, as despesas e os investimentos só terão aumento relativo à inflação do ano anterior e nada mais. Para Agostini e Castro, “(re)emerge um conjunto de discursos e práticas autoritárias e conservadoras, cuja novidade é a articulação entre necropolítica e neoliberalismo e seu *modus operandi* digital e em rede” (AGOSTINI; CASTRO, 2019, p.176).

Em 2019, Jair Bolsonaro (à época, PSL) ganha as eleições a partir da apropriação do discurso anticorrupção e com ele passa a ser evidenciado o projeto de desmonte dos direitos humanos e o avanço do projeto necropolítico. Conhecido por sua adoração aos torturadores da ditadura militar, pela defesa das armas, pela misoginia, pelo discurso racista, em dois anos de governo já foram aprovados quase mil agrotóxicos, quase um terço do total de agrotóxico liberados no país, flexibilizou-se o uso e compra de armas de fogo no país, foram realizadas intervenções deliberadas em universidades públicas e perda dos direitos trabalhistas e previdenciários. Sua condução à frente da pandemia tem sido negacionista e antiproducente. Como parte das manifestações contrárias à condução do governo Bolsonaro, foi criada, em abril de 2021, a CPI COVID que investiga ações e omissões do governo federal no enfrentamento da pandemia e o colapso da saúde, no estado do Amazonas, no começo do ano de 2021 (SENADO NOTÍCIAS, 2021).

A condução do governo brasileiro escancara a necropolítica presente em nosso país desde a colonização. Para Kohan (2020) “a pandemia gerada pelo COVID-19, longe de ser combatida firmemente, está sendo veiculada como mais um instrumento dessa necropolítica, quase como uma oportunidade de consolidar a política da morte de forma mais rápida, segura, econômica (paginação irregular)”. No recorte educacional, a pandemia tem impactado de diferentes formas os mais de 48 milhões de estudantes da rede básica brasileira. Com a Portaria nº 343 de 17 de março de 2020 (BRASIL, 2020), as instituições de ensino passaram a substituir as aulas presenciais



por aulas em meios digitais durante o período pandêmico e como medida protetiva de contenção do vírus. Nesse sentido, se evidenciou e intensificou as fragilidades já previamente existentes, como falta de investimento em infraestrutura, tecnologia e a desigualdade social.

Entre as escolas públicas e privadas encontramos diferentes realidades de acesso às tecnologias para garantir a educação de qualidade e cumprimento dos planejamentos do ano letivo escolar. Estudantes das escolas privadas em sua maioria possuem acesso à internet, computadores, celulares e ambiente adequado para o acesso às aulas. Por outro lado, estudantes de escolas públicas em sua maioria não possuem acesso a equipamentos tecnológicos e rede de internet que suporte às demandas das aulas e atividades virtuais. Tal diferença expõe e ratifica a desigualdade de condições de escolarização no Brasil e torna os estudantes pobres de escolas públicas “mais vulneráveis e os prejuízos são enormes, causando déficit nas aprendizagens, que tomam proporções avassaladoras, comprometendo a jornada escolar com a geração de grandes lacunas a longo prazo” (BARRETO; AMORIM; FERREIRA, 2020, p.797).

No Brasil, mesmo antes da pandemia, seis em cada dez crianças e adolescentes brasileiros viviam na pobreza, conforme dados do PNAD de 2015. Além da renda, a UNICEF chama atenção para as múltiplas privações a que estão expostos, como educação, informação, proteção contra o trabalho infantil, moradia, água e saneamento. Quase 50% das crianças e adolescentes têm um ou mais direitos negados, os mais afetados são meninas e meninos negros, vivendo em famílias pobres monetariamente, moradores da zona rural e das regiões Norte e Nordeste. O número se agrava quando atentamos para as crianças e os adolescentes que possuem algum tipo de privação, delas 58,3% são negras. No quesito privação extrema, o estudo já indicava a incidência de duas vezes mais crianças e adolescentes negros em relação a brancos (UNICEF, 2018).

No Brasil, 20,3% das crianças e dos adolescentes de 4 a 17 anos têm o direito à educação violado. Estão na escola 13,8%, mas são analfabetos ou estão em atraso escolar, estando em privação intermediária. E 6,5% estão fora da escola, em privação extrema. A garantia do direito à educação varia por regiões. (UNICEF, 2018, p. 10).

Ainda de acordo com a UNICEF (2018), o saneamento é a principal privação a que estão expostas crianças e adolescentes “(13,3 milhões), seguido por educação (8,8 milhões), água (7,6 milhões), informação (6,8 milhões), moradia (5,9 milhões) e proteção contra o trabalho infantil (2,5 milhões)” (UNICEF, 2018, p. 8). Diante disso, neste capítulo problematizamos o retorno às atividades presenciais no ensino básico a partir da análise do cenário pandêmico e suas condições sanitárias de evitação



ao contágio. Para tanto, num primeiro momento se discute a relação entre o direito à educação e a necropolítica e num segundo momento se analisará o “Guia de implementação de protocolos de retorno das atividades presenciais nas escolas de educação básica”, produzido pelo Ministério da Educação e o contexto pandêmico de retorno à modalidade presencial.

NECROPOLÍTICA NEOLIBERAL E A EDUCAÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A pandemia dissemina a todos a falta de garantia e promessa nos expondo a um mundo dominado pelo medo do fim. Esse cenário não é tão igualitário uma vez que opera uma redistribuição da vulnerabilidade, pois apesar de potencialmente contagiar indiscriminadamente todas as pessoas, sem eleição de critérios definidos de escolha, (MBEMBE, 2020) são diversas as condições que as diferentes fatias populacionais possuem de se proteger e evitar o contágio pelo coronavírus.

De acordo com Horton (2020), nos primeiros meses de pandemia se evidencia que é aceitável o argumento de que cidadãos mais velhos expostos a Covid-19 são menos valiosos para a sociedade do que a população jovem. Ainda, conforme o autor, estes últimos são encorajados a arriscar sua saúde em nome da “saúde financeira” (HORTON, 2020). No contexto da educação, os governos estaduais e municipais, a partir dos meses de abril e maio de 2021, definem que é o momento de retorno à presencialidade com altas taxas de transmissão, internações hospitalares, mortes por Covid-19 e, na maioria dos municípios, sem previsão de vacinação dos professores e da comunidade escolar, no momento dessa definição. O cenário de maior exposição de algumas populações ao vírus atualiza as estratégias biopolíticas. O conceito de biopolítica foi introduzido por Foucault (2005) em meados da década de 1970 como tecnologia de poder capaz de problematizar os fenômenos do século XX de estatização da vida biológica. As políticas governamentais em resposta à pandemia atualizam de um lado estratégias biopolíticas, mas nos proclamam a urgência de trazer as contribuições de Mbembe para compreender o genocídio intensificado pelo vírus. Para Mbembe (2018a) a ligação entre modernidade e terror, característica da racionalidade biopolítica, precisa tratar da escravização e do processo de colonização que divide o mundo entre países colonizadores e países colonizados, a partir do século XVI.

A colonização e o sistema escravista produziram uma forma de ver o mundo e uma forma de relação entre colonizadores e colonizados, mediado pelo princípio da objetificação do negro. Nessa relação, a “categoria negro” é tornada mercadoria, um mero objeto. Esse sistema manifesta uma figura do estado de exceção, nele o negro tornado escravo é resultado de uma tripla perda: perda de um lar, perda de direitos sobre o corpo e perda de status político. Esse conjunto de perdas expõe



o escravo à dominação absoluta, alienação ao nascer e morte social. Lançado ao mundo, o escravo é mantido em estado de injúria, neste mundo de horrores, crueldades e profanidades, a violência é o elemento que incute o terror (MBEMBE, 2018a; MBEMBE, 2018b).

Na necropolítica o poder sobre a vida assume a forma de comércio, nela a humanidade é dissolvida e emerge a vida como propriedade de seu dominador (MBEMBE, 2018a). Nessa relação produz-se a invisibilidade do negro e neste interím o negro é apartado de sua humanidade (MBEMBE, 2018b). Opera-se, portanto, a fabricação do outro, o diferente, para poder justificar a necessidade de sua destruição e total exposição ao terror. Diante disso, produz-se um encapsulamento do negro naquilo que ele não é (branco/dominador), nessa dinâmica, o negro passa a ser visível a partir do discurso de sub-humanidade, sustentado no racismo. Nessa experiência necropolítica, o negro se torna o outro, um ser outro (MBEMBE, 2018b).

Desse modo, essa invisibilidade e sua correlata visibilidade, a partir do lugar de mercadoria, faz com que sua experiência social esteja sempre marcada pela crescente desigualdade no acesso às diferentes instâncias da vida humana às quais supostamente estaria incluída, especialmente nos discursos contemporâneos de universalização dos direitos. Ao lado do contexto histórico que vem trazendo a população negra assolada pela desigualdade, a pandemia afeta desproporcionalmente negros e brancos. “Os marcadores de classe, gênero e raça influenciam fortemente sua incidência, prevalência e mesmo sua letalidade. No Brasil, indígenas, pretos e pobres são mais atingidos e morrem mais” (RUSSO; AZIZE, 2020, p. 3). É curioso que a morte por covid-19 no Brasil seja de uma empregada doméstica negra que contraiu a doença de sua patroa que voltara de viagem à Itália. “Além disso, em meio à pandemia, a fome e as incertezas, associadas à violência do Estado por meio das operações policiais, têm culminado num grande genocídio da população preta e favelada” (NAVARRO *et al.*, 2020, p. 7).

Durante a pandemia, as desigualdades raciais preexistentes no Brasil têm se intensificado e tomado contornos de terror, afetando vidas negras em todos os direitos fundamentais: educação, saúde, saneamento básico, segurança alimentar, moradia, mercado de trabalho, acesso à renda, transporte público lotado, configurando uma verdadeira política de eliminação das condições de subsistência dessas populações e, portanto, favorecendo sua exposição ao vírus e à morte. A subnotificação da letalidade da população negra e parda por Covid-19 é de pelo menos 20% das mortes (MARINHO, 2021).

Em relação ao direito à educação, desde março de 2020 as escolas foram fechadas e o ensino foi, em diferentes níveis, tornado remoto e caminhando em direção ao aumento expressivo de atividades à distância, porém, sem uma política de enfrentamento coesa e forte por parte do Ministério da Educação. Os investimentos na racionalidade necropolítica neoliberal, que já vinham sendo intensificados na



gestão Bolsonaro, são percebidos no corte no Ministério da Educação de R\$ 4,2 bilhões no orçamento das despesas não obrigatórias para 2021, redução de 18,2% em relação ao orçamento aprovado para 2020. De acordo com a organização “Todos Pela Educação”, no 6º Relatório de Execução Orçamentária do MEC, o Ministério da Educação encerrou o exercício de 2020 com a menor dotação desde 2011, R\$143,3 bilhões. Já somam-se treze meses de aulas à distância e se prevê uma perda irrecuperável na escolarização das atuais gerações, sobretudo entre as populações de baixa renda e, especialmente, de crianças e adolescentes negros. Soma-se a esse cenário, o veto em fevereiro de 2021, pelo presidente Bolsonaro do Projeto de Lei da Câmara dos Deputados que previa auxílio financeiro de R\$3,5 bilhões aos Estados e municípios para cobertura de internet aos professores e alunos da rede pública de ensino (TODOS PELA EDUCAÇÃO, 2021).

Professores e alunos foram expostos ao trabalho remoto sem preparo, sem capacitação, sem equipamentos adequados e sem custeio de internet em teletrabalho. Estudo realizado pelo Instituto Península aponta que professores têm estado esgotados, cansados e psicologicamente sobrecarregados. A pandemia tem exposto profissionais ao contágio no ambiente de trabalho (GLAZ *et al.*, 2020). É o caso da categoria de professores que têm 2,92 vezes mais chance de se contagiar em sala de aula do que a população adulta em geral, entre 7 de fevereiro e 6 de março de 2021, período de retorno das atividades presenciais no estado de São Paulo. Esta taxa expressa o aumento de 192% de crescimento de contaminados na categoria de professores da rede estadual, em fevereiro e março de 2021 (REDE ESCOLA PÚBLICA E UNIVERSIDADE, 2021). Mesmo com esses dados alarmantes, entre os meses de abril e maio de 2021, retoma-se a discussão e o efetivo retorno às aulas presenciais no Brasil. Diante disso, com vistas a avançar na análise das condições de garantia da segurança sanitária, a seguir analisaremos o “Guia de implementação de protocolos de retorno das atividades presenciais nas escolas de educação básica”.

ORIENTAÇÕES SANITÁRIAS PARA O RETORNO DA EDUCAÇÃO BÁSICA ÀS AULAS PRESENCIAIS

Nos meses em que o país vive seu pior momento da pandemia, com média móvel de mortes de 2.787 por dia (G1, 2021), se eleva a pressão para novo retorno às aulas presenciais da educação básica e demais níveis de ensino. Nesse sentido, em 21 de abril de 2021, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei 5595/20, de autoria de Paula Belmonte (Cidadania - DF) e Adriana Ventura (Novo - SP), que proíbe a suspensão das aulas presenciais durante pandemias e calamidades públicas, exceto se tiver critérios técnicos e científicos justificados pelo poder executivo quanto às condições sanitárias dos municípios e Estados. A partir do PL, a educação infantil,



ensino fundamental, médio e ensino superior passam a ser serviços essenciais. O texto prevê como ações estratégicas a vacinação de professores e funcionários das escolas públicas e privadas na rede pública e privada (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2021), no entanto, até o momento, os professores e comunidade escolar não fazem parte do grupo prioritário para vacinação e sua vacinação por alguns estados, como o estado de São Paulo, tem sido alvo de judicialização mediante proibição via Supremo Tribunal Federal.

O PL 5595/20 ainda segue para apreciação no Senado, porém imediatamente movimentos em direção ao retorno às aulas podem ser visualizados. O governo do Estado do Rio Grande do Sul na madrugada do dia 23 de abril de 2021 publicou um decreto que permite a volta às aulas presenciais em cidades que adotam o sistema de cogestão do modelo de distanciamento controlado, a partir de 26 de abril. Assim, no Rio Grande do Sul fica autorizada a retomada das aulas presenciais na educação infantil e no primeiro e segundo anos do ensino fundamental nos municípios que estão adotando os protocolos de medidas sanitárias da classificação de cores: bandeira vermelha (G1 RS, 2021), o mesmo movimento acontece nos demais estados da federação.

A partir da preocupação com os efeitos sanitários do retorno às aulas presenciais, analisamos o documento “Guia de implementação de protocolos de retorno das atividades presenciais nas escolas de educação básica”, lançado em outubro de 2020, pelo Ministério da Educação e as exigências que passam a recair sobre a comunidade escolar para evitar o contágio no ambiente escolar (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2020). Cabe destacar que não foram encontradas orientações e protocolos sanitários direcionados à retomada das aulas presenciais com orientações atualizadas nas páginas oficiais do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, ou seja, considerando o cenário de circulação e novas cepas do coronavírus dos primeiros meses de 2021.

O “Guia de implementação de protocolos de retorno das atividades presenciais nas escolas de educação básica” foi produzido pelas secretarias de Alfabetização, de Educação Básicas e de Modalidades Especializadas de Educação com base nas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO) e do Ministério da Saúde. O material tem como objetivo central “[...] orientar sistemas e redes de ensino da educação básica sobre o funcionamento e o desenvolvimento de atividades administrativas e educativas nas escolas, com vistas ao retorno das atividades presenciais.” De acordo com o documento, o Guia tem caráter informativo, cabendo a decisão de retorno às atividades aos estados e municípios, conforme as orientações das autoridades sanitárias locais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2020).

Na introdução do Guia retrata-se o contexto da pandemia e o primeiro movimento



de retorno às atividades presenciais que envolveram os meses de setembro e outubro de 2020. É ressaltado que, conforme a OMS, UNESCO e o UNICEF, a educação deve ser considerada serviço essencial, porém, ainda citando os organismos internacionais, ressalta que a retomadas das aulas presenciais precisam vir após avaliação de riscos e níveis locais de transmissão do vírus e a capacidade das escolas em realizar as adaptações. Nesse sentido, o documento traz dados de pesquisas realizadas pelo Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças (ECDC), realizadas no segundo semestre de 2020, para concluir que

[...] as evidências atuais indicam que o fechamento de creches e instituições educacionais provavelmente não é uma medida eficaz de controle da transmissão comunitária e não oferece proteção adicional significativa à saúde das crianças, dado que a maioria desenvolve forma muito leve da doença, quando acontece. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2020, p. 6).

Do ponto de vista geral, o documento apresenta orientações iniciais para o retorno às atividades presenciais que envolvem desde o mapeamento das pessoas que circulam no ambiente escolar, elaboração dos planos de retomada, forma do retorno dos alunos às aulas e se será híbrido (remoto e presencial) ou somente presencial, orienta que seja feita avaliação do ambiente e suas condições para a retomada das atividades, avaliação das condições de ventilação do ambiente, condições de trabalho e acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) por parte dos trabalhadores da escola, condições de higiene e acesso a álcool gel, avaliação das condições de garantia da frequência adequada da limpeza dos ambientes, definição das rotinas de cuidados sanitário durante as refeições na escola, criação de mecanismos para monitorar o cumprimento das medidas sociais e sanitárias, análise das condições para realizar treinamento e capacitação da comunidade acadêmica, avaliar preparo para realizar ações permanentes de sensibilização de estudantes, pais ou responsáveis (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2020).

Há um campo de descrição dos cuidados sanitários no transporte escolar, sobre os cuidados nas áreas comuns da escola, uso da biblioteca que reforçam a necessidade de manter ao máximo a circulação de ar, o distanciamento de 1 metro entre as pessoas, o uso de máscara, álcool gel, lavagem de mãos, limpeza de objeto e móveis e aferição de temperatura. Para os cuidados dentro da sala de aula, o documento adota esquema de cores, conforme risco de contágio, para definir medidas de cuidado. Além disso, orienta-se a criação de sistemas de escalonamento de horários entre as turmas para uso de salas e circulação na escola para evitar aglomerações. É disponibilizada uma tabela com a descrição detalhada dos equipamentos de segurança individual recomendados para professores e funcionários, que variam conforme a função desempenhada. Bem como para alunos que variam conforme



idade, para crianças até dois anos e para aquelas que apresentam dificuldades em retirá-la é contraindicado o uso de máscara e recomendável para crianças até cinco anos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2020).

O conjunto de práticas de cuidado sanitário descritas parte de três cuidados básicos: higiene, afastamento físico e uso de máscaras. No entanto, o documento não discute a realidade distinta entre escolas públicas e privadas ou em relação aos territórios de maior vulnerabilidade social, como por exemplo, sem condições básicas de saneamento básico. Para a garantia da higiene, as condições de saneamento são apontadas pela OMS e UNICEF como um parâmetro fundamental para se analisar as condições sanitárias e, no momento atual, como condição fundamental para garantir a higienização necessária na contenção do vírus. Neste quesito, conforme os mesmos órgãos, a lacuna no país é alarmante: 15 milhões de brasileiros residentes em áreas urbanas não têm acesso à água gerenciada de forma segura. Nas áreas rurais, 2,3 milhões usam fontes não seguras ao consumo humano. Aliado a esses dados, somente 39% das escolas no Brasil dispõem de estruturas básicas para a lavagem das mãos. São dados que mostram a fragilidade das escolas públicas das periferias urbanas e rurais e que demarcam a impossibilidade de garantir o mínimo na luta contra o vírus: a lavagem das mãos com água potável e sabão (WHO; UNICEF, 2021).

Os dois outros cuidados básicos compõem o conjunto de medidas de cuidado indicadas no protocolo de cuidado: o afastamento físico e uso de máscaras. Está entre os desafios da escola a disciplina dos corpos dos alunos e a relação destes corpos entre si. Como evitar que alunos da educação infantil e ensino fundamental mantenham o distanciamento de 1 metro, faça uso adequado da máscara, não se toquem e não levem mãos e objetos à boca e aos olhos? No documento são descritas orientações específicas para a educação infantil considerando a pouca idade das crianças e as dificuldades de aderência aos cuidados e também a atenção aos alunos com deficiência para que sejam consideradas as necessidades específicas destas crianças, atenção aos alunos indígenas, do campo, das comunidades quilombolas, demais povos e comunidades tradicionais. No entanto, as primeiras experiências de retorno às aulas presenciais já nos informam das dificuldades da comunidade acadêmica em seguir os cuidados colocando os planos de cuidado, construídos a partir de protocolos rígidos de cuidado, num lugar meramente protocolar. “Poucos profissionais para cuidar da limpeza, protocolos sanitários difíceis de serem cumpridos, falta de estrutura das unidades de ensino e medo ao ver os colegas contaminados, e até mortos, pela Covid-19 após retorno das aulas presenciais” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2021, paginação irregular)

A questão do retorno presencial às aulas é um falso problema quando se coloca a questão sobre o prisma de sua essencialidade e importância para o desenvolvimento educacional, pois é possível um consenso em relação a importância da presencialidade



para a qualidade do ensino. Trata-se de um falso problema uma vez que o retorno às aulas presenciais, neste momento de baixa imunização e altas taxas de contágio e número de mortes, deve ter como parâmetro as condições sanitárias e de controle de propagação do vírus entre a comunidade escolar. O retorno às aulas no cenário político-social brasileiro pode ser lido e pensado a partir da dimensão da necropolítica já que escancara a política de terror que vigora em nossa sociedade neoliberal. Nela é engendrada uma dinâmica de decisão sobre quem pode ou não morrer.

Do ponto de vista das diretrizes para garantir a segurança sanitária, as respostas das autoridades políticas no Brasil não têm sido capazes de conter a disseminação do vírus, muitas vezes por negacionismo e má gestão. Numa primeira camada podemos acompanhar a consciência do Estado diante do risco que o contato social oferece à população, no entanto, ainda assim, se define pelo retorno às atividades presenciais assumindo que muitas pessoas estarão expostas ao risco de contágio e que parte delas irão à óbito. Como se evidencia nas falas do presidente Bolsonaro, referindo-se ao número de mortes por Covid-19, há uma banalização da exposição da população à letalidade do vírus: “A chuva está aí, vamos nos molhar, e alguns vão morrer afogados” ou quando diz: “Alguns vão morrer? Vão, ué, lamento. Essa é a vida” (CARTA CAPITAL, 2020, paginação irregular).

A decisão de quem pode ou não morrer passa pela definição de um corte entre quem deve permanecer em atividades à distância por comporem o grupo de risco, com comornidades como: “cardiopatas; doenças pulmonares crônicas; diabetes; obesidade mórbida; doenças imunossupressoras ou oncológicas; pessoas com mais de 60 anos; gestantes e lactantes. Para esses grupos, devem ser adotadas estratégias de realização de atividades não presenciais” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2020, p.10). Os demais grupos que compõem a comunidade acadêmica são expostos ao contágio, em especial, se chama atenção para professores e funcionários das escolas já que não têm a opção de não retornar ao trabalho. Diferente dos alunos que, mediante decisão familiar, podem optar por se manter em ensino remoto.

A pandemia levou à alarmante ampliação das condições de banalização das vidas ao risco de morte, expondo todos, de forma irrestrita, ao perigo objetivo da morte. Se no contexto pré-pandemia a morte era delegada ao outro subalternizado, localizados na figura das populações negras e periféricas, aqui esta operação não será mais tão restrita, afirma Mbembe (2018b). A necropolítica têm universalizado às demais populações o risco de morte, ainda que seja importante ressaltar que as populações negras, indígenas e demais grupos minoritários seguem sendo mais vulnerabilizados em relação às populações brancas.

Para Mbembe (2018b) a identidade, do ponto de vista da relação do mesmo com o mesmo e, não do ponto de vista do copertencimento, é um conceito que sustenta a posição do negro como “ser este (ou então aquele) que vemos quando nada se vê, quando nada compreendemos e, sobretudo, quando não queremos compreender”



(MBEMBE, 2018b, p.12). Na medida em que o negro não é o outro, ou seja, é visto pelo olhar do branco, é o critério da raça que passa a fazer ver o negro.

Ao reduzir o corpo e o ser vivo a uma questão de aparência, de pele e de cor, outorgando à pele e à cor o estatuto de uma ficção de cariz biológico, os mundos euro-americanos em particular fizeram do negro e da raça duas versões de uma única e mesma figura: a da loucura codificada. (MBEMBE, 2018b, p.13).

A raça para Mbembe (2018b) esteve ao longo dos séculos no centro de diferentes exposições das populações à morte. Ele nos fala de três momentos que marcam esses crimes e massacres, no primeiro deles entre os séculos XV ao XIX, a partir da colonização das Américas e escravização dos povos africanos, “homens e mulheres originários da África foram transformados em homens-objeto, homens-mercadoria e homens-moeda” (MBEMBE, 2018b, pp. 13-14). No segundo momento, do período que marca o início da escrita e o final do século XVIII, é marcado por inúmeras revoltas dos escravos, pela independência do Haiti, pela luta pela abolição dos escravos, pela descolonização africana, pelos direitos civis no Estados Unidos e pelo fim do *apartheid* na África do Sul. O terceiro momento, iniciado no século XXI e se estende à atualidade, caracteriza-se pela “[...] globalização dos mercados, à privatização do mundo sob a égide do neoliberalismo e do intrincado crescimento da economia financeira, do complexo militar pós-imperial e das tecnologias eletrônicas e digitais” (MBEMBE, 2018b, p.15). É nesse terceiro momento que a condição de desumanização imposta ao negro a partir da escravização tende a se universalizar e passa a remeter não apenas aos negros, mas a todas aquelas populações que, em diferentes contextos, têm suas formas de vida precarizadas na lógica do neoliberalismo necropolítico, conforme a necessidade de manutenção dos sistemas de dominação e exploração.

O neoliberalismo é a época ao longo da qual o tempo curto se presta a ser convertido em força reprodutiva do forma-dinheiro. Tendo o capital atingido o seu ponto máximo, engrenou-se um movimento de escalada, baseado na visão segundo a qual ‘a todos os acontecimentos e todas as situações do mundo da vida (pode) ser atribuído um valor no mercado’. Esse movimento também se caracteriza tanto pela produção da indiferença, a paranoia codificação da vida social em normas, categorias e número, quanto por diversas operações de abstração que pretendem racionalizar o mundo a partir de lógicas empresariais. (MBEMBE, 2018b, p.15).

O receio do homem desse terceiro momento é ser deixado à margem dos sistemas de exploração do mercado de trabalho, “é ser relegada a uma ‘humanidade



supérflua', entregue ao abandono, sem qualquer utilidade para o funcionamento do capital" (MBEMBE, 2018b, p.16). "O brasileiro quer trabalhar, esse negócio de confinamento aí tem que acabar, temos que voltar às nossas rotinas. Deixem os pais, os velhinhos, os avós em casa e vamos trabalhar. Algumas mortes terão, mas acontece, paciência" (EXAME, 2020). A exposição de importantes fatias populacionais a morrer é o preço pago para a manutenção da ordem econômica. O chamado ao trabalho e, por consequência, o retorno dos filhos dos trabalhadores à escola, ainda que signifique um adendo ao espraiamento descontrolado da doença, aumento do número de mortes e, quem sabe, de variantes do vírus, visibiliza a face crua dessa política de terror, a necropolítica.

A essa tendência à universalização da condição negra, Mbembe (2018b) chama o devir-negro no mundo, uma condição de institucionalização da vida em que "[...] a carne é transformada em coisa e o espírito em mecadoria - a cripta viva do capital (MBEMBE, 2018b, p. 21)". Mas é também Mbembe (2018b) que, ao nos fazer pensar nos efeitos dessa universalização da condição de coisificação e mercantilização do negro no mundo, nos expõe outra compreensão que o devir negro no mundo pode alcançar: o negro "tornou-se o símbolo de um desejo consciente de vida, força pujante, flutuante e plástica, plenamente engajada no ato de criação e até mesmo no ato de viver em vários tempos e várias histórias simultaneamente" (MBEMBE, 2018b, p. 21).

Assim como os negros, mesmo nessa dinâmica racializada, puderam sobreviver a esses três momentos históricos de terror e compor cenários de resistência a ponto de se tornarem um desejo consciente pela vida, força pujante, plástica que pode inventar formas de rebeldia, o devir-negro do mundo, compreendido em sua máxima universalização da condição da humanidade à subalternidade, pode ser a chave para que a população brasileira se organize e resista ao genocídio capitaneado por esse governo e por esse vírus. O devir-negro do mundo e, sua brutal compreensão de que estamos todos expostos à subalternização da vida - ao risco de contágio e morte, pode nos auxiliar a pensar as nossas vidas e a de nossos semelhantes a partir da busca por um *em comum* ou por uma comunidade descolonizada.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R.; CASTRO, A. M. de. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? **Saúde debate**, v. 43, n. 8, p. 175-188, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300175&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2021.

BARRETO, J. da S.; AMORIM, M. R. O. R. M.; CUNHA, C. da. A pandemia da Covid-19 e os impactos na educação. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, p.



792–805, 2020. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/150>. Acesso em: 17 maio 2021.

BASÍLIO, Ana Luiza. Retrospectiva: as piores declarações de Bolsonaro sobre a pandemia. **Carta Capital**, 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/retrospectiva-as-piores-declaracoes-de-bolsonaro-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação, Gabinete do Ministro. Portaria nº 343 de 17 de março de 2020. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-343-de-17-de-marco-de-2020-248564376>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL passa de 380 mil mortes por Covid; mais de 3 mil delas foram registradas nas últimas 24 horas. **G1**, 21 abr. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/04/21/brasil-passa-de-380-mil-mortes-por-covid-mais-de-3-mil-delas-foram-registradas-nas-ultimas-24-horas.ghtml>. Acesso em: 16 maio 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei PL 5595/2020. Brasília: Câmara dos deputados, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2267745>. Acesso em: 16 maio 2021.

CORONAVÍRUS Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 maio 2021.

DECRETO permite volta às aulas presenciais em municípios que adotam a cogestão no RS. **G1 Rio Grande do Sul**, 23 abr. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2021/04/23/decreto-permite-volta-as-aulas-presenciais-em-municipios-que-adotam-a-cogestao-no-rs.ghtml>. Acesso em: 16 maio 2021.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no collége de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

HORTON, Richard. Offline: COVID-19 - a crisis of power. **The Lancet**, vol 396, October 31, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932262-5>. Acessado em: 6 de nov. 2020.

INFELIZMENTE algumas mortes terão. Paciência, diz Bolsonaro sobre covid-19. **Exame**, 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/infelizmente-algumas-mortes-terao-paciencia-diz-bolsonaro-sobre-covid-19/>. Acesso em: 16 maio 2021.

KOHAN, Walter Omar. Tempos da escola em tempos de pandemia e necropolítica.



Praxis educativa, vol. 15, e2016212, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/894/89462860071/html/index.html>. Acesso em: 16 mai. 2021.

MAIA, Ana Carolina; AGOSTINI, Rafael; AZIZE, Rogerio Lopes. Sobre jogos de (des) montar: Covid-19 e Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 30, n. 03 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300314> Acesso em: 11 maio 2021.

MARINHO, Maria F. Semelhanças e Diferenças na Interpretação dos Dados sobre SG, SRAG e COVID-19: SIM, SIVEP-GRIPE e Cartórios de Registro Civil. In: SANTOS, Alethele O.; LOPES, Luciana Toledo (org.). **Coletânea CONASS – Planejamento e Gestão**, vol. 2. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 112-125.

MAZZO, Aline. Docentes relatam casos de covid e dificuldade em seguir protocolos na rede pública. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/docentes-relatam-casos-de-covid-e-dificuldade-em-seguir-protocolos-na-rede-publica.shtml>. Acesso em: 16 maio 2021.

MBEMBE, Achille. O direito universal à respiração. **Instituto Humanitas da Unisinos**, 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/598111-o-direito-universal-a-respiracao-artigo-de-achille-mbembe>. Acesso em: 6 nov. 2020.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 edições, 2018a.

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. São Paulo: N-1 edições, 2018b.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Guia de implementação de protocolos de retorno das atividades presenciais nas escolas de educação básica**. Brasília: Ministério da Educação. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/GuiaDeretornodasAtividadesPresenciaisnaEducaoBsica.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

NAVARRO, Joel H. do N.; Silva, Mayara C. da; SIQUEIRA, L. de A. R.; ANDRADE, Maria A, C. Necropolítica da pandemia pela covid-19 no brasil: quem pode morrer? Quem está morrendo? Quem já nasceu para ser deixado morrer? **Pré-prints Scielo**. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/901/1262/1322>. Acesso em: 16 maio 2021.

PESQUISA de sentimento e percepção dos professores brasileiros nos diferentes



estágios do corona vírus no Brasil. **Instituto Península**, 2020. Disponível em: https://institutopeninsula.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pulso-Covid-19_-Instituto-Peni%CC%81nsula.pdf. Acesso em: 16 maio 2021.

REDE ESCOLA PÚBLICA E UNIVERSIDADE. **Monitoramento de casos de covid-19 na rede estadual de São Paulo** [Nota técnica]. São Paulo: REPU, 13 abr. 2021. Disponível em: www.repu.com.br/notas-tecnicas. Acesso em: 16 maio 2021.

RUSSO, Jane; AZIZE, Rogerio. Lições da Pandemia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e300400, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000400100&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2021.

SENADO FEDERAL. CPI da Covid é criada pelo Senado. **Senado Notícias**. Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/13/senado-cria-cpi-da-covid>. Acesso em 13 maio 2021.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. Balanço 2020: impacto da pandemia na educação vai além do fechamento de escolas. **Todos pela educação**, 2021. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/noticias/relatorio-do-todos-impacto-da-pandemia-na-educacao-basica-tem-ido-alem-do-fechamento-de-escolas/>. Acesso: em 16 maio 2021.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Pobreza na infância e na adolescência**. São Paulo: UNICEF, 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/156/file/Pobreza_na_Infancia_e_na_Adolescencia.pdf . Acesso em: 16 maio 2021.

WHO/UNICEF. Estimativas do portal JMP da OMS e do UNICEF, com base em dados de 2017. Disponível em: <https://Washdata.org>. Acesso em: 16 maio 2021.



A produção deste e-book resulta da colaboração de professores, profissionais e estudantes de diferentes instituições de ensino que preconizam que Educação e Saúde sejam áreas complementares, especialmente se considerarmos que ambas sustentam algumas das principais políticas públicas de diferentes países.

Não seria exagero argumentarmos que a Organização das Nações Unidas (ONU), por exemplo, por meio de suas agências temáticas Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) estimula profissionais e demais atores sociais a formarem uma rede global de discussões, ações e projetos que visa combater problemas sociais por meio do aumento e da qualificação dos índices de saúde e de educação.

[...] Neste e-book reunimos textos que impulsionam a reflexão de aspectos teóricos e/ou práticos. Eles foram escritos por profissionais, usuários, estudantes, gestores, entre outros, que narram a - e refletem sobre a - Saúde e a Educação a partir de suas diferentes experiências, conceitos e perspectivas. Esperamos que tais vivências e narrativas possam servir como importantes disparadores de boas práticas e transformações.

Os(as) organizadores(as) na Apresentação.

