

EDUCAÇÃO E SAÚDE

Experiências de Formação e Trabalho

ORGANIZADORES:

Camilo Darsie

Cristianne Maria Famer Rocha

Marcelo Carneiro

Maria Cristiane Barbosa Galvão



EDUCAÇÃO E SAÚDE

Experiências de Formação e Trabalho





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] : experiências de formação e trabalho / 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 978-65-88564-18-9

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

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

Experiências de Formação e Trabalho

Santa Cruz do Sul
EDUNISC
2022



SUMÁRIO

PREFÁCIO

Pedro Hallal7

APRESENTAÇÃO

EDUCAÇÃO E SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E TRABALHO

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

COMPONENTE CURRICULAR VIVÊNCIAS EM AMBIENTE E SAÚDE: UMA
EXPERIÊNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Gisele Dhein, Maurício Fernando Nunes Teixeira, Cátia Viviane Gonçalves,
Glademir Schwingel, Lydia Koetz Jaeger..... 11

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
UMA EXPERIÊNCIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Giana Diesel Sebastiany, Marcos Moura Baptista dos Santos, Maria Viviane
Gomes Müller, Marília Dornelles Bastos, Paula Camboim Silva de Almeida..... 24

GÊNERO, SAÚDE E VIOLÊNCIA: IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO
PROFISSIONAL NA UNIVERSIDADE

Maria Paula Panúncio-Pinto, Deíse Camargo Maito, Elisabeth Meloni Vieira 37

CONTRIBUIÇÕES DE GEORGES CANGUILHEM E YVES CLOT AO CAMPO DO
TRABALHO EM SAÚDE

Carina Kirst, Fernanda Spanier Amador, Patrícia Krieger de Oliveira..... 55

MEMÓRIAS DO CURRÍCULO OCULTO NO CURSO DE MEDICINA:
O CENTRO ACADÊMICO, A ATLÉTICA E AS LIGAS ACADÊMICAS

Antonio Carlos Duarte de Carvalho, Davy Ferrari Rodrigues Vidal,
Denner José Gean Giassi, Luís Eduardo Moreira Martins,
Vitor Ricardo Alves Pereira de Moraes, Igor Lorenzon de Carvalho,
João Gabriel Silva Santos..... 67

O MESTRADO PROFISSIONAL E A PRODUÇÃO TECNOLÓGICA INSERIDA
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/UFRGS

Cristine Maria Warmling, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Camila Giugliani,
Carmem Lúcia Bezerra Machado, Denise Bueno, Fabiana Schneider Pires,
Luiz Fernando Calage Alvarenga, Mariangela Ziede, Paulo Peixoto de Albuquerque,
Rafael Arenhaldt, Roger Santos Rosa, Danilo Blank 81



CONTRIBUIÇÕES DA CRIATIVIDADE E DO <i>DESIGN THINKING</i> PARA O ENSINO NA ÁREA DA SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA Liane Mahlmann Kipper, Beatriz Baldo Marques, Magda de Sousa Reis, Makely Ferreira Rodrigues, Marcus Vinicius Castro Witczak.....	94
EDUCAÇÃO E CONCEITOS BÁSICOS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA Náthalie da Costa, Bruna Duz, Tomaz Mazuco Rodriguez, Iagro César de Almeida, Caroline Brand, Cézane Priscila Reuter	111
NATUREZA, EDUCAÇÃO E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS EDUCATIVAS Fabio Carmona, Mateus Andrea Angelucci, Ana Maria Soares Pereira	121
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA PÓS-GRADUAÇÃO Edlaine Faria de Moura Villela, Tamara Rodrigues Lima Zanuzzi, Thania Maria Diniz, Leilineia Pereira Ramos de Rezende Garcia, Maria Giselia da Silva Rocha, Bruno Rodrigues Ferreira	138
TECNOLOGIAS EDUCATIVAS NO TRABALHO EM SAÚDE: NOVA MÁSCARA PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA COVID-19 Dulciane Nunes Paiva, Suzane Beatriz Frantz Krug, Litiele Evelin Wagner, Camila Dubow, Maria Eduarda Lara de Oliveira, Eduarda Chaves Silveira, Patrícia Érika de Melo Marinho	157
<i>ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM</i> : ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES BRASILEIRAS Rochele Mosmann Menezes, Eliane Carlosso Krumennauer, Mariana Portela de Assis, Mara Rubia Santos Gonçalves, Magda Machado de Miranda Costa, Suzane Beatriz Frantz Krug, Hildegard Hedwig Pohl, J Jane Dagmar Pollo Renner.....	169
IMPLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO Breno Santos de Araújo, Hoberdan Oliveira Pereira, Bruna Ramos de Carvalho.....	179
A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO EDUCACIONAL NA DIMINUIÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES Janayna Thais Silva	192



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS EM *ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM*: REFLEXÕES DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
Mariana Portela de Assis, Rochele Mosmann Menezes, Eliane Carlosso Krummenauer, Mara Rubia Santos Gonçalves, Magda Machado de Miranda Costa, Jane Dagmar Pollo Renner, Suzane Beatriz Frantz Krug..... 201

QUANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE CRÔNICO FAZ A DIFERENÇA NA PRÁTICA CLÍNICA
Patrícia Érika de Melo Marinho, Suzane Beatriz Frantz Krug, Camila Dubow, Maria Eduarda Lara de Oliveira, Dulciane Nunes Paiva 214

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO E GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS
Eliane Carlosso Krummenauer, Mariana Portela de Assis, Rochele Mosmann Menezes, Suzane Beatriz Frantz Krug, Jane Dagmar Pollo Renner..... 224

PROGRAMA VIRTUAL DE GERENCIAMENTO DE RISCOS EM AÇÃO COM FOCO NOS PROCESSOS DO CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
Ana Tércia Barijan, Breno Santos de Araújo, Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti 235

GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EFETIVA COM PACIENTES EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS
Luize Fábrega Juskevicius, Adriana Maria Felix, Maria Clara Padoveze 250



PREFÁCIO

Prefaciando um livro que conecta as áreas de educação e saúde é motivo de orgulho para mim. Desde minha formação inicial em Educação Física, passando pela pós-graduação em Epidemiologia e a experiência enquanto Reitor da Universidade Federal de Pelotas, sempre busquei conectar a educação e a saúde no meu fazer acadêmico e administrativo. Mas não há dúvidas que a necessidade de aprofundamento no tema educação em saúde foi reforçada durante a pandemia de Covid-19. Exatamente por isso, essa obra, ao mesmo tempo, é relevante e vem na hora certa.

O trabalho em saúde, tema tão abordado nessa obra, foi transformado de maneira irreversível durante a pandemia de Covid-19. A revolução tecnológica, por exemplo, envolve novos materiais e equipamentos, novas formas de comunicação, mas especialmente novas formas de interação entre profissionais da saúde e população, seja no contato direto dos profissionais com os pacientes, seja no contato com a população mediado pela mídia. Aliás, nesse sentido, o tema da comunicação científica, abordado na presente obra, representará uma das grandes quebras de paradigma decorrentes da pandemia. O tempo em que a ciência dialogava apenas entre os próprios definitivamente ficará no passado. A revolução tecnológica também afeta as formas de ensino e trabalho, como muito demonstrado nos textos que abordam a aprendizagem baseada em problemas e a criatividade aliada ao pensamento criativo.

Num debate contemporâneo sobre saúde e educação, é obrigatório que haja espaço para as discussões acerca das desigualdades de gênero e as diversas manifestações de violência observada no cotidiano. Da mesma forma, a obra valoriza as necessárias interações entre saúde e ambiente – não há como enfrentar a pandemia de Covid-19, por exemplo, sem considerar a questão ambiental tão determinante na disseminação do vírus, especialmente em populações vulneráveis.

A obra também reserva um espaço privilegiado para a formação, seja na educação formal, com o exemplo do Mestrado Profissional, seja no currículo oculto, com o necessário debate acerca do papel da participação em política estudantil, ligas acadêmicas e envolvimento com esportes sobre a formação em saúde.

Um conjunto de textos apresenta experiências de sucesso para gerenciamento de riscos, controle de infecções, sempre com a lente da educação em saúde. Aliás, o tema da educação em saúde, além de cortar transversalmente todos os capítulos da obra, também recebe atenção especial, em textos sobre suas teorias, seus conceitos básicos e sua importância, seja para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças crônicas, seja para qualificar a atuação em unidades de terapia intensiva.



Por fim, não há como prefaciá-la uma obra nesse momento histórico sem trazer alguns elementos para a contextualização da pandemia de Covid-19. A obra aqui apresentada foi construída no Brasil, um país que concentra 2,7% da população mundial e cerca de 13% dos óbitos por Covid-19. Um país, historicamente conhecido por seu futebol, sua beleza natural e seu carnaval, agora é também visto como uma das capitais mundiais do negacionismo – um dos poucos lugares do mundo onde o discurso anticiência transformou-se em ações anticiência, que tiraram a vida de centenas de milhares de brasileiros e brasileiras.

Desejo uma boa leitura a todos e todas.

Pedro Hallal
Universidade Federal de Pelotas, RS
ORCID 0000-0003-1470-6461
prchallal@gmail.com



APRESENTAÇÃO

EDUCAÇÃO E SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E TRABALHO

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

Sentir é estar distraído.
(Fernando Pessoa)

Este *e-book* é resultado da colaboração entre professores, profissionais e estudantes de diferentes instituições de ensino. O objetivo da ação é propiciar aproximações e reflexões entre, e a partir, de duas grandes áreas do conhecimento: Educação e Saúde.

Tais áreas podem ser vistas como complementares, especialmente quando consideradas enquanto bases para a formulação e operacionalização de políticas públicas nacionais e internacionais. Nessa direção, no Brasil, elas conduzem a ações relacionadas ao atendimento de usuários, ao tratamento de doenças, às práticas de controle sanitário, de educação popular e de formação em saúde. Pensar nos processos educacionais e de saúde, significa pensar, portanto, práticas articuladas, pois, por um lado, a Educação é capaz de aumentar os índices de saúde em determinadas populações – seja por acesso ao sistema de saúde seja por conhecimento construído – e, por outro, os saberes relativos à saúde atravessam modos de vida, tanto a partir da promoção da saúde quanto da prevenção de doenças, fatos que podemos entender, também como ações educativas.

Assim, em decorrência dessa complexa relação e das diversas teorias e práticas que aproximam as duas áreas, emergem conceitos relevantes, como: 1) Educação em Saúde, fortemente ligado aos processos de Educação Popular e fortalecimento de diferentes grupos populacionais, 2) Educação na Saúde, geralmente entendido como práticas que envolvem a formação no campo da Saúde; e, 3) Educação para a Saúde, que se caracteriza por estar mais atento aos mecanismos de manutenção da saúde e prevenção de doenças de modo individualizado. Mesmo tratando de perspectivas diferentes – por vezes contraditórias –, em totalidade, visam efeitos positivos no que se refere aos sujeitos subjetivados por tais práticas.

Partindo dessas questões, os capítulos aqui trazidos apresentam experiências de formação e trabalho em atividades de extensão universitária e de sala de aula, na graduação e na pós-graduação, a partir de diferentes métodos de ensino-aprendizagem, usos de tecnologias, dentre outras estratégias pedagógicas, em vários ambientes da vida universitária, das unidades de saúde e das comunidades em geral.

Nossa intenção, diante disso, foi reunir textos que discutam/apresentem aspectos teóricos e/ou práticos que aproximem as áreas da Saúde e da Educação,



tendo em vista os diferentes conceitos e perspectivas que envolve tal movimento de modo a servirem como dispositivos de transformação de práticas e de reflexões acerca do tema.

Para encerrar, desejamos que este *e-book* contribua para mostrar algumas formas de experimentações relacionadas à formação e ao trabalho na Educação e na Saúde.



COMPONENTE CURRICULAR VIVÊNCIAS EM AMBIENTE E SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Gisele Dhein¹

Maurício Fernando Nunes Teixeira²

Cátia Viviane Gonçalves³

Glademir Schwingel⁴

Lydia Koetz Jaeger⁵

NOTAS INTRODUTÓRIAS

O objetivo deste texto é apresentar a experiência educacional no componente curricular Vivências em Ambiente e Saúde (VAS), tomando como operador teórico para o relato o conceito de instituição, proposto pela Análise Institucional (AI) francesa. A AI se propõe a colocar as instituições em análise, isto é, para esse campo teórico-metodológico as sociedades são ancoradas em instituições, que são “um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos”, que podem estar formalizados em normas escritas, leis ou discursividades transmitidas, como também podem se manifestar em hábitos ou costumes (BAREMBLITT, 2012, p. 79).

-
- 1 Mestre em Psicologia (PUCRS)
Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)/RS
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9379-6479>
Email: giseled@univates.br
 - 2 Doutor em Saúde Bucal Coletiva (UFRGS)
Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)/RS
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8950-6822>
Email: mauricioteixeira@univates.br
 - 3 Mestre em Ecologia (UFRGS)
Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)/RS
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4924-587X>
Email: biologacatia@univates.br
 - 4 Doutor em Ciências Sociais (UNISINOS)
Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)/RS
Email: glademir@univates.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3520-3591>
 - 5 Doutora em Ambiente e Desenvolvimento (UNIVATES)
Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)/RS
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2816-2231>
Email: lkoetz@univates.br



As instituições, em nossa sociedade, materializam-se nas organizações, nos estabelecimentos e nos agentes de enunciação, ou seja, no nosso caso, em nossas práticas pedagógicas enquanto docentes. Embora cotidianamente utilizemos a instituição enquanto sinônimo de organização, para a AI as instituições são as forças, as instâncias de saberes e práticas que organizam as relações sociais; logo, materializam-se nas organizações - na universidade, por exemplo - por meio da disposição das classes e cadeiras nas salas de aula, nos organogramas, nos planos de ensino das disciplinas, nos projetos pedagógicos dos cursos, nas resoluções e regras que cada universidade adota (LOURAU, 2014).

Desse modo, em nosso relato de experiência tomamos as instituições Educação e Saúde enquanto dispositivos de análise, buscando compreender de que modo essas operam em nossas docências, que, neste artigo, estarão expressas pelas *notas de aula* produzidas pelos(as) autores(as).⁶

A partir da provocação do jogo de palavras Educação em Saúde, Educação na Saúde, Educação para a Saúde, entendemos que no modo como o componente curricular tem sido trabalhado, essas diferentes configurações da dupla educação-saúde mostram-se presentes. Isto é, o *em*, o *na* e o *para a* constituem a relação das duas instituições em jogo, fazendo com que a *força* institucional opere conforme as possibilidades para entrada em cena.

EDUCAÇÃO E SAÚDE: COMBINAÇÕES POSSÍVEIS

O componente curricular de VAS é uma das disciplinas responsáveis pela curricularização da extensão nos cursos da Saúde da Univates (BRASIL, 2018). A Extensão Universitária é a comunicação que se estabelece entre as instituições de ensino e a sociedade visando à produção de conhecimentos e à interlocução das atividades acadêmicas de ensino e de pesquisa, através de processos ativos de formação.

A Extensão engloba experiências de popularização da ciência, e realiza atividades que favorecem a construção de caminhos que podem contribuir no enfrentamento de problemas e questões sociais. Exercidas como direito social, as práticas extensionistas primam pelo respeito à diversidade cultural e têm como eixo o encontro entre os saberes acadêmicos e os saberes espontâneos.

Nesse sentido, o conceito de extensão na Educação Superior Brasileira,

6 Este componente curricular compõe a matriz curricular dos cursos de: Biologia - Bacharelado, Biomedicina, Educação Física - Bacharelado, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, da Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)/Lajeado/RS.



é a atividade que se integra à matriz curricular e à organização da pesquisa, constituindo-se em processo interdisciplinar, político educacional, cultural, científico, tecnológico, que promove a interação transformadora entre as instituições de ensino superior e os outros setores da sociedade, por meio da produção e da aplicação do conhecimento, em articulação permanente com o ensino e a pesquisa. (BRASIL, 2018).⁷

A partir de fóruns de discussão, em 2018, a Univates revisou os projetos pedagógicos dos cursos da saúde e, no que foi chamado de eixo da Saúde Coletiva, propõe uma formação inicial, no primeiro ano, de componentes curriculares comuns, que pudessem dar conta do desenvolvimento das competências gerais e, para além disso, balizar, também, o desenvolvimento de habilidades específicas dos núcleos profissionais. Surgem, assim, os componentes curriculares de VAS I e II, entremeados pelo componente curricular Saúde Coletiva, que, além da experiência multiprofissional, trazem a curricularização da extensão enquanto elemento constituinte de seu fazer (GRAVE *et al.*, 2019). Esses três componentes trabalham, em cada semestre, conteúdos e atividades de ensino e de aprendizagem relacionados à Educação em Saúde, Educação na Saúde e Educação para a Saúde.

Na prática dos serviços, o uso dos termos educação e saúde, seja como educação em saúde, educação na saúde, educação para a saúde, educação popular em saúde, educação sanitária, educação permanente e educação continuada são muitas vezes utilizados de forma indistinta pelos profissionais. Vemos nesse movimento de preposições não somente uma mudança gramatical, mas movimentos instituintes, que fazem o instituído, ou seja, aquilo que já está naturalizado em nossas práticas, se deslocar e produzir outros modos de fazer a dupla educação-saúde se produzir (LOURAU, 2014; BAREMBLITT, 2012).

Se formos investigar a origem etimológica - a qual constitui as instituições - desses termos podemos ver que são dois substantivos que na primeira expressão (Educação em Saúde), aparecem separados pela preposição, na segunda (Educação na Saúde) pela combinação da preposição com o artigo e na terceira (Educação para a Saúde), com a preposição acompanhada do artigo. Se analisarmos do ponto de vista gramatical veremos que a diferença é muito subjetiva e talvez seja essa a riqueza do nosso idioma.

Temos, além dos dois substantivos, duas preposições envolvidas: *em* e *para*. São sutilezas gramaticais que são exploradas semanticamente, mas já em determinados usos, contextos, ideias e/ou falares. Analisando o acima exposto, fica muito difícil montar qualquer argumento com base gramatical.

⁷ Os currículos dos cursos de graduação deverão, até 2021, contemplar dez por cento da carga horária de suas matrizes curriculares com a extensão.



Ainda sobre esse aspecto, podemos pensar que a expressão Educação em Saúde amplia o entendimento dos termos já que, neste caso, tanto educação quanto saúde, não estão determinados pelo artigo definido o que torna esse conceito como o mais usado indiscriminadamente, por vezes englobando os outros dois. No segundo caso, existe a clara ideia de tornar a coisa o mais definido possível (em + a = na). A expressão pressupõe as atividades educativas que podem/devem ser realizadas na área da educação, o que traz uma comparação com outras áreas nas quais é possível pensar a educação, por exemplo: Educação na Engenharia. E por último, Educação para a Saúde dá uma ideia sobre as ações que são idealizadas e realizadas para o desenvolvimento de uma saúde determinada, parecendo ser esse o termo mais restrito.

Portanto, considera-se importante distinguir e caracterizar os conceitos-chave de educação em saúde, educação na saúde e educação para a saúde, visto que são práticas fundamentais nesse campo. Ao pensar sob a perspectiva da Análise Institucional é importante percebermos que suas distinções apresentam conexões que devem ser alvo de reflexão por parte dos atuais e futuros profissionais de saúde, gestores e usuários (FALKENBERG, 2014).

Até a década de setenta, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinadas aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Para os grupos populares que conquistaram maior força política, as ações de educação foram esvaziadas em favor da expansão da assistência médica individualizada. Mas o Regime Militar criou condições para a emergência de uma série de experiências de educação em saúde, o que significou uma ruptura com o padrão acima descrito. Os movimentos populares que haviam sido violentamente reprimidos pelos primeiros governos militares após a revolução de 1964 começam a se rearticular e a crescer a partir da década de setenta, reivindicando melhores condições de vida (VASCONCELLOS, 1999).

Concepções críticas e participativas têm conquistado espaços e compreendem a educação em saúde como desenvolvida para alcançar a saúde, sendo considerada como 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 à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2013, p. 19-20).

Nesse sentido, educação em saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se reportam em transmitir informação em saúde. É considerada importante ferramenta da promoção em saúde, que necessita de uma combinação de apoios educacionais e ambientais que objetivam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população



e não somente o conhecimento científico. Educação popular em saúde como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas, que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Na educação na saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos(as) profissionais, ações direcionadas à qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho. Educação na saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2013).

O termo educação para a saúde ainda tem sido utilizado nos serviços de saúde, onde se supõe uma concepção mais verticalizada dos métodos e práticas educativas. Nesse sentido, é como se os(as) profissionais de saúde devessem ensinar uma população ignorante o que precisaria ser feito para a mudança de hábitos de vida, de modo a melhorar a saúde individual e coletiva, se aproximando muito do que Freire (2019) chamou de educação bancária. Tal método ficou assim denominado porque na visão dos(as) professores(as) a mente do(a) educando(a) era como um banco no qual o(a) educador(a) deposita conhecimentos para serem arquivados (decorados) sem serem questionados a respeito do seu teor.

Espera-se que se conquiste uma superação dessa ideia ao associar os determinantes do comportamento humano às intervenções educativas, pois tais intervenções são voltadas para as mudanças do comportamento individual, organizacional, econômico, social e ambiental, influenciando no estilo de vida com a promoção de hábitos saudáveis. Contudo, “a educação para a Saúde não cumpre o papel de substituir as mudanças estruturais da sociedade, necessárias para a garantia da qualidade de vida e saúde, mas contribuir decisivamente para sua efetivação” (BRASIL, 1998, p. 259).

Nesse termo podemos incluir as questões procedimentais relativas às atividades, programas e planos que buscam através de ações de educação com o objetivo de produzir uma saúde mais específica e, portanto, mais prescritiva, vinculada ao modelo biomédico. Temos aqui uma concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos, ideais desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornados objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas (BRASIL, 2007).

A partir desse referencial teórico apresentamos o relato de experiência do componente curricular que, no primeiro semestre de 2021, envolve quatro



professores(as), uma bióloga, um cirurgião dentista, um fisioterapeuta e uma psicóloga e cem estudantes de 8 cursos da saúde e um curso de licenciatura - educação física - divididos em quatro turmas. Os desafios contemporâneos trazem a necessidade de virtualização de atividades que, nesse componente curricular, são essencialmente presenciais. Relacionamos as expressões elencadas com as impressões dos(as) professores(as) no desenvolvimento das atividades, procurando encontrar relações que possam trazer sentido para nossas práticas e identificar as associações com os instituintes e instituídos em questão.

MOVIMENTOS PARA PENSAR A FORMAÇÃO: EDUCAÇÃO E SAÚDE EM ANÁLISE - A PANDEMIA COMO POSSIBILIDADE INSTITUINTE

As aulas do componente curricular VAS II estão previstas para acontecerem em um turno por semana (manhã ou noite) com duração de 3h30min, totalizando 80 horas semestrais de atividades (60 horas presenciais e 20 horas de estudos independentes). A ementa da disciplina prevê a inserção dos(as) estudantes em cenários de práticas para vivências do trabalho em equipe interprofissional, além da criação e desenvolvimento de um projeto de intervenção segundo as condições do ambiente e da saúde identificadas no território. Propostas de intervenção que, na grande maioria das vezes, colocam educação e saúde em jogo, fazendo operar as possíveis combinações que essas duas instituições se permitem - como já apresentado.

Os cenários de práticas são definidos conforme o turno em que ocorre a aula: se no turno da manhã as práticas são desenvolvidas em Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF) ou locais por ela definidos (por exemplo, escolas, projetos sociais ou outros que as organizações desenvolvem), no turno da noite as práticas são desenvolvidas em ambiente escolar com estudantes do Ensino Médio (EM) e Educação de Jovens e Adultos (EJA). Os deslocamentos até os territórios de estudo são realizados em transporte coletivo fretado e no horário da disciplina.

Podemos considerar que a VAS II tem um enfoque prático e extensionista mais evidente que os dois componentes que a precedem (VAS I e Saúde Coletiva). Nos primeiros encontros, os(as) professores(as) informam qual é o território de estudo do semestre e os(as) estudantes pesquisam sobre as informações sociodemográficas, ambientais e epidemiológicas, reconhecem as fragilidades e potencialidades locais. Com as visitas, os(as) estudantes conhecem as equipes de trabalho das unidades de saúde ou das escolas e nossa intenção, enquanto docentes, é uma aproximação com a educação na saúde.

Nesse momento já conseguimos identificar - tanto nos(as) estudantes quanto nos(as) docentes - os entendimentos de saúde e educação que operam. Visto a



análise de implicação ser fundamental quando falamos em AI, é nessa hora que vimos sua importância. Identificar *como* a saúde e a educação estão presentes em nossas práticas, é poder estar a todo momento reforçando e analisando de qual educação e saúde falamos e, conseqüentemente, desejamos na formação dos futuros profissionais (LOURAU, 2007a).

Nas palavras de Coimbra e Nascimento (2007, p. 30), análise de implicação é

colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdades - consideradas absolutas, universais e eternas - seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que se agenciam é romper com a lógica racionalista presente no pensamento ocidental e, em especial, na academia [...]. A análise de implicações traz para o campo da análise sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa de ser bem sucedida.

Podemos substituir pesquisa por aula. As nossas notas de aula nos auxiliam na percepção e conhecimento de nossas implicações. Ao registrarmos: *os(as) estudantes estão com dificuldades em observar o território, para além da doença*, nos demonstra que, mesmo que tenhamos apresentado, contextualizado e discutido o conceito ampliado de saúde,⁸ que opera, principalmente, no rompimento da saúde como simplesmente ausência de doença, para uma ampliação de território de visibilidade e de contexto, tanto estudantes como docentes muitas vezes conseguem escutar somente a doença nos territórios. *Profe, faltam especialistas na unidade de saúde; Profe, tem muita gente com depressão; Profe, eles não usam o medicamento certo*. Talvez a prevenção da doença seja *mais fácil* de fazer, de pensar, de articular a uma dita promoção à saúde. Ou ainda, quando nós, docentes, descrevemos o território ao estudante, não permitindo que ele o faça, antecipando seu processo de desconstrução de um conceito de saúde que por décadas - ou até mesmo séculos - está presente. Esses exemplos nos reforçam, pelas lentes da AI, que mesmo que desejamos uma educação *em* ou *na* saúde, a educação *para* saúde ainda se faz presente; ousamos afirmar, que ela está institucionalizada.

Nesses exemplos percebemos, ainda, a importância daquilo que Lourau (2007a) nomeia como escândalo da AI, a análise de implicação. Colocar nossas relações entre

8 Conceito Ampliado de Saúde: “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, 1986, p. 4).



saúde e educação em xeque, é encontrar as contradições que nos constituem. “Em um primeiro ponto de vista, a Análise Institucional pretende trabalhar a contradição, seguir uma lógica dialética em oposição à lógica identitária característica das demais ciências” (p. 10). Não sabemos operar na contradição. Trabalhar educação em/na/para a saúde, é enfrentar a contradição a todo momento: são *muitas* saúdes e educações se manifestando, inclusive em nossas práticas docentes que, em choque com as práticas discentes, constroem um novo contexto, que precisa ser reavaliado e reconstruído constantemente. A força da educação permanente em saúde, que compõe a educação na saúde, aflora quando avaliamos os encontros já ocorridos e planejamos os próximos, resgatando, principalmente, as falas institucionalizadas, os exemplos que talvez não condizem com o campo teórico estudado. O rompimento de práticas institucionalizadas é o objetivo da AI, principalmente quando essas não são produtoras de saúde - no seu contexto ampliado.

Mesmo que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha atingido seus trinta anos de *nascimento*, desconstruir modelos anteriores não é tão simples assim. Por anos a saúde pautava-se na erradicação da doença; o foco era a doença, com poucos relatos de ações de promoção à saúde. Aqueles que temos, talvez possamos identificar como movimentos, inclusive, instituintes (LOURAU, 2007b). Não é à toa que as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, por exemplo, têm como principais atores(as) os(as) profissionais, trabalhadores(as), familiares e usuários(as) de saúde. Romper com um modelo instituído de saúde e de relação com a população - que podemos nomear de educação - só poderia partir daqueles que a vivem e a experienciam. Assim, propor o conceito ampliado em saúde, em que a educação está integrada, ressignifica o processo e permite pensarmos ações de educação em saúde que se propõem a compor, cada vez mais, *com* a população e, cada vez menos, *para*.

Com a pandemia de SARS-CoV-2⁹ novos desafios se colocaram e conhecer os territórios de modo virtualizado talvez tenha sido, para o componente curricular da VAS, o mais desestabilizador. Antes da pandemia, a análise consistia na identificação das redes sociais e de saúde existentes e a forma como a comunidade lidava com suas vulnerabilidades. A partir desse diagnóstico, os(as) estudantes elaboravam propostas de intervenção em parceria com a rede de saúde e de educação. As atividades no

9 Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas, como exemplo do MERS-CoV e SARS-CoV. [...] Em dezembro de 2019, houve a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado em Wuhan na China e causou a COVID-19, sendo em seguida disseminada e transmitida pessoa a pessoa. A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 05 mai. 2021.



território ocorriam a cada duas semanas, e no intervalo entre uma ação e outra, professores(as) e estudantes reuniam-se em sala de aula para analisar, planejar, monitorar e problematizar as ações desenvolvidas e os resultados alcançados.

Contudo, com a pandemia, tais atividades tiveram que ser descontinuadas nesse modelo, tendo em vista o risco de contágios e a própria suspensão dos grupos de promoção da saúde e das aulas presenciais regulares, impondo à universidade a construção de alternativas curriculares. A alternativa encontrada pela Univates foi a virtualização das aulas nos mesmos horários e dias das aulas presenciais, o que possibilitou a interação com o(a) professor(a) da disciplina, responsável por montar o material personalizado e dinâmico.

Neste momento - maio de 2021 - o planejamento tem sido feito de forma conjunta e como alternativa para a impossibilidade da inserção dos(as) estudantes de fato nos serviços foi pensado, em um primeiro momento, na divisão dos(as) estudantes em grupos de estudantes de diferentes cursos, que têm em comum o território em que vivem.

Os territórios de estudo, que antes, na presencialidade, eram definidos pelo(a) professor(a) com as coordenações de curso, na pandemia foi possibilitado aos(às) estudantes escolherem os seus territórios - seja por aproximação, afinidade ou contatos. Dessa forma, os estudos que antes eram restritos ao município de Lajeado/RS, se ampliaram e aumentaram o alcance das ações de extensão. Quebra-se nesse momento um processo instituído, já característico do componente curricular - e que muitas vezes era criticado pelos(as) estudantes - e abre-se para uma construção de grupos a partir dos(as) próprios(as) estudantes. Aquilo que nós, docentes, imaginávamos que talvez pudesse ocorrer - da busca de grupos por afinidades - não ocorreu: eles seguiram o enunciado de aproximação por município ou proximidade de região. Novamente, aparece a implicação.

Essa experiência que ocorreu na sala de aula talvez possa ser transposta, também, para as práticas de educação e saúde: em muitos momentos pré-definimos os modos de vida e de relação das pessoas com sua saúde, sem possibilitar que elas nos mostrem outras ou novas relações. Nesse momento, novamente - tanto em sala de aula quanto nos territórios - vemos emergir as instituições saúde e educação com a preposição + artigo *para a*, conformando um termo que carrega um lugar de saber, julgamentos e pouca possibilidade de diálogo. A preposição *em*, apesar de ser a mais utilizada, ainda precisa fazer muita força para entrar nessa relação, precisando de muitos movimentos instituintes para conseguir seu espaço. A pandemia, talvez, tenha sido um desses movimentos.

Em vários momentos do semestre registramos em nossas notas de aula a *apatia e o desinteresse da turma*. O silêncio se fez em muitos momentos. Vários foram os momentos de planejamento conjunto dos(as) docentes onde essa pauta



estava presente. No entanto, à medida que os pontos que discutimos teoricamente - como território, ações em saúde, análise de situação de saúde, dentre outros - foram sendo pesquisados e descobertos em seus municípios de residência, a relação com o processo de ensino e aprendizagem se deu de outro modo. *A turma foi bastante participativa hoje. Penso que deu-se devido à temática. Se mobilizaram/se identificaram em tentar entender porque as pessoas não acessam informações seguras e sim fake news.* Conhecer seu território, e não um território distante. A grande maioria dos(as) estudantes não reside no município onde a universidade se situa (Lajeado/RS).

Construir intervenções para seu território trouxe sentido aos projetos propostos. Não só sentido, mas afeto. Desenvolver uma escuta acolhedora e coerente com as demandas sociais, é um dos pontos de educação na saúde que pautamos. Assim, a partir do diagnóstico, cada grupo, em seu território, elencou uma demanda para intervenção, construindo um projeto. Usamos a educação em saúde como o principal eixo das discussões e como produto final será desenvolvido um projeto que tenha sua mediação pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's).¹⁰ Além do material didático utilizado para desenvolver as habilidades cognitivas, os(as) estudantes têm discutido formas de organizar as intervenções virtualmente e os meios para isso, o que engloba a dimensão procedimental do processo de ensino e de aprendizagem. Atitudinalmente a avaliação se dará através da observação de critérios como assiduidade, pontualidade, comprometimento e participação nas atividades em grupo.

Um novo elemento instituinte movimenta tanto a educação quanto a saúde. As TICs no cuidado em saúde ou nas aulas dos cursos da saúde ainda produzem muita resistência. O encontro com o outro para produção de cuidado, sendo esse encontro presencial, é o instituído do *fazer em saúde* e da formação/educação em/na saúde. A virtualização das aulas - e em alguns exemplos dos territórios analisados pelos(as) estudantes, também a virtualização do cuidado - nos colocam a pensar o quanto essas instituições - educação e saúde - produzirão novos arranjos e novos modos de operar. As TICs nos parecem ser inevitáveis como veículo para essa mudança.

Assim, ao proporcionarmos aos(às) estudantes de VAS o contato com o território em que vivem, sabemos que estamos colocando todas as relações de educação *em, para e na* saúde em jogo. Poder vivenciar essas diferenças e semelhanças de forma significativa é, também, poder consolidar os princípios e diretrizes do SUS e instituir os modos de saúde e educação que o sistema deseja, isto é, que estão em sua constituição.

10 Até a finalização deste capítulo, o componente curricular ainda não havia sido encerrado.



ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Ao analisarmos as instituições Educação e Saúde, principalmente em um componente curricular extensionista, vimos a importância da análise constante de nossas implicações. Manter-se coerente com um processo de ensino e de aprendizagem em consonância com as competências previstas para formação *na* saúde, faz emergir - e também entrar em jogo de forças - elementos da formação *em* saúde - que também nos interessam - como também a educação *para* a saúde, que muitas vezes criticamos e problematizamos junto aos(as) estudantes. Porém, tem uma influência considerável em nossa formação pgressa, já que também nos atravessa.

Trabalhar com temáticas transversais à formação, operando muito mais com uma formação de campo em detrimento a uma formação de núcleo (CAMPOS, 2000), coloca em jogo um movimento de desinstitucionalização da formação/educação na saúde, não somente para dar conta do previsto nos instrumentos de avaliação de cursos de graduação, mas também para produzir efeitos na vida dos(as) estudantes, construindo com eles(as) uma escuta atenta, ética - de cuidado à vida, e atenta às necessidades e demandas das pessoas residentes no território onde vivem e exercem suas práticas. Tomar os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) como transversais às instituições Educação e Saúde, é tentar construir - com a ajuda da AI - o rompimento de práticas de cuidado verticalizadas, que não levam em conta a pessoa ou o grupo/coletivo que necessita de cuidados, ou que necessita de ações de promoção à saúde ou prevenção de doenças.

Entendemos, assim, que a docência compartilhada, realizada por docentes de vários núcleos profissionais, potencializa a desconstrução de discursos que carregam as fronteiras/barreiras disciplinares. Quando os(as) estudantes vivenciam com uma bióloga, por exemplo, ações de promoção à saúde mental, desconstroem o instituído de que somente aos saberes *psi* (psiquiatria e psicologia) cabe essa ação. Do mesmo modo, ao vivenciarem com um cirurgião-dentista ações de atividades físicas, como preventivas a doenças, compreendem que esta também é uma ação de campo - para todos(as) profissionais da saúde.

Os desafios da formação na saúde são sempre instigadores. Ampliaram-se, ainda mais, na pandemia, ao colocar a virtualidade enquanto mais uma variável a enfrentar. No entanto, percebemos que pudemos ampliar ainda mais as ações de cuidado à comunidade acadêmica. Entendemos que a pandemia trouxe ao processo de educação *na* saúde um movimento instituinte importante: enquanto universidade comunitária, não poderíamos abarcar nas ações de VAS a região ao invés de nos limitarmos ao município de Lajeado? Uma ruptura significativa para o futuro do componente curricular. Uma questão importante a se pensar.



REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes.** Teoria e prática. 6. ed. Belo Horizonte: Editora FGB/IFG, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. Brasília, 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** terceiro e quarto ciclos: 5ª a 8ª séries: temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Resolução nº 7 MEC/CNE/CES**, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências, 2018. Brasília: MEC/CNE/CES, 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2021.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças; NASCIMENTO, Maria Livia do. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? *In*: ARANTES, Esther Maria M.; NASCIMENTO, Maria Livia do; FONSECA, Tania Mara Galli (org.). **Práticas psi inventando a vida.** Niterói, RJ: EdUFF, 2007. p. 27-38.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. 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 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mai. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.



FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 75. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GRAVE, Magali Teresinha Quevedo; SALDANHA, Olinda Maria de Fátima Lechmann; KOETZ, Lydia C. E.; ROSA, Leonardo de Roos; TEIXEIRA, Maurício Fernando Nunes; DHEIN, Gisele. Currículo integrado em saúde: construção coletiva a partir de fóruns de qualificação docente. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, p. 996, 2019.

LOURAU, René. René Lourau na UERJ - Análise Institucional e práticas de pesquisa. Primeiro encontro. **Mnemosine**, v. 3, n. 2, p. 7-23, 2007a.

LOURAU, René. René Lourau na UERJ - Análise Institucional e práticas de pesquisa. Segundo encontro. **Mnemosine**, v. 3, n. 2, p. 27-48, 2007b.

LOURAU, René. **A Análise Institucional**. Tradução de Mariano Ferreira. 3. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2014.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.



APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Giana Diesel Sebastiany¹

Marcos Moura Baptista dos Santos²

Maria Viviane Gomes Müller³

Marília Dornelles Bastos⁴

Paula Camboim Silva de Almeida⁵

INTRODUÇÃO

Ao longo de várias décadas, especialmente a partir dos anos 1960, muito se tem ouvido, discutido e implementado sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no contexto da educação médica. A abordagem curricular a partir das perguntas parece ter gerado um importante campo para avanços da aprendizagem interdisciplinar e contextualizada, tão necessária ao jovem profissional no contexto contemporâneo.

- 1 Professora Adjunta do Departamento de Ciências, Humanidades e Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul. Doutora em Desenvolvimento Regional e Mestre em Educação. Diretora de Ensino da Universidade de Santa Cruz do Sul e Diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Santa Cruz. <http://lattes.cnpq.br/0311568088759201> ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1575-3542> E-mail: giana@unisc.br
- 2 Professor Adjunto do Departamento de Ciências, Humanidades e Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestre em Ciências Sociais. Foi Pró-Reitor de Planejamento da UNISC (1998-2001). Coordenou o PET-Saúde/Vigilância em Saúde I e II (2010-2012 e 2013-2015). É membro da CEUA-Unisc (Comissão de Ética na Utilização de Animais). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2497836272164357> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7743-9375> E-mail caco@unisc.br.
- 3 Professora Adjunta e Chefe do Departamento de Ciências da Vida da Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestre em Microbiologia Agrícola e do Ambiente (UFRGS). Doutora em Ciências Biológicas (Bioquímica- UFRGS). Coordenadora do Laboratório de Patologia e Histologia. Coordenadora do Módulo Fundamentos Biológicos do Ser Humano I do Curso de Medicina da Unisc. Pesquisadora no Programa de Pós Graduação em Tecnologia Ambiental (MTA-UNISC). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3926207583060586> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9332-3797> E-mail: mmuller@unisc.br
- 4 Médica Pediatra com ênfase em Gastroenterologia Pediátrica. Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Medicina da UNISC e coordenadora nos módulos de Saúde da Criança e dos módulos de Tutoria e Estudo Individual. <http://lattes.cnpq.br/5028689213348270> ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1665-2252>
- 5 Professora Adjunta do Departamento de Ciências, Humanidades e Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestre em Antropologia Social pela Unicamp/SP Professora do Curso de Medicina da Unisc e coordenadora do Módulo Saúde, Sociedade e Fundamentos de Pesquisa I. Coordenadora Pedagógica do Curso de Medicina da Unisc. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3983027829352221> E-mail: paula@unisc.br



Na primeira parte deste capítulo, situamos a ABP enquanto metodologia potencializadora da construção de competências. Cabe destacar que uma competência não prescinde de uma boa formação conceitual. Então, competências e conteúdos não são antagônicos e não estão em lados opostos no planejamento da formação universitária.

Logo, na sequência, a argumentação aponta para uma competência em especial, com grande potencial de desenvolvimento a partir da abordagem de problemas: a autonomia. Ao lidarem com desafios contextualizados, o grupo de estudantes se torna mais autônomo na seleção das ferramentas necessárias ao enfrentamento de tais desafios.

Tendo como suporte a reflexão conceitual inicial, segue-se uma rápida descrição da organização da ABP no currículo do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como uma de suas estratégias formativas, com maior destaque para a fase inicial da formação dos futuros médicos.

Por fim, a última parte deste capítulo traz a importante reflexão dos docentes que atuam com a ABP. No bojo dessas reflexões está o destaque para as responsabilidades formativas e afetivas daqueles que recebem os calouros e assumem, com eles, o desafio das construções cognitivas e das relações interpessoais.

A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS E A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A organização da educação formal, tal como trabalhamos majoritariamente, não está adequada ao futuro, visto que, já, no presente, não atende às necessidades dos estudantes. A mudança conceitual e metodológica, bem como a transformação da abordagem de conteúdos, de forma que sejam valorizados pela sociedade que recebe o sujeito no presente/futuro, configuram-se nos grandes desafios da formação universitária.

A possibilidade de ignorar as mudanças advindas do desenvolvimento das tecnologias da informação, no contexto das interações pedagógicas, não existe. A grande questão que se coloca é como melhor utilizar esse arsenal tecnológico, potencializando a aprendizagem. A própria configuração das arquiteturas curriculares e dos espaços de interação pedagógica já toma grande parte das nossas discussões.

O mundo é complexo demais e os fenômenos que vivenciamos necessitam de abordagem interdisciplinar, valores éticos, capacidade de escuta e construção com os pares para que, de fato, ocorra a aprendizagem. Nesse sentido, nossas salas de aula, presenciais ou remotas, carecem de configurações para atividades em grupos, conectividade e acesso aos vários canais de informações, dificultando a resolução de



problemas que mobilizem para tal.

Cabe prognosticar que as atuais salas de informática, criadas pela maioria das instituições educacionais, serão obsoletas em poucos anos. Dada a estrutura topológica e métrica do espaço eletrônico, é previsível que tais recintos de aprendizagem sejam substituídos pelas salas-rede (ECHEVERRÍA; POZO, 1998). Tais salas são espaços projetados para metodologias de aprendizagem em grupos, dentre elas, a ABP.

A Pedagogia (e suas múltiplas áreas de intersecção) deriva de uma base científica que, assim como tantas outras, se modifica. As transformações latentes nas formas de ensinar e aprender tornaram-se evidentes com a adoção do ensino remoto, em meio a um contexto sanitário restritivo, advindo da pandemia da COVID-19.

É clara a tendência de que espaços e tempos estão rompendo com uma estrutura tradicional e desvelando a conectividade global, o que exige, do professor, um bom planejamento dos espaços e tempos de interação/mediação com seus estudantes.

Planejamento requer a compreensão da intencionalidade das ações pedagógicas. Nas últimas décadas, o conceito de competências (como intencionalidade) encontrou, na área da educação, um campo propício para interpretações, debates e uso em grande escala.

Entretanto, esse uso do termo “competência” não é pacífico na área dos estudos pedagógicos. Existem argumentações, bem fundamentadas em paradigmas educacionais, tanto a favor quanto contrárias. Para fins de esclarecimento, aqui se considera que a utilização do termo “competências”, no planejamento educacional, envolve algo muito mais profundo do que a substituição de termos. Em muitos casos, a leitura que se faz é de que a competência assumiria o lugar do objetivo de aprendizagem, mas não é tão simples assim.

O planejamento de ensino, que tem como ponto de partida a definição de competências, rompe com uma tradição conteudista de transmissão de conhecimentos e torna-se um processo de investimento contínuo na formação processual e integral dos estudantes. Requer, portanto, uma mudança no modelo mental do que se compreende por ensino e por aprendizagem.

“O uso do termo ‘competência’ é uma consequência da necessidade de superar um ensino que, na maioria dos casos, foi reduzido a uma aprendizagem memorizada de conhecimentos, fato que implica dificuldade para que esses conhecimentos possam ser aplicados na vida real” (ZABALA; ARNAU, 2018, p.11). Dessa forma, o planejamento das ações pedagógicas tem maior efetividade quando alicerçado no uso de metodologias que partam de perguntas reais, desafios que possam instigar a vontade de conhecer, e, mais do que isso, que possam aprofundar as relações entre o conhecimento acadêmico e a dinamicidade da “vida vivida” (onde resolvemos problemas e fazemos escolhas).



Ensinar competências significa partir de situações e problemas reais. Ensinar competências significa utilizar formas de ensino consistentes para responder a situações, conflitos e problemas próximos da realidade, em um complexo processo de construção pessoal, com exercitação de progressiva dificuldade e ajudas contingentes (mediações) conforme as características diferenciais dos alunos. (ZABALA; ARNAU, 2018, p. 109).

Como já mencionado, o elenco de disciplinas ou módulos em uma arquitetura curricular já não atende às necessidades formativas na contemporaneidade, como a construção de competências que permitam tomadas de decisões ágeis e bem fundamentadas. Aqui, cabe o destaque de que o ensino com base em competências não representa a “diminuição” de conteúdo, pois não é possível ser competente sem lançar mão de conceitos/conhecimentos.

“A competência e os conhecimentos não são antagônicos, pois qualquer atuação competente sempre representa a utilização de conhecimentos interrelacionados às habilidades e às atitudes” (ZABALA; ARNAU, 2018, p. 11).

Dessa forma, o desafio que se coloca ao professor do Ensino Superior está em agregar ao valor do conhecimento de cada área/disciplina, habilidades mediadoras que envolvam a fundamentação epistemológica das escolhas, a afetividade e a empatia na relação pedagógica.

A aprendizagem é um processo contínuo de construção de conhecimentos, em que a significação desses conhecimentos se dá pelos próprios sujeitos aprendentes. Também, as competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores) são trabalhadas de forma contextualizada, confrontando estudantes e professores com a realidade de atuação profissional e seus múltiplos condicionantes.

Já há algumas décadas, cursos de graduação, especialmente na área da Saúde, têm adotado alternativas curriculares e metodológicas diferenciadas. Essas alternativas inspiram-se, dentre outras, em experiências desenvolvidas na década de 1960, por universidades como a McMaster University (Canadá) e Maastricht University (Holanda). Na Universidade de Santa Cruz do Sul, desde 2006, desenvolve-se um currículo de formação médica que utiliza a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como uma das alternativas fundamentais de construção da capacidade de autoaprendizagem dos estudantes.

A ABP segue uma orientação interacionista-problematizadora, que utiliza o debate em pequenos grupos e concebe o professor como um mediador do processo de construção do conhecimento dos estudantes. Assumindo o papel de mediador entre o sujeito que constrói suas aprendizagens e o conhecimento sistematizado histórica e cientificamente, o professor valoriza a abordagem interdisciplinar e o mais totalizante possível dos conteúdos, assim como suas formas de compreensão.



Utilizando a ABP, o desafio impulsiona a investigação. A partir de um problema contextualizado, buscam-se hipóteses, levantam-se dados e os estudantes são orientados a trabalhar cooperativamente, procurando soluções. Há uma correlação entre a prática, o problema e o estímulo ao aprofundamento teórico (desenvolvimento de competências).

A ABP apoia-se no funcionamento de pequenos grupos, mediados por um professor, designado como tutor. É apresentada uma situação-problema pré-elaborada ao grupo de estudantes. O problema é lido pelos mesmos, que procuram esclarecer os termos desconhecidos e identificar o desafio subjacente à situação-problema proposta. A seguir, formulam hipóteses acerca do enunciado. Ainda em conjunto, procedem à formulação dos objetivos de estudo, que consiste na identificação do que se torna necessário estudar para o aprofundamento das hipóteses. Os estudantes passam, então, ao estudo individual dos assuntos levantados na etapa anterior e retornam ao grupo para a nova discussão da situação-problema, face aos novos conhecimentos construídos (GIL, 2009, p.176).

Um dos pressupostos a ser reforçado cotidianamente é a autonomia científica, intelectual e ética dos estudantes que superam a passividade e imobilidade intelectual, assumindo um papel ativo no desenvolvimento de competências necessárias à sua formação, não se limitando ao que é abordado no ensino direto; ao contrário, utilizando as situações-problema como a base de uma construção mais aprofundada e contínua do conhecimento. “A maneira como os (desenhos curriculares) combinam a aprendizagem orientada para a investigação e o ensino direto é importante para a compreensão/formação do estudante” (DARLING-HAMMOND; BRANSFORD, 2019, p. 68).

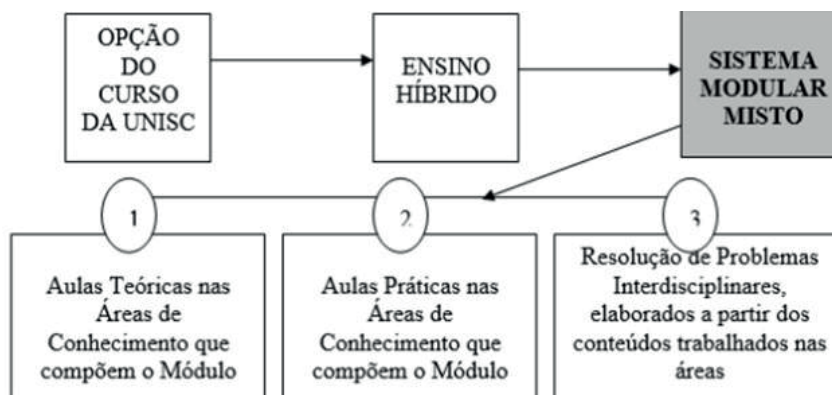
O grande destaque da abordagem pedagógica é o diálogo com os estudantes, como espaço para as dúvidas, questionamentos, manifestação de conhecimentos prévios e hipóteses provisórias: o grupo de estudantes e professor necessita discutir e refletir sobre o tema que está sendo tratado, de tal maneira que, ao final, possa ser elaborada uma síntese integradora, tanto coletiva, como individual.

O conjunto de metodologias de pequenos e grandes grupos pode ser integrado em um mesmo currículo para atingir os diferentes objetivos de aprendizagem propostos. Aliado a esse fato, o compromisso com a interdisciplinaridade faz com que se busque diferentes formas de ensinar e aprender de acordo com as peculiaridades de cada área, perfil do estudante e do professor.

Antes de reconhecer o termo ensino híbrido como uma forma de integrar o ensino *online* com o presencial, essa designação foi amplamente utilizada nos currículos que optavam por mais de uma metodologia. Com essa visão de ensino híbrido que o Curso de Medicina da UNISC foi concebido, integrando a ABP a um sistema modular, conforme demonstra a figura 1 (SEBASTIANY; BASTOS, 2011).



Figura 1- Estrutura curricular/metodológica do Curso de Medicina da UNISC



Fonte: SEBASTIANY, G.D.; BASTOS, M.D. **Curso de Medicina da Unisc: a aprendizagem baseada em problemas (ABP)**. 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

A integração da ABP com outras metodologias permite ao estudante conhecer diferentes formas de aprender, bem como identificar-se com as mais efetivas para o desenvolvimento de suas competências.

A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS E A AUTONOMIA

Aprender é uma experiência social, mas, ao mesmo tempo, é fruto de conexões neurológicas subjetivadas. No princípio da autonomia, cada um aprende por si; cada um é responsável por suas construções e isso exige uma postura ativa. Entretanto, atividade não é sinônimo de desempenho motor ou comportamental. Ações comportamentais, psicológicas e emocionais se constituem em fortes condicionantes da aprendizagem significativa, quando associadas.

Altos níveis de atividade comportamental não se traduzem necessariamente no tipo de processamento psicológico que favorece o aprendizado. “E cabe lembrar ainda, que além do envolvimento comportamental e psicológico, existe um nível de envolvimento emocional em atividades que também afeta a aprendizagem” (MATTAR, 2017, p. 21).

Quanto à autonomia, estudos na área sugerem que a ABP é uma importante metodologia para o desenvolvimento de tal competência (tanto para os estudantes, quanto para o professor/tutor). Ao lidarem com situações-problema contextualizadas ou derivadas de situações reais, o grupo envolvido se torna mais autônomo nas competências necessárias ao enfrentamento de problemas, com um grau de complexidade cada vez maior.



Entretanto, Rué (2009, p. 161) alerta para uma situação delicada e que merece especial atenção. A relativa autonomia dos alunos no uso do tempo de aprendizagem, no livre acesso a materiais de todo tipo, na distância física dos professores, pode remeter a situações de dependência e não de autonomia. Algumas dessas situações podem sugerir uma relativa autonomia no aproveitamento do tempo, dos materiais e dos espaços, mas não uma competência absoluta de autorregular a própria aprendizagem. Por isso, a necessidade de constante acompanhamento e mediação docente.

De qualquer maneira, é fato que a competência da autonomia (enquanto capacidade de pensar e agir) jamais será alcançada a partir de contextos fragmentados de ensino/aprendizagem. Assim, é evidente que o desenvolvimento de uma maior autonomia de pensamento e ação tem mais êxito no contexto de atuação ou na simulação dele, durante o processo formativo de estudantes.

A noção de autonomia envolve o princípio ético de responsabilidade pelas próprias decisões, e um percurso formativo com metodologias centradas no docente, num contexto de dependência discente, raramente leva à tão desejada autonomia.

A concepção de autonomia deve ser compreendida como competência cognitiva. Portanto, é um objetivo a ser alcançado durante a formação do estudante, a partir de várias metodologias/estratégias direcionadas para tal, dentre elas, a ABP.

Cabe destacar os aspectos positivos da escolha da ABP como potencializadora do desenvolvimento da autonomia: (1) a autonomia na aprendizagem é uma competência que se desenvolve; (2) os níveis mais altos de desenvolvimento correspondem aos enfoques mais profundos da aprendizagem; (3) o princípio de trabalho autônomo favorece a correspondência das atividades com estilos pessoais de aprendizagem, diferentes para cada pessoa; (4) os professores podem, intervindo sobre as condições contextuais, apoiando atitudes favoráveis e mediando ou dando apoio às capacidades exigidas dos estudantes, favorecer a autonomia; (5) o nível de desenvolvimento dessa autonomia pode variar de estudante para estudante, segundo as condições de aprendizagem, suas experiências e interesses pessoais; (6) os professores também desenvolvem sua competência profissional para a evolução da autonomia na aprendizagem dos estudantes (RUÉ, 2009, p. 168).

Para além do desejo retórico dos professores, o desenvolvimento da autonomia envolve um trabalho intencional de escolhas metodológicas que desenvolvam o autocontrole, a autorregulação e a aprendizagem significativa. Nesse contexto, a ABP constitui-se numa alternativa concreta de proposta formativa, que vem sendo trabalhada no curso de medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC desde 2006.



ABP NO INÍCIO DO CURSO DE MEDICINA

A estrutura curricular do curso de medicina da UNISC, organizada em Módulos, estabelece o Módulo Programa Integrado de Aprendizagem: Tutoria e Estudo individual, durante os oito semestres do curso até chegar ao internato. As turmas são subdivididas aleatoriamente em 4 grupos, cada grupo com um tutor responsável.⁶ A cada semestre, muda o grupo de tutores e as turmas são rearranjadas.

Há encontros semanais em que são apresentadas situações-problema, previamente elaboradas pelos tutores, com auxílio de professores especialistas das áreas de conhecimento envolvidas. Segue-se a metodologia dos 7 passos e, ao se chegar nos objetivos de aprendizagem, os alunos vão buscar a solução do problema através de estudo individual. Na semana seguinte, os estudantes discutem, a partir do seu estudo individual, e buscam responder aos objetivos estabelecidos pelo grupo tutorial. Após o fechamento do problema, é realizada uma avaliação de conteúdo, elaborada pelo tutor, referente aos assuntos que foram efetivamente discutidos pelo grupo.

Semanalmente, os alunos avaliam cada problema, em formulário disponibilizado na plataforma Moodle, material que serve de subsídio para a elaboração de novos problemas. Além disso, bimestralmente, há encontro avaliativo individual, onde o tutor e estudante discutem o desempenho. Ao final do semestre, além do encontro avaliativo individual, todos os alunos realizam, na plataforma Moodle, sua autoavaliação, avaliação do grupo e avaliação do tutor com notas de 0 a 10 e com espaço para comentários e observações.

Etapa fundamental e de destaque na ABP são os vários métodos usados para avaliar como o processo de formação está transcorrendo. A avaliação somativa e formativa estão atreladas e fornecem dados aos tutores quanto ao progresso dos alunos.

Na avaliação somativa, que realiza-se semanalmente, obtém-se informações importantes de como a construção do conhecimento acerca da problemática levantada está sendo trabalhada e alcançada. Esse tipo de avaliação possibilita, em tempo hábil, detectar possíveis falhas e fazer intervenções onde seja necessário. Os tutores constroem suas avaliações somativas elencando uma série de estratégias, que perpassam testes de múltipla escolha, dramatizações, provas dissertativas, formulação de mapas conceituais, elaboração de sínteses, construção de cartazes, etc.

A denominação geral de pós-teste foi dada às avaliações semanais realizadas

6 Os tutores do primeiro semestre do curso são os professores: Camilo Darsie Duarte, Marcos Moura Baptista dos Santos, Maria Viviane Gomes Mueller e Paula Camboim Silva de Almeida.



após o término da sessão tutorial. Um aspecto fundamental norteador na elaboração dos pós-testes, pelos tutores, está relacionado com a interdisciplinaridade. Os planos dos módulos são analisados para que os temas abordados estejam em sintonia com o cronograma das aulas.

No primeiro semestre do curso, no primeiro encontro, é feita uma apresentação da metodologia da APB aos estudantes. A seguir, os subgrupos são formados, e é apresentado o primeiro problema, cujo tema é a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas. Segue exemplo:

Problema 1 –O que é isso? Onde são usadas? O que dizem sobre elas?

No primeiro encontro de Tutoria, do primeiro semestre do curso de Medicina, Luísa e seus colegas receberam informações sobre uma metodologia de ensino chamada “Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)”. De certo modo, tanto Luísa quanto muitos outros colegas, já haviam ouvido falar do assunto, especialmente ao conhecerem os alunos veteranos.

No entanto, Luísa não sabe ao certo se conseguirá se adaptar ao modo de aprendizagem proposto, pois, além de ter ficado com algumas dúvidas, está acostumada com a aulas mais tradicionais, focadas em apresentação de conteúdos e estudo individual e, ainda, a disciplinas que funcionam de modo independente no que se refere aos conteúdos e cálculo de notas.

Diante disso, Luísa, ao olhar suas anotações, encontrou os seguintes itens:

O aluno é protagonista no processo de aprendizagem;

É utilizada em outras Universidades do Brasil e do mundo;

Então, resolveu pesquisar mais sobre o significado de suas anotações e, ainda, consultar profissionais que passaram pelo mesmo processo de aprendizagem para saber o que pensam sobre ele.

Ao se depararem com os problemas, como o exemplo acima, os estudantes são estimulados a compreenderem o método da ABP, reforçando a importância do seu protagonismo e autonomia no processo de aprendizagem. Em geral, há uma adesão bastante positiva por parte dos estudantes; o fato de estarem no primeiro semestre e virem de experiências de aprendizagem focadas na aprovação do vestibular, onde o conteúdo é mais focado, em uma atitude mais passiva do estudante, pode trazer um entusiasmo para a adoção de metodologias onde o seu protagonismo e autonomia são mais importantes.

Ao final do semestre, o último problema retoma a metodologia da ABP, no sentido de avaliação da experiência. Muitos grupos oferecem sua avaliação das mais diferentes formas: vídeos, telejornais, programas de auditórios, telenovelas, apresentação de slides, cartazes, etc. Além da criatividade, esse problema também oferece espaço para material reflexivo sobre a autonomia e protagonismo do estudante.



REFLETINDO A PRÁTICA DA ABP DO PONTO DE VISTA DOCENTE

O depoimento de um docente, registrado no livro “Planejamento para a Compreensão” (WIGGINS; McTIGHE, 2019, p. 01) sintetiza muitas percepções de professores/tutores, coletados ao longo de quinze anos de acompanhamento dos módulos que adotam ABP no curso de medicina:

Isto é o que considero tão empolgante neste processo: é muito melhor para mim e meus alunos quando estamos envolvidos no planejamento para a compreensão. Tudo parece tão relaxado, eu me sinto mais confiante, e os meus alunos ficam muito entusiasmados. Eles parecem perceber que existe algo mais na essência [...]. Suponho que eles percebem o objetivo: normalmente o objetivo não é revelado tão completa e claramente. Sei o que os meus alunos sabem, sei o que eles não sabem e sei o que preciso fazer. Como isso é libertador!

A adoção da ABP permite o planejamento orientado para o desenvolvimento de competências e objetivos de aprendizagem cognitiva. Assim, de fato há maior liberdade na mediação do docente e nas interações com e entre os estudantes. Quando há intencionalidade no desafio proposto, há um significativo aumento no engajamento da turma. Também, o fato de que hipóteses são levantadas e que prováveis respostas são dadas, a partir de conhecimentos prévios, remete para um diagnóstico importante no processo ensino-aprendizagem: o que já sabemos, o que queremos saber e o que queremos e podemos aprofundar

A nossa experiência, tanto da observação semana à semana quanto dos vários materiais avaliativos descritos no tópico anterior, demonstra que, a partir da intencionalidade do professor-tutor, competências como a autonomia para estudos individuais, a capacidade de trabalho em equipe e de problematizar a realidade são desenvolvidas na metodologia da ABP. Além disso, os estudantes desenvolvem a capacidade de identificar os problemas importantes em uma dada situação.

Na nossa experiência, os quatro tutores não são médicos; isso agrega à Tutoria uma característica ainda mais forte de interdisciplinaridade. Há uma tendência de estimular os alunos a ampliar o olhar. Ao invés de fechar o foco já nas questões estritamente médicas do problema, ver também as questões sociais, as questões humanas, as questões científicas além das questões relativas à prática clínica/médica, que um professor médico talvez tenderia a priorizar.

No planejamento da Tutoria, procuramos a proposição de problemas que complementam, aprofundam ou complexificam pontos que estão sendo trabalhados na mesma semana em alguma das diferentes áreas dos outros módulos. Porém,



mais do que apresentar e aprofundar conteúdos e conhecimentos, nossa experiência nos demonstra que a tutoria serve especialmente para: provocar a curiosidade e a interrogação como modo de observação da realidade; destacar a necessidade de articular e conectar fenômenos aparentemente sem conexão; exercitar a prática de estudos individuais e a disciplina para o estudo sistemático; exercitar a aprendizagem do aprender a aprender; exercitar o trabalho em equipe e colaborativo e a autonomia no processo de conhecer e aprender, estimulando o desenvolvimento individual e o comprometimento coletivo para alcançar objetivos comuns.

Com turmas pequenas e a interação constante via *chats*, fóruns assíncronos e aplicativos de mensagens, o tutor torna-se uma referência para os estudantes e, especialmente nos semestres iniciais, funciona como uma espécie de orientador nos seus primeiros passos na formação médica.

Essa, aliás, é uma das responsabilidades mais desafiadoras e sensíveis da metodologia da ABP, no primeiro semestre do curso de Medicina, em que o tutor, a tutora, muito além de apresentar conteúdos, orienta os caminhos do pensamento de jovens estudantes e apresenta perspectivas e possibilidades para que, no decorrer do curso, eles transformem-se na médica ou médico que virão a ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse breve relato teve como objetivo refletir sobre a experiência da Aprendizagem Baseada em Problemas, a partir da visão dos professores (no curso em questão, denominados tutores), destacando a metodologia como potencializadora do desenvolvimento de competências aliadas à uma sólida formação conceitual, além da percepção da crescente autonomia construída e vivenciada pelos grupos. A partir da prática docente, no primeiro semestre do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul, temos observado como a aplicação da ABP colabora no desenvolvimento das seguintes competências, dentre outras: capacidade investigativa, capacidade de sistematização, capacidade argumentativa, respeito ao grupo e à diversidade de ideias.

A experiência aqui relatada, no primeiro semestre do curso, é constituída de tutores não médicos. Este é um ponto que tem levantado controvérsias, já que há uma inconsistência na definição do que é um tutor especialista e por causa disso os resultados dos diferentes estudos não são conclusivos. O comportamento do tutor é um dos fatores que afetam o funcionamento do grupo tutorial. A disposição do tutor de ser um “aluno entre os alunos”, ou seja, buscar uma relação informal com os alunos e demonstrar uma atitude de interesse e carinho pessoal podem ser tão ou mais importantes que o domínio especializado dos conteúdos (IHAB, 2020). Essa reflexão levanta a questão de que é a atitude do tutor, mais que sua formação, que



influencia na efetividade do método e na construção da autonomia do estudante. Nesse sentido, a capacitação, planejamento e a compreensão que esse papel é uma construção, por isso não acabada, é fundamental.

Além disso, a ABP pode ser um caminho que fortalece a Educação na Saúde, já que desde o primeiro semestre oferece situações contextualizadas ou próximas do real, favorecendo a formação médica com um olhar focado na realidade.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Maylon Wellik dos Santos *et al.* Aprendizagem baseada em problemas como método de ensino na formação médica. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 10, e019801, p. 1-21, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.19801>

DARLING-HAMMOND, L.; BRANSFORD, J. **Preparando os professores para um mundo em transformação**. Porto Alegre: Penso, 2019.

ECHEVERRÍA, M. P. P.; POZO, J. I. Aprender a resolver problemas e resolver problemas para aprender. *In*: POZO, J. I. (org.). **A solução de problemas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GIL, A. C. **Didática do Ensino Superior**. São Paulo: Atlas, 2009.

GILKISON, A. Techniques used by expert and non-expert tutors to facilitate PBL tutorials. **Medical Education**; Blackwell Publishing, 37:6–14, 2013.

IHAB, A. M. *et al.* Expert and Non-expert Tutors: Role in Problem-Based Learning. **Medical Science Educators**, v. 17, n. 1, p. 9-13, 2020. DOI:<http://www.iamse.org/mse-article/expert-and-non-expert-tutors-role-in-problem-based-learning/>

MATTAR, J. **Metodologia científica na era digital**. São Paulo: Saraiva, 2017.

O DOHERTY *et al.* What can we learn from problem-based learning tutors at a graduate entry medical school? A mixed method approach. **BMC Medical Education**. 1-12, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1214-2>

RUÉ, J. Aprender com Autonomia no Ensino Superior. *In*: ARAÚJO, U.; SASTRE, G. (org.). **Aprendizagem Baseada em Problemas no Ensino Superior**. São Paulo: Summus, 2009.

SEBASTIANY, G. D.; BASTOS, M. D. **Curso de Medicina da UNISC: a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.



WIGGINS, G.; McTIGHE, J. **Planejamento para a compreensão**: alinhando currículo, avaliação e ensino por meio do planejamento reverso. Porto Alegre: Penso, 2019.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Artmed, 2018.



GÊNERO, SAÚDE E VIOLÊNCIA: IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA UNIVERSIDADE

Maria Paula Panúncio-Pinto¹

Deíse Camargo Maito²

Elisabeth Meloni Vieira³

INTRODUÇÃO

Há algum tempo a violência é reconhecida como um problema global de saúde pública. O marco desse reconhecimento data de 1996, com a adoção da Resolução WHA49.25, pela 49ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS), que declara a violência como um problema crescente de saúde pública no mundo e chama atenção para as graves consequências da violência para pessoas, famílias, comunidades e países. “Onde a violência persiste, a saúde é seriamente comprometida” (KRUG *et al.*, 2002, *online*). O preâmbulo do relatório faz referência aos milhões de vidas perdidas a cada ano e ao “número incontável de vidas prejudicadas, nem sempre de maneira aparente” (KRUG *et al.*, 2002, *online*). O relatório coloca a violência como fenômeno sócio-histórico, complexo em sua multicausalidade e em suas múltiplas consequências.

Entre as grandes categorias de violência descritas no relatório, está a violência interpessoal contra crianças e adolescentes, idosos e mulheres (violência perpetrada por parceiro íntimo e violência sexual).

Da mesma forma, a OMS reconhece a violência contra mulheres como um problema global de saúde, de proporções epidêmicas (WHO, 2013). Também

1 Doutora em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem (IP - USP)

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

ORCID - 0000-0002-3782-3655

mapaula@fmrp.usp.br

2 Mestre em Ciências (FDRP-USP)

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

ORCID: 0000-0002-3858-9573

dcmaito@usp.br

3 MD, MSc, Ph.D. Livre Docente (USP)

Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

ORCID: 0000-0002-5229-3904

bmeloni@fmrp.usp.br



nomeada como violência de gênero ou violência baseada em gênero (VBG), diz respeito a situações que atingem mulheres pelo fato de serem mulheres. É uma violência que está relacionada à condição de subordinação da mulher na sociedade, à desigualdade de poder entre homens e mulheres (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

As diversas formas de VBG às quais as mulheres são, cotidianamente, expostas se manifestam num gradiente, desde formas extremamente sutis e simbolicamente constituídas, facilmente desconsideradas como violência na complexidade da vida cotidiana, como piadas sexistas, desqualificações e estereótipos de gênero em forma de brincadeira, até formas assustadoramente concretas, por isso difíceis de ignorar, como o feminicídio.

Recentemente, situações que ganharam destaque na grande mídia brasileira evidenciam a presença da violência contra mulheres no cotidiano de nossas universidades (MAITO *et al.*, 2019a).

A violência que atinge as mulheres no contexto universitário tem sido objeto frequente de investigação científica. É possível afirmar que algumas universidades na Europa, América do Norte e América Latina estão preparadas para seu enfrentamento, adotando políticas afirmativas que garantem a devida diligência nos procedimentos de acolhimento às vítimas, investigação, sanção e reparação (MAITO, 2017). Em contraponto, no Brasil, é possível considerar que a produção científica sobre o tema é ainda pequena (BELLINI, 2018), assim como carecem de visibilidade e sistematização as políticas universitárias de enfrentamento.

No cenário mundial, não é recente a preocupação com a necessidade de preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra mulher. Esse preparo envolve uma compreensão ampliada do fenômeno e de suas características, uma vez que a subnotificação é uma realidade (OPAS, 1998) e os serviços de saúde são espaços privilegiados para seu reconhecimento e notificação, pois são os serviços preferenciais de procura das mulheres que sofrem violência.

Assim, a VBG ganha destaque no contexto das universidades brasileiras a partir de duas perspectivas: (1) a necessidade de criar políticas efetivas para enfrentar a VBG na universidade e (2) a importância de oferecer aos estudantes universitários em geral (formação cidadã) e, particularmente, aos estudantes de cursos de graduação da área da saúde, formação para reconhecer e atuar de forma responsável e eficiente, com conhecimento da legislação e das demandas biológicas, psicológicas e sociais de mulheres em situação de violência que chegam ao sistema de saúde.

Ambas as perspectivas se integram na missão de educar para a vida e para a cidadania, conforme recomendações da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde:



[...] as Instituições de Ensino Superior – IES devem trabalhar para que seus estudantes se convertam em cidadãos bem informados, providos de sentido crítico e capazes de analisar os problemas da sociedade, em busca de soluções, assumindo responsabilidade social. (BRASIL, 2017, online).

Tendo como eixo central a violência contra mulheres na universidade, este texto pretende, inicialmente, revisitar e discutir o conceito de gênero, para em seguida apresentar aspectos da legislação brasileira no que tange à proteção e garantia dos direitos humanos das mulheres, considerando a estreita relação violência-saúde, para finalmente abordar alguns aspectos do enfrentamento da VBG na Universidade de São Paulo-USP e a experiência vivida pelas autoras no *campus* USP de Ribeirão Preto.

GÊNERO: DO QUE ESTAMOS FALANDO

De uma maneira bem simplificada, é possível dizer que sexo é definido por marcadores biológicos e que, a partir das construções sociais sobre o sexo biológico, configura-se o conceito de gênero.

Infelizmente, essa perspectiva binária gera uma divisão que diz respeito não apenas sobre como os corpos de homens e mulheres são formados e se apresentam (genótipo, fenótipo), mas permite a reprodução de uma divisão social entre esses grupos marcada por grande desigualdade.

O conceito de gênero, bem como sua definição como categoria analítica, foi pensado nas duas últimas décadas do XX, com o propósito de explicar essas desigualdades sociais entre homens e mulheres.

Essas compreensões nasceram em Departamentos e Programas Acadêmicos, na Europa e nos Estados Unidos, e foram nomeadas *Women's Studies*. Um texto clássico dessa época é o de Scott (1988), que elabora um conceito com duas proposições e quatro elementos, nenhum dos quais operam sem o outro.

A autora apresenta “gênero” como elemento constitutivo das relações sociais, a partir das diferenças entre os sexos, como forma primária de relação de poder. De acordo com a primeira proposição, gênero está presente nos símbolos culturalmente disponíveis que evocam múltiplas representações; em conceitos normativos que se expressam em doutrinas religiosas, educacionais, científicas, legais e políticas. Dessa forma, gênero é construído na economia e na políticas (instituições) e não apenas nas relações de parentesco e é constituinte da formação da identidade subjetiva.

Scott demonstra que as categorias *mulher* e *homem* são fundamentalmente categorias econômicas e políticas (HOLLANDA, 2019). Para as acadêmicas feministas



que começaram a utilizar os termos *gênero* e *sistemas de gênero*, este implica em relações de poder que governam as hierarquias entre pessoas baseadas no sexo biológico e na posição no ciclo vital e na família (LOBER, 2007).

Essa suposta superioridade dos homens sobre as mulheres, constitui o que Harari (2017) chama de *hierarquia imaginada*, que se aplica a vários aspectos da vida social como raça/etnia, religião, classe social e gênero, neste caso uma hierarquia imaginada imposta a partir do sexo biológico. De acordo com o autor, essa hierarquia se reproduz na história a partir de ciclos viciosos que começaram com acontecimentos históricos ocasionais: a tendência da discriminação gerada nesse momento, passa a se reproduzir indefinidamente. Em termos biológicos, não faz sentido que se defina com base em um par de cromossomos quais tarefas é possível um ser humano desempenhar. Não importa o quanto a ciência nos mostre essa evidência, a hierarquia entre homens e mulheres continua se reproduzindo, alimentando mitos e estereótipos de gênero que se manifestam claramente na diferença da representação do feminino e do masculino, sobre o que se espera socialmente de homens e mulheres (HARARI, 2017).

Outro conceito importante, para os estudos e compreensão de gênero, é aquele trazido por Butler (2019), que questiona qualquer essencialismo identitário trazido pelo sexo, mas traz a ideia de performance de gênero, que retirada da produção de um modelo essencial é colocada em uma temporalidade social pela repetição de atos performáticos. Assim, o gênero, para ela, não é constituinte do ser, mas sim como nos expressamos em performances, ou seja o que fazemos, criando uma ilusão de essência que passamos a acreditar criando esse modelo de crenças. Além disso, o conceito de Butler irá incluir o desejo sexual como componente importante de gênero ao desconstruir a heteronormatividade, ou seja, a suposta hegemonia heterossexual. Daí a importância de seu conceito para a comunidade LGBTQI+.

Não menos importante, os estudos feministas sobre as diferenças trouxeram a ideia de interseccionalidade: o estudo da intersecção de identidades sociais que perpassam o gênero, como idade, raça/cor, classe social, origem (CRENSHAW, 1989). A interseccionalidade traria um melhor entendimento das diferenças da opressão, assim como da gênese da discriminação e violência.

As desigualdades de gênero implicam em desigualdades de prestígio e poder e conseqüentemente menos acesso ao poder político e econômico, e menor controle de recursos, (SEN; OSTLIN, 2007), o que ajuda a explicar a distribuição de riquezas e as desigualdades no mercado de trabalho.

Certamente, essa profunda desigualdade entre gêneros cria enormes diferenças nos modos de vida, acesso à saúde, em formas desiguais de adoecimento, na preservação e na esperança de vida, e, por isso, tem fundamental importância a sua compreensão em programas educacionais acadêmicos da área da saúde.



DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES: A REALIDADE BRASILEIRA

A Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) no art. 5º, inciso I, estabelece que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, sendo este um princípio dos direitos fundamentais, no qual devem se basear todas as leis do país.

De forma complementar, o art. 226 estabelece que a família deve ter especial proteção do Estado e o parágrafo 8º estabelece que o Estado deve assegurar assistência à família e deve criar mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Além disso, o Brasil é signatário de tratados internacionais que protegem os direitos humanos das mulheres, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (BRASIL, 2002) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (BRASIL, 1996), conhecida como Convenção de Belém do Pará. Esses tratados reconhecem a violência contra mulheres como uma violação de direitos humanos.

Em 2002, o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, por violação dos direitos humanos das mulheres segundo os dispositivos da Convenção de Belém do Pará. Como uma das consequências dessa condenação, havia a obrigação de o Estado Brasileiro promulgar uma lei e criar mecanismos para erradicar a violência contra as mulheres. À época, já tramitava, no Congresso Brasileiro, um projeto de lei que foi aprovado como a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha representou um marco na defesa dos direitos humanos das mulheres no Brasil. Além de estabelecer mecanismos judiciais, administrativos, assistenciais e da saúde para enfrentar a violência doméstica com a mulher, previu, em seu art. 8º, que a política de prevenção da violência contra a mulher deve integrar operacionalmente todos esses setores, ou seja, esse enfrentamento deve ser interdisciplinar, interprofissional, intersetorial e transversal.

Além disso, o inciso IX do art. 8º estabelece que a política para a coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher tem como diretriz “o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher” (BRASIL, 2006).

Embora as universidades sejam dotadas de autonomia financeira, didático-científica e administrativa, nos termos do art. 207 da Constituição Federal (BRASIL, 2006), os cursos são regulamentados por Diretrizes Curriculares Nacionais, que



estabelecem sua organização, os conteúdos essenciais, entre outros padrões mínimos, conforme estabelece o art. 39 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996). Dentre esses conteúdos mínimos, o inciso citado da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) estabelece claramente que questões de direitos humanos, gênero, raça e da violência doméstica contra a mulher devem fazer parte do currículo de qualquer curso, em qualquer nível de ensino. Portanto, o ensino desses temas pelos diversos cursos na universidade é uma obrigação legal.

Temas ligados aos direitos humanos, incluindo o da VBG, são essenciais para a formação cidadã que as Instituições de Ensino Superior (IES) devem oferecer aos estudantes, no escopo de sua missão de formar profissionais tecnicamente competentes, sem abandonar a formação humanística, ética e o compromisso com a construção de uma sociedade mais justa, que acolha a diversidade e promova a equidade (PANÚNCIO-PINTO; COLARES, 2015).

GÊNERO E A SAÚDE: VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Como já mencionado, as desigualdades de gênero afetam profundamente os modos de viver e o acesso a recursos. No campo da educação em saúde, ao trabalharmos com as desigualdades sociais, a preocupação está na compreensão de como as diferenças irão afetar a saúde das pessoas, pois sabemos que a qualidade de vida e os estilos de vida irão produzir diferentes formas de adoecimento (WHO, 1998).

Krieger (2003), analisando gênero e condição de saúde, afirma que há doenças que são apenas relacionadas ao sexo, há aquelas que são relacionadas apenas ao gênero, outras que são relacionadas ao sexo e gênero e existem doenças em que não há relação com o sexo ou gênero. Ou seja, existem doenças que fazem parte da condição de sexo, como a hemofilia, que é uma doença transmitida por um gene recessivo ligado ao cromossoma X, e, portanto, só afeta homens, embora as mulheres sejam portadoras.

Contudo, existem muitas outras condições de saúde apenas relacionadas ao gênero, que resultam dos papéis de gênero, que se definem por normas sociais de masculinidade e feminilidade. É o caso da violência baseada em gênero, que por um lado se reproduz e perpetua pelo poder e dominação masculina e, por outro, submissão feminina.

A necessária formação para reconhecer e atuar com mulheres em situação de violência reforça a importância dos conteúdos sobre direitos humanos das mulheres



em cursos da área da saúde, uma vez que o sistema de saúde faz parte da política nacional do enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme estabelece a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, é interessante notar que ao mesmo tempo em que o enfrentamento da violência contra a mulher se firma como uma questão de direitos humanos, ela também começa a ser tema de estudo e intervenção na área da saúde, a partir da década de 1990 (D'OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2004) contém as diretrizes da política pública de saúde brasileira voltada para saúde de mulheres, contemplando várias especificidades, como assistência ao parto e pré-natal e, também, diferenças relativas aos diversos segmentos étnicos e sociais. A PNAISM destaca a necessidade do enfrentamento da violência baseada em gênero, em especial as violências doméstica e sexual, nos serviços de saúde. Embora essas violências apresentem uma alta prevalência, acometendo de 29% a 34% das mulheres, o índice de mulheres que procuram o serviço de saúde para enfrentar esse problema é bem menor: 16% a 11% das agredidas. Assim, o aumento desse atendimento é uma meta estabelecida pela política (BRASIL, 2004).

Além do não reconhecimento e do estigma atribuído à situação de violência pelas próprias mulheres, a porcentagem baixa de procura pelos serviços de saúde pode ser explicada pela dificuldade de reconhecimento e enfrentamento da violência também pelo serviço e pela forma de abordagem do problema reduzindo-o aos seus aspectos biológicos, e ignorando todo o contexto social que o envolve (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009). As mesmas autoras discutem que o reconhecimento do contexto social contribuiria para promover a saúde e os direitos humanos das mulheres, o que seria alcançado através de uma abordagem integral, interprofissional e intersetorial, a partir da compreensão de que a mulher é o centro da tomada de decisões referentes ao seu próprio cuidado.

Estudos demonstram que o conhecimento sobre violência de gênero de muitos profissionais e estudantes de saúde ainda é pequeno, o que reforça a necessidade, além da obrigação legal, de que conteúdos relativos a gênero e suas interseccionalidades façam parte dos currículos dos cursos de graduação em saúde.

Rosa *et al.* (2010), em estudo visando compreender a definição de violência, as vivências sobre o tema e a presença desses conteúdos durante a formação de profissionais da saúde, encontraram que a compreensão da violência esteve fortemente relacionada a uma visão técnica, priorizando os aspectos físicos das pessoas atendidas. Além disso, as formas de violência reconhecidas pelos 175 estudantes que participaram da pesquisa foram física 56,5% (98), seguida da psicológica 28% (49) e sexual 4,5% (7).

Em estudo realizado em escola médica, com 104 participantes, visando



identificar o conhecimento geral sobre a violência de gênero e as habilidades para identificar e manejar casos, entre estudantes (77,9%) e residentes (21,1%), Vicente e Vieira (2009) identificaram que 31,0% receberam informação sobre como lidar com pacientes vítimas de violência de gênero; dos quais 24,0% (25) tiveram aula sobre o tema; 63,1% (65) julgavam-se capazes de ajudar uma mulher em situação de violência, mas apenas 16,8% (17) haviam atendido algum caso na graduação. A maioria (89,1%,) acreditava que é papel do médico perguntar sobre violência. Entre os participantes, 27% foram considerados com baixo, 27% com médio e 41% com alto conhecimento sobre o tema. Poucos foram identificados com habilidades para manejar casos. Uma importante constatação sobre conhecimento em violência de gênero foi sua associação positiva com experiência: atender casos de violência de gênero desperta a necessidade de compreender melhor o fenômeno (VICENTE; VIEIRA, 2009).

Outro estudo, realizado com 221 profissionais de saúde (23,0% enfermeiras, 77,0% médicos), para avaliar conhecimento e atitudes em relação à violência de gênero, identificou que apenas pouco mais da metade (58,7%) mostrou conhecimento geral adequado (bom e alto) sobre o tema, o que reforça a necessidade de capacitar os profissionais para esse atendimento (VIEIRA *et al.*, 2009).

O conhecimento sobre a violência baseada em gênero e a capacitação para o manejo dos casos de mulheres em situação de violência são essenciais para que o profissional de saúde possa atuar na quebra do ciclo de violência.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NA UNIVERSIDADE

A produção bibliográfica sobre a violência contra mulheres na Universidade é mais robusta em países onde o tema está em pauta desde a década de 1970, e por isso estão mais preparados para enfrentá-la, principalmente na Europa e América do Norte.

Estudos realizados nesse contexto identificam principalmente a violência sexual (CANAN; JOZKOWSKI; CRAWFORD, 2016; FEDINA; HOLMES; BACKES, 2016; HAYES; ABBOTT; COOK, 2016; PALMER; PERROTTI, 2016) e a violência no namoro (LÓPEZ-CEPERO *et al.*, 2016; ICONIS, 2013; GOVER; KAUKINEN; FOX, 2008). Outros estudos sobre a violência universitária, referem-se à relação veterano-calouro e registram maior vulnerabilidade das mulheres, e, em situações de trote, as questões de gênero integram, também, raça e classe social, numa perspectiva interseccional (PANUNCIO-PINTO; ALPES; COLARES, 2019).

Estudos brasileiros têm demonstrado que as formas de violência de gênero presentes na Universidade são as mesmas identificadas na sociedade em geral:



assédio moral, violência sexual em suas diferentes manifestações (do assédio ao estupro); violência física; discriminação e estereótipos de gênero; insultos ofensas, intimidação (FREITAS; MUSMONNE; CARVALHO, 2020; MONTRONE *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2019; SOUZA; FROTA, 2013). As situações que envolvem discriminação produzem humilhação, desqualificação, exclusão e são frequentemente colocadas sob a denominação de *violência psicológica*. Dessa forma é possível reconhecer o ambiente universitário como reprodutor do machismo e do sexismo, como acontecimentos naturais do cotidiano.

O contexto universitário tem especificidades, mas ao mesmo tempo é preciso considerar que a universidade é um recorte da sociedade onde está inserida:

Como recorte da sociedade, compartilha da mesma cultura e sofre as influências da ideologia dominante. A violência contra mulheres é uma violência estrutural, que se expressa, produz e reproduz transversalmente na sociedade em todos os setores, independentemente de condições socioeconômicas e educacionais. É assim que ela se manifesta na universidade, atingindo estudantes, professoras e funcionárias e afetando suas saúdes, dignidades e vidas de forma geral, contribuindo para a manutenção das iniquidades que afetam as mulheres e outros grupos sociais subalternizados. (MAITO *et al.*, 2019b, p. 1-2).

A violência contra mulheres entrou na pauta das IES brasileiras de forma imperativa a partir da visibilidade dada ao fenômeno pela CPI das Universidades Paulistas (SÃO PAULO, 2015): denúncias de violência baseada em gênero nas festas e outros eventos universitários que culminaram com relatório que responsabilizou as Universidades envolvidas, com grande repercussão nacional.

A partir da visibilidade dada ao fenômeno da VBG na Universidade, pela CPI da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, a pressão vinda da articulação de mulheres das comunidades ganhou força gerando diferentes possibilidades de respostas institucionais, em diferentes IES.

Vale a pena destacar, ainda, que aumentou o interesse pelo fenômeno, que passou a ser objeto de estudo em Programas de Pós-Graduação de diferentes áreas (educação, direito, saúde) sendo possível perceber que a produção bibliográfica brasileira sobre o tema cresceu nos últimos cinco anos. Para dar forma aos desafios do enfrentamento da VBG na Universidade, vamos relatar de forma breve a experiência da Universidade de São Paulo, especificamente do Campus USP Ribeirão Preto.



VBG E AS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS CONSTRUÍDAS NA USP

A Universidade de São Paulo (USP) é uma das maiores Universidades da América Latina, com 340 cursos de graduação e 269 programas de pós-graduação, distribuídos em 42 unidades de ensino e pesquisa, com quase 90 mil estudantes de graduação e pós-graduação. Suas unidades de Ensino e Pesquisa estão distribuídas em 11 *campi*, em diferentes municípios do estado (USP, 2019).

Em junho de 2015, a USP se tornou signatária do Programa *HeforShe*, iniciativa da ONU Mulheres para promover igualdade entre homens e mulheres e uma das ações que resultou da adesão da USP ao *HeforShe* foi a criação, em fevereiro de 2016, do Escritório USP Mulheres, órgão da administração central, com a prioridade de enfrentar a violência contra mulheres nesse contexto.

Além disso, nos diferentes *campi* e unidades de ensino, foram criadas comissões especiais, para acolher e encaminhar situações de GVB. Sob diferentes denominações (Comissão de Direitos Humanos, Comissão de Acolhimento, Comissão de Violência de Gênero), essas comissões criaram canais para receber os casos e, dessa forma, iniciaram um processo de diagnóstico institucional.

No Campus USP de Ribeirão Preto, foi criada em 2016 a Comissão para Apurar Denúncias de Discriminação e Violência contra Mulheres e Gêneros, a CAV-Mulheres USP RP (USP, 2016). A Comissão foi criada para desenvolver ações de educação e prevenção à VBG no campus; acolher as vítimas, oferecendo serviços de apoio, e subsídios aos gestores na definição de políticas afirmativas para garantir uma perspectiva interseccional de gênero na condução de procedimentos administrativos formais e informais de enfrentamento à violência contra mulheres.

No período de agosto de 2016 a agosto de 2018, a CAV-Mulheres atuou em duas frentes principais: (1) acolhimento aos casos e (2) ações de educação, sensibilização e prevenção.

Foi criado um canal eletrônico para o recebimento de notificações sobre mulheres em situação de violência. Ao longo do período (08/2016 a 08/2018), a CAV registrou 60 notificações, com situações identificadas em campo aberto do formulário eletrônico, de acordo com a percepção do denunciante. A síntese pode ser vista na Tabela 1 (Tabela 1: Casos recebidos pela CAV Mulheres no período de agosto/2016 a agosto/2018).

Os dados apresentados permitem identificar uma dificuldade inicial: classificar as situações de violência notificadas à comissão, uma vez que a pessoa responsável pela notificação (na maioria dos casos a mulher em situação de violência) não consegue nomear a violência sofrida. Essa constatação nos leva para a necessidade de esclarecer a comunidade universitária sobre o fenômeno da VBG, suas



especificidades e características. Além disso, ao atender aos casos para deflagrar as providências administrativas cabíveis, a comissão se deparou com a lentidão e a burocracia da estrutura da Universidade, cabendo aqui um destaque ao seu Código Disciplinar, contido no Regimento Geral, que data de 1972 (SÃO PAULO, 1972). Junte-se a isso um certo desconhecimento generalizado sobre as normas da USP, e procedimentos administrativos que podem ser adotados para averiguar, sancionar e reparar. O que nos leva para a segunda frente eleita pela CAV-Mulheres em sua primeira gestão: educação, sensibilização e prevenção.

Tabela 1: Casos recebidos pela CAV Mulheres no período de agosto/2016 a agosto/2018

Situação identificada - compreensão do denunciante	Frequência Absoluta	Frequência Relativa%
Machismo	16	26,7
Violência sexual	12	20
Assédio moral	07	11,7
Violência física	06	10
Injúria racial/racismo	06	10
LGBTfobia	05	8,4
Não soube especificar	08	13,4
Total	60	100

Fonte: Relatório de Gestão – CAV Mulheres.

Os casos recebidos criaram oportunidades importantes de relacionamento entre a Comissão e as Unidades de Ensino de origem dos casos, sobre os procedimentos cabíveis e as formas possíveis de enfrentamento das situações de VBG notificadas.

Nesse sentido, foram realizados eventos semestrais visando manter o tema em pauta no *campus*. Esses eventos apresentaram à comunidade o resultado de ações como o levantamento sobre a desigualdade de gênero (cargos e progressão de carreira) e sobre a presença do tema nos currículos dos cursos de graduação e pós graduação. De modo geral, a realidade encontrada no Campus confirma as iniquidades entre homens e mulheres, bem como a insuficiência da distribuição do tema dos direitos humanos das mulheres nos currículos, nas oito unidades de ensino do campus (USP-CAV-MULHERES, 2018).

Com base no enfrentamento a situações de violação de direitos humanos que chegaram à Comissão no período da primeira gestão, foram propostas formas institucionais e parâmetros normativo-dogmáticos para o enfrentamento da VBG, com destaque para a responsabilidade jurídica das IES. As *Diretrizes gerais para as ações institucionais de intervenção em situações de violência e discriminação de gênero*



e *orientação sexual*, entre outras especificações, definem o âmbito de aplicação, sujeitos e situações, princípios norteadores e a competência das comissões de gênero e direitos humanos constituídas na USP (MAITO *et al.*, 2019a).

A criação desses espaços institucionais para lidar com a VBG acabou por evidenciar o despreparo da Universidade na utilização de procedimentos administrativos formais de investigação, sanção e reparação, e nesse sentido, as diretrizes propostas pela CAV-Mulheres podem apoiar a Universidade na definição de um fluxo que garanta a devida diligência no acolhimento aos casos e demais providências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo trouxe aspectos da relação entre gênero, saúde e violência a partir do destaque à violência contra mulheres na Universidade.

Foram identificadas duas direções na abordagem desse tema na Universidade (1) a necessidade de criar políticas efetivas para enfrentar a VBG no contexto universitário e (2) a importância de oferecer aos estudantes universitários, em particular àqueles de cursos de graduação da área da saúde, formação para reconhecer e atuar de forma eficiente no reconhecimento e manejo dos casos, considerando a BVG como questão de saúde pública.

É importante reconhecer os desafios do enfrentamento à VBG devido a sua complexidade histórica e social, aos mitos e estereótipos que contribuem para a manutenção das iniquidades entre homens e mulheres, em qualquer extrato do tecido social. Entendendo a Universidade como um recorte da sociedade, é necessário assumir sua presença em contexto universitário e criar condições para seu enfrentamento. Nesse sentido, igualmente importante é compreender as peculiaridades do contexto universitário, suas normas e regimentos específicos, para que as políticas criem fluxos possíveis, que levem à devida diligência e permitam acolher as vítimas e ofertar atendimento integral; averiguar e identificar responsáveis, definir sanções, se for o caso, e cuidar da reparação.

De forma geral, é possível dizer que as ações geradas na tentativa de oferecer resposta institucional para a VBG na USP e no Campus USP Ribeirão Preto evidenciaram uma série de obstáculos e dificuldades. Se por um lado podemos reconhecer o avanço, pelo destaque dado ao tema, colocando a VBG definitivamente na pauta, por outro as barreiras institucionais nos dizem que ainda existe um longo caminho a ser percorrido. Estratégias precisam ser construídas, esforços retomados e as Comissões criadas desde 2016 devem permanecer ativas, atuando nas duas frentes propostas: manter as ações de educação, sensibilização e prevenção é tão



importante quanto acolher os casos. Ainda, ao mesmo tempo em que é necessário aprimorar o registro de casos, credibilizar a instituição e aprimorar os caminhos institucionais para dar agilidade aos processos, é também necessário dar sentido à obrigação legal de inserir os temas nos currículos de todos os cursos da Universidade, seja na graduação, seja na pós graduação.

Finalmente, temos que reconhecer que a legislação brasileira referente aos direitos humanos das mulheres é recente, e que a Lei não muda a realidade: a violência baseada em gênero, naturalizada nos discursos e práticas há séculos na civilização ocidental não será eliminada como num passe de mágica. A desconstrução dos estereótipos e mitos acontece no cotidiano, a partir da atuação para criar mecanismos que permitam que a lei se transforme em realidade.

REFERÊNCIAS

BELLINI, Daniela Mara Gouvêa. **Violência contra mulheres nas universidades: contribuições da produção científica para sua superação** (Scielo e Web of Science 2016 e 2017) Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9942>. Acesso em: 19 mai. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 mai. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendações da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT)**, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde. Brasília/DF: CIRHRT-GT-DCN, 2017. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso realizado em: 16 dez. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm Acesso em: 19 mai. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm Acesso em: 19 mai. 2021.



BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm Acesso em: 19 mai. 2021.

BUTLER, Judith. Atos performáticos e a formação dos gêneros: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista. *In*: HOLLANDA, H.B. (org.) **Pensamento feminista: conceitos fundamentais.** Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p.213-30.

CANAN, Sasha; JOZKOWSKI, Kristen; CRAWFORD, Brandon. Sexual Assault Supportive Attitudes: Rape Myth Acceptance and Token Resistance in Greek and Non-Greek College Students From Two University Samples in the United States. **J Interpers Violence**, 33(22):3502-3530, Epub 2016 Mar 3. PMID: 26944340. Disponível em: doi: 10.1177/0886260516636064. Acesso em: 20 maio 2021.

COURTENAY, Will. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med.**, 50(10):1385-1401, 2000. Disponível em: doi: 10.1016/s0277-9536(99)00390-1 Acesso em: 20 maio 2021.

CRENSHAW, Kimberly. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, Vol. 1989: Iss. 1, Article 8: 139-169. Disponível em: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/>. Acesso em: 20 maio 2021.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa; DURAND, Julia. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, agosto, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>. Acesso em: 20 maio 2021.

FEDINA, Lisa; HOLMES, Jennifer Lynne; BACKES, Bethany. Campus Sexual Assault: A Systematic Review of Prevalence Research From 2000 to 2015. **Trauma Violence Abuse**, v. 19, p. 76-93, 2016. Disponível em: doi:10.1177/1524838016631129 Acesso em: 20 maio 2021.

FREITAS, Rita de Cassia Santos; MUSMANNO, Rafaela Gonçalves; CARVALHO, Monique de Souza. Violência de gênero: o caso da Universidade Federal Fluminense.



Argumentum, [S. l.], v. 12, n. 3, 102–116, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v12i3.28387>. Acesso em: 19 maio 2021.

GOVER, Angela; KAUKINEN, Catherine; FOX, Katheleen. The relationship between violence in the family of origin and dating violence among college students. **J Interpers Violence**, 23(12):1667-93, 2008. Disponível em: DOI: 10.1177/0886260508314330 Acesso em: 20 maio 2021.

HARARI, Yuval Noah. **Sapiens** – uma breve história da humanidade. 28. ed. Porto Alegre: L&PM, 2017.

HAYES, Rebecca; ABBOTT Rebecca; COOK Savannah. It's Her Fault: Student Acceptance of Rape Myths On Two College Campuses. **Violence Against Women**, Vol 22(13): 1540-1555, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801216630147> Acesso em: 20 maio 2021.

HOLLANDA, Heloísa Buarque. Introdução. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque (org.). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 9-21.

ICONIS, Rosemary. Dating Violence Among College Students. **Contemporary Issues in Education Research**, v. 6, n. 1, p. 111-114, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.19030/cier.v6i1.7609>. Acesso em: 20 maio 2021.

KRIEGER, Nancy. Gender, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? **Int. J. Epid.** 32: 652-657, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>. Acesso em: 20 maio 2021.

KRUG, Etienne *et al.* (ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2021.

LOBER, Judith. Beyond the binaries: despolarizing the categories of sex, sexuality and gender. *Sociology Inquiry* 1996, 66; Rubin, G. The traffic on women. Notes on the 'Political Economy of Sex'. In: REITER, R. R. (ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York, Monthly Review Press, 1975.

LÓPEZ-CEPERO, Javier; FABELO Humberto Eduardo; RODRÍGUEZ-FRANCO Luis; RODRÍGUEZ-DIAS Javier. The Dating Violence Questionnaire: Validation of the Cuestionario de Violencia de Novios Using a College Sample From the United States. 2016. **Violence Vict.** 31(3):438-56. 28. Disponível em: DOI: 10.1891/0886-6708.VV-D-14-00077 Acesso em: 20 maio 2021.



MAITO, Deíse Camargo. **Parâmetros teóricos e normativos para o enfrentamento à violência contra as mulheres na Universidade de São Paulo**. 2017. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito) - Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: doi:10.11606/D.107.2019.tde-04022019-162442. Acesso em: 20 maio 2021.

MAITO, Deíse Camargo; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; SEVERI, Fabiana Cristina; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Construção de diretrizes para orientar ações institucionais em casos de violência de gênero na universidade. **Interface** (Botucatu), 23: e180653, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.1>. Acesso em: 20 maio 2021.

MAITO, Deíse Camargo; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; SEVERI, Fabiana Cristina; VIEIRA, Elisabeth Meloni. A universidade como reflexo e agente transformador da sociedade: a contradição movendo a história. **Interface** (Botucatu), 23: e190711, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.19071b>. Acesso em: 20 maio 2021.

MARINHEIRO, André Luis Valentini; VIEIRA, Elisabeth Meloni; SOUZA, Luiz. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, 604-610, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500008>. Acesso em: 20 maio 2021.

MONTRONE, Aida Victoria Garcia *et al.* Violência de gênero numa universidade pública brasileira: saindo da invisibilidade. **Revista Gênero**, Niterói, v. 21, n. 1, 6-23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/rg.v21i1.46596>. Acesso em: 20 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario**. Washington, D.C.: Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano, 1998.

PALMER, Jane; PERROTTI, Carmine. Measuring self-reported sexual victimization experiences at one university: a comparison of methods. **J Stud Aff Res Pract**. 53(4):403-15, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19496591.2016.1202119> Acesso em: 20 maio 2021.

ROSA, Rosiléia; BOING, Antonio Fernando; SCHRAIBER, Lilia Blima; COELHO, Elza Berger Salema *et al.* Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.81-90, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100007>. Acesso em: 20 maio 2021.

SÃO PAULO (SP). Decreto nº 52.906, de 27 de março de 1972. **Aprova o Regimento Geral da Universidade de São Paulo**. Disponível em: <http://www.leginf.usp.br/?historica=decreto-no-52-906-de-27-de-marco-de-1972>. Acesso em: 20 maio 2021.



SÃO PAULO (SP). **Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito**, para investigar violações dos Direitos Humanos e demais ilegalidades ocorridas no âmbito das Universidades do Estado de São Paulo ocorridas nos chamados “trotos”, festas e no seu cotidiano. 2015. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/spl/2015/04/Transcricao/1254196_50224514_Transcricao.pdf Acesso em: 20 maio 2021.

SCOTT, Joan. **Gender and the Politics of History**. New York: Columbia University Press, 1988.

SEN, Gita; ÖSTLIN, Piroska; GEORGE, Asha. **Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient**. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network. Karoliska Institute, Stockholm, 2007. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

SILVA, Fernanda Cristina de Assis; TEIXEIRA, Larissa Cardozo; SANTOS, Catarina Almeida; MOREIRA, Priscilla Nunes Alves; LACHINI, Fernanda Feitosa Góes Terra. Violência de gênero e a universidade. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., Brasília, 2019. **Anais** [...]. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1769/1729>. Acesso em: 20 maio 2021.

SOUZA, Eugênia Suely Belém; FROTA, Maria Helena de Paula. Perseguições que Humilham...: um estudo do assédio moral e da violência de gênero na Universidade do Estado do Pará. **Revista do Mestrado Profissional em Planejamento em Políticas Públicas**, n. 4, 2013. Disponível em: <http://seer.uece.br/?journal=politicaspUBLICASemdebate&page=article&op=view&path%5B%5D=548>. Acesso em: 19 maio 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). AGOPYAN, V. *et al.* **Anuário estatístico da USP**. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP), 2019. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/urania/obterDirigentes?codmnu=637>. Acesso em: 20 maio 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). CAV-MULHERES USP RP. Comissão para apurar violência contra mulheres e gêneros. **Relatório de Gestão 2016-2018**. Ribeirão Preto: CAV Mulheres, 2018. Disponível em <https://www.prefeiturarp.usp.br/page.asp?url=cav-mulheres>. Acesso em 21 de maio 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Portaria do Conselho Gestor do Campus de Ribeirão Preto nº 6, de 11 de julho de 2016**. Dispõe sobre a criação de Comissão para apurar denúncias de discriminação, assédio e violência contra mulheres e gêneros no Campus USP de Ribeirão Preto. Portaria Conselho Gestor n. 6, de



11.07.2016. 2016. Ribeirão Preto, SP, 11 jul. 2016.

VICENTE, Luciana de Moraes; VIEIRA, Elisabeth Meloni. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 63-71, mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100009>. Acesso em: 20 maio 2021.

VIEIRA, Elisabeth Meloni *et al.* Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 566-577, dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400007>. Acesso em: 20 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>. Acesso em: 20 mai.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Gender and Health**: technical paper. Geneva: WHO, 1998.



CONTRIBUIÇÕES DE GEORGES CANGUILHEM E YVES CLOT AO CAMPO DO TRABALHO EM SAÚDE

Carina Kirst¹
Fernanda Spanier Amador²
Patrícia Krieger de Oliveira³

INTRODUÇÃO

O presente capítulo busca discutir o trabalho no campo da saúde, a partir das contribuições de Georges Canguilhem, especialmente em seu conceito de normatividade vital, e de Yves Clot, pelas ferramentas da Clínica da Atividade. Para tanto, a partir da experiência do serviço de Psicologia em um curso de formação em Medicina, traremos três narrativas de profissionais de saúde, a fim de discutirmos algumas questões que atravessam os trabalhadores no fazer saúde. Na interlocução com os autores apresentados, partimos do entendimento de uma indissociabilidade entre a experiência formativa, a atividade e os processos de saúde.

Partimos do diálogo com Georges Canguilhem, na sua proposta da Medicina fundada sobre uma experiência de vida, e da vida como experiência. Entendemos que as concepções sobre saúde, doença e normatividade para esse autor dialogam com a Clínica da Atividade, por Yves Clot. Tratam do conceito de saúde enquanto capacidade de assumir responsabilidade pelos próprios atos e de criar relação entre situações que não ocorreriam sem a ação do sujeito sobre as mesmas. Para ambos os autores, saúde se relaciona com certo domínio sobre o mundo, com a capacidade de ser instigador ou produtor de normas.

1 Psicóloga no Curso de Medicina – UNISC. Doutoranda em Psicologia Social e Institucional – UFRGS - RS. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-4354-5441> e-mail: carinak@unisc.com

2 Psicóloga, Doutora em Informática na Educação. Docente e pesquisadora do Programa de Psicologia Social e Institucional – UFRGS - RS. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-7385-8900> e-mail: fernanda.amador@ufrgs.br

3 Psicóloga na Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, Doutoranda em Psicologia Social e Institucional – UFRGS - RS. ORCID ID <http://orcid.org/0000-0002-0104-7412> e-mail: patikrieger@yahoo.com.br



A NORMATIVIDADE VITAL, DE GEORGES CANGUILHEM

Dialogar com as proposições de Georges Canguilhem, médico e filósofo, em seus estudos sobre a Medicina, podem fornecer ferramentas teóricas potentes para abrir caminhos para práticas clínicas. Macherey (2010) apresenta a concepção de conhecimento para Canguilhem enquanto uma prática humana, como algo da ordem da vida, cujo movimento percorre o acidentado do campo. Propõe a atividade de pensar a partir do estranhamento, do deslocamento diante do obstáculo e da produção de conhecimento como o encontro de um novo equilíbrio, com uma nova composição e uma nova estética.

Em sua obra mais difundida no campo da Saúde, *O Normal e o Patológico* (2009), fica evidente o quanto a Biologia serviu de base para o desenvolvimento de seu pensamento. Na Medicina, o autor foi buscar em Goldstein, neurologista alemão, estudioso de pacientes e medicina de guerra, estudos desenvolvidos durante a Primeira Guerra Mundial. Esses estudos possuíam um foco qualitativo com relação à saúde e à doença e eram totalmente diferentes da lógica da Medicina Científica Geral da época. Canguilhem propõe colocar o paciente no centro das práticas em Medicina, contrapondo os processos quantitativos e qualitativos de saúde e doença, uma Medicina centrada na experiência da vida.

Para o autor, a vida é a relação do vivente com o seu meio, uma relação de resistência, de vencer para manter-se viva. A norma aqui é imanente à vida e se afirma como possibilidade de transitar, de percorrer uma errância, criando assim possibilidades. O conhecimento se inscreve na vida e as possibilidades estão inseridas na potência de fazer meio como transitividade, ou seja, fazer meio para se viver. Nesse sentido, a normatividade vital seria a capacidade do vivente de mudar de norma, e a doença um estado de relação do organismo que tenta restabelecer uma nova ordem viável. Trata aqui da vitalidade e possibilidade de criação, que poderão produzir normas superiores (saúde) ou inferiores (estado patológico), ou seja, com maior ou menor vitalidade em fazer-se normativo. Na Filosofia, Canguilhem coaduna com o conceito de “Grande Saúde” de Nietzsche, que trata da vida enquanto vontade de poder, que se manifesta por “forças espontâneas, agressivas, expansivas, criadoras de novas formas, que não se guiam por um ideal de conservação, mas justamente se afirmam nessa dimensão em que a vida na sua totalidade se caracteriza por ser ação, movimento e luta, requerendo para tanto a capacidade de experienciar transformações, ascensões e ocasos permanentes” (SANTANA, 2012, p. 134).

O modo pelo qual Canguilhem (2009) entende a doença não a torna um fato diminutivo, mas uma experiência positiva do vivente. O estado patológico não é feito da ausência de norma, mas da tentativa do organismo se organizar em um novo ponto de equilíbrio, uma nova condição, o considerando um tipo normal, e não seu inverso. Assim, a concepção de saúde e doença são duas formas de expressão da vida, e



por isso Canguilhem insistiu em tencionar a relação entre norma e normatividade, em lugar da relação saúde e doença.

Se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. [...] Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. (CANGUILHEM, 2009, p. 145).

[...] O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em novas situações. (CANGUILHEM, 2009, p. 158).

Nessa continuidade entre os conceitos de normal e patológico, o primeiro não seria um conceito de existência, mas sim de valor, e o segundo é entendido como uma fisiologia com obstáculo, no sentido de que não existe uma forma correta de um organismo funcionar, mas sim formas diversas, o que traz uma compreensão e finalidade restauradora para a patologia (SAFATLE, 2011). Citando um exemplo, uma inflamação seria uma reação do organismo de lutar, uma categoria em relação a sua totalidade, uma categoria de sentido.

Canguilhem aposta na doença e na saúde como biologicamente técnicas e subjetivas, e não biologicamente científicas e objetivas; o corpo se sabe! Ele subverte o *status quo* da formação médica, mostrando que a valoração qualitativa é muito mais potente e produtiva do que a quantificação positivista presente nas formações até os dias atuais. A Medicina pode ser compreendida como um ofício composto por práticas técnicas e subjetivas, baseada em experiências singulares e fundada sobre as propriedades vitais, utilizando-se destas na forma de normatividade a serviço da vida.

YVES CLOT E A CLÍNICA DA ATIVIDADE

Pensar o trabalho como atividade é atentar para o meio implicado no seu exercício. A atividade é entendida por Yves Clot no ato da realização da tarefa, e o meio é produzido “na composição de objetos materiais, simbólicos e de relações humanas ou, mais exatamente, recriação de um meio de vida” (AMADOR, 2016, p. 89). Schwartz e Durrive (2007) nos dizem que o meio é sempre mais ou menos fiel, que jamais se repete. Essa infidelidade do meio deve ser gerida, a partir das nossas próprias capacidades, recursos e escolhas. Trata do que o autor chama de “vazio



de normas”, na sua insuficiência para sustentar o que ultrapassa a perspectiva da simples execução. A infidelidade do meio está implicada na normatividade, em sua possibilidade de ser gerida na atividade.

Através da realização da tarefa, ocorre um movimento de apropriação desse meio de vida pelo sujeito, uma relação da atividade com a produção de subjetividade. Nesse sentido, a atividade psíquica não é um efeito do seu exterior, mas o processo mesmo que cria (na relação com emoções, cognições e afetividade) possibilidades de viver e trabalhar, que afirma sua existência e que aumenta ou diminui sua capacidade de agir. É nesse sentido que a Clínica da Atividade tem buscado instrumentos práticos e teóricos, suscetíveis a ampliar o poder de agir dos trabalhadores em seu meio de trabalho.

O poder de agir, na Clínica da Atividade (CLOT, 2006), afirma-se numa regulação coletiva da ação individual. Nesse processo, o grupo profissional se torna sujeito, é uma perspectiva desenvolvimentista do trabalho, do poder de agir no coletivo. Não se trata de conceber o trabalho de modo estanque e segmentado, mas de um processo coletivo no/pelo qual os atores envolvidos lhe dão forma, a todo tempo, a partir de movimentos de criação em ato. No momento da atividade, se dá “uma espécie de eficiência viva, de mola propulsora do fazer e do saber acerca do - e no - trabalho que faz evidenciar um processo de formação operado no momento mesmo de trabalhar” (AMADOR, 2016, p. 94-95). Pensar a atividade, nessa perspectiva, significa atentar a sua posição ativa e coletiva do fazer, o que entendemos como produtor de saúde.

Tendo em vista que não se pressupõe um modo correto, uma forma única de agir, e que tal engessamento e cristalização deixa de abrir espaço para a potência da ação e causa sofrimento, entende-se a competência como algo a ser produzida em meio ao processo normativo, assim como a saúde. Há um olhar cuidadoso para o que faz problema ao trabalho, pois é nesse tencionamento - de uma problematização aqui entendida enquanto método - que há possibilidade de ultrapassar os modos já instituídos e criar outros modos de pensamento e conhecimento. Esse exercício não se encerra em uma solução para os problemas, mas nos convoca a “relançar, sempre e outra vez, o pensamento a uma zona de hesitação, estranhamento e diferença” (AMADOR; FERNANDES; PRUDENTE, 2020, p. 73). Entendem as autoras, que aqui, a pergunta é “o motor que faz operar variação no pensamento” e o problema não objetiva “uma meta a ser superada, mas um meio a ser percorrido”. Nesse sentido, o que se propõe é que a colocação de problemas seja entendida enquanto uma produção contínua, crítica e criadora que possibilita a construção de novos conhecimentos, em ato e coletivamente, por meio do ofício.

[...] um ofício não é, certamente, apenas uma ‘prática’. Também não é apenas uma atividade. Nem apenas uma profissão. Preferimos defini-lo como uma discordância criativa – ou destrutiva – entre as quatro instâncias em conflito



de uma arquitetura fundamentalmente social que pode adquirir uma função psíquica interna. Uma ligação-desligamento a sustentar e sempre refazer entre os espaços-tempos irredutivelmente pessoal, interpessoal, transpessoal e impessoal. Pessoal e interpessoal, o ofício é, em cada situação, singular, inicialmente como atividade real, sempre exposta ao inesperado. Sem destinatário, a atividade perde seu sentido. (CLOT, 2013, p. 06).

A atividade humana “é sempre o lugar de um debate incessantemente reinstaurado entre normas antecedentes a serem definidas a cada vez” (AMADOR, 2016, p. 95), o que remete a um posicionamento de que a Clínica da Atividade permite pensarmos as práticas em saúde e, também, de formação pelo trabalho em situação.

É PRECISO CUIDAR DO TRABALHO EM SAÚDE

Se tomarmos a Integralidade como um dos princípios do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), ela se dá no “entre-relações de pessoas” (GUIZARDI; PINHEIRO citado por BARROS, 2005). As autoras afirmam que sua construção exige a interrogação de saberes e poderes instituídos, que reivindica práticas que engendram novos arranjos sociais e institucionais em saúde e diálogos que demandam embate de múltiplas vozes (polifonia). Nessa perspectiva, não basta a multiprofissionalidade no cuidado em saúde para que haja a escuta dos múltiplos olhares profissionais. A multiplicidade, não raro, mantém os especialismos que “têm produzido saberes-propriedades”, reforçando verdades sobre o que é melhor ou pior para o outro, invalidando o saber/fazer deste outro, em suas experiências práticas, e fortalecendo separações hierárquicas (BARROS, 2005, p. 137).

As questões que envolvem o processo de trabalho em saúde têm sido amplamente discutidas no campo da Saúde Coletiva e do Sistema Único de Saúde pela Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), em composição com outros dispositivos de promoção de saúde, como a Política Nacional de Humanização (PNH). Não é nosso objetivo discutir aqui tais ferramentas, mas atentar a sua potência para uma defesa da promoção de saúde apoiada em uma atenção peculiar do cuidado, que se constrói nos encontros entre profissionais, pessoas atendidas, trabalhadores e sociedade. O cuidado com o cuidador, a exemplo da ferramenta que compõe a PNH, se dá pelo fazer meio, pela sua possibilidade de criar e agir em meio ao processo de trabalho. É essa a interlocução entre saúde, educação e trabalho que desejamos discutir aqui, tendo em vista que cuidar do trabalhador se dá por entre o cuidado com o ofício em situações de coanálise do trabalho como atividade, por onde também se processa uma formação que envolve aprender e produzir saberes no e para o trabalho.

Que espaços temos construído que atentem aos processos de criação na e pela



atividade? Que registros têm sido feitos da história desse ofício, composta pelos seus trabalhadores, no presente? Como tais processos de criação e seu registro podem compor com práticas de formação em saúde? As práticas formativas se constituiriam, ao mesmo tempo, em práticas de atenção em saúde junto a quem trabalha nesse campo? Nessa perspectiva, não trata de validar ou fixar entendimentos pré-estabelecidos ou ainda por emergirem, mas propor movimentos que possam colocar em cena os processos normativos do trabalho em saúde, a partir das experiências vividas no seu cotidiano. Nesse sentido, convidamos a acompanhar as seguintes narrativas:

[...] Hoje estou esgotado, queria falar sobre algo que ocorreu há dois dias, lá no hospital...perdemos um paciente que talvez não tivesse morrido se eu tivesse sido menos conservador. Acho que não quis atritar com a equipe, não puxei a frente, de dizer, vamos tomar outra conduta, deixei o protocolo de ação comandar, fiquei inseguro e me coleí no manual, não fiz a manobra que gostaria de ter tentado! E o paciente morreu! Agora não tem como saber se o desfecho seria outro, não tem como voltar atrás, acabou! Nada garante que teria dado certo e não há como saber, no nosso trabalho, essas tentativas e possibilidades não são como a última temporada de Black Mirror, nunca saberei como teria sido [...].

*[...] na maior parte das vezes, as decisões são tomadas de forma rápida e individual, tendo o médico responsável que seguir um fluxo, pra tocar o serviço. Não há tempo hábil pra parar e discutir os casos a toda hora, por mais que eu acredite ser necessário, porém, não é o que acontece. Em grande parte das vezes, as decisões são tomadas seguindo um fluxo. Isso é frustrante [...].
(relato de um médico plantonista)*

Essas narrativas verbalizam do trabalho em ato, em um cotidiano no qual, muitas vezes, é exigido uma ação rápida e assertiva. Ao menos essa é a cobrança diária que lhes vêm e lhes é passado como habilidade a ser desenvolvida desde a formação. Pode-se analisar a partir desse fragmento de narrativa que há um trabalho prescrito a ser realizado com o paciente em cada situação, uma norma estabelecida. E quando sentem, percebem que é o momento de não seguir o protocolo?

Ao lançarmos o olhar para a atividade e seus processos normativos, podemos nos perguntar como essas situações são abordadas no trabalho em saúde, não como apresentação de uma resposta pronta a ser dada, mas como pistas para as



problematizações que envolvem a experiência. O que esse relato apresenta não diz respeito somente à tomada de decisão sobre um determinado caso, mas sim, aos processos de subjetivação que ajudam a criar a cena de atuação. Como o trabalho tem sido construído para os enfrentamentos dos imprevisíveis da atividade profissional? Como temos abordado as relações de trabalho entre aqueles que compõem as equipes de saúde? Se ocorrem tais abordagens, quais perspectivas e como vêm sendo construídas? Se o que caracteriza a atividade é o ato criador, que atenção tem sido dada a essas experiências?

A atividade, em sua processualidade, é entendida enquanto o que se coloca entre o prescrito e o real do trabalho. Tal processualidade implica “(des)conhecer, (re)singularizar, (re)normatizar, ativar, pelo conhecido, o novo em situação laboral, por esferas que transbordam, portanto, o plano da formação para o trabalho que se dá deslocado da situação” (AMADOR, 2016, p. 90). A atividade não trata somente de objetivos a serem perseguidos, mas de descobertas de novas metas, o que implica articular a história de um ofício que permite uma certa antecipação (o que é da ordem do prescrito), ao mesmo tempo em que convoca ao trabalho em ato, ao que o modifica e exige a criação da história, no acontecimento do trabalho.

Os acontecimentos exigem esse agir que transbordam o definido previamente, dando sentido aos desvios e à criação necessários a um fazer. É essa dimensão do impreparável, que compõe o trabalho, que é discutida aqui, tanto por entender sua importância no poder de ação dos profissionais, quanto sua condição subjetiva e de promoção de saúde e doença, apresentados por Canguilhem.

O que chamamos de “trabalho bem feito” é o trabalho no qual é possível reconhecer-se individual e coletivamente, em um sentimento de responsabilidade. Tal processo se constrói na consistência da atividade que, caso seja esvaziada, desvitalizada ou desvinculada do que é importante para o sujeito ou quando outros objetivos válidos para o sujeito são deixados em suspenso ou em silêncio, há a sensação de amputação e atrofia do seu poder de agir. A atividade profissional, ao convocar a eficácia da ação e questionar seus limites, expõe-se para melhor ou pior na intensificação vital da atividade. Nesse processo, “o intelecto e o afeto se sobrepõem e migram brutalmente de um a outro em proveito, até mesmo diferido, do desenvolvimento do poder de agir do sujeito na situação concreta e sobre si mesmo” (CLOT, 2010, p. 17). É a partir da possibilidade ou impedimento do poder de agir, no trabalho em ato, que se constrói os processos de saúde, nessa relação entre atividade e vitalidade do sujeito.

Encontramos nessas narrativas um sentimento de desvitalização do agir, a partir de uma ação vista enquanto tarefa que deve ser imediatamente resolvida, sem a possibilidade de (com)partilhar, partilhar com os outros atores que também compõem o cuidado. Essa frustração narrada diz de uma dissociação entre o prescrito e o real do trabalho e da concepção coletiva de cuidado. Maia e Osório (2016), ao discutirem



o cuidado no campo da saúde, em diálogo com Clot, colocam que “querendo cuidar como desejaria, vê-se obrigada[o] a cuidar como acha que deve ser, cuidando da forma como não se deve cuidar e, pior, sem se sentir cuidando nem cuidada[o]” (p. 89). E complementam: “O cuidado de si é simultaneamente cuidado com o outro” (p. 92).

[...] Essa semana foi bem difícil pra mim, perdi minha primeira paciente. Era pra ser um procedimento simples, retirada de cálculos renais, a cirurgia seria feita por vídeo, a equipe toda preparada. Eu vinha acompanhando a paciente e os familiares há duas semanas nas consultas, depois a marcação da cirurgia, internação, preparação da paciente e familiares para o momento da cirurgia, tudo certo, a paciente e equipe confiantes! Mas, no procedimento, a paciente não aguentou a anestesia, parou e não voltou mais. Fiquei muito triste, já estava apegada à Dona Eva e sua família. Uma senhorinha cheia de energia, vívida, lúcida, saudável, ciente de tudo o que estava lhe ocorrendo. Muito triste quando tivemos que comunicar a família do óbito, se a equipe se entristeceu, imagina seus familiares! [...]. (Dona Eva tinha 102 anos de idade). (Aluna de Medicina)

A partir do modo pelo qual entendemos a atividade, exposto acima, a tecnologia utilizada pelos profissionais de saúde em sua prática cotidiana não é asséptica. Não se realiza na medida exata do descarte dos afetos, dos desejos, das paixões, da história. A tarefa desses profissionais, na perspectiva da Integralidade, se dá no encontro com a alteridade, com o outro em sua diferença, com a história da vida dos sujeitos, com os movimentos do desejo. A anulação e dissociação desses fatores que compõem as práticas, “desqualificam os saberes-fazeres da experiência” (BARROS, 2005, p. 136).

Nessa perspectiva de Promoção de Saúde, entendida enquanto saberes-fazeres da experiência, cabe problematizar o que tem se constituído enquanto uma competência individual e tecnicada do fazer saúde, que não raro produz como efeito uma expectativa e responsabilização individualizantes que constroem o agir, a partir de uma certa verdade: a de que é preciso fazer viver, a qualquer custo. Quando Foucault (2001) discute as relações terapêuticas que intervêm sobre o sujeito, ele atenta a um entendimento de cura (suposto poder curativo) a partir de uma verdade que deve ser dita, a tempo, por quem a detém, que é responsável pela cura. Nesse sentido, Barros (2005) propõe o investimento em “caminhos provisórios que desmontem as crenças universalizantes e se deslocam de territórios quando estes não mais favorecem a expressão do processo vital” (p. 136).



O processo vital como abordado por Canguilhem, a partir do seu entendimento de saúde, nos remete a uma produção desta, tanto por quem se propõe a cuidar quanto pelas pessoas que estão no lugar de serem cuidadas, pois a vida, em si, é capaz de criar e compor com o meio, nessa maior ou menor vitalidade em fazer-se normativo. Maia e Osório (2016) chamam atenção para uma decisão potente de uma ética a respeito de qual cuidado queremos ofertar e lembra que, por mais estabelecida que uma prática possa estar, somos capazes - na produção de um trabalho vivo e enquanto vivos - de criar ações outras. Nessa relação do vivente com seu meio, nessa relação de resistência e de manter-se viva, o cuidado se constrói tanto na relação entre os diversos atores que se encontram no campo da saúde, quanto a partir das suas possibilidades de ampliar ou sua diminuição do poder de agir, de criar normas e outros modos.

Baroni e Cunha (2018) referem os efeitos de uma clínica produzida em seus modos tradicionais, que continua a afirmar um paciente submisso, que não sabe da sua saúde, efeitos esses que, não raro, despotencializam os movimentos do próprio paciente no seu processo de saúde e de vida, nessa perspectiva de criar meios para se manter normativo. Essa relação ética também nos importa ser pensada quanto às possibilidades do agir do trabalhador, enquanto potência de criar e produzir por outras práticas, *trans-formá-las*. Santana (2012), em diálogo com as obras de Nietzsche a respeito do seu conceito de Grande saúde, afirma:

[...] conquistar a *grande saúde* implicaria uma ‘conquista’ da transitoriedade, um ‘saber’ do movimento de ascensão e queda de todos os valores diante da vida; conquistar a *grande saúde* implicaria assim também saber perdê-la. No entanto, perder a saúde nesse caso não seria o mesmo que deixar de ser ‘saudável’, pois, no que diz respeito à *grande saúde*, a doença advém como privilégio daquele que é forte o bastante para oferecer-se à vida, à aventura da vida, daquele que por uma transbordante saúde é capaz de brincar com o perigo, e não daquele que busca preservar-se da vida a qualquer custo. (SANTANA, 2012, p. 136).

Vimos que na atividade não bastam as discussões de casos ou “transferências de saber”, na perspectiva multiprofissional e hierárquica que criam modos especialistas, tecnicistas e antecipatórios que supõem uma verdade universal, como nos ajudam os autores aqui citados. O trabalho prescrito, obviamente importante na construção do conhecimento e para as práticas em saúde, é tencionado e “encharcado” pelo que acontece em ato, pelo que é imprevisível e pelo que se dá nos encontros entre seres humanos criadores de mundo que compartilham existências, como afirmam Maia e Osório (2016). O que afirmamos, em diálogo com Barros (2005), é a potência do agir do trabalhador, naquele espaço e em ato, a partir do que se coloca como problemático e por isso interessante e potente ao fazer saúde.



A Clínica da Atividade enquanto dimensão ética da análise da atividade, orientada para os movimentos de criação no e pelo trabalho, afirma a potência instituinte das atividades laborais envolvidas, colocando todos os sujeitos envolvidos em um processo movente de análise dos fazeres. Quando Clot entende a clínica, “não apenas como um quadro, mas como ação, ele propõe que, na clínica do trabalho, trata-se de alimentar as condições de os trabalhadores transformarem o que fazem habitualmente” (AMADOR, MORO, 2017, p. 100). As autoras afirmam que é nessa *trans-form-ação* no e pelo trabalho, que inclui o lidar com o que é da ordem do imprevisível, que se *trans-forma* não apenas a história coletiva desse ofício, mas o próprio sujeito, que se constrói na medida em que expande seu poder de ação. É através da realização da tarefa, para Clot (2006), que ocorre um movimento de apropriação de um meio de vida pelo sujeito, nessa indissociabilidade da atividade com a produção de subjetividade.

Pensamos que essa dimensão clínica, em acordo com Fonseca e Farina (2015), não deve afirmar “representações pretensamente universais que aprisionam a subjetividade numa história individual e pessoal” (p.50), mas entendê-la dentro de um modelo das forças imanentes que reivindica a diferença e a singularidade que compõem cada ser. Nesse intuito, defendemos que a ação (enquanto poder de agir) compõe o processo de “dar forma” e que seu campo de possibilidades compõem a saúde do trabalhador, uma vez que o conhecimento produzido não é estanque e que a vida em si exige e é criação.

Barros (2005) coloca questões que nos auxiliam a pensar a formação e o trabalho em movimento constante e em sua indissociação entre o que se entende como competência técnica e problematização do fazer. Ela aposta em uma formação que “se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e de práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem, que se constroem sobre especialismos naturalizados” (p. 137). E continua: “Um trabalho de formação como processo questiona as formas-subjetividade-instituídas, escapando da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas, serializadas”.

Promover saúde não dissocia “relação e técnica” e nem mesmo “quem oferta e quem recebe saúde”. O trabalho é criado e recriado a todo tempo e o trabalhador compõe a história desse ofício. É isso que lhe permite ou impede o poder de agir e, conseqüentemente, a promoção de saúde, que implica reconhecer-se em algo que se possa fazer respeitar na organização. Caso contrário, tudo estará pronto para uma demanda inflamada de reconhecimento sem fundamento, voltada para a hierarquia” (CLOT, citado por MAIA; OSÓRIO, 2016, p. 92). Assim, insistimos na afirmação de que é do trabalho em saúde que devemos cuidar pois, ao cuidarmos do ofício estaremos também cuidando das pessoas que o colocam em ato, por entre encontros potentes que o transformem.



REFERÊNCIAS

AMADOR, F. Trabalho e Formação pelas Sendas da Atividade Docente. *In*: AMADOR, F. S.; AXT, M.; REMIÃO, J. A. A. (org.). **Experimentações ético-estéticas em pesquisa na educação** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Panorama Crítico, 2016. p. 84-105.

AMADOR, F.; FERNANDES, D.; PRUDENTE, J. A Problematização como Método: pesquisar-resistir. *In*: GUARESCHI, N.; REIS, C.; HADLER, O. (org.). **Produção de conhecimento** [livro eletrônico]: profanações do método na pesquisa. Porto Alegre: ABRAPSO Editora, 2020.

AMADOR, F.; MORO, C. Produzindo modos de pesquisar em clínicas do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2017, vol. 20, n. 2, p.99-110 – DOI: 10.11606/issn.1981-0490.v20i2p99-110.

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

CANGUILHEM, G. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CLOT, Y. O ofício como operador de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 16, n. especial 1, p. 1-11, 2013.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FONSECA, T. M.; FARINA, J. CLINICAR. *In*: FONSECA, T. M.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2015. p.49-51.



MACHEREY, P. **Georges Canguilhem, um estilo de pensamento**. Goiânia: Almeida & Clément Edições, 2010.

MAIA, M.; OSÓRIO, C. O trabalho do cuidado: dimensão política, ética e estética. *In*: AMADOR, F.; BARROS, M. E.; FONSECA, T. M. **Clínicas do trabalho e paradigma estético**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, 2011.

SANTANA, B. Da grande saúde em Nietzsche. **Ensaio Filosóficos**, v.VI, out. 2012.

SCHWARTZ, Y. Transmissão e ensino: do mecânico ao pedagógico. **Pro-Posições**, v. 16, n. 3 (48), set./dez. 2005.



MEMÓRIAS DO CURRÍCULO OCULTO NO CURSO DE MEDICINA: O CENTRO ACADÊMICO, A ATLÉTICA E AS LIGAS ACADÊMICAS

Antonio Carlos Duarte de Carvalho¹
Davy Ferrari Rodrigues Vidal²
Denner José Gean Giassi³
Luís Eduardo Moreira Martins⁴
Vitor Ricardo Alves Pereira de Moraes⁵
Igor Lorenzon de Carvalho⁶
João Gabriel Silva Santos⁷

INTRODUÇÃO

A prática da Medicina e o papel do profissional médico na sociedade passaram por grandes mudanças ao longo da história. Desde os primeiros tempos até o período Contemporâneo, o recurso às práticas rituais e à espiritualidade para lidar com o adoecimento e a morte foi gradualmente substituído pela abordagem científica, que demonstrou maior capacidade de enfrentar os problemas de saúde/doença. Embora mais eficiente, a abordagem científica, paulatinamente, tornou a medicina mais técnica, em detrimento das abordagens holísticas no combate às doenças (PESSOTI, 1996, p. 440-448).

O ensino da profissão médica também seguiu o mesmo caminho, indo da abordagem naturalista dos gregos até o período Moderno e Contemporâneo, onde o aspirante a médico passou a ser, cada vez mais, formado para compreender, diagnosticar e tratar seu paciente do ponto de vista estritamente biológico. Somente a partir de meados do século XX percebe-se que essa abordagem tecnicista não era suficiente para formar um bom médico e que seria necessário inserir na formação do estudante o estudo das relações entre meio, saúde e doença.

1 Doutor em História. Docente do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP.

E-mail: accarval@fmrp.usp.br

2 Acadêmico de Medicina - FMRP-USP. E-mail: davyvidal@usp.br

3 Médico Residente - HCFMRP-USP. E-mail: denner.giassi@alumni.usp.br

4 Médico Residente - HCFMRP-USP. E-mail: luissmmartins@gmail.com

5 Acadêmico de Medicina - FMRP-USP. E-mail: vitor.ricardo.moraes@usp.br

6 Acadêmico de Medicina - FMRP-USP. E-mail: igorlorenzondecarvalho@usp.br

7 Acadêmico de Medicina - FMRP-USP. E-mail: joao.gabriel.santos@usp.br



No Brasil, escolas médicas tradicionais, incluindo a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP-USP, estruturaram seu currículo tentando abarcar tanto a formação técnica quanto os aspectos humanísticos que a formação do médico exige. Aulas teóricas que muitas vezes desconsideram que o estudante não é uma tábula rasa, passam a dividir a grade curricular com estágios na comunidade e atividades práticas, onde a formação humanística é, cada vez mais, trabalhada e requerida. No choque das doutrinas médicas com a realidade das condições de vida e saúde dos pacientes, o aluno passa a ter seus valores confirmados, negados ou alterados (RODRIGUES, 2002, p. 231-235).

Aqui, faz-se necessário definir melhor o conceito de formação humanística, que não deve ser confundido, simplesmente, como o conhecimento das doutrinas da Filosofia ou das Ciências do Homem a respeito da natureza humana. É, na verdade, a capacidade de enxergar e entender o paciente-homem, com seus valores. Dentro dessa lógica o bom profissional médico seria um ser de compromisso, capaz de olhar para sua realidade e refletir, não ficando neutro perante os problemas e buscando formas de exercer sua solidariedade (FREIRE, 1981, p. 79).

Nesse contexto, apesar das mudanças e da preocupação com essa formação humanística, o currículo médico oficial, oferecido pelas instituições ainda se mostra, muitas vezes, insuficiente ou incompleto para abranger as diferentes necessidades que deveriam compor a formação técnica e humanística de seus alunos. A demanda por ambientes de aprendizado e experiências, para proporcionar a realização de tal objetivo, seriam tão diversificadas que fogem à capacidade da instituição, mesmo que ela se empenhe para adequar a grade letiva.

Dessa forma, as atividades extracurriculares, assim denominadas por não estarem previstas na grade curricular, não estarem sob controle da instituição e não possuírem características de obrigatoriedade, surgem a partir da iniciativa dos estudantes, muitas vezes como resposta a essas deficiências apresentadas pelos currículos médicos. Também conhecidas como currículo oculto ou paralelo, por serem desenvolvidas paralela e simultaneamente ao currículo oficial, essas atividades acabam compondo a formação do estudante/futuro profissional, em diversas instituições universitárias, fato esse que foi estudado em várias pesquisas, entre elas: Vieira *et al.* (2004); Tavares *et al.* (2007); Peres *et al.* (2007); Rego *et al.* (2008); Oliveira *et al.* (2010); Neto *et al.* (2013).

Entender o fenômeno do envolvimento dos alunos nessas atividades tem sido o objetivo dessas pesquisas, produzidas no interior dos cursos médicos de diversas instituições de ensino e isso não é diferente na FMRP. Nessa instituição, o primeiro contato do calouro com as AEC, se faz durante o processo de matrícula, sendo logo apresentado às principais entidades estudantis: Associação Atlética Acadêmica Rocha Lima (AAARL), com os esportes e competições esportivas, e o Centro Acadêmico Rocha Lima (CARL), com as atividades culturais, as representações discentes nos



diversos órgãos institucionais e a participação na política estudantil. Ao longo do curso o aluno tem ainda a oportunidade de conhecer e participar das Ligas Acadêmicas, da Iniciação Científica, do Programa de Educação Tutorial (PET), dos projetos de Extensão Universitária, das atividades artísticas, das monitorias, etc.

Há, como dissemos, diferentes graus de relacionamento entre a FMRP e as atividades extracurriculares desenvolvidas pelos alunos. As representações discentes, o PET, as monitorias e a iniciação científica, por exemplo, são vinculadas diretamente à instituição. As atividades coordenadas pelo CARL e AAARL são totalmente organizadas e geridas pelos alunos, mas recebem apoio financeiro e logístico da instituição. Já as atividades culturais e os projetos de extensão universitária são, quase sempre, iniciativas independentes dos estudantes.

Tentando entender como se dá o envolvimento dos estudantes nas AEC, um grupo de pesquisadores realizou enquete com os alunos de graduação do 1º ao 4º ano do curso de Medicina da FMRP. Nessa pesquisa aplicou-se um questionário semiestruturado com oito perguntas, em sua maioria de múltipla escolha, contando com a participação de 360 alunos (VIEIRA, 2012). Nos resultados, 51% dos alunos manifestaram que participavam de AEC não vinculadas à FMRP, como prática de esportes ou estudo de língua estrangeira, dedicando muitas horas semanais às atividades. Segundo os entrevistados, seu envolvimento nas AEC tenderia a aumentar com o passar do curso. Quando questionados sobre o motivo de sua participação nas AEC, a resposta predominante foi que este tipo de atividade serve para aliviar as tensões decorrentes do curso e possibilitam ao aluno estabelecer ou fortalecer o contato social com seus semelhantes e reconhecer-se como parte do grupo.

Outra pesquisa (PERES *et al.*, 2007), também buscou entender a participação dos estudantes de graduação do 1º ao 6º ano nas AEC. Para isso, coletou-se dados em 3 etapas (questionário estruturado, entrevistas individuais e entrevistas em grupo focal). Como resultado, obteve-se que a maior parte dos alunos que participaram das AEC teriam se envolvido em várias atividades, simultaneamente. Segundo a pesquisa, AEC voltadas ao ensino, como a participação em Ligas Acadêmicas, seriam mais frequentes entre os alunos de 1º ao 3º ano, pelo fato de esses se verem distantes da prática clínica e buscarem uma maneira de compreender e integrar o exercício da medicina com os conhecimentos adquiridos durante as cadeiras básicas do curso. Alunos dos últimos três anos do curso, manifestaram menor interesse nas Ligas, provavelmente por já estarem inseridos no contexto prático. De acordo com a pesquisa, as atividades esportivas seriam mais praticadas pelos alunos nos primeiros anos de graduação e, conforme avançam no curso, a participação nessas atividades vai diminuindo. Os alunos que relataram participar das atividades esportivas o fizeram pelo desejo de se inserir ou continuar a fazer parte do grupo. Também foi referido que a participação nas atividades esportivas atenderia à necessidade de tentar amenizar as fontes de tensão do curso, associadas ao contato com situações de dor, sofrimento,



morte e sentimento de impotência. Foi frequente a manifestação de incômodo dos alunos em relação ao pouco tempo disponível para se dedicar às atividades livres e de lazer, sem compromissos acadêmicos.

Essas pesquisas trazem informações interessantes e instigantes, mas, por terem claramente um viés quantitativo e descritivo, não avançam na análise qualitativa dos dados coletados. Uma abordagem qualitativa teria que passar pelo resgate da história e das formas de organização das principais entidades estudantis da instituição, o CARL, AAARL e Ligas Acadêmicas, ao longo do tempo. A recuperação dessas informações teria ajudado muito a entender e discutir os dados coletados. Um exemplo disso é o fato de haver uma conhecida rivalidade entre o CARL e AAARL, que sempre pautou e, de certa forma, ainda pauta o relacionamento entre os alunos e entre esses, as entidades estudantis e a FMRP. Embora seja possível vislumbrar essa rivalidade nos dados coletados pelas duas pesquisas citadas (alunos participando mais das atividades dessa ou daquela entidade em momentos históricos diferentes), há pouca informação que subsidie uma análise da origem e desdobramentos desse suposto conflito entre as duas entidades estudantis do curso de Medicina da FMRP. Apesar disso, os dados trazidos pelas pesquisas analisadas comprovam a ampla participação dos alunos nas AEC, abrindo o campo de estudos para outras pesquisas que explorem a natureza do impacto dessa participação na formação pessoal e profissional dos estudantes, bem como possíveis ganhos educacionais, psíquicos e/ou sociais pelo envolvimento em AEC.

Nossa pesquisa se propõe a: explorar de maneira mais aprofundada a história da participação dos alunos de Medicina da FMRP nas AEC, ao longo do tempo; estabelecer um paralelo com a história da instituição; e entender como os alunos assimilam os conteúdos técnicos ensinados na grade curricular, ao mesmo tempo em que, consciente ou inconscientemente, moldam sua formação através da participação em AEC que, em maior ou menor escala, fogem do alcance do currículo oficial oferecido pela instituição.

METODOLOGIA E OBJETIVOS

Em termos metodológicos, optamos por realizar uma pesquisa qualitativa, com a aplicação de um questionário semiestruturado abordando diversos aspectos da participação dos ex-alunos da FMRP nas referidas entidades estudantis. A seleção dos sujeitos a serem entrevistados foi realizada após pesquisa nos arquivos das entidades estudantis onde identificamos os nomes de ex-alunos que haviam participado das entidades. Após o contato realizado através de telefone, e-mail ou redes sociais (Facebook), 21 ex-alunos, formados entre os anos de 1976 e 2001, concordaram em participar da pesquisa. Desses, 19 residem fora de Ribeirão Preto e preferiram



ser entrevistados por e-mail e 2, residentes na cidade, preferiram ser entrevistados pessoalmente e tiveram suas falas gravadas e transcritas. Para a preservação da identidade dos sujeitos, as entrevistas foram numeradas de 1 a 21 (Quadro 1), para que as falas citadas pudessem ser referenciadas.

Quadro 1 - Dados dos participantes

Entrevista	Ingresso-Conclusão	Turma	Atividade Acadêmica que Participou
1	1971 - 1976	20 ^a	AAARL (gestão/atleta)
2	1970 - 1976	20 ^a	CARL (gestão)
3	1973 - 1978.	22 ^a	CARL (gestão)
4	1973 - 1978	22 ^a .	CARL (gestão); AAARL (atleta)
5	1973 - 1978	22 ^a	CARL (participante); AAARL (atleta)
6	1975 - 1980	24 ^a	AAARL (atleta)
7	1976 - 1981	25 ^a	AAARL (atleta)
8	1976 - 1981	25 ^a	AAARL (gestão/atleta)
9	1976 - 1982	25 ^a	CARL (participante)
10	1977 - 1982	26 ^a	AAARL (atleta)
11	1977 - 1982	26 ^a	Liga (gestão)
12	1980 - 1985	29 ^a	CARL (gestão), AAARL (gestão/atleta)
13	1979 - 1986	30 ^a	CARL (participante) ; AAARL (atleta)
14	1981 - 1986	30 ^a	CARL (gestão), AAARL (gestão/atleta)
15	1984 - 1989	33 ^a	CARL (gestão), AAARL (atleta)
16	1984 - 1991	35 ^a	CARL (participante), AAARL (atleta)
17	1994 - 1999	43 ^a	AAARL (gestão/atleta), Liga (gestão)
18	1999 - 2004	48 ^a	Liga (gestão)
19	2000 - 2005	49 ^a	AAARL (gestão/atleta)
20	2000 - 2005	49 ^a	AAARL (atleta), Liga (gestão)
21	2005 - 2010	55 ^a	AAARL (gestão/atleta)

O uso de entrevistas escritas e orais com perguntas semiestruturadas, permitiu aos entrevistados falarem livremente sobre suas lembranças dos tempos de faculdade e viabilizou a obtenção dos relatos das experiências de participação dos ex-alunos nas AEC, no seu período de estudante da FMRP. A metodologia de obtenção e análise dessas falas/documentos tomou como referência teórica o Manual de História Oral (MEIHY, 2002, p. 41-148) que define a oralidade como uma técnica de coleta de dados pessoais, com procedimentos claros e preestabelecidos que a justificam como método, podendo ser utilizada individualmente ou concomitantemente com outras fontes documentais. Segundo o Manual, o verdadeiro valor da história oral está no fato de que não há neutralidade narrativa, havendo sempre uma construção comprometida, repleta de interferências emocionais, impressões, aspectos subjetivos,



visões de mundo, fantasias e vieses variados. O conjunto dessas percepções é o que torna o documento interessante, pois permite ao avaliador diferentes interpretações. Assim, a coleta dos depoimentos não foi uma busca pela verdade, uma referência objetiva, mas sim uma busca pela versão dos fatos e experiências, que, sempre quando recontadas, carregam novos significados. A narrativa da memória, mesmo quando escrita, é mutável e sofre variações que vão da entonação a silêncios e disfarces, passando por mentiras, esquecimentos, deformações, os quais podem ser intencionais ou não, e sempre abrigam uma visão redentora e passional do passado, sofrendo influência do fator nostálgico. Todas essas variáveis, em vez de preteridas, foram consideradas como fator de análise.

Quando mudamos o foco da história do indivíduo para a história da sua participação como sujeito coletivo nas entidades estudantis estudadas, esses possíveis detalhes da história do narrador e de sua memória individual só interessam na medida em que revelam aspectos úteis que permitam o conhecimento do fenômeno social que se está estudando. Assim, versões diferentes a respeito de um mesmo acontecimento foram confrontadas, exploradas e problematizadas. Para além das memórias individuais, buscou-se a memória do grupo, pois o que há de comum nas narrativas é mais fidedigno e próximo da realidade dos fatos narrados e ocorridos.

O CARL E A AAARL: BREVE HISTÓRICO

A primeira entidade estudantil a surgir na FMRP foi o CARL. Sua fundação, ocorrida em 1952, é praticamente simultânea ao início das atividades didáticas da instituição, e ocorre como reflexo da mobilização estudantil (COELHO; FERRARESE, 2002, p. 440). Nesse momento, já podemos perceber uma característica do CARL que está presente também nos CAs das universidades públicas em geral, que é o fato de ser gerido de forma autônoma pelos acadêmicos.

Desde sua fundação, o CARL passa a coordenar e promover uma ampla gama de AEC realizadas pelos estudantes de medicina. Através da criação de Departamentos, a entidade passa a atuar em áreas como esportes (Departamento de Esportes), ensino (Departamento de Ensino), cultura e extensão (Ligas Acadêmicas) e outras (COELHO; FERRARESE, 2002, p. 442).

Embora com atuação independente, a AAARL, que surgiu a partir do Departamento de Esportes do CARL, permaneceu durante muitos anos vinculada, administrativa e financeiramente, ao CARL. Segundo relatos dos entrevistados, mesmo sem fazer referência a uma data específica, uma separação efetiva entre CARL e AAARL teria ocorrido apenas na década de 1980, uma vez que o relato mais tardio que se refere à AAARL como subordinada ao CARL é de um entrevistado que ingressou na FMRP em 1980 e informa que, na época, *“a Atlética era um departamento do CARL”* (Entr. 12).



AS RELAÇÕES ENTRE CARL E AAARL

Nos relatos dos alunos de medicina entrevistados foi comum a referência a divergências entre o CARL e a AAARL (Entr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20). Entre os motivos elencados, dois se destacam: o econômico e o político. Exploreemos inicialmente o econômico.

Em termos econômicos, o CARL deteve posição dominante sobre a AAARL por boa parte de sua história, uma vez que a última permaneceu por muito tempo como um departamento subordinado ao primeiro. A busca e distribuição de verbas necessárias para manter as atividades das entidades estudantis teria sido motivo de constante tensão entre diretores e participantes das mesmas; tensão essa que, muitas vezes, se estendia aos alunos que se identificavam com uma ou outra: *“A Atlética [vivia] de pires na mão, pois o Centro Acadêmico detinha os recursos financeiros”* (Entr. 1), mesmo que *“a AAARL [gozasse] de bem mais prestígio, entre os estudantes da FMRP”* (Entr. 15).

Mesmo após o desmembramento entre CARL e AAARL, as entidades continuaram a disputar as fontes de financiamento junto à FMRP. Tais disputas financeiras, ocasionalmente, irromperam em antagonismo aberto, como relata um dos alunos: *“o pessoal da Atlética começou a pichar o banheiro do CA [...] era até engraçado, o local era CARL, aí era ‘Clubinho dos Amiguinhos de Rosca Larga’”* (Entr. 20).

A segunda causa de divergências entre as duas entidades, e que teria levado ao distanciamento entre elas, foi a política, nas suas diversas dimensões. Por volta dos anos 70, a diferença se delineia como uma divergência de foco: enquanto o CARL trazia a questão política de forma central, a AAARL evitava se posicionar ou, às vezes, repelia o engajamento político (Entr. 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14). Um dos entrevistados afirma: *“Na minha época havia certa rivalidade [...], pois o [CARL] era mais engajado no Movimento Estudantil [...]. A Atlética era reconhecida por ser composta por alunos pouco engajados [...]”* (Entr. 4). Nesse período, simultaneamente ao recrudescimento da Ditadura Civil-Militar, a polarização política que ocorria em nível nacional se refletiu na conjuntura interna à FMRP, colocando, muitas vezes, CARL e AAARL em lados opostos (Entr. 5).

A partir dos anos 80 os alunos já estavam convictos de que *“os da direita eram os da Atlética e os da esquerda eram os do CARL”* (Entr. 12). Mas, como toda a unanimidade é questionável, principalmente quando falamos de jovens estudantes universitários, há o relato de que, no período, *“a Atlética chegou a suspender aluno que furou a greve ou se mostrou racista”* (Entr. 9).

A abundância de relatos de divergências entre CARL e AAARL, majoritariamente atribuídas aos dois motivos descritos anteriormente, é, aparentemente, contraditória com uma série de relatos de boas relações entre as entidades e seus membros (Entr.



1, 8, 14, 15, 16, 19). Um dos entrevistados relata: “[A relação entre CARL e AAARL] era boa, nos divertíamos muito, no geral. Nunca soube que houvesse disputas [...]” (Entr. 16). Também foi comum o relato da participação de alguns estudantes nas gestões e/ou atividades de ambas as entidades (Entr. 4, 5, 12, 13, 14, 15, 16).

Uma forma de entender tal contradição é notar que a rivalidade entre as duas entidades estudantis era algo próprio das mesmas, calcada em sua história e identidade, o que não necessariamente se refletia na interação cotidiana entre seus membros. Tal rivalidade, inegavelmente, passa a compor parte da sua identidade, diferenciando-as também pela oposição entre elas; e torna-se muitas vezes, para seus membros, um aprendizado sobre como se comportar sendo do CARL ou da AAARL. Esse aprendizado é repassado de geração para geração, mas nem sempre interfere nas relações interpessoais entre os estudantes envolvidos com as atividades organizadas por elas. Nesse sentido, uma das entrevistas apresenta um relato esclarecedor: “[...] Havia rivalidades e discordâncias [entre os] alunos mais adeptos da Atlético e entre aqueles alunos mais próximos do Centro Acadêmico, mas não diretamente entre os alunos que compuseram as gestões dessas instituições” (Entr. 18).

AS ATIVIDADES NO CARL COMO CENÁRIO DE APRENDIZAGEM

Ao longo de sua história, o CARL sempre se propôs a cumprir uma ampla gama de funções em prol dos estudantes de medicina da FMRP. Uma das principais, destacada em vários dos relatos colhidos, foi a organização de eventos para interação social entre os alunos (Entr. 4, 5, 9, 13). Eventos como festas e exibições de filmes, por exemplo, sempre foram essenciais para a socialização da comunidade acadêmica.

Outra dessas funções do CARL, que ocupa espaço de destaque na memória dos ex-alunos entrevistados, é a promoção da luta política. Nos relatos, o CARL é consistentemente associado com a mobilização política estudantil (Entr. 2, 4, 5, 6, 16), por exemplo, através da realização de assembleias estudantis “no grande galpão dos fundos [da sede do CARL nos anos 70]” (Entr. 4). O engajamento político do CARL determina sua imagem aos olhos dos entrevistados, dentro da dicotomia “CARL engajado versus AAARL alienada”. No contexto de intensa disputa política dos últimos anos da Ditadura Civil-Militar e primeiros anos de redemocratização, o caráter político do CARL teve sua expressão máxima numa greve de estudantes, como relata um dos entrevistados, que estudou na FMRP entre 1984 e 1989: “Durante o meu tempo de estudante, houve alguns conflitos agudos [...] em movimentos inclusive de greve e ocupação [...]” (Entr. 15).

A função política do CARL, no entanto, não se restringia à mobilização em torno da política nacional e à disputa esquerda versus direita, e incluía também a



participação na política interna da FMRP, através da representação discente nos órgãos colegiados da instituição. A representação estudantil sempre foi parte importante da formação dos estudantes envolvidos e, ao menos para alguns dos entrevistados que a mencionaram, motivo de “*desidealização precoce*” (Entr. 16) com os trâmites institucionais.

A atuação dos estudantes nas fileiras do CARL proporciona aos que se envolvem com a entidade, o contato ora explícito ora implícito, com uma cultura geralmente associada à participação e ao envolvimento com causas políticas e sociais e isso, inegavelmente, pode funcionar, muitas vezes, como um verdadeiro aprendizado sobre como ser aluno e, quem sabe, profissional da medicina. Um verdadeiro currículo oculto ou paralelo ao currículo oficial.

AS ATIVIDADES NA ATLÉTICA E A PRÁTICA DE ESPORTES COMO CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM

Apesar de ser subordinada à AAARL, a prática esportiva competitiva dos estudantes de medicina da FMRP pode ser entendida como uma atividade independente da experiência de gestão da AAARL, uma vez que apresenta ambientes e demandas diferentes. A participação dos estudantes em equipes esportivas é bem mais comum do que a participação nas atividades de gestão da AAARL, chegando a ser de 60% dos alunos em algumas turmas, principalmente nos primeiros anos do curso (PERES, 2007, p. 206). Exatamente por causa dessa grande participação, e da natureza coletiva dessa prática esportiva, seu impacto na formação do egresso é ainda mais relevante.

Nas entrevistas, nota-se que vários dos “ex-atletas” acadêmicos traçam uma associação direta entre sua participação nas equipes esportivas da AAARL com sua prática médica atual (Entr. 8, 17, 19, 21). Uma das falas reflete bem essa percepção: “*através dele [esporte] aprendi a ter meta [...], o que certamente contribuiu em muito, não somente [para] minha formação acadêmica, mas também, [para] minha formação enquanto pessoa*” (Entr. 17).

Os supostos aprendizados referidos pelos egressos entrevistados, oriundos de sua participação nos esportes na época de aluno, apresentam pontos comuns, independentemente de sua participação em um ou outro esporte. Se destacam nesse currículo oculto ou paralelo, associado à participação nos esportes, o aprendizado da disciplina e da dedicação individuais, além do trabalho em equipe e do cultivo de relações interpessoais (Entr. 17, 19).

Considerando as lições que se fixaram na memória dos entrevistados sobre esse período da vida, é possível traçar um perfil dos mesmos como egressos. São



indivíduos que se consideram disciplinados, dedicados, capazes de trabalhar em uma equipe de atenção à saúde e de se relacionar bem com outras pessoas dentro de seus ambientes de trabalho. Não surpreende que tais egressos afirmem que “*sim, [havia um perfil diferenciado]*” (Entr 19) daqueles que participavam de times da AAARL, e que “*os melhores profissionais médicos foram atletas durante a faculdade*” (Entr 21).

AS ATIVIDADES DAS LIGAS ACADÊMICAS COMO CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM

As Ligas Acadêmicas são relevantes na FMRP, desde o momento inicial da história do curso de Medicina. Uma das mais importantes, na primeira década de existência do curso, foi a Liga de Combate à Moléstia de Chagas, impelida pelo esforço na investigação da doença de Chagas, em especial por professores dos departamentos de Higiene e Medicina Preventiva e de Patologia (MAURO, 2004, p. 109 e 122). Seu objetivo principal era servir à comunidade em geral, levando a promoção, a prevenção e até mesmo o cuidado em saúde para setores da população. Tal preocupação social esteve presente na história da atuação da Liga, que permaneceu ativa na FMRP durante as décadas de 1950 e 1960.

Analisando o exemplo da Liga de Combate à Moléstia de Chagas, entendemos várias características presentes na maioria dessas entidades: a vinculação com os campos de pesquisa dos docentes da FMRP (seus coordenadores) e, como consequência, o crescimento ou desaparecimento ao sabor das tendências acadêmicas dentro da instituição; a conexão entre as Ligas e o CARL através do Departamento/Diretório de Ligas (COELHO, 2002, p. 445); a gestão estudantil; e a prestação de serviços à comunidade, servindo à dupla função de assistir a população e complementar a formação prática dos integrantes da Liga.

Esse último aspecto representa um dos principais atrativos das Ligas para os estudantes dos primeiros anos do curso que, dentro da estrutura curricular rígida do curso de Medicina na FMRP, participam de poucas atividades práticas e assistenciais. Um dos entrevistados, se referindo à Liga de Hanseníase nos anos 2000, diz: “[...] [Na] Liga de Hanseníase você via paciente já no primeiro mês. [Existia] aquela coisa de você estar de saco cheio do [Ciclo] Básico, [...] você] acompanhava um atendimento [...] Era legal essas coisas!” (Entr. 20).

Segundo pesquisa realizada com alunos da FMRP (PERES, 2007, p. 207), a participação dos alunos em Ligas seria mais frequente nos três primeiros anos do curso, principalmente pelo desejo de aproximação da prática médica. Assim, as atividades promovidas pelas Ligas serviriam como uma complementação ao currículo formal. Enquanto através do currículo oficial o aluno é inserido em ambientes de



prática de forma cuidadosa e (na visão dos alunos) tardiamente, através das Ligas ele teria acesso a tais cenários logo no início do curso, de forma paralela e, muitas vezes, sem conhecimento e legitimação institucional. Essa dinâmica explica em parte a queda brusca no interesse pelas Ligas depois da inserção curricular do aluno nos cenários práticos. Ao que parece, a atuação precoce em cenários de assistência funciona como um estímulo ao aprendizado do aluno, colocando-o em contato não só com conhecimentos específicos ao tema abordado pela Liga, mas também com as competências e habilidades necessárias para o atendimento médico. A esse respeito, um dos entrevistados afirma: “[...]. *Eu lembro que eu fui descobrir o que era anamnese [em uma atividade da Liga]*” (Entr. 20). Caso o relato seja verídico, o primeiro contato do aluno com uma das habilidades essenciais para a prática clínica, a anamnese, não teria ocorrido dentro do currículo formal, mas em uma atividade de uma Liga Acadêmica o que, no mínimo, faz com que passemos a questionar as possíveis consequências para a formação do futuro médico.

Considerando tais características das Ligas, vale a pena investigar uma das maiores e mais duradouras, a Liga de Assistência Médico-Social (LAMS), como um exemplo representativo da experiência do aluno de Medicina da FMRP que participa desse tipo de entidade. Fundada em 1957 e dissolvida na primeira metade da década de 2000, a LAMS era dividida em três frentes, relacionadas a diferentes especialidades médicas: Puericultura, Geriatria e Saúde Reprodutiva (COELHO, 2002, p. 444). As atividades desenvolvidas pela LAMS, assim como outras Ligas, podem ser divididas, resumidamente, em teóricas e práticas. No âmbito teórico, organizam e oferecem eventos acadêmicos, geralmente voltados para o público discente. Um dos entrevistados relata a construção de um simpósio da LAMS: “*A gente fez um evento sobre morte na LAMS, e foi muito legal [...] Os nossos eventos eram para 200 pessoas, 300, era muita gente*” (Entr. 20). Essas atividades inegavelmente complementam o currículo formal do curso. No âmbito prático, os membros da Liga organizam e participam de atividades práticas voltadas à comunidade, em parceria com serviços de saúde e outras organizações, abordando a promoção, a prevenção e a atenção em saúde. Um exemplo é a parceria da LAMS com o SESC: “*Era uma parceria que a gente tinha com o SESC, de falar sobre temas de geriatria pros idosos do SESC*” (Entr. 20).

Tendo em vista a variedade de atividades exercidas pelas Ligas Acadêmicas, compreende-se que as mesmas ofereciam abundantes oportunidades de aprendizado extracurricular, através da observação e realização de atendimentos e atividades de educação em saúde, da organização e participação em eventos acadêmicos, e até mesmo da gestão cotidiana das Ligas.



O CURRÍCULO OCULTO OU PARALELO NAS ENTIDADES FMRP

Apesar das particularidades e especificidades da participação dos estudantes nas diversas atividades promovidas pelas entidades acadêmicas da FMRP, a análise transversal das entrevistas coletadas permite identificar algumas características que, resumidamente, poderíamos nomear como um verdadeiro “currículo oculto ou paralelo” sendo implementado, simultaneamente e paralelamente ao currículo oficial, ao longo de toda a formação do aluno de Medicina da FMRP.

No nível mais abstrato, todas as entidades supracitadas são acadêmicas, ou seja: compostas e geridas por estudantes. Tal condição implica que os membros dessas organizações são expostos a lições práticas em gestão, liderança e trabalho em equipe, dentro das atividades cotidianas das mesmas, que certamente informam e subsidiam tanto sua atuação estudantil, como seu trabalho futuro como membros ou gestores de equipes e serviços de assistência em saúde.

A própria prática esportiva competitiva, como integrante de uma ou mais das diferentes equipes esportivas que representam a Atlética nas competições universitárias, implica em aprendizados similares e talvez até mais ricos no sentido da importância do trabalho em equipe.

Através dos depoimentos colhidos percebemos que a intensidade da participação do estudante no CARL, na AAARL e/ou nas Ligas também poderia sugerir aos seus membros uma carga de identidade que, muitas vezes, acaba por contribuir para um certo aprendizado coletivo do que e como deveria ser o comportamento do integrante desta ou daquela entidade.

Assim, ser da AAARL ou do CARL, por exemplo, poderia colocar o indivíduo, ao menos no campo do discurso e dentro do âmbito da universidade, em campos tão opostos como “direita” e “esquerda”, “alienado” e “consciente”, “desinteressado” e “engajado”, com todas as implicações que isso possa trazer para um jovem em formação. Mesmo sabendo que essa oposição entre CARL e AAARL se construiu historicamente, durante um período de intensas disputas políticas em nível nacional, que também se refletiu na universidade, nas décadas de 70 e 80, esse aprendizado, ocorrido fora do âmbito da sala de aula, portanto extracurricular, talvez tenha contribuído para o estudante e futuro profissional encontrar seu lugar no mundo, seja ele qual for.

Assim como o currículo oficial, esse currículo oculto ou paralelo também passa por mudanças ao longo do tempo, e a variação dos depoimentos apresentados pelos entrevistados expressa bem isso, mas é importante notar que as relações interpessoais que se constroem nessas entidades entre estudantes que estão em diversos momentos do curso, são muito mais estáveis e têm um papel importante na formação dos estudantes e futuros profissionais.



A proposta de atuação das Ligas Acadêmicas deixa claro uma de suas principais propostas e atrativos que é a ministração de conteúdos complementares ao currículo oficial acrescido de atividades práticas e ensino precoce de habilidades médicas. Dessa forma, as Ligas expandem e reorganizam os temas do currículo oficial, inserindo os participantes, precocemente, nas práticas e especialidades. Certamente, o aprendizado dos estudantes envolvidos nas atividades da Ligas escapa ao controle do currículo oficial, sendo um exemplo claro de currículo oculto ou paralelo.

Como vimos através das pesquisas analisadas e das entrevistas dos ex-alunos, esse aprendizado ocorrido fora da sala de aula se dá, em grande parte, pela intensidade da realização dessas atividades entre os alunos de Medicina da FMRP. Considerando o conjunto dos alunos, a maior parte é exposta, em algum momento de sua estadia na universidade, ao ensino e prática através das Ligas, ao esporte através da AAARL, às atividades de representação estudantil, debates políticos e eventos do CARL ou, na maioria das vezes, a toda essa gama de atividades, simultaneamente. Uma parte menor deles, além dessas atividades, se envolve com a gestão acadêmica de uma ou mais dessas entidades, o que os expõe a situações muito parecidas com as quais vão se envolver depois de formados (disciplina, trabalho em equipe, responsabilidade, etc).

Considerando essas características, presentes nas atividades desenvolvidas pelos estudantes de Medicina da FMRP, fora do âmbito do currículo oficial, percebe-se a importância de as instituições universitárias entenderem e discutirem o significado e o impacto dessas atividades na formação do futuro profissional uma vez que, positiva ou não, esse tipo de vivência sempre esteve e estará presente na vivência estudantil.

REFERÊNCIAS

COELHO, Gustavo G.; FERRARESE, Sany R. B. Centro Acadêmico Rocha Lima. **Revista Medicina - Ribeirão Preto**, 35: 440-446, jul./set. 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/issue/view/59>. Acesso em: 02 jun. 2021.

FREIRE, Paulo. **O compromisso do profissional com a sociedade**. Educação e Mudança. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1981.

MAURO, José E. M.; NOGUEIRA, Arlinda R. **FMRP-USP - primeiros tempos, através dos documentos e pela voz de seus construtores**. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2004.

MEIHY, José C. S. B. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

NETO, José A. C. *et al.* Currículo Paralelo na Graduação Médica na Perspectiva dos Estudantes. **Revista Médica de Minas Gerais**, 23.4: 467-478, out./dez. 2013.



Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/409>. Acesso em: 02 jun. 2021.

OLIVEIRA, José A. A. O. *et al.* A Transversalidade do Conhecimento da Saúde Coletiva no Currículo de Medicina de uma Escola Médica Pública: Relevância das Disciplinas na Formação dos Alunos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 34 (2): 278–283; 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kBjFGnkrq47qBfScHkstVdg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2021.

PERES, Cristiane M.; ANDRADE, Antonio S.; GARCIA, Sérgio B. Atividades Extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 31, p. 203-211, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/9zRv4FHsknWwCxq9V3kJ5Dj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2021.

PESSOTI, Isaias. A formação humanística do médico. **Revista Medicina**, n. 29, p. 440-448, out./dez. 1996. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/issue/view/81>. Acesso em: 02 jun. 2021.

REGO, Sérgio. Currículo Paralelo em Medicina, Experiência Clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, 2(3): 35-48, ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/gr7kLfpNG98xjFxp5CPmkHn/?lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2021.

RODRIGUES, Maria L. V. Inovações no ensino médico e outras mudanças: Aspectos históricos e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. **Revista Medicina**, n. 35, p.231-235, jul./set. 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/issue/view/59>. Acesso em: 02 jun. 2021.

TAVARES, Ari P. *et al.* O “Currículo Paralelo” dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31 (3): 254–265; 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/vTQRY6bbCnmVW7bcqLy497d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2021.

VIEIRA, Elisabeth M. *et al.* O que eles fazem depois da aula? As atividades extracurriculares dos alunos de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). **Revista Medicina**, n. 37, p. 84-90, jan./jun. 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/issue/view/55>. Acesso em: 02 jun. 2021.



O MESTRADO PROFISSIONAL E A PRODUÇÃO TECNOLÓGICA INSERIDA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/UFRGS

Cristine Maria Warmling¹, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi ², Camila Giugliani³,
Carmen Lucia Bezerra Machado⁴, Denise Bueno⁵, Fabiana Schneider Pires⁶,
Luiz Fernando Calage Alvarenga⁷, Mariangela Ziede⁸,
Paulo Peixoto de Albuquerque⁹,
Rafael Arenhaltd¹⁰, Roger dos Santos Rosa¹¹, Danilo Blank¹²

- 1 Doutora em Educação. Professora Associada no Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: crismwarm@gmail.com
- 2 Doutora em Educação. Professora Associada do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br
- 3 Doutora em Epidemiologia. Professora Associada do Departamento de Medicina Social, do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional e do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: cgiugliani@hcupa.edu.br
- 4 Doutora em Educação. Professora Titular no Departamento de Estudos Básicos da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: carmen.machado@ufrgs.br
- 5 Doutora em Ciências Biológicas. Professora Titular do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica - Associação de IES - Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: denise.bueno@ufrgs.br
- 6 Doutora em Ciências da Saúde Ênfase em Odontologia Social. Professora Adjunta no Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: fabianaspres@gmail.com
- 7 Doutor em Educação. Professor Adjunto do Departamento de Educação Física Fisioterapia e Dança e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: luiz.alvarenga@ufrgs.br
- 8 Doutora em Educação. Professora Adjunta da Área de Aprendizagem em Ambientes Digitais do Departamento de Estudos Básicos Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: mariangela.ziede@ufrgs.br
- 9 Doutorado em Sociologia. Professor Associado da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: albuquerque.paulo@gmail.com
- 10 Doutor em Educação. Professor Adjunto no Departamento de Estudos Especializados da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: rafael.arenhaltd@ufrgs.br
- 11 Doutor em Epidemiologia. Professor Associado do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br
- 12 Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente. Professor Titular do Departamento de Pediatria e Coordenador substituto do Curso de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: blank@ufrgs.br



INTRODUÇÃO

A regulamentação brasileira com relação à pós-graduação previu desde o seu início a modalidade do mestrado profissional, porém no processo de implantação da política priorizou-se o atendimento da formação de pesquisadores para a própria pós-graduação (FISCHER, 2003). De modo um pouco tardio, no Brasil, promulgou-se política específica regulando os mestrados profissionais como modalidade de formação pós-graduada *stricto sensu* (BRASIL, 2017).

O ensino de pós-graduação na modalidade mestrado profissional possui como objetivo principal que o estudante/trabalhador aprenda a incorporar na sua vida profissional valores e práticas de pesquisa (RIBEIRO, 2006). Dentre o conjunto de características que orientam a vertente do mestrado profissional na pós-graduação *stricto sensu*, destaca-se a centralidade no desenvolvimento de pesquisas e produtos técnicos que impactem no enfrentamento de problemas oriundos da prática profissional. Outrossim, no mestrado profissional, estão claras as exigências da presença de uma base de pesquisa, produção científica e corpo docente qualificado (FISCHER, 2003).

A experiência aqui relatada do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU/FAMED/UFRGS), possui como missão principal formar profissionais capazes de atuar de modo estratégico no contexto das redes de educação e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (UFRGS, 2016). Está inserido na Área de Avaliação da Saúde Coletiva junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O PPGENSAU contribui na produção de inovação tecnológica responsável para subsidiar as políticas de Educação na Saúde, tendo em vista que os estudantes/trabalhadores da saúde incorporam aos serviços do SUS os produtos técnicos desenvolvidos no curso. As atividades de pesquisa e intervenção priorizam o tema da gestão do trabalho coletivo na saúde e do ensino na saúde, com o foco na ética, nas práticas solidárias e na interprofissionalidade enquanto meios de fortalecimento dos princípios do SUS da integralidade e universalidade.

Os cursos de mestrado com a orientação profissional devem protagonizar propostas curriculares flexíveis e um corpo docente com atuação fortemente integrada (SILVA; PINTO, 2017). Dentro desse propósito, o PPGENSAU organizou a dinâmica curricular do curso de modo a construir com os estudantes/trabalhadores da saúde projetos de pesquisa e produtos técnicos articulados desde o seu princípio e inseridos nas realidades e problemas dos próprios espaços de trabalho do SUS. Para isso, o corpo docente tem constituído sua experiência interprofissional e qualificação no campo da educação na saúde coletiva, por meio da ampliação do envolvimento em



variados programas, projetos e ações pertinentes ao tema da educação na saúde.

Com o objetivo de fundamentar e aperfeiçoar a sensibilidade do programa para suas dificuldades e avanços, um processo autoavaliativo tem sido instituído por meio de projetos que interpelam opiniões e percepções de docentes, discentes e egressos. Os resultados das enquetes e análises promovidas subsidiam o planejamento estratégico do PPGENSAU e conduzem a construção de proposições para superar desafios referentes à interação com as instâncias do SUS, assim como com a adequação das questões da formação discente e da sua produção científica e técnica.

A inovação e o desenvolvimento técnico responsável provenientes da produção intelectual – bibliográfica, técnica e/ou artística dos discentes e docentes, é um dos pontos de esforço contínuo das equipes de docentes e discentes. O caráter singular, em termos acadêmicos, que perpassa a proposta do mestrado profissional, exige a formação e a integração do corpo docente em torno da construção de projetos e produtos de pesquisa com aderência à área, aplicabilidade, complexidade e impacto social.

O PPGENSAU estabeleceu-se com o objetivo de incorporar referenciais de análise e crítica no campo da educação na saúde. Nesse contexto, duas ações estratégicas se destacam para a visibilidade da produção do PPGENSAU: a 'Revista Saberes Plurais: Educação na Saúde'¹³ e o programa de extensão 'Educação na Saúde: Formação e Trabalho nas Redes de Atenção'. São ações que visam publicizar a produção intelectual (bibliográfica ou técnica) do programa e produzir ações colaborativas entre o programa e os serviços e instâncias do SUS, com a finalidade de organizar processos que qualifiquem as redes de Integração Ensino-Saúde do SUS.

HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PPGENSAU

O contexto histórico de criação do PPGENSAU justifica-se diante do grande desafio das necessidades de formação de profissionais para atuarem no SUS, tendo em vista o dinâmico e complexo processo em que está imerso o sistema, caracterizado, de um lado, por intensas transformações tecnológicas e, de outro, por articulações necessárias entre competências biomédicas com humanísticas e culturais (VILELA; BATISTA, 2019).

A criação e o desenvolvimento do PPGENSAU estiveram e estão vinculados aos indutores das políticas de formação no nível de pós-graduação, com o intuito de

13 A Revista publica artigos com escopo na área da educação na saúde, com periodicidade semestral. As edições publicadas estão disponibilizadas em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais>



fomentar redes colaborativas e de produção de conhecimento como constituintes de uma política pública de formação e trabalho na saúde (BAHIA *et al.*, 2018).

Nesse panorama, foi construída a proposta do PPGENSAU, que iniciou suas atividades letivas em agosto de 2012, tendo sido sua implantação recomendada pelo Conselho Técnico-Científico da Educação Superior da CAPES em março de 2011 e reconhecida pelo Ministério da Educação por meio do registro na Portaria nº 978, de 26/07/2012 (ALBUQUERQUE; TOASSI; BLANK, 2016). Em abril de 2021, seu décimo ano de atuação contínua, possui 80 titulados egressos e 57 profissionais em curso.

Do ponto de vista local, uma importante vertente que fundamentou a criação do PPGENSAU foi o percurso ininterrupto da disciplina Práticas em Educação e Saúde, entre os anos de 1996 a 2012, oferecida aos pós-graduandos vinculados à Faculdade de Medicina.

O olhar sobre as práticas de educação no campo da saúde repercutiu positivamente e, em 2004, no movimento de construção das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina e do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para o Ensino de Graduação da Medicina (PROMED), dos Ministérios da Saúde e da Educação, evoluiu para a implementação de uma linha de pesquisa em educação e saúde vinculada aos Programas de Pós-graduação da Faculdade de Medicina, visando à qualificação dos docentes da própria unidade de ensino e de profissionais de saúde de instituições parceiras (num primeiro momento, Rede Hospitalar Conceição e gestores municipais e estaduais de saúde) (ROSA; BORDIN, 2005).

A partir desse impulso inicial, o conjunto de teses e dissertações produzidas na linha de pesquisa educação e saúde constituiu e fundamentou a implantação do Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Faculdade de Medicina da UFRGS, baseado em proposta de autoria de Waldomiro Carlos Manfroi, Carmen Lucia Bezerra Machado, Malvina do Amaral Dorneles, Eliana Claudia Ribeiro e Ronaldo Bordin (ALBUQUERQUE; TOASSI; BLANK, 2016).

DINÂMICAS CURRICULARES NA PROPOSTA DE FORMAÇÃO

Conforme preconiza o documento orientador da área, a estrutura curricular em um curso de mestrado profissional no campo da Saúde Coletiva deve ser coerente com as suas linhas de pesquisa, apresentando disciplinas metodológicas, temáticas e instrumentais. Devem ser implementadas estratégias de ensino-aprendizagem inovadoras e que promovam a participação ativa do estudante/trabalhador e a transferência de conhecimentos e tecnologias para os locais de inserção ao SUS (MEC, 2019).



O PPGENSAU possui três eixos epistemológicos principais que orientam a organização da dinâmica curricular tecida pelo curso, considerando as construções metodológicas dos processos de ensino-aprendizagem pretendidos no campo da Educação na Saúde Coletiva (Figura 1).

O eixo epistemológico da Saúde Coletiva, que enfatiza as categorias do processo saúde-doença e suas determinações sociais, do cuidado, do trabalho e da gestão, das políticas e do planejamento de educação na saúde, sempre partindo das realidades dos discentes e docentes no SUS.

O eixo epistemológico da educação, que promove o reconhecimento de teorias e práticas em seus principais modelos (tradicional, escolanovista, tecnicista, relacional, inovador, alternativo) vigentes na educação na saúde. No percurso do curso é realizado o estudo e debate sobre as diferentes políticas de educação no SUS: Educação na Saúde, Educação Permanente na Saúde, Educação Popular e Educação a Distância.

Figura 1 - Um design da organização curricular do Mestrado Profissional do PPG Ensino na Saúde



Fonte: Desenvolvido pelos autores.

O eixo metodológico de produção científica se concretiza com os ateliês, voltados para a implementação da produção intelectual (técnica ou bibliográfica) que os alunos devem apresentar no momento da defesa. Constituem-se em momentos curriculares com o objetivo de conduzir gradativamente problematizações com os discentes na trilha de desenvolvimento dos produtos técnicos, articulados às propostas de pesquisa e à incorporação de conhecimento científico consagrado.

A educação na modalidade a distância é também um dispositivo que tem sido muito usado, especialmente na modalidade híbrida, tendo em vista que os mestrandos são profissionais atuantes em diferentes municípios gaúchos e de fora do Estado, que se reúnem para atividades presenciais de modo quinzenal. As disciplinas fazem uso regular de recursos de comunicação via *internet*, principalmente a Sala de Aula Virtual e a Plataforma de Aprendizagem Virtual *MOODLE*, disponibilizadas na UFRGS.

Por meio de planejamento pedagógico, com a pandemia da covid-19, implementa-se o Ensino Remoto Emergencial (ERE), procurando evitar a simples transposição da modalidade presencial. As renovações dos percursos e propostas pedagógicas das unidades curriculares disciplinares foram realizadas por meio do incentivo e coordenação do planejamento pedagógico integrado. A escuta e participação dos estudantes nas propostas dos professores promove o repensar constante de momentos síncronos e assíncronos oferecidos.

Destaca-se como concepção fundante a importância das interações entre os sujeitos para a promoção da aprendizagem, ou seja, em que os indivíduos constroem conhecimento a partir de suas experiências e reflexões. De acordo com essa concepção, é necessária a oferta de propostas pedagógicas apropriadas, dentre elas podemos citar as arquiteturas pedagógicas (CARVALHO; NEVADO; MENEZES, 2007).

As arquiteturas pressupõem aprendizes protagonistas, orientados pelos professores para a ação e reflexão sobre suas experiências profissionais que contemplam pesquisas, registros e sistematização do pensamento (ZIEDE; ARAGON, 2014). A avaliação das aprendizagens é realizada de forma processual e interdisciplinar, o que pode acontecer com a promoção de aulas compartilhadas e atividades síncronas e assíncronas via *web*. Nesse sentido, a tecnologia não é entendida apenas como um suporte para as ações dos sujeitos, mas sim como um artefato que constitui novas relações e maneiras de pensar. O uso dos ambientes digitais pode favorecer novas práticas de ensinar e aprender em tempos e locais diversificados, sendo o professor um mediador e incentivador da atitude investigativa, permitindo que os estudantes realizem experimentações e simulações em busca de soluções para questões significativas.



A AUTOAVALIAÇÃO DO PROGRAMA E O ACOMPANHAMENTO DE EGRESSOS

Programas de pós-graduação em ensino na saúde são reconhecidos como dispositivos indutores do fortalecimento do processo formativo qualificado e do desenvolvimento de pesquisas sobre ensino na saúde, na expectativa de transformações no cotidiano da universidade e dos serviços de saúde (BAHIA *et al.*, 2018).

Enquanto modalidade de pós-graduação *stricto sensu*, o PPGENSAU possui a intencionalidade da reflexão e intervenção nos processos de trabalho, utilizando-se de recursos acadêmicos – teórico-conceituais, metodológicos, científicos, pedagógicos – e da estratégia da aprendizagem/rede colaborativa entre o grupo multiprofissional de mestrandos, docentes e gestores (ALBUQUERQUE; TOASSI; BLANK, 2016; BRASIL 2009a, 2009b).

A proposta de gestão e desenvolvimento do curso de mestrado profissional deve apresentar um planejamento estratégico em articulação com o Plano de Desenvolvimento da Instituição (PDI) a qual é vinculado, para isso ferramentas de monitoramento do programa e principalmente de autoavaliação deverão ser desenvolvidas (MEC, 2019).

O processo de autoavaliação possui o objetivo de subsidiar análises permanentes sobre processos de ensino-aprendizagem promovidos pelo PPGENSAU, nas perspectivas de egressos, docentes e cursantes. Pretende-se mapear potencialidades e desafios da formação, assim como a aplicabilidade das aprendizagens no ambiente profissional, ou seja, um olhar para os “pontos fortes e pontos fracos de suas realizações com vistas à melhoria da qualidade do seu fazer institucional, com vistas à superação de fragilidades e dificuldades diagnosticadas” (LEITE, 2006, p. 466). Busca-se compreender não só a agregação de conhecimentos e desenvolvimento de produções técnicas/acadêmicas, mas também o quanto se conseguiu mobilizar competências de inovação e liderança para o ambiente de trabalho, promovendo mudanças efetivas.

Na PG, a autoavaliação, na prática, implica colocar em ação o elementar processo de detectar pontos fortes e potencialidades, tanto quanto discriminar pontos fracos dos programas e prever oportunidades e metas de futuro. Trata-se de estabelecer estas metas com clareza e de forma tanto quanto possível participada para que todos ou a maior parte da comunidade acadêmica se perceba representada. Na perspectiva de uma produção própria, espera-se que o processo seja cooperativo e colaborativo, mesmo que em doses homeopáticas. A colaboração e a participação se desenvolvem através de um contágio que se acelera ao passar do tempo. (LEITE *et al.*, 2020, p. 343).



O PPGENSAU promoveu dois ciclos de produção de dados de autoavaliação, por meio da aplicação de questionários estruturados de pesquisa disponibilizados em formulários *online* Google Formulários® em um link para participação enviado via *e-mail*. As perguntas foram organizadas a partir de blocos temáticos propostos na avaliação multidimensional definida pela CAPES: sobre o programa, sobre o trabalho, sobre a formação, sobre planejamento e gestão, sobre a produção intelectual, sobre o impacto social, etc.

No primeiro ciclo, foram ouvidos os egressos da primeira turma e, ao final de 2014, participaram todas as 19 mestras em Ensino na Saúde tituladas nesse momento. No segundo ciclo, realizado ao final do ano de 2020, além de todo o grupo de egressos formados entre os anos de 2014 a 2019, também foram direcionados questionários com avaliações para 25 estudantes cursistas (turma de 2018-2020), tendo sido obtidas 19 respostas desses, assim como para os 13 docentes, com 12 respostas.

No processo de autoavaliação, o acompanhamento dos egressos foi um compromisso assumido pelo PPGENSAU desde a conclusão da primeira turma em 2014. Ao longo da trajetória curricular, espera-se que esses mestrados incorporem, gradativamente, as competências previstas nos objetivos da formação, especialmente as voltadas à inovação no trabalho e capacidade de liderança, com foco na educação 'na' e 'em' saúde. O perfil pretendido de egressos já está expresso nos critérios estabelecidos no processo seletivo dos ingressantes, que prevê um corpo discente multiprofissional, que atua nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde ou de ensino relacionados à área da saúde, com diversidade geográfica de atuação profissional, que leve em consideração o alcance regional da capacitação aos profissionais e cujas propostas de estudo expressam potencial de impacto e de intervenção nos espaços de trabalho (ALBUQUERQUE; TOASSI; BLANK, 2016).

No primeiro ciclo de análises dos egressos, os resultados mostraram um grupo composto exclusivamente por mulheres, com idades entre 29 e 51 anos, com atuação profissional em saúde no estado do Rio Grande do Sul. Sua formação na graduação deu-se em nove cursos da área da saúde (Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Psicologia e Farmácia) e um curso da área da educação (Pedagogia). A maior parte eram enfermeiras e cirurgiãs-dentistas. O vínculo de trabalho no SUS, em serviços de diferentes níveis de complexidade, foi predominante. Na perspectiva dos egressos, a formação no mestrado profissional possibilitou o compartilhamento de experiências e melhor articulação com a universidade, ampliação do conhecimento/suporte teórico/capacidade de argumentação, qualificação/melhorias no processo de trabalho e maior valorização no espaço de trabalho, oportunidades de progressão na carreira e de novas experiências profissionais, inclusive na docência em saúde (ALBUQUERQUE; TOASSI; BLANK, 2016).



O segundo ciclo constou de uma revisão/ampliação do instrumento de coleta de dados, dirigido às três turmas de egressos do programa, até então. Dos 62 egressos contatados, foram obtidas 39 respostas (63%). Os egressos continuam sendo majoritariamente mulheres, com formação na graduação predominante das áreas de Enfermagem e Odontologia, e, além das profissões já referidas no primeiro ciclo, nutricionistas, administradores e advogados. Todos continuam trabalhando (em instâncias variadas do SUS e em três instituições universitárias); 85% desempenham atividade ligada à educação em saúde e/ou educação na saúde; 56% ocupam cargo de gestão ou coordenação; 82% participam de uma ou mais comissões; 67% tiveram produção técnica, principalmente consultorias, organização de eventos e elaboração de protocolos; 10% seguiram adiante em curso de doutorado; 56% tiveram produção acadêmica, principalmente publicação de artigo em periódico; 51% mantiveram relação acadêmica com o programa; e, sobretudo, 97% recomendariam o PPGENSAU para um colega, familiar ou conhecido.

Quanto aos mestrandos, resultados parciais mostraram que todos responderam estar atuando no campo da educação na saúde; 36,8 % em cargos de gestão; 57,9 % relataram ter mudado de local ou função profissional durante o curso e 63% dedicam menos de 20 horas semanais ao curso.

Dentre os destaques qualitativos, apontados pelos egressos no ano de 2020, sobre o impacto da formação no PPGENSAU nas dimensões pessoal, profissional e acadêmica das suas vidas, predominaram ideias de amadurecimento acadêmico e profissional, olhar mais amplo para as questões sobre educação, ampliação do pensamento crítico relacionado à saúde pública, desenvolvimento de habilidades e conhecimentos para o trabalho, percepção mais forte da importância do trabalho interdisciplinar e interprofissional, alargamento da percepção sobre a interface entre ensino, gestão e assistência, ampliação de rede de contatos, maior campo de atuação profissional, mais reconhecimento no trabalho, qualificação de processos de educação permanente, perspectiva de docência e oportunidades efetivas de atuação em funções de preceptoria, tutoria de cursos a distância e orientação educacional.

O acompanhamento autoavaliativo do PPGENSAU seguirá ao longo do tempo, sendo entendido como uma ferramenta que promove(rá) aperfeiçoamentos permanentes na estrutura curricular, nas pesquisas/produtos gerados a partir da formação, na qualificação e amadurecimento dos corpos docente e discente na perspectiva da colaboração e do engajamento, bem como na indução de uma prática democrática na pós-graduação brasileira (LEITE *et al.*, 2020).

IMPACTOS SOCIAIS E PRODUÇÃO INTELLECTUAL (BIBLIOGRÁFICA E TÉCNICA)

A produção intelectual do PPGENSAU, tanto bibliográfica como técnica, proveniente das atividades de pesquisa e intervenção desenvolvidas no curso, está



organizada em duas linhas mais abrangentes de pesquisa em torno de pressupostos definidos.

A linha 1 – Processos de Ensino na Saúde, trata da análise dos processos de ensino-aprendizagem de modo a possibilitar a construção de projetos pedagógicos consonantes com o Sistema Único de Saúde brasileiro. Reflete criticamente sobre as práticas de profissionais em ação nas redes de serviços. O ponto de convergência está na interprofissionalidade e na transversalidade da práxis dos trabalhadores da saúde. Enfatiza-se a construção de inserções significativas de aprendizado a partir do trabalho e possibilitando respostas ao duplo descompasso da atuação profissional, em virtude do desafio de qualificar trabalhadores da saúde frente às transformações vertiginosas na área da saúde e da reconhecida transitoriedade do saber e das marcantes mudanças no mundo do trabalho em saúde. A linha 2 – Educação em Saúde e Políticas Públicas, está voltada ao reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e que esta perspectiva modela as políticas públicas quando pensa as necessidades de saúde da população. Busca refletir criticamente sobre as práticas hegemônicas no campo da saúde, no sentido de propor outra visão do trabalho, por meio de práticas educativas que incluem um papel ativo do usuário na construção da saúde e na cocriação de políticas públicas, bem como alternativas ao processo de formulação de políticas de saúde.

O PPGENSAU utiliza duas estratégias principais para a divulgação da sua produção intelectual e ampliação do impacto social no campo da educação e do trabalho no SUS.

A primeira estratégia é a revista ‘Saberes Plurais: Educação na Saúde’, criada no ano de 2016, com o objetivo de qualificar, articular e proporcionar visibilidade à produção bibliográfica e técnica de professores e estudantes, estimulando a pluralidade de pensamentos, por meio do diálogo e discussão com autores de outras instituições brasileiras e internacionais da área da educação na saúde.

A segunda estratégia é o Programa de Extensão ‘Educação na Saúde: Formação e Trabalho nas Redes de Atenção’, cujo objetivo é organizar processos, serviços e produtos que desenvolvam e qualifiquem as redes de Integração Ensino-Saúde do SUS. Por meio da extensão, desenvolvem-se ações de Educação Permanente em Saúde para trabalhadores do SUS em articulação com processos de pesquisa e intervenção nas redes de saúde dos municípios parceiros. Também se constitui como objetivo do Programa de Extensão promover atividades de formação para docentes do PPGENSAU e de outras instituições de ensino, assim como ações de educação na saúde e popular para usuários e controle social do SUS.

O Programa de Extensão permite o desenvolvimento de estratégias de visibilidade e abertura de atividades do percurso curricular por meio de momentos compartilhados com a comunidade mais ampliada de parceiros do PPGENSAU e



vinculados aos próprios estudantes/trabalhadores, tais como gestores, equipes de trabalhadores e população. Tais como, as aulas de abertura do PPGENSAU, o convite a pesquisadores convidados, a organização da atividade de defesas conjuntas dos trabalhos de conclusão, caracterizando-se como potentes espaços de Educação Permanente em Saúde, de eventos, seminários, oficinas, colóquios e encontros para ampliar a visibilidade das linhas de pesquisa e atuação do PPGENSAU. Pretende-se também integrar unidades de ensino de graduação e de pós-graduação da própria universidade sede do PPGENSAU.

Um exemplo desse processo de consolidação de parcerias interinstitucionais por meio de ações de extensão protagonizado pelo PPGENSAU, foi a realização em parceria com o Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, da Escola do Grupo Hospitalar Conceição, no ano de 2018, do I Encontro de Programas de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Região Sul e da I Mostra de Produção Científico-tecnológica em Saúde Coletiva. O evento originou a Rede da Região Sul de Pós-Graduação de Mestrados Profissionais que busca consolidar ações de intercâmbio institucional com parcerias externas de programas de pós-graduação na modalidade profissional da área da Saúde Coletiva de toda a região Sul, para debates e avaliação dos processos de ensino, pesquisa e produção científico-tecnológica (WARMLING, 2018).

A questão da tecnologia informacional para o mestrado profissional extrapola a questão curricular por possuir um papel importante no desenvolvimento e divulgação de sua produção técnica. Esse é o papel do *website* aberto do PPGENSAU, atualizado e dinâmico, disponibilizando materiais sobre o programa para os interessados e parceiros. Um papel que vem sendo promovido é de um *website* como repositório de produtos técnicos elaborados no âmbito dos trabalhos de conclusão de curso, que migram progressivamente de manuais impressos para vídeos, *blogs*, *wikis*, aplicativos *web* e demais ferramentas e inovações em comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos quase dez anos de atividades do PPGENSAU, dois desafios se destacam: ampliar a visibilidade das ações e da produção técnica nas Redes de Ensino Saúde do SUS e integrar projetos de pesquisa e produção intelectual dos discentes e docentes.

O panorama de emergência em saúde pública que a pandemia da covid-19 lançou ao Brasil e ao mundo representa um novo desafio para o PPGENSAU, tendo em vista que os discentes são majoritariamente trabalhadores da saúde atuando na linha de frente das ações de combate à pandemia de covid-19. O PPGENSAU, pautando-se em planejamentos muito participativos, tem procurado manter ativas suas atividades e responsabilidades por meio do Ensino Remoto Emergencial.



O PPGENSAU é uma experiência viva e em permanente (re)construção da implementação de processos de integração ensino-serviço-comunidade no nível da pós-graduação. Seu desenvolvimento e consolidação passam pelo fortalecimento do vínculo das linhas de pesquisa e produção de enfrentamentos aos problemas e necessidades do SUS no campo da Educação na Saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. P.; TOASSI, R. F. C.; BLANK, D. Avaliação do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde – mestrado profissional da UFRGS: percepções de egressos. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 26-38, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/66811/38625>. Acesso em: 1 maio 2021.

BAHIA, S. H. A. *et al.* Ensino na Saúde como objeto de pesquisa na pós-graduação stricto sensu: análise do Pró-Ensino na Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, p. 1425-1442, 2018. Supl. 1.

BRASIL. Portaria Normativa nº 7, de 22 de junho 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Diário Oficial: República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 23 jun. 2009a.**

BRASIL. Portaria Normativa nº 17, de 28 de dezembro 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Diário Oficial: República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 29 dez. 2009b.**

BRASIL. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria no 388, de 23 de março de 2017. **Diário Oficial: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, 23 mar. 2017.** Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/24032017-portaria-no-389-de-23-de-marco-de-2017-pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

CARVALHO, M. J. S.; MENEZES, C. S.; NEVADO, R. A. Arquiteturas Pedagógicas para Educação a Distância. *In*: CARVALHO, M. J. S.; MENEZES, C. S.; NEVADO, R. A. **Aprendizagem em rede na educação a distância: estudos e recursos para formação de professores.** Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2007. p. 15-52.

FISCHER, T. Seduções e riscos: a experiência do mestrado profissional. **Revista de Administração de Empresas**, [s. l.], v. 43, n. 2, p. 119-123, 2003.



LEITE, D. Auto-Avaliação Institucional. Verbete. *In*: MOROSINI, M. (ed.). **Enciclopédia de Pedagogia Universitária**. Glossário. Brasília, INEP, 2006. p. 461-506. v. 2.

LEITE, D. et al. A autoavaliação na Pós-Graduação (PG) como componente do processo avaliativo CAPES. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas; Sorocaba, v. 25, n. 2, p. 339-353, 2020. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/4023>. Acesso em: 6 maio 2021.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Documento orientador de APCN: Área 22: Saúde Coletiva** Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/avaliacao/sobre-a-avaliacao/areas-avaliacao/sobre-as-areas-de-avaliacao/colegio-de-ciencias-da-vida/ciencias-da-saude/saude-coletiva>. Acesso em: 3 maio 2021.

ROSA, R. S.; BORDIN, R. Gestão de projetos de mudança educacional: uma experiência na Faculdade de Medicina da UFRGS. *In*: MACHADO, C. L. B.; MANFROI, W. C. (org.). **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre: Dacasa, 2005.

RIBEIRO, R. J. Ainda sobre o mestrado profissional. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, [s. l.], v. 3, n. 6, p. 2005–2007, 2006.

SILVA, P. A. D.; DEL PINO, J. C. O mestrado profissional na área de ensino. **Holos**, [s. l.], v. 8, p. 318-337, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde. **Regimento Interno**. Aprovado pela Câmara de Pós-Graduação do CEPE nos termos do Parecer nº 856/2016, do dia 09 de agosto de 2016. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ppgensau/repositorio-de-documentos/legislacao-1/regimento-do-ppgensau/view>. Acesso em: 1 maio 2021.

VILELA, R. Q. B.; BATISTA, N. A. Mestrado profissional em ensino na saúde no Brasil: avanços e desafios a partir de políticas indutoras. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, [s. l.], v. 12, n. 28, p. 307-331, 2015.

ZIEDE, M.; ARAGON, R. Docência no Ensino Superior: inovando e reconstruindo práticas pedagógicas na educação a distância. **Currículo sem fronteiras**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 254-279, 2014.

WARMLING, C. M. Avaliação da Pós-graduação Profissional e a produção de conhecimento científico-tecnológico em Saúde Coletiva. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 3-4, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/88869/51241>. Acesso em: 16 maio 2021.



CONTRIBUIÇÕES DA CRIATIVIDADE E DO *DESIGN THINKING* PARA O ENSINO NA ÁREA DA SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA

Liane Mahlmann Kipper¹

Beatriz Baldo Marques²

Magda de Sousa Reis³

Makely Ferreira Rodrigues⁴

Marcus Vinicius Castro Witczak⁵

1 INTRODUÇÃO

A aplicação da metodologia de aprendizagem ativa *Design Thinking* (DT) pode ser utilizada em todas as áreas do conhecimento, em especial no ensino na área da saúde. Conforme Deitte; Omary (2019), o DT tem seu desenvolvimento na engenharia, para os setores de negócios e gestão da saúde e, mais recentemente, para a educação. Pois combina-se uma mentalidade para a empatia com um processo de *design* interativo centrado no ser humano. Objetivando-se, portanto, a mudança intencional de condições insatisfatórias em algo melhor e novo. Se o dividirmos em três momentos, podemos pensar que no início, há o ponto de virada emocional das insatisfações atuais para condições possíveis e esperançosas. Já na segunda etapa, há a satisfação de chegar a um compromisso comum de buscar algo melhor, de um ideal compartilhado, de um novo produto ou solução, de uma política melhor ou de um novo plano. E na última etapa há a excitação da imaginação ativa e de novas possibilidades associado a algo inesperado, inovador e único (DIETHELM, 2019).

Os projetos de *design* em educação devem envolver tarefas autênticas e práticas, possuindo resultados claramente definidos que permitam múltiplas soluções e promovendo a colaboração do aluno e a evolução do pensamento (WRIGLEY *et al.*, 2018). De Oliveira (2014) apresenta a aplicação do *Design Thinking* em casos práticos, onde foi percebida a transformação da sociedade através da transformação dos indivíduos, com o compartilhamento e colaboração na construção do conhecimento. O uso do DT em sala de aula promoveria a vontade de mudar o mundo, com cada estudante e professor fazendo sua parte e integrando um processo de busca de

1 Doutora, UNISC.

2 Mestre, UNISC.

3 Doutora, UNISC.

4 Mestranda em Psicologia, UNISC.

5 Doutor, UNISC.



construção de soluções reais.

Embora existam variantes na aplicação do *Design Thinking*, há um foco comum em projetar soluções centradas no usuário para aprimorar a sua experiência (DEITTE; OMARY, 2019). Destaca-se, aqui, a proposta do Instituto Hasso Plattner de *Design* em Stanford (HASSO, 2019; RUSU, 2019), constituída por um modelo em que todo participante é incentivado a gerar o máximo de ideias possíveis, seguindo 5 etapas: 1) aproximação com as necessidades dos usuários; 2) definição das reais necessidades; 3) idealização de possíveis soluções; 4) prototipação de uma solução; e, 5) testagem da solução para promover a sua avaliação.

Segundo Wrigley, Mosely e Tomitsch (2018) essa metodologia de aprendizagem ativa está associada à inovação e ao desenvolvimento de habilidades e competências. Também ascende por estar sendo buscada por usuários que identificam vantagem estratégica sobre a concorrência em cursos de educação a distância, com aumento surpreendente do seu uso em várias disciplinas no mundo. Kipper et al. (2017) enfatizaram a busca de oportunidades e iniciativa, o comprometimento, a exigência de qualidade e eficiência, o estabelecimento de metas, a busca de informações, o planejamento e monitoramento sistemáticos, a independência, a autoconfiança, dentre outras, como habilidades e competências que podem ser desenvolvidas.

Com este capítulo demonstra-se como a proposta do *Design Thinking*, vinculada ao exercício da criatividade, pode contribuir com o ensino na área da saúde. Para tanto, este texto está organizado da seguinte forma: primeiramente, apresenta-se o entendimento do processo criativo e da capacidade criativa como inerentes ao humano; depois, aprofundam-se os conceitos relativos à metodologia do DT; finalizando-se a escrita com dois exemplos práticos de aprendizagem ativa no ensino da Odontologia.

2 REFLEXÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1 Somos todos criativos?

Antes de conhecermos o *Design Thinking*, enquanto metodologia de aprendizagem ativa, pensamos ser importante discutirmos sobre a capacidade criativa do ser humano. Desde a nossa origem na Terra, utilizamos a nossa criatividade para sobreviver. Como podemos explicar que um animal sem garras, presas e pelos, dito racional, sobreviveu até hoje? É por meio da nossa capacidade de criação que encontramos caminhos para resolver problemas diários, sejam eles simples ou complexos. No entanto, muitos de nós não se consideram pessoas criativas, por quê? Quando crianças a nossa capacidade inventiva supera a capacidade da maioria dos adultos.



Land e Jarman (1990) realizaram um extenso estudo sobre a capacidade criativa e concluíram que aprendemos a ser “Não Criativos”, não em função da idade e sim em função das nossas relações (Família, Escola, Locais de trabalho, etc.). Bem, se é possível aprender a ser “Não Criativo”, o contrário também é verdadeiro. Atualmente, fala-se muito sobre a ser criativo, entendendo isso como um fator importante no mercado de trabalho em constante transformação. É um termo muito usado, mas de difícil definição. Ainda há a crença que a criatividade é um dom natural, fruto de inspiração mágica ou se tem uma ideia que surge “do nada” e resolve nossos problemas. Isto não é verdade! Pois a criatividade pode ser desenvolvida e, para isso, supõe-se atitude em uma perspectiva que nos leva a procurar ideias, manipular conhecimentos e compartilhar experiências. É um processo dinâmico que gera movimento e que só acontece com ação, disposição, abertura, trabalho, ou seja, se não quiser o sujeito não cria movimento algum.

No senso comum toma-se a criatividade como exclusiva de alguns poucos “tipos criativos” (pintores, escultores, *designers* ou escritores profissionais). Em contraponto, Kelley e Kelley (2017) afirmam que a criatividade é uma abordagem proativa na busca por soluções e idealizam que o Design Thinking apresenta ferramentas para a promoção do processo criativo e da capacidade de inovação. Assim, se nem todos são artistas, poderíamos incentivar os professores a serem mais criativos e empáticos com os estudantes. O que faltaria para tanto? Os autores supracitados respondem que falta o desenvolvimento da confiança criativa: “envolve acreditar na sua capacidade de mudar o mundo ao seu redor. É a convicção de que você é capaz de fazer qualquer coisa. Acreditamos que essa autoconfiança, essa crença na sua capacidade criativa, reside na essência da inovação” (p. 14).

2.2 Conceitos sobre criatividade

Ao final do século XX, Weschler (1993) concebe a criatividade em sua processualidade, dividida em 5 etapas:

- 1ª) a percepção de um problema/ necessidade/ curiosidade;
- 2ª) a preparação ou o processo de investigação do problema;
- 3ª) a incubação ou desenvolvimento inconsciente na busca por resoluções ao problema;
- 4ª) a iluminação ou o momento da própria criação;
- 5ª) a verificação ou a constituição de críticas sobre a ideia.

Em complementaridade, Alencar (1996) destaca a existência de Habilidades Criativas, como por exemplo: Fluência: quantidade de ideias; Variedade e Flexibilidade:



identificar soluções sob diferentes perspectivas; Originalidade: respostas incomuns; Elaboração: detalhamento, enriquecimento; Sensibilidade para problemas: capacidade para encontrar uma necessidade; Redefinição: a capacidade de ver um problema conhecido sob uma perspectiva completamente diferente; Tolerância à ambiguidade: a capacidade de aceitar e trabalhar ao mesmo tempo com múltiplas causas ou respostas a problemas ou desafios singulares.

Alencar e Fleith (2003), revisitando o uso do termo criatividade em diferentes autores, sintetizam-na como a produção de algo novo, que é aceito como útil e/ou satisfatório por um número significativo de pessoas em algum ponto no tempo. Ou ainda, como o processo de se tornar sensível a problemas, deficiências e lacunas no conhecimento; identificar a dificuldade, buscar soluções, formulando hipóteses; testar e novamente testar estas hipóteses; e, finalmente, comunicar os resultados.

Concordamos que todas essas habilidades são importantes na formação dos profissionais do século XXI. Na secção seguinte, demonstraremos como as mesmas podem ser desenvolvidas por meio da metodologia de aprendizagem ativa – *Design Thinking*.

2.3 O que é *Design Thinking*?

Um dos desafios deste século está na perspectiva de desenvolver a autonomia em consonância com a necessidade do coletivo. Mitre *et al.* (2008) enfatizam que a educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo — de interdependência e de transdisciplinaridade —, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva.

Aceitamos o desafio proposto por Morin (2004) em busca de métodos de ensino inovadores. Estes deveriam promover a participação ativa dos estudantes na reflexão e construção do conhecimento, para além do treinamento puramente técnico. Ao mesmo tempo, que acolham uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora. Posto isso, buscam-se alternativas possíveis para alcançar os desafios apresentados frente ao avanço tecnológico e pela percepção do mundo em rede e em constante transformação, que compõem a “sociedade do conhecimento”. Nessa sociedade, a captação e o armazenamento de dados sobre diferentes aspectos da vida é intensa e pode promover a geração de conhecimento em todas as áreas. Pozo (2004) a equipara a uma sociedade da aprendizagem porque, segundo ele, nunca houve tantas pessoas aprendendo tantas coisas ao mesmo tempo como na atualidade. E complementa que aprender constitui uma exigência social crescente que conduz a um paradoxo: cada vez se aprende mais e cada vez se fracassa mais na tentativa de aprender.



A imensidade de informações que recebermos a todo o momento pode dificultar o processo de ensino-aprendizagem. Se intentamos diminuir o fracasso na tentativa de aprender, devemos ampliar as capacidades ou competências cognitivas dos aprendizes. Em analogia, atualmente não basta apenas saber navegar pela internet, mas sim encontrar dentre as diversas fontes de informação aquilo que lhes seja relevante. O encontro de tal relevância poderíamos nomear com o êxito no processo de aprendizagem.

O desenvolvimento de competências como habilidades criativas, pensamento crítico, resolução de problemas, entre outras, tornam-se necessário para a promoção da nova e verdadeira cultura da aprendizagem. Pozo (2004) acrescenta ainda que essa nova cultura da aprendizagem requer ensinar aos estudantes cinco tipos de capacidades para a gestão metacognitiva do conhecimento, sendo elas: competências para a aquisição de informação; competências para a interpretação da informação; competências para a análise da informação; competências para a compreensão da informação e competências para a comunicação da informação.

Já afirmamos anteriormente que o *Design Thinking* é uma metodologia de aprendizagem ativa e apresenta-se como uma alternativa para a promoção da cultura da aprendizagem necessária no século XXI. Isso porque: proporciona experiências inovadoras e criativas aos seus usuários; enfatiza a observação, colaboração, rápido aprendizado, visualização de ideias, construção rápida de protótipos de conceitos; prioriza a obtenção de novos sentidos e significados à experimentação de conceitos e significados fundamentais ao ensino e em diversas áreas do conhecimento (COOPER; JUNGINGER; LOCKWOOD, 2009). A adoção das técnicas de DT facilita e incentiva a aprendizagem das habilidades empreendedoras necessárias na formação do profissional da era da transformação digital, conforme Aranha e Dos Santos (2016).

Entendemos o *Design Thinking*, na perspectiva de Alt e Bodian (2018), como sendo mais do que uma metodologia, ou seja, como uma maneira de entender e abordar problemas. E, assim o assumimos como um novo modelo mental para a promoção de entendimento de contextos complexos aos seus usuários, auxiliando na resolução de problemas de modo colaborativo e envolvente.

Recomendamos a utilização do *Design Thinking* como uma estrutura aberta e em constante modificação. Existem várias propostas de estruturas para sua aplicação e utilização de suas ferramentas. O mesmo será exposto na secção seguinte.

2.4 Pilares, etapas e ferramentas da abordagem do *Design Thinking*

A metodologia de aprendizagem ativa *Design Thinking* é uma abordagem centrada no humano, porque se baseia em nossa capacidade de sermos intuitivos,



de reconhecermos padrões e desenvolvermos ideias que tenham um significado emocional, para além do racional. Se equilibra sobre três pilares: empatia, colaboração e experimentação das ideias.

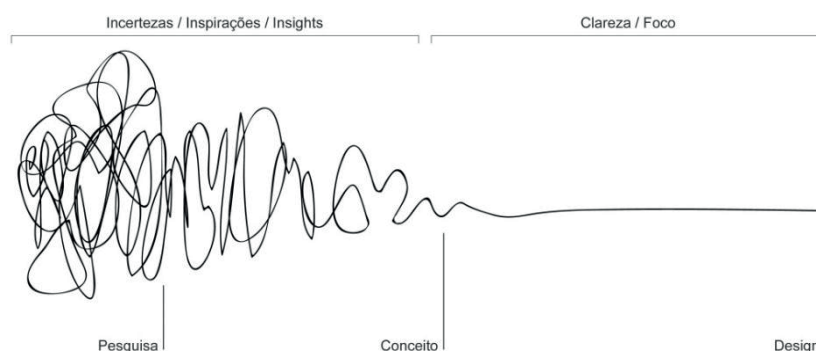
- A empatia é a tentativa de ver o mundo através dos outros, compreender o mundo por meio das experiências alheias e de sentir o mundo a partir de suas emoções (DE OLIVEIRA, 2014). O exercício da observação para gerar empatia pode promover profundo conhecimento do consumidor/público-alvo e sensibilidade ao problema em estudo.

- A colaboração deve alcançar uma visão multidisciplinar e sistêmica, por meio da cocriação de soluções com a participação das pessoas que sofrem com o problema em análise e interessados em resolvê-lo. O conceito de cocriação, cunhado por Prahalad *et al.* (2004), diz que é uma forma de desenvolver diferenciais inovadores em parceria com os usuários e/ou clientes dada a premissa de que a equipe produzirá um resultado maior do que simplesmente a soma das capacidades de cada pessoa.

- A experimentação é utilizada para provocar observações e inferências em diversas circunstâncias, assim como para testar as nossas hipóteses de solução. Validando ou não a ideia que foi concretizada em protótipos (prototipagem).

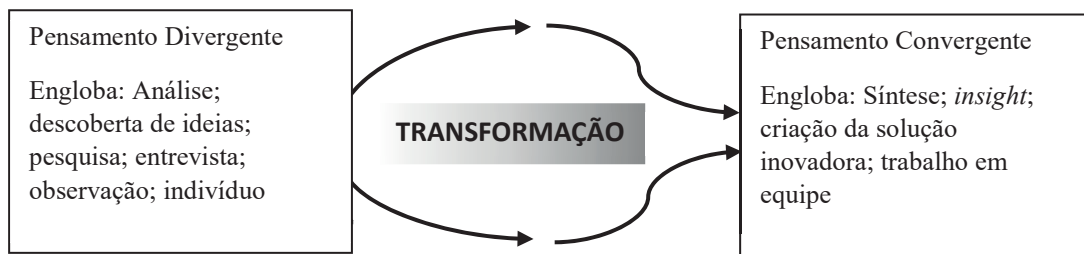
Considerando que o *design* não é um processo linear de solução de problemas, a abordagem do *DT* vai gerar momentos em que promovam, nos seus usuários, pensamentos divergentes e momentos em que promovam pensamentos convergentes. A Figura 1 é conhecida como *The squiggle* e foi criada pelo designer Damien Newman. Seu objetivo foi ilustrar as características do processo de design, deixando claro que esse processo apresenta incertezas no início (importância do pensamento divergente), mas no final os seus usuários se concentram em um único ponto para a solução de problemas (importância do pensamento convergente).

Figura 1 - *The squiggle* de Damien Newman



Na Figura 1, percebe-se que é importante proporcionarmos aos estudantes momentos que promovam pensamentos diferentes: divergentes nos momentos de observação e investigação, buscando ampliar o conhecimento sobre o problema; e momentos em que serão utilizadas ferramentas que promovam pensamentos convergentes, nesse caso, com foco em desenvolver a capacidade de avaliação e síntese para a convergência das ideias em solução. Esse movimento dos diferentes pensamentos proporciona o desenvolvimento de pessoas para o trabalho em equipe, assim como cria a confiança criativa. Já a Figura 2 representa as relações entre o pensamento divergente e o convergente na abordagem do *Design Thinking*.

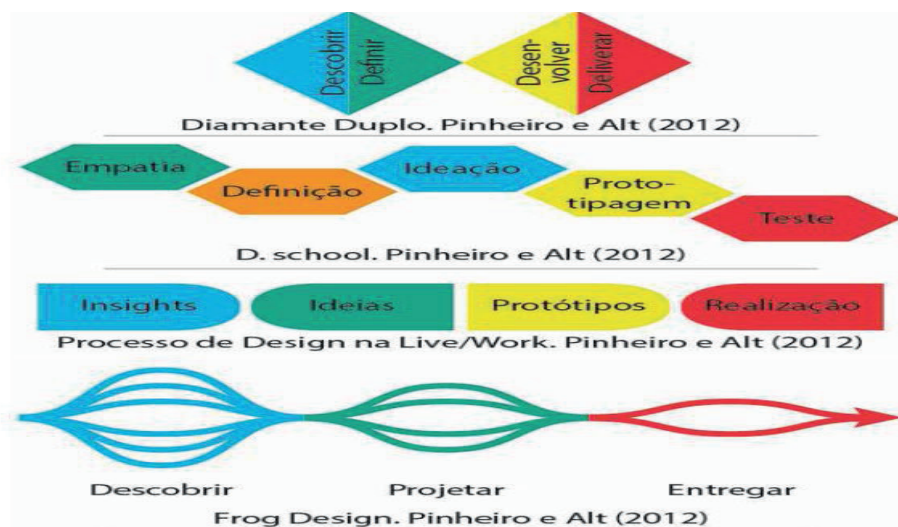
Figura 2 - Pensamento divergente e convergente



Fonte: Brown (2018).

Para estruturar a abordagem do *Design Thinking* existem diversas estruturas processuais. Na Figura 3 estão representadas algumas delas.

Figura 3 - Processos do Design Thinking

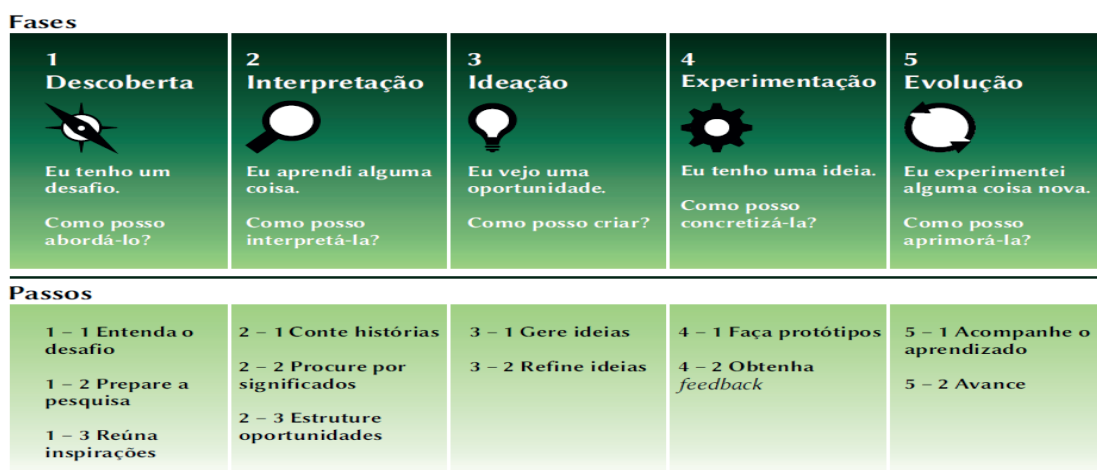


Fonte: Gaebler e Santos (2015).



Para o uso do *Design Thinking* na Educação, a Educadigital (2013) elaborou o processo de *design*, descrita na Figura 4. Para saber mais acesse o link: <https://www.dtparaeducadores.org.br/site/>

Figura 4 - Processo do *Design Thinking* na educação



Fonte: Educadigital (2021).

A aplicação da metodologia de aprendizagem ativa *Design Thinking* deve ser utilizada com a formação das equipes de estudantes (no caso de uso em sala de aula). Recomendamos que as equipes sejam constituídas com no máximo 05 participantes. A título de sugestões de ferramentas a serem utilizadas no desenvolvimento das etapas do DT, segue a seguinte organização metodológica:

Etapa Descoberta (1ª fase da Figura 4), também entendida como imersão, tem como foco a observação e o entendimento do problema (Dica: defina bem o problema). Aqui, focaremos no exercício do pensamento divergente, gerando muitas ideias a partir da experiência do usuário (atores envolvidos) de forma que o modelo assuma uma perspectiva cognitiva, de racionalização e reflexão; colocando em segundo plano o componente de prática e prototipação (LIEDTKA; MINTZBERG, 2006). Na identificação das necessidades, busque: cultivar a curiosidade pela vida de desconhecidos (atores envolvidos); ignorar os preconceitos e descobrir os pontos em comum; experimentar a vida do outro por meio do uso de ferramentas; e prestar muita atenção quando a outra pessoa fala, estando sempre aberto para entender o outro. Algumas ferramentas utilizadas nessa fase: *Brainstorming*; Entrevista; Pesquisa; Usuários Extremos.

Etapa Interpretação (2ª fase da Figura 4), também conhecida como análise e síntese, ocorre após as etapas de levantamento de dados na fase de Descoberta/Imersão. Para tal, os *insights* são organizados de maneira a obter-se padrões e a criar desafios que auxiliem na compreensão do problema. Algumas ferramentas utilizadas



nessa fase: Contar Histórias; Agrupamento; Persona ou Mapa da Empatia; POV = usuário, necessidade e insight.

Etapa Ideação (3ª fase da Figura 4), tem como intuito gerar ideias inovadoras para o tema do projeto e, para isso, utilizam-se as ferramentas de síntese criadas na fase anterior para estimular a criatividade e gerar soluções que estejam de acordo com o contexto do assunto trabalhado. É a retomada do pensamento divergente. Nessa fase, geramos a maior quantidade possível de ideias para o problema redefinido, utilizando alguns critérios e ferramentas para escolher a melhor ideia para ser desenvolvida. Algumas ferramentas utilizadas nessa fase: SCAMCEA; Brainstorming; Matriz de Posicionamento.

Etapas Experimentação e Evolução é a retomada do pensamento convergente. É também conhecida como prototipação e tem como função desenvolver protótipos para auxiliar a validação das ideias geradas e, apesar de ser apresentada como uma das últimas fases do processo de *Design Thinking*, pode ocorrer ao longo do projeto em paralelo com a Descoberta e a Ideação. Um protótipo é a tangibilização de uma ideia e marca a passagem do abstrato para o físico de forma a representar a realidade, propiciando validações ou simulações que antecipam problemas futuros, testam hipóteses e exemplificam, permitindo, assim, a seleção e refinamento, bem como a tangibilização e avaliação interativa das ideias. Também possibilitam que se validem soluções junto a uma amostra do público e que se antecipem problemas eventuais, reduzindo riscos e otimizando gastos. Algumas ferramentas utilizadas nessa fase: *storyboard*; *mock ups*; dramatização.

Demonstradas algumas das ferramentas utilizadas no *Design Thinking* e ressaltada a importância da promoção do movimento entre o pensamento divergente e o pensamento convergente, passamos ao estudo de caso como elemento primordial para a execução dessa metodologia de aprendizagem ativa.

3 DESIGN THINKING NA ODONTOLOGIA: AVALIANDO A PROMOÇÃO DO ENGAJAMENTO E TRABALHO EM EQUIPE EM ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

O objetivo do estudo de intervenção foi avaliar o engajamento e o trabalho em equipe de 17 estudantes de dois estágios do último semestre de formação do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul por meio da metodologia de aprendizagem ativa *Design Thinking*.

3.1 Da construção da experiência

Iniciou-se com os acadêmicos respondendo a um questionário que abordava



os seus sentimentos em relação à instituição de ensino, a sua responsabilidade frente às atividades e a sua capacidade de trabalhar em equipe. Também se construiu um formulário de engajamento em que identificou-se: (1) aprendizagem e/ou desenvolvimento do trabalho em equipe; (2) possibilidade de solucionar problemas através de inovação e criatividade e (3) capacidade de proporcionar o engajamento. Da análise dos dados advindos da aplicação do formulário, obteve-se que: 100% dos estudantes concordaram que o Curso de Odontologia oferece para os mesmos oportunidades diferentes na formação; a UNISC é uma boa instituição para estudar (94,12%); o ambiente criado pelos professores é bom (82,35%); gostavam de ir para as atividades de estágio (76,47%); a qualidade do trabalho é de sua responsabilidade (88,24%); conhecem as normas e procedimentos adotados pelo curso (94,12%); e, sentiam-se felizes emocionalmente (88,24%).

Ainda durante a imersão, os acadêmicos conheceram o local do seu trabalho e observaram o funcionamento e as necessidades do campo de intervenção. Na etapa de análise e síntese, os grupos identificaram as necessidades ou desejos de cada local de estágio a partir das informações coletadas e do que foi observado, escutado e vivenciado. A seguir, os grupos discutiram amplamente sobre todas as possibilidades, sem julgamentos, e definiram o problema que iriam trabalhar para satisfazer o desejo/necessidade de cada local. A ideação foi realizada de forma com que os estudantes colocassem no papel todas as sugestões, usando a criatividade na produção de propostas para a solução do problema, porém cientes da realidade e necessidades de cada local de estágio. Em seguida, realizaram a ideação e realizaram a prototipagem, considerada fundamental para o refinamento do projeto. Dois grupos de intervenção foram organizados (G1 e G2) e o relato dos resultados estão descritos a seguir.

3.2 Grupo 1

Na imersão (descoberta), o G1 elencou a demanda observada e vivenciada no local pertencente ao campo de atuação, um centro social. As ferramentas utilizadas para essa etapa foram o *brainstorming* escrito em *post-its*, em seguida, o agrupamento das ideias.

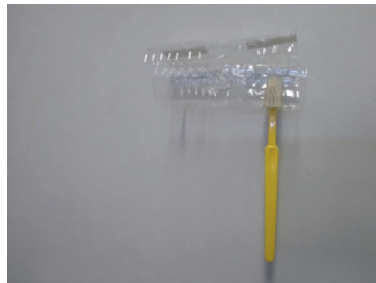
O local da intervenção foi um centro social que abriga educandos entre 6 e 15 anos de idade e desenvolve atividades de convivência e fortalecimento de vínculos no turno inverso ao das aulas. Durante as visitas, o G1 realizou atividades de educação em saúde e avaliações das condições de saúde bucal das crianças e adolescentes que frequentavam o local. Nesse período, percebeu que uma das necessidades era a melhoria no armazenamento das 120 escovas e do creme dental utilizados pelos educandos. Para os estagiários do G1, que já haviam participado anteriormente de trabalhos em equipe, atuar juntos em busca da resolução do problema não se



mostrou um desafio, visto que estavam cientes de que o trabalho em equipe produz resultados melhores do que individualmente.

Possibilidades de soluções para o problema foram trabalhadas na etapa da ideação. Em seguida, foi desenvolvido um protótipo feito com garrafa de polietileno tereftalato (PET), conforme a Figura 5, simulando o porta-escovas. Os estagiários precisavam saber o diâmetro do orifício para que a escova ficasse firme no porta-escovas e também o distanciamento entre as escovas para evitar o contato entre elas. Essa etapa foi fundamental para o dimensionamento de um suporte que acomodasse 120 unidades de escovas.

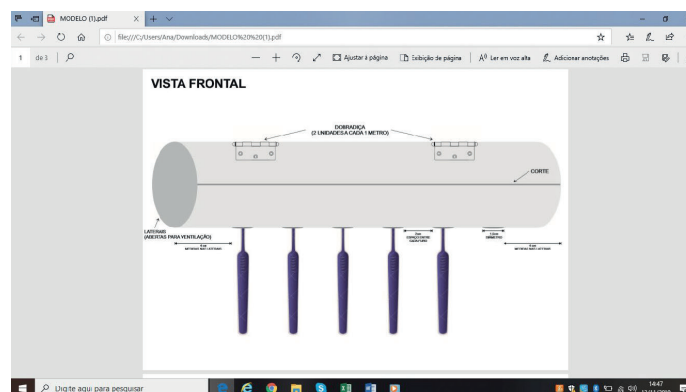
Figura 5 - Protótipo porta escovas (com garrafa PET)



Fonte: Foto do arquivo dos responsáveis pelo projeto.

O projeto final do porta-escovas (Figura 6) foi planejado com os materiais e quantidades necessárias com as medidas e orientações para sua execução. Todo o material foi listado e orçamentado pelos estagiários do G1: canos de Policloreto de Vinila (PVC); dobradiças; parafusos para sustentação do PVC; buchas, arruelas, puxadores e porcas. Ao final, concluíram que a aquisição de todo material necessário para a confecção do porta-escovas era viável sob o ponto de vista tecnológico e financeiro. O projeto foi entregue à coordenação do centro social, que o recebeu com satisfação e emoção, pois há tempo aguardavam uma solução para o problema.

Figura 6 - Vista frontal do projeto do porta-escovas



Fonte: Foto do arquivo dos responsáveis pelo projeto.



3.3 Grupo 2

Os estagiários do G2, durante a etapa de imersão, listaram num *brainstorming* silencioso suas percepções e os aspectos que consideravam importantes serem revistos para o bom funcionamento da prática clínica. Verificaram, também, a necessidade de melhorias nos processos internos e nos protocolos envolvendo alguns dos setores da clínica. Os seguintes pontos foram levantados: comunicação ineficaz da equipe de funcionários da recepção da clínica com os estudantes e pacientes e formato da distribuição de materiais para as atividades dos estagiários dentro da clínica.

As ideias foram fixadas num quadro e vistas por todos. Um novo *brainstorming* foi aplicado, e, quando visualizadas pelo grupo, algumas das ideias foram reforçadas e outras foram ampliadas, num processo no qual a divergência e a multiplicidade foram valorizadas. Os temas foram, então, colocados em debate através do *storytelling*, em que o assunto foi contextualizado a partir do relato histórico de protocolos dentro das clínicas.

Após análise das questões, eles verificaram os pontos mais relevantes elencados na etapa anterior e a complexidade para a sua resolução. O primeiro ponto envolvia a gestão superior (Coordenação do Curso de Odontologia) na capacitação dos funcionários de alguns setores. O segundo, apontava a significativa distância de alguns postos de trabalho dos estagiários (*boxes*) em relação ao setor de distribuição de materiais e também o intenso fluxo de acadêmicos para retirada de materiais de consumo durante as atividades práticas.

O deslocamento e o tempo despendidos na solicitação e no recebimento do material necessário aos atendimentos dos pacientes não foram considerados fatores condizentes com a realidade de consultórios de clínica privada nem com a das redes de atenção à saúde (UBS e ESF). Nesses ambientes, o fluxo de pessoas costuma ser de profissionais (cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal) e o material de consumo fica armazenado junto ao posto de trabalho, o que propicia mais agilidade no atendimento ao paciente.

A opção foi intervir em busca de uma solução para o gargalo no setor de distribuição de materiais. O problema no referido setor tinha origem na elevada demanda gerada por disciplinas práticas e outros estágios que ocorriam ao mesmo tempo no ambiente clínico. Esse momento mostrou que o G2 convergiu para buscar soluções diante dos problemas percebidos, avaliando sua capacidade de atuação frente a eles.

Portanto, os estudantes foram desafiados frente aos passos do DT a descobrir, interpretar, evoluir, experimentar e idealizar, em conjunto com todos os envolvidos no processo, o que consideravam importante para ser revisto, modificado, incluído e



melhorado no ambiente clínico do estágio. Além disso, precisaram propor, através da experimentação, uma maneira de resolver o problema.

A solução idealizada foi viabilizar acesso mais próximo e rápido aos materiais comumente utilizados durante o atendimento aos pacientes. O G2 dividiu então as tarefas para: a) conversar com os responsáveis por setores de distribuição, como o almoxarifado e a distribuição no ambiente da clínica, propondo saídas práticas que pudessem resolver tal problema, b) elencar os principais materiais aos quais gostariam de ter acesso mais rápido e c) preparar o protótipo de um carrinho a ser colocado próximo ao grupo durante suas atividades no atendimento dos pacientes, que servisse de dispensador dos materiais.

Para o último ponto, um grupo se encarregou de ir até o depósito de materiais e móveis da UNISC a fim de encontrar algo que pudesse ser aproveitado entre aqueles que foram descartados por algum setor. A ideia foi descartada após análise do aproveitamento de móveis já usados, tentativa de ajustá-los para servir ao propósito e percepção com marceneiros da sua inviabilidade econômica. Os estudantes, então, procuraram no próprio Curso de Odontologia um móvel que pudesse servir para o fim proposto. Lá, localizaram um carrinho de marcenaria com duas bandejas em níveis diferentes e com rodízios, que era utilizado para fazer o transporte de materiais do almoxarifado até a central de distribuição de materiais; em seguida, os estudantes negociaram com os responsáveis a sua utilização como protótipo.

Assim, após a realização das tarefas propostas, o G2 iniciou a fase da prototipagem. O protótipo cujo objetivo era dispensar certos materiais aos estagiários foi preparado especificamente para o grupo, segundo as necessidades apresentadas pelos estudantes e discutidas com os funcionários do setor de distribuição (Figuras 7).

Figuras 7 - Protótipo (carrinho) de dispensação de materiais



Fonte: Fotos do arquivo dos responsáveis pelo projeto



Na avaliação pelo Curso de Odontologia para o uso do protótipo constava a responsabilidade dos integrantes do G2 durante a sua utilização. Isso significava que os estagiários deveriam manusear adequadamente os materiais contidos no carrinho dispensador — usando luvas plásticas específicas para evitar contaminação cruzada, dispensando apenas a quantidade do material necessária para evitar desperdícios e controlar os gastos e realizando a devolução do carrinho ao final de cada expediente de atendimento clínico. Os estudantes utilizaram esse protótipo durante 45 dias, o que gerou interesse de outros estagiários, estudantes de práticas clínicas e docentes de diversas áreas. Na avaliação final do protótipo elaborado pelo G2, todos os envolvidos apresentaram oralmente suas impressões sobre a organização da equipe na busca da resolução de um problema considerado crônico dentro da clínica. Nos semestres seguintes, o carrinho dispensador de materiais foi apresentado aos grupos interessados.

3.4 Da conclusão da experiência

No final do processo, os 17 estagiários (G1 e G2) responderam a um questionário para avaliar a experiência no encaminhamento e na resolução dos problemas vivenciados nos referidos estágios, incluindo o desenvolvimento de competências e habilidades. Em relação ao trabalho em equipe, antes da realização do projeto, 88,24% consideravam-se aptos a trabalhar em equipe, porém, após a realização dessa atividade, apenas 58,82% consideraram que desenvolveram a empatia e souberam conviver com as diferenças dos membros da equipe. Continuando as comparações, primeiro 58,82% entenderam que o trabalho em equipe produz melhores resultados se comparado com a ação individual e 29,41% foram indiferentes; ao final, continuaram indiferentes 29,41%, enquanto 52,94% concordaram que o trabalho em equipe é mais resolutivo, 11,76% discordaram e apenas 5,88% discordaram totalmente.

Ainda na mesma pesquisa, observou-se que 52,94% dos estudantes concordaram que a experiência com o DT foi inovadora e criativa, porém 41,17% ficaram indiferentes à experiência. Em contrapartida, 70,59% entenderam que participar do DT fez com que se sentissem mais capazes de promover soluções por meio da análise de problemas reais. Além disso, em relação à necessidade de trabalhar com outras áreas de atuação para desenvolver a atividade proposta pelo grupo, 64,7% consideraram que foi necessário buscar diferentes conhecimentos. No pré-teste, 82,65% dos estudantes se sentiram motivados e interessados em realizar as atividades de estágio. No final, 70,59% relataram que a metodologia do DT fez com que se sentissem mais motivados e interessados em participar das atividades.

Antes de iniciarem a atividade, 23,52% dos estudantes relataram não ter liberdade para criar ideias, 41,17% disseram ter liberdade e 35,29% nem concordaram



e nem discordaram. No pós-teste, esses índices mudaram, pois 76,47% relataram ter liberdade para criar ideias e 23,53% nem concordaram e nem discordaram.

Após analisarmos todos os dados aqui apresentados, acreditamos que a intervenção foi realizada com êxito. Tivemos alguns aspectos que dificultaram e outros que foram positivos na intervenção DT. Entendemos como pontos desafiadores a aplicação de uma metodologia de ensino ativa com estagiários de último semestre, pois os mesmos estavam familiarizados com metodologias tradicionais, o que pode justificar a resistência apresentada por alguns estudantes à nova proposta de trabalho.

Outro aspecto que nos chamou a atenção foi o quanto trabalhar de maneira integrada é desafiador: antes da realização da atividade proposta, a maioria achava-se apta a trabalhar em equipe; após a participação, pouco mais da metade considerou que desenvolveu a empatia e soube conviver com as diferenças dos colegas. Positivamente destacamos a liberdade percebida pelos estagiários nesses processos de ensino e de aprendizagem: no início, menos da metade se sentia livre para criar ideias; após a aplicação da metodologia, esse índice quase duplicou, ratificando, assim, a importância do DT no desenvolvimento da autonomia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos que alguns estudantes se empenharam mais do que outros, não havendo uniformidade na realização das atividades. Em contrapartida, os próprios estudantes perceberam que o engajamento e o trabalho em equipe produzem bons resultados, pois promoveram soluções por meio de problemas reais. Como sujeitos do processo, participaram e colaboraram, especialmente quando entenderam que sua proatividade contribuiria para ajudar na resolução de questões que os incomodavam e que suas propostas seriam colocadas em prática.

Finalizamos afirmando que os estudantes precisam de desafios desde o início dos seus cursos de graduação para desenvolverem criatividade, engajamento e trabalho em equipe. A metodologia do *Design Thinking* pode ajudar nesse processo, facilitando reflexões e agregando valores nos envolvidos durante a atividade, beneficiando os alunos, os professores e a comunidade.

A vivência num estágio no ensino superior traz à tona desafios, dificuldades, emoções, experiências e possibilita, na interação entre os participantes, uma profunda aprendizagem. Quando os acadêmicos percebem-se fazendo parte do processo para resolução de um problema, há estímulo, empenho e busca de propostas e soluções criativas. Para o estudante, a relevância encontra-se na oportunidade de vivência e na percepção das necessidades, de diferentes naturezas, no contexto em que está inserido. Constrói-se a capacidade de encontrar e apontar soluções e contribui-se efetivamente para a mudança.



REFERÊNCIAS

- ALENCAR, E. M. S.; FLEITH, D.S. **Criatividade**: múltiplas perspectivas. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.
- ALT, Luis; BODIAN, Stephan. **Design Thinking Brasil**: empatia, colaboração e experimentação para pessoas, negócios e sociedade. Rio de Janeiro: Alta Books Editora, 2018.
- ARANHA, Elzo Alves; SANTOS, Paulo Henrique. Design Thinking e habilidades empreendedoras na formação dos engenheiros de produção. *In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 36., 2016, Joinville - SC.
- BROWN, Tim. **Design Thinking**: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. Rio de Janeiro: Alta Books Editora, 2018.
- COOPER, Rachel; JUNGINGER, Sabine; LOCKWOOD, Thomas. Design thinking and design management: A research and practice perspective. **Design Management Review**, v. 20, n. 2, p. 46-55, 2009.
- DE OLIVEIRA, Aline Cristina Antoneli. A contribuição do Design Thinking na educação. **Revista E-Tech: Tecnologias para Competitividade Industrial- ISSN-1983-1838**, p. 105-121, 2014.
- DE OLIVEIRA, Aline Cristina Antoneli. A contribuição do Design Thinking na educação. **Revista E-Tech: Tecnologias para Competitividade Industrial. ISSN-1983-1838**, p. 105-121, 2014.
- DEITTE, Lori A.; OMARY, Reed A. The power of design thinking in medical education. **Academic radiology**, v. 26, n. 10, p. 1417-1420, 2019.
- DIETHELM, Jerry. Embodied design thinking. **She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation**, v. 5, n. 1, p. 44-54, 2019.
- EDUCADIGITAL, Instituto. **Design Thinking para educadores**. Versão em português: Instituto Educadigital, 2013. Disponível em: <https://www.dtparaeducadores.org.br/site/>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- GAEBLER, Diane Mafra; SANTOS, CT dos. Colocando em prática o Design Thinking: ferramentas projetuais para inovar com sucesso. *In: Proceedings of the Fourth International Conference on Design, Engineering and Management for Innovation, Florianópolis-SC, Brazil. [Google Scholar]*. 2015.
- GARBIN, Mônica Cristina; AMARAL, Sérgio Ferreira. Design Thinking: A Colaboração como Mola Propulsora da Inovação na Educação. **Revista InovaEduc** | nº, v. 2, 2013.



HASSO – Institute of design at Stanford. An Introduction to Design Thinking. **Process guide**. [cited 2019; Available from: <https://dschool-old.stanford.edu/sandbox/groups/designresources/wiki/36873/attachments/74b3d/ModeGuideBOOTCAMP2010L.pdf>].

KELLEY, Tom; KELLEY, David. **Confiança criativa**: libere sua criatividade e implemente suas ideias. Barra Funda – São Paulo/SP: Casa Educação, 2017.

KIPPER, L.M. *et al.* Design thinking em sala de aula para a promoção de habilidades empreendedoras. *In*: ENEGEP - XXXVII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. 2017, ABEPRO: Joinville, SC. p. 1-10.

LAND, George; JARMAN Beth. **Ponto de ruptura e transformação**. Rio de Janeiro: Editora Cultrix, 1990.

MORIN, Edgar. **Repensar a reforma**. Reformar o pensamento. A cabeça bem-feita. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

POZO, Juan Ignacio. A sociedade da aprendizagem e o desafio de converter informação em conhecimento. **Revista Pátio**, Porto Alegre, ano VIII, n. 31, ago./out. 2004.

PRAHALAD, Coimbatore K. *et al.* **O futuro da competição**: como desenvolver diferenciais inovadores em parceria com os clientes. Amsterdam: Elsevier, 2004.

RUSU, Bogdan. Design Thinking Workshops: Uncovering Facilitator and Participants' Experiences. *In*: **International Symposium in Management Innovation for Sustainable Management and Entrepreneurship**. Springer, Cham, 2019. p. 403-416.

WECHSLER, Solange Muglia. **Criatividade**: descobrindo e encorajando: contribuições teóricas e práticas para as mais diversas áreas. Campinas: Psy, 1993.

WRIGLEY, Cara; MOSELY, Genevieve; TOMITSCH, Martin. Design thinking education: A comparison of massive open online courses. **She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation**, v. 4, n. 3, p. 275-292, 2018.



EDUCAÇÃO E CONCEITOS BÁSICOS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Náthalie da Costa¹

Bruna Duz²

Tomaz Mazuco Rodriguez³

Iagro Cesar de Almeida⁴

Caroline Brand⁵

Cézane Priscila Reuter⁶

INTRODUÇÃO

No ano de 1990, mais especificamente, no mês de setembro, foi promulgada a lei federal 8080, que, em seu artigo 7º, versa acerca do conceito de saúde e das condições para promoção, proteção e recuperação. A lei aborda, também, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, frisando que, para que seja possível a obtenção de um eficaz entendimento de saúde e fortalecimento

1 Acadêmica do Curso de Fisioterapia.

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/ Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0002-4155-5470

Naticosta02@hotmail.com

2 Acadêmica do Curso de Medicina.

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/ Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0001-67639296

bruna.rduz@gmail.com

3 Acadêmico do Curso de Medicina.

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/ Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0003-4726-4110

tmrodriguez@mx2.unisc.br

4 Acadêmico do Curso de Medicina.

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/ Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0003-0697-9910

iagro@mx2.unisc.br

5 Doutora em Ciências do Movimento Humano.

Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC/ Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0002-5624-3592

carolbrand@hotmail.com.br

6 Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC/ Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0002-4549-3959

cezanereuter@unisc.br



do bem-estar, é de suma importância a adaptação das práticas profissionais dentro do contexto de cada população (CARVALHO, 2013).

Nesse sentido, pode-se compreender o bem-estar como a soma de um conjunto de condições as quais consideram o ser humano nas dimensões biopsicossociais em que se encontra inserido. Ademais, define-se o termo de “estar saudável” como o equilíbrio das dimensões supracitadas, buscando, com isso, a manutenção da qualidade de vida (CARVALHO, 2013). Portanto, para que seja possível abranger os processos de saúde-doença, é necessário, antes - e acima - de tudo, compreender e respeitar as vulnerabilidades das populações atendidas e os saberes por elas formulados, indo ao seu encontro. Tal fato pauta-se na singularidade que o conceito de saúde possui para cada indivíduo, já que dentro de suas subjetividades cada pessoa traça seu próprio conceito de saúde-doença (CARVALHO, 2013).

Dessa forma, ao colocarmos o profissional da saúde como protagonista e mediador na construção de saberes de uma comunidade, torna-se seu papel a manutenção de práticas de educação continuada, auxiliando os indivíduos que vivem ali, na construção de suas próprias percepções sobre a díade saúde-doença (MANTHORPE; SAMSI, 2016) e também em outras dimensões psicossociais do meio em que estão inseridos (MANTHORPE; SAMSI, 2016; XU *et al.*, 2019; BORSSOK *et al.*, 2018; SILVA; GOURLAT; GUIDO, 2018), atuando de forma humana e flexível, mas jamais impondo suas visões (VASCONCELOS; PRADO, 2018). Nesse viés, mostra-se extremamente importante a aproximação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com as práticas vigentes em nosso cotidiano, por meio do acolhimento de saberes populares e, a partir de então, da realização e planejamento de atividades que sejam capazes de atender coerentemente determinadas populações e seus anseios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Diante disso, e considerando a importância da abordagem teórico-prática dessa temática, a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) oferta a disciplina intitulada “Práticas Interdisciplinares e Vivências Comunitárias”, a qual proporciona tal oportunidade aos alunos. Assim sendo, o objetivo deste capítulo é abordar a educação e os conceitos básicos de saúde por meio de um relato de experiência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de atividades de educação, prevenção e promoção em saúde, realizadas na disciplina de “Práticas Interdisciplinares e Vivências Comunitárias em Saúde”. Tal disciplina foi disponibilizada aos estudantes dos cursos da saúde desde o primeiro semestre do ano letivo de 2018. Aqui, são abordadas experiências emergentes no contexto da primeira turma, em que se matricularam 23 alunos.



Para a seleção das comunidades em que ocorreram as atividades práticas e as vivências, inicialmente, procedeu-se com o levantamento de possibilidades, por parte dos alunos, divididos em três grupos. Em seguida, foram feitos contatos e, depois, com a autorização prévia, foram agendadas atividades em espaços públicos, com os moradores das comunidades. As atividades sempre foram embasadas teoricamente e, eventualmente, foram acompanhadas por uma tutora e/ou pela professora responsável.

Quanto à realização das atividades, optou-se por intercalar práticas e teóricas. As temáticas abordadas versavam acerca da própria evolução da saúde e, também, de alguns conceitos, tais como: saúde, educação ambiental, políticas públicas de saúde. Além disso, ações e dinâmicas comunitárias, com abordagem interdisciplinar e também multidisciplinar, fizeram parte das ações.

Como resultado dessa atividade, foi possível o desenvolvimento do presente relato, o qual descreve as atividades práticas desenvolvidas pelo grupo acadêmico que contou com um total de oito alunos, de cursos e semestres distintos, da área da saúde. Tais estudantes optaram pela realização das atividades nas seguintes comunidades: uma escola estadual de Ensino Fundamental, uma Unidade Prisional Regional e um mosteiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um momento inicial em sala de aula, o grupo de estudantes foi estimulado pelo professor responsável a buscar a caracterização do conceito de saúde, buscando palavras que pudessem defini-lo. Dentre as mais mencionadas, encontravam-se: equilíbrio fisiológico, bem-estar e, também, o ato de se sentir bem no âmbito biopsicossocial.

Tendo em vista essa atividade e reconhecendo o quanto ela foi importante para a percepção de que cada indivíduo possui uma singular conceituação acerca da temática. Assim, optou-se pela realização de atividade similar com as comunidades atendidas (figura 1).



Figura 1. Descrição do conceito de saúde entre os grupos

COMUNIDADE	6º ANO	7º ANO	Homens (apenados)	Mulheres (apenados)	Mosteiro
PALAVRAS UTILIZADAS	Alimentação saudável	Doenças cardíacas	Estar em casa	Se maquiar	Paz e Reza
	Brincar	Drogas lícitas e ilícitas	Tristeza	Se olhar no espelho	Adorar a Deus
	Praticar atividade física	Preservativos	Liberdade	Cuidados pessoais	Cuidar do próximo
	Praticar exercícios	Saúde Mental	Família	Família	Natureza

Fonte: Desenvolvido pelos autores.

Para um eficaz desenrolar das atividades desenvolvidas e dos resultados encontrados, cada comunidade será representada em seu devido tópico, quais sejam, saúde no âmbito escolar, saúde de pessoas privadas de liberdade e saúde em um meio predominantemente religioso.

Saúde no âmbito escolar

Foram realizados dois encontros na escola contemplada. Neles, os graduandos foram divididos em dois grupos para que fosse possível a abordagem simultânea dos estudantes do sexto e do sétimo ano, turmas que continham aproximadamente 15 alunos, cada. No primeiro encontro, foi questionado aos alunos, de ambas as séries, qual o entendimento deles acerca do conceito de saúde; já no segundo, optou-se por uma abordagem diferenciada entre as turmas, pautadas nas áreas de interesse aventadas no primeiro contato, acerca de hábitos de vida saudáveis e doenças cardiovasculares, respectivamente, para o sexto e o sétimo ano.

Em relação ao questionamento referente ao conceito de saúde, as palavras mais abordadas pelo sexto ano foram: brincar, caminhar, comer frutas, fazer exercícios e jogar bola; já para o sétimo ano, predominaram as palavras: bebida, camisinha, cigarro, doenças do coração, drogas, narguilé e saúde mental. Como consequência disso, optou-se pela adoção de uma abordagem diferente em cada uma das turmas, considerando a singularidade de seus conceitos de saúde, uma vez que houve semelhanças entre elas, mas também diferenças, respectivamente, na abordagem inicial realizada por meio da apresentação do conteúdo, e nas atividades



desenvolvidas à posteriori.

Portanto, para os alunos do sexto ano, abordou-se a temática de hábitos de vida saudáveis, por meio da apresentação de slides e de uma conversa sobre alimentação saudável, ingestão de água e prática regular de exercícios físicos. Em seguida, para reforço dos conhecimentos, foi realizada uma atividade interativa, no formato de gincana de perguntas e respostas. Para isso, dividiu-se a turma em dois grupos e aquele que respondesse mais rapidamente e de forma correta cada questionamento levantado, pontuava. Ao final, venceu o grupo de maior pontuação.

Já, no sétimo ano, da primeira abordagem resultou a compreensão da necessidade de debate acerca das doenças cardiovasculares, informações sexuais de caráter preventivo e protetivo e, também, sobre drogas lícitas e ilícitas. Para tanto, optou-se pelo desenvolvimento de um caça-palavras, o qual foi realizado em duplas e, ao término da realização da atividade, foram prestados esclarecimentos sobre o tema. Além disso, os alunos foram dispostos em roda, na qual passava uma caixa com algumas imagens abordando a temática dos métodos preventivos, Infecções Sexualmente Transmissíveis e drogas. Portanto, como aprendizado, foi possível entender que, para que seja possível fornecer uma melhor preparação para essas crianças, é de suma importância a educação continuada (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018; REIS; MALTA; FURTADO, 2018), tanto a respeito das temáticas abordadas, como de quaisquer outras que possam ser fonte de conhecimento. Assim sendo, é necessário ampliar o papel do agente de saúde para que este sintase à vontade de integrar-se ao meio educacional, e dele fazer um meio melhor para a futura geração (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Afinal, as crianças demonstraram muito interesse e colaboração na temática e também nas atividades propostas.

Saúde para Pessoas Privadas de Liberdade

Conforme supracitado, a comunidade escolhida por outro grupo, dentre os três grupos de graduandos, foi uma Unidade Prisional. Nela, foram realizadas atividades com os apenados que, para atenuação do tempo de pena - e para possível aprimoramento pessoal - optaram pelo trabalho na copa.

Para a realização dos encontros, que novamente foram feitos em dois momentos, dividiu-se os detentos por sexo. Em seguida, em um primeiro momento, assim como na escola, eles foram questionados acerca do conceito de saúde; em um segundo momento, foram realizadas atividades interativas para a consolidação da temática abordada.

Assim, como resultado da indagação acerca do conceito de educação em saúde, podemos observar - novamente - o quanto este manifesta-se de forma singular para os indivíduos, já que caracterizou-se com bastante diferença entre os grupos abordados. Para os homens, as palavras predominantes foram: estar em casa, família,



liberdade e tristeza pela sua situação; no grupo das mulheres, a caracterização girou em torno de cuidados pessoais, família, maquiagem e acima de tudo, olhar-se no espelho e reconhecer-se como ser humano e como mulher.

Conseqüentemente, em um segundo encontro, optou-se pela abordagem de tais temáticas com os grupos. Com os homens, a atividade realizada consistiu em uma roda de conversa informal, acerca das relações interpessoais - e do quanto a falta dessas, com pessoas do mundo exterior, era uma problemática relevante - em tom de debate equânime, com a posterior distribuição de informativos, seguida de explicação, para que mesmo os analfabetos fossem capazes de compreendê-los. Para as mulheres, optou-se pela condução da atividade com uma tarefa ainda mais interativa, uma brincadeira popular, conhecida como “dança da cadeira”, com inúmeras imagens relacionadas à beleza e identidade feminina, coladas às cadeiras. Partindo dos conceitos abordados anteriormente, também foi utilizado um modelo visual de mama, para que fossem discutidas questões relativas ao autoexame preventivo para o câncer de mama. O Brasil, no ano de 2020, contava com cerca de 210 milhões de habitantes (IBGE, 2020) e desses, aproximadamente 900 mil estavam privados de liberdade (BRASIL DE FATO, 2020). Tal dado nos mostra que 0,42% da população brasileira encontra-se apenas, um número bastante expressivo, que nos remete à necessidade de reconhecer a importância do cuidado à saúde desses indivíduos (COSTA *et al.*, 2018; ROCHA, 2018). Tal enfoque deve dar-se, principalmente, no âmbito emocional, considerando que, devido aos problemas de distanciamento familiar e exclusão social, estão mais expostos ao desenvolvimento de problemas psíquicos, como a ansiedade e a depressão (YI; TURNEY; WILDEMAM, 2017). Tal dado é corroborado por um estudo realizado nos Estados Unidos, o qual indica que os suicídios entre apenados correspondem ao expressivo valor de 13% (BAYBUTT; DOORIS; FARRIER, 2019).

Como aprendizado dessa experiência, foi possível notar o quão essas pessoas sentem-se isoladas da sociedade e o quanto isso as afeta, principalmente no âmbito emocional. Ademais, outro fato extremamente interessante foi o desejo manifestado pelas mulheres de poderem se reconhecer vaidosas, tendo em conta as práticas de beleza desenvolvidas. Tais constatações trazem à tona características pessoais que são extremamente negligenciadas pelo sistema prisional, como o contato mais frequente com a família e o uso de adornos, o que, em muitos casos, é responsável pelo adoecimento psicológico dos apenados.

Saúde em um Meio Predominantemente Religioso

Ao contrário das experiências anteriores, o grupo em questão optou pela realização de um único encontro, já que o local escolhido foi um Mosteiro Beneditino. A comunidade atendida vive sob a clausura monástica, que consiste na impossibilidade



de abandonar o local. Porém, alguns integrantes se comunicam com o mundo externo, normalmente, sendo essas pessoas, as responsáveis pela instituição, como, por exemplo, a Madre Superiora.

Para a realização da visita, entrou-se em contato prévio com a responsável pelos rituais religiosos, rotina, trabalhos e convivência. Ela autorizou o contato dos estudantes com as demais pessoas. Em um primeiro momento, a Madre mostrou os ambientes de convívio e de trabalho, os quais são considerados espaços livres de imposições e convenções, sendo possível portanto, a busca pela sabedoria. A busca pela sabedoria pode ser entendida como meio tradicional espiritual e a sua experiência religiosa, influencia, inclusive no processo de saúde-doença (STEINHORN; DIN; JOHNSON, 2017).

Contudo, é extremamente importante ressaltar que, devido à clausura monástica, as demais irmãs não puderam ser contatadas, por esse motivo, conversou-se apenas com a Madre e questionou-se acerca do conceito de educação em saúde para sua comunidade. Como resposta foram proferidas as seguintes palavras: adoração a Deus, cuidado com o próximo, natureza, oração e paz; além, de reiterar a necessidade de realizar a diferenciação entre espiritualidade e religiosidade. Já que a primeira aborda um patamar mais amplo, com o desenvolvimento de uma crença pautada no fato de que isso interfira em suas ações, saúde e também nas relações interpessoais; enquanto que, a religiosidade corresponde a um conjunto de crenças espirituais, que possuem como objetivo a salvação, purificação e aprimoramento da saúde física e psíquica, para a prevenção de doenças, ou ainda como seu tratamento, seja ele com intenção curativa ou paliativa (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Portanto, dessa experiência, emergiu a noção de que o reconhecimento da relevância da espiritualidade como uma das diversas estratégias para o enfrentamento e a identificação de necessidades que seus pacientes apresentam (EVANGELISTA *et al.*, 2016; VALLURUPALLI *et al.*, 2012). Tal reconhecimento promove um cuidado centrado no indivíduo, possibilitando que o paciente seja protagonista de forma humana dessa educação e promoção de saúde, cabendo ao profissional a missão de guiá-lo na construção desse conceito, mas não impondo-o, portanto, atuando de forma digna e respeitosa para com esses indivíduos e a peculiaridade da comunidade em que estão inseridos (OLIVEIRA; SANTOS; YARID, 2018).

CONCLUSÃO

Devido à oportunidade de realização das tarefas supracitadas, foi possível a compreensão do quão o conceito de educação em saúde é singular. Portanto, como cabe ao profissional inserido nesse contexto, no caso, os graduandos, realizou-se o suporte às comunidades atendidas para a elaboração do seu próprio conceito de



educação em saúde, ato esse que constituiu-se em uma atividade extremamente gratificante, já que foi possível a utilização dos conhecimentos adquiridos em sala de aula para o auxílio dessa elaboração conceitual.

Assim sendo, depreende-se que as experiências individuais são grandes responsáveis pelo lapidar das inúmeras facetas que os compõem, mostrando, dessa forma, que essa singularidade é tão especial e preciosa como um diamante.

REFERÊNCIAS

BAYBUTT, M.; DOORIS, M.; FARRIER, A. Growing health in UK prison settings. **Health Promotion International**, v. 34, n. 1, p. 792-802, 2019. DOI: 10.1093/heapro/day037

BRASIL. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. 1 ed., Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

BORSOOK, D. *et al.* When pain gets stuck: the evolution of pain chronification and treatment resistance. **Pain**, v. 159, n. 12, p. 2421–2436, 2018. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001401.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, p. 7-26, 2013. DOI: 10.1590/S0103-40142013000200002.

CARRAPATO, J. F. L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N.. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 518-530, 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902018170012.

COM QUASE 887 mil presos, Brasil desconhece extensão da covid-19 nas prisões. Brasil de Fato, 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/10/14/com-quase-887-mil-presos-brasil-desconhece-extensao-da-covid-19-nas-prisoas>. Acesso em: 19 jun. 2021.

COSTA, M. M. da; PIRES, P. L. S.; FERREIRA, A. A.; NAKATA, C. T.; AQUINO, R. L. A atenção primária no cuidado em saúde à população carcerária: relato de experiência. *In*: SIMPÓSIO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE POPULAÇÕES NEGLIGENCIADAS LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 1., 2018. Uberlândia - MG. **Anais [...]** Uberlândia: *online*, 2018. p. 1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.24281/rremecs.2018.09.15.saspnufu1.5>.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa



da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=en&nrm=iso. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690324i.

HOUT, M. C.V.; MHLANG-GUNDA, R. Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa: a scoping review of extant literature. **BMC International Health and Human Rights**, v. 18, n. 31, p. 1-12, 2018. DOI: 10.1186/s12914-018-0170-6.

IBGE divulga estimativa da população dos municípios para 2020. Agência IBGE Notícias, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020>. Acesso em: 19 de jun. de 2021.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0773.pdf>.

MANTHORPE, J.; SAMSI, K.. Person-centered dementia care: current perspectives. **Clinical Interventions in Aging**, v. 11, n. 1, p. 1733–1740, 2016. DOI: 10.2147 / CIA.S104618.

MISHRA, Shri K. *et al.* Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. **Journal Of Religion And Health**, [s.l.], v. 56, n. 4, p. 1282-1301, 2015. Springer Science and Business Media LLC. DOI: 10.1007/s10943-015-0100-z.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, R. M. M.; YARID, S. D. Espiritualidade/religiosidade e o humanizadas em unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40854841012>.

OLIVEIRA, T. *et al.* Escola, conhecimento e formação de pessoas: considerações históricas. **Políticas Educativas**, v. 6, n. 2, p. 145–160, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Officials Records of the World Health Organization*. Nova York: OMS; 1948.

REIS, A. A. C. dos; MALTA, D. C.; FURTADO, L. A. C.. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2879-2890, 2018.



Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-2879.pdf>.

ROCHA, J. M. **Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade em uma emergência a partir do discurso dos enfermeiros**. 2018. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

SILVA, M. Q. da; GOULART, C. T.; GUIDO, L. de A. Evolução histórica do conceito de estresse. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 7, n. 2, p. 148-56, 2018. <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/316/225>.

STEINHORN, D. M.; DIN, J.; JOHNSON, A. Healing, spirituality and integrative medicine. **Annals Of Palliative Medicine**, v. 6, n. 3, p. 237-247, jul. 2017. DOI: 10.21037/apm.2017.05.01.

TAVARES, D. Saúde, multidisciplinaridade e sociedade. **Saúde & tecnologia**, v. 18, p. 05-10, 2017. DOI: 10.25758/set.2031.

VALLURUPALLI, M. *et al.* The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. **The Journal Of Supportive Oncology**, v. 10, n. 2, p. 81-87, 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suponc.2011.09.003>.

VASCONCELOS, E. M.; PRADO, E. V. do. **A saúde nas palavras e nos gestos reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

XU, Q.; CHEN, B.; JIN, D.; LIN, Y.; HUANG, Y. An assessment for health education and health promotion in chronic disease demonstration districts: a comparative study from Hunan Province, China. **Peer Journal**, v. 7, n. 1, p. 2-16, 2019. DOI: 10.7717/peerj.6579.

YI, Y.; TURNEY, K.; WILDEMAN, C. Mental Health Among Jail and Prison Inmates. **American Journal of Men's Health**, v. 11, n. 4, p. 900-909, 2017. DOI: 10.1177/1557988316681339.



NATUREZA, EDUCAÇÃO E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS EDUCATIVAS

Fabio Carmona¹
Mateus Andrea Angelucci²
Ana Maria Soares Pereira³

INTRODUÇÃO

A utilização de plantas como medicamento remonta às origens da humanidade, com registros mais antigos datando da era paleolítica, e é extensamente difundida em diversos países como, por exemplo, China, Índia, Alemanha e Estados Unidos. Estima-se que cerca de 80% da população mundial faça uso de plantas ou de suas preparações na atenção primária à saúde (WHO, 2013). A utilização de medicamentos fitoterápicos vem sendo estimulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1978, na Declaração de Alma-Ata e sempre há um incentivo para que essas práticas tradicionais sejam realizadas pelas populações com eficácia e segurança. Existe profícuo material bibliográfico produzido a respeito dos medicamentos fitoterápicos no mundo todo, sendo boa parte produzido pela própria OMS (BLUMENTHAL, 1998; WHO, 1999a, 1999b, 2007, 2009).

A OMS, em seu documento intitulado *WHO Traditional Medicine Strategy: 2014–2023*, propõe que a medicina tradicional dos países membros seja valorizada e fortalecida por meio de dois objetivos-chave: (1) apoiar os países membros a fomentar a contribuição potencial da medicina tradicional e complementar para a saúde, o bem-estar e a atenção à saúde centrada nas pessoas; e (2) promover o uso

-
- 1 (carmona@usp.br). Médico formado pela Universidade Federal de Mato Grosso. Residência Médica em Pediatria e Medicina Intensiva Pediátrica e Aperfeiçoamento em Cardiologia Pediátrica pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, e Pós-Doutorado na Harvard Medical School. ORCID: 0000-0001-5743-0325
 - 2 (maangelucci@gmail.com). Médico formado pela Faculdade de Medicina de Marília. Residência Médica em Pediatria e Psiquiatria e Aperfeiçoamento em Psiquiatria da Adolescência pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Mestrado em Farmacologia pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. ORCID: 0000-0002-6362-7826
 - 3 (apereira@unaerp.br). Química Industrial formada pela Universidade de Ribeirão Preto. Mestrado e Doutorado em Agronomia pela Universidade Estadual Paulista. Membro do Comitê Técnico Temático de Apoio à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira. ORCID: 0000-0002-3478-4718



seguro e eficaz da medicina tradicional e complementar através da regulamentação dos produtos, práticas e praticantes. Para atingir esses objetivos, são propostas três estratégias: (a) construir uma base de conhecimento e formular políticas nacionais; (b) fortalecer a segurança, qualidade e eficácia através de regulamentações; e (c) promover cobertura universal em saúde ao integrar os serviços que oferecem medicina tradicional e complementar, além do autocuidado à saúde, e aos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2013).

Na maioria dos países existem órgãos que regulamentam a produção, a comercialização e as indicações de fitoterápicos, tais como: *European Medicines Agency (EMA)*,⁴ na Europa, *Health Canada*,⁵ no Canadá, *Food and Drug Administration (FDA)*,⁶ nos Estados Unidos, e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),⁷ no Brasil.

As ações propostas na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a, 2006b) são diretrizes norteadoras da implantação da fitoterapia no Brasil. Além disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece a fitoterapia como modalidade terapêutica desde a década de 1990 (Processo Consulta CFM nº 1.301/91),⁸ expressando da seguinte forma: “O Conselho Federal de Medicina reconhece a existência [...] da Fitoterapia como métodos terapêuticos, podendo ser usados por diversas especialidades médicas”.

A legislação brasileira tem avançado enormemente nos últimos anos na regulamentação dos fitoterápicos, com a publicação da seis edições da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 2010, 2019), acompanhada da 2. edição do Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 2021), da RDC nº 18/2013 da ANVISA que dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais e fitoterápicos em farmácia viva no âmbito do SUS e da RDC nº 26/2014 da ANVISA, que cria duas categorias de fitoterápicos: o Medicamento Fitoterápico (MF), cuja eficácia e segurança são comprovadas através de estudos pré-clínicos e clínicos, e o Produto Tradicional Fitoterápico (PTF), cuja eficácia e segurança são baseadas na comprovação da tradicionalidade de uso por determinados grupos étnicos (BRASIL, 2014). Em 2016, foi publicado o primeiro Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, com informações para profissionais prescritores (BRASIL, 2016).

4 Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/herbal-medicinal-products>

5 Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/natural-non-prescription.html>

6 Disponível em: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/complementary-and-alternative-medicine-products-and-their-regulation-food-and-drug-administration>

7 Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/fitoterapicos>

8 Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/1992/4_1992.pdf



Na atualidade, o número de espécies vegetais investigadas quanto aos seus efeitos terapêuticos vem crescendo em função do elevado custo de desenvolvimento de novas drogas sintéticas, que ultrapassam a cifra de 800 milhões de dólares (DUTRA *et al.*, 2016), dos efeitos colaterais de medicamentos sintéticos e do aumento de estudos fitoquímicos e farmacológicos realizados com espécies vegetais, os quais têm confirmado os efeitos terapêuticos divulgados por pesquisas etnofarmacológicas. Paralelamente, a cada dia, novos fitoterápicos são lançados no mercado nacional sendo, atualmente, mais de 359 fitoterápicos registrados na ANVISA (CARVALHO *et al.*, 2018).

Por outro lado, o crescimento no interesse científico, governamental e popular pelas plantas medicinais e fitoterápicos não tem sido acompanhado por iniciativas voltadas à formação de profissionais de saúde capacitados para sua prescrição.

Para que a prescrição e a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos seja eficaz e segura, a educação de profissionais de saúde, desde sua formação, é fundamental (WILLIAMSON, 2001; RASKIN; RIPOLL, 2004). Pesquisas realizadas na última década nos Estados Unidos e na Alemanha mostraram que o conhecimento autoavaliado de médicos e estudantes de medicina sobre práticas de medicina alternativa e complementar era ruim. Um achado interessante desses estudos foi que ambos os grupos acreditavam que esses conhecimentos deveriam ser incluídos na formação médica, acrescentando conteúdos baseados em evidências científicas e no perfil epidemiológico da população (ABBOTT *et al.*, 2011; MÜNSTEDT *et al.*, 2011).

No outro extremo da cadeia de produção, prescrição, dispensação e uso de plantas medicinais e fitoterápicos, populações desassistidas por profissionais de saúde, em regiões periféricas de grandes cidades ou no interior dos estados mais pobres do Brasil, muitas vezes fazem uso desse tipo de produtos por conta própria, a partir de conhecimentos transmitidos pelos antepassados ou por indicação de raizeiros, curandeiros, benzedores e outros. Embora essas práticas possam ser a única forma de atenção à saúde disponível para essas pessoas, há risco de identificação incorreta de espécies, colheita e armazenamento inadequados, ou ainda erros de preparação e posologia que podem resultar em ineficácia e, pior, toxicidade.

No sentido de colaborar com a educação de profissionais de saúde prescritores de plantas medicinais e fitoterápicos, temos implementado, ao longo dos últimos 10 anos, diversas estratégias educativas, as quais descreveremos a seguir.



RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Farmácia da Natureza e a educação de pacientes e profissionais

A Farmácia da Natureza, fundada em 5 de maio de 2003, é mantida pela Casa Espírita Terra de Ismael, localizada no distrito de Jurucê, zona rural do município de Jardinópolis, SP. A instituição conta com uma coleção de plantas medicinais com aproximadamente 400 espécies, nativas e exóticas, todas cultivadas em sistema orgânico e agroflorestal. O cultivo de plantas medicinais permite a produção de fitoterápicos na Farmácia da Natureza, em diferentes formas farmacêuticas. A instituição possui certificado de utilidade pública municipal (Lei nº. 3.070/05 – 30/05/2005), estadual (Lei nº. 11.306 – 16/12/2002), e federal (Portaria nº. 2709 – 18/08/2009). Em 2020, foi obtida a certificação como Farmácia Viva, ligada ao SUS, conforme a RDC nº 18/2013 (BRASIL, 2013). Os fitoterápicos são dispensados gratuitamente e, em sua maioria, mediante receitas emitidas por médicos em consultas gratuitas. O corpo clínico da Farmácia da Natureza conta com 8 médicos voluntários, 3 farmacêuticos, 1 agrônomo, 1 químico, além de outros profissionais, também voluntários. Esse grupo apresenta experiência na prescrição e dispensação de medicamentos fitoterápicos há quase 20 anos, atuando no Ambulatório Fitoterápico da Farmácia da Natureza, e possui produção técnica e científica própria (PEREIRA *et al.*, 2014, 2017).

Para educação do profissional de saúde e dos pacientes quanto ao uso e à prescrição racional de plantas medicinais e fitoterápicos, temos adotado as estratégias pedagógicas variadas, desde as atividades teóricas presenciais, passando pelas oficinas práticas do tipo “*hands-on*” até os cursos *online* do tipo curso *online* aberto massivo (MOOC, do inglês *massive open online course*), que são descritas a seguir.

Encontro de Fitoterapia da Farmácia da Natureza

Anualmente, desde 2005, nosso grupo realiza o Encontro de Fitoterapia da Farmácia da Natureza, um evento presencial de caráter técnico-científico, cujo público-alvo são profissionais de saúde e prescritores de fitoterápicos, embora o evento também seja aberto para leigos. A programação inclui palestras, discussão de casos clínicos e atividades práticas de reconhecimento, multiplicação e plantio de plantas medicinais, e de produção de medicamentos fitoterápicos simples, tais como droga vegetal, tinturas e produtos tópicos. Em 2019, foi realizada a 14ª edição do evento (Figura 1), com a participação de 78 inscritos. Esse tipo de abordagem, por um lado, permite maior interação entre os participantes mas, por outro lado, limita o número de pessoas atingidas devido às limitações de espaço, custo e deslocamento até Jardinópolis, SP.



Figura 1 – Imagem de divulgação do 14º Encontro de Fitoterapia da Farmácia da Natureza, realizado de 4 a 6 de outubro de 2019, no distrito de Jurucê, município de Jardinópolis, SP



Fonte: Autoria própria.

Curso de Fitoterapia Médica

Com o intuito de fortalecer a educação de profissionais de saúde, principalmente médicos, mas também outros profissionais, tais como nutricionistas e farmacêuticos, em 2013 iniciamos a oferta de um curso presencial chamado Fitoterapia Médica, que foi oferecido até 2017 (Figura 2), mensalmente, no auditório do Centro Médico de Ribeirão Preto.⁹ O curso consistia em palestras ministradas por médicos sobre o uso clínico de plantas medicinais e fitoterápicos, tendo atingido aproximadamente 400 profissionais de saúde enquanto foi oferecido. Da mesma forma, as aulas presenciais permitem maior interação entre os participantes mas limitam o número de inscritos.

Figura 2 – Imagem de divulgação do 5º Curso de Fitoterapia Médica, realizado em 2017, em Ribeirão Preto, SP



Fonte: Autoria própria.

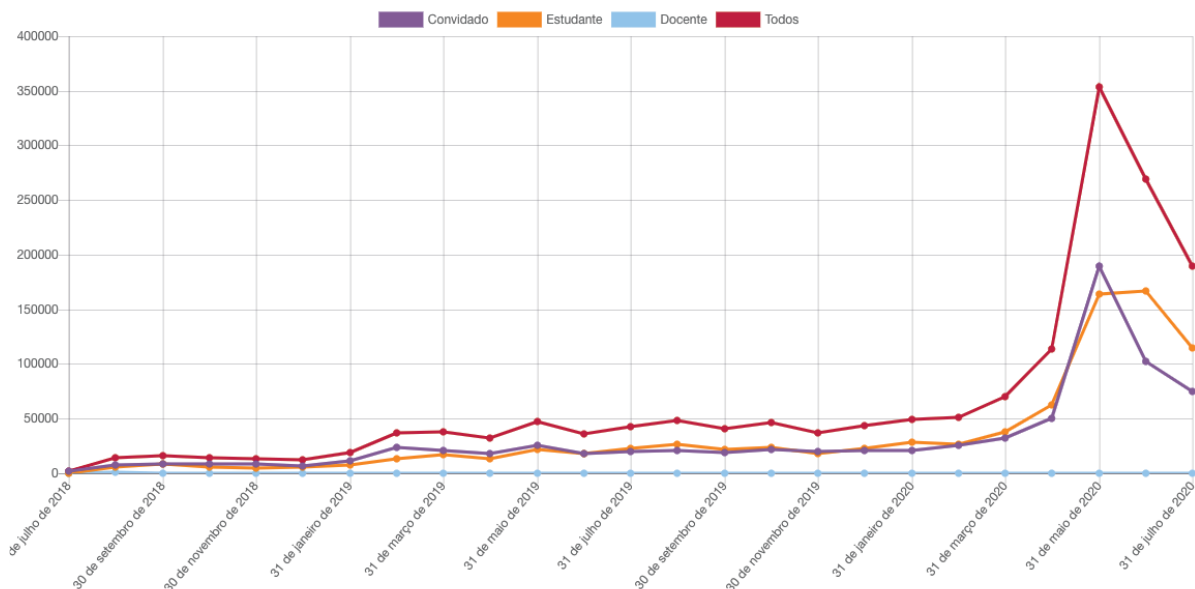
9 Disponível em: <http://www.centromedicorp.org.br>



Curso de Fitoterapia Aplicada

Em 2018, devido à grande demanda de profissionais por treinamento em fitoterapia, e a um desejo de alcançar um público cada vez maior, o Curso de Fitoterapia Médica foi reformulado, passando a chamar-se Curso de Fitoterapia Aplicada, e sendo oferecido de forma totalmente a distância em formato MOOC. A carga horária foi mantida em 40 horas. No período de julho de 2018 a julho de 2020, inscreveram-se 15.260 participantes, com idade média de 35,4 anos (14 a 81 anos), consistindo, em sua maioria, em estudantes das áreas da saúde (22%), nutricionistas (13%), farmacêuticos (10%), biólogos (5%), enfermeiros (5%), médicos (4%), fisioterapeutas (4%) e diversas outras profissões, oriundos de quase todos os estados brasileiros, sobretudo da região Sudeste (mais de 50%). Grande parte das inscrições e dos acessos à plataforma ocorreu após o início da pandemia COVID-19, em abril de 2020 (Figura 3). O acesso a esse curso foi mantido até dezembro de 2020, quando foi encerrado para dar lugar ao Curso de Fitoterapia Clínica, descrito a seguir.

Figura 3 – Número de acessos (todos os tipos) à plataforma do Curso de Fitoterapia Aplicada até 31 de julho de 2020 (2 anos), por categoria de participante



Fonte: Autoria própria.

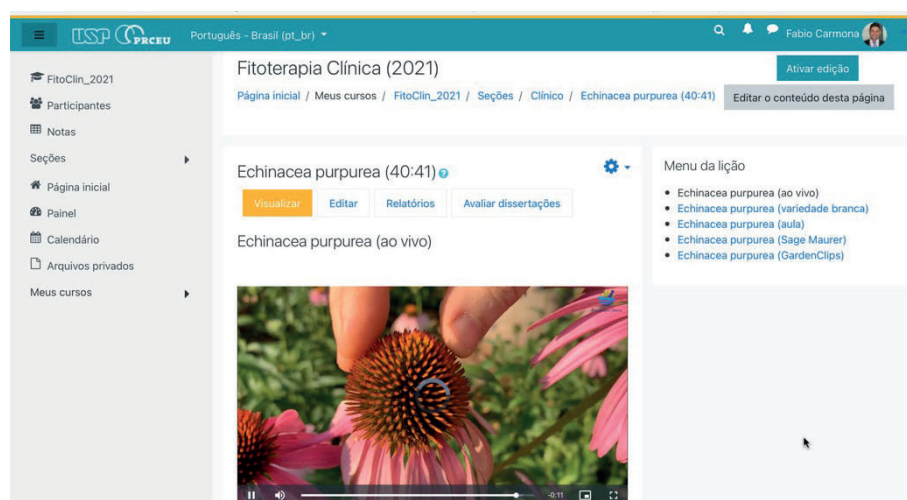
Curso de Fitoterapia Clínica

Após o grande número de inscrições no Curso de Fitoterapia Aplicada, percebeu-se que o objetivo de difusão de conhecimento sobre as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos havia sido alcançado. Restava então realizar treinamentos mais aprofundados e que, de fato, capacitassem os profissionais para



a prescrição dos fitoterápicos. Idealizamos então o Curso de Fitoterapia Clínica, um curso de aperfeiçoamento da Universidade de São Paulo (USP) com carga horária de 180 horas. Material didático inédito foi produzido para esse curso e a primeira edição, em 2021, está sendo oferecida exclusivamente para médicos. Há 27 médicos inscritos no curso, com previsão de conclusão e início de nova turma em janeiro de 2022. Nesse novo formato, maior ênfase é dada aos aspectos farmacotécnicos e à elaboração de receitas médicas de fitoterápicos (Figura 4). O curso é estruturado em três ciclos: básico, clínico e científico. O ciclo básico inclui uma introdução à fitoterapia, conceitos relacionados aos paradigmas de prescrição fitoterápica, além de aspectos do metabolismo vegetal e das técnicas farmacêuticas empregadas na produção dos fitoterápicos. O ciclo clínico aborda a utilização de fitoterápicos nas doenças ligadas aos diferentes sistemas do corpo humano. Por fim, o ciclo científico trata da produção e interpretação do conhecimento científico relacionado às plantas medicinais e aos fitoterápicos, e à valorização do conhecimento popular (etnofarmacologia).

Figura 4 – Imagem ilustrativa da plataforma do Curso de Fitoterapia Clínica, em 2021, destinado a profissionais médicos



Fonte: Autoria própria.

Treinamento de profissionais do SUS em Jardinópolis, SP

Como parte das ações para capacitação de profissionais de saúde para a prescrição de fitoterápicos no SUS, realizamos, em duas oportunidades, treinamento dos profissionais de saúde do SUS em Jardinópolis, SP, principalmente médicos, de forma presencial (Figura 5). Nesse treinamento, foram abordadas quatro espécies de plantas medicinais que estão disponíveis no SUS do município: *Maytenus ilicifolia* Mart. Ex Reissek (espinheira-santa, Celastraceae), *Passiflora incarnata* L. (maracujá, Passifloraceae), *Cordia curassavica* (Jacq.) Roem. & Schult. (erva-baleeira, Boraginaceae), e *Mikania laevigata* Sch.Bip. ex Baker (guaco, Asteraceae).



Figura 5 – Fotografia do treinamento de profissionais de saúde do SUS em Jardinópolis, SP, realizado em outubro de 2020, presencialmente com distanciamento social devido à pandemia de COVID-19



Fonte: Autoria própria.

Produção de material didático

Ao longo dos quase 20 anos de experiência da Farmácia da Natureza, o conhecimento adquirido tem sido compilado e publicado na forma de manuais e formulários técnicos que são bibliografia básica da ANVISA sobre fitoterápicos (PEREIRA *et al.*, 2020a, 2020b).

Figura 6 – Publicações mais recentes da Farmácia da Natureza sobre fitoterápicos



Fonte: Autoria própria.



Disciplina no curso de medicina da FMRP-USP

Ainda com a finalidade de capacitar os profissionais de saúde para a prescrição de fitoterápicos, em 2019 foi criada uma disciplina optativa no curso de medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), chamada RCG0404 Fitoterapia Médica. Essa disciplina coloca o estudante de medicina em contato com todas as etapas da produção de medicamentos fitoterápicos, desde a multiplicação e o plantio de plantas medicinais até a manipulação de fórmulas galênicas fitoterápicas (Figura 7). A disciplina foi oferecida pela primeira vez em 2019, e não pôde ser oferecida em 2020 devido à pandemia de COVID-19.

Figura 7 – Fotografias da disciplina RCG0404 Fitoterapia Médica, oferecida aos estudantes do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP) em dezembro de 2019, em Jurucê, Jardinópolis, SP



Fonte: Autoria própria.

Educação de pacientes e usuários

Para educação e conscientização de pacientes, leigos, usuários e conhecedores de plantas medicinais, temos adotado também estratégias para difusão do



conhecimento. Entre elas, temos permitido a participação de não profissionais de saúde no Encontro de Fitoterapia da Farmácia da Natureza, e no Curso de Fitoterapia Aplicada. Além disso, realizamos ações junto à comunidade, como relatado a seguir.

Ação socioeducativa junto à comunidade

Os estudantes dos cursos da área da saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP) criaram e mantêm um projeto social denominado Projeto Veredas.¹⁰ Esse projeto, entre outras iniciativas, promove ações de promoção da saúde em comunidades desfavorecidas, especialmente em um assentamento de sem terras chamado Assentamento Mário Lago, localizado em Ribeirão Preto, SP. No ano de 2017, como parte das ações educativas, realizamos o plantio de uma horta de plantas medicinais, a ser mantido pela comunidade, simultaneamente a palestras sobre uso correto de algumas plantas medicinais (Figura 8).

Figura 8 – Fotografias da ação educativa realizada no Assentamento Mário Lago, em Ribeirão Preto, SP, em 2017, que incluiu o plantio de horta de plantas medicinais e orientações à população sobre o uso de plantas medicinais



Fonte: Autoria própria.

¹⁰ Disponível em: <https://www.facebook.com/projetoveredas/>



Seguindo essa primeira experiência bem sucedida, fomos convidados a implantar uma horta medicinal em uma unidade básica de saúde em Ribeirão Preto, SP, chamada Unidade de Saúde César Arita, ação essa que contou com a participação de funcionários da unidade e de estudantes de medicina da FMRP-USP e da Faculdade de Medicina de Barretos (Figura 9).

Figura 9 – Fotografias da ação educativa realizada na Unidade de Saúde César Arita, em Ribeirão Preto, SP, em 2019, que incluiu o plantio de horta de plantas medicinais e orientações à população sobre o uso de plantas medicinais



Fonte: Autoria própria.

O cultivo de plantas medicinais como um processo educativo

A educação, a saúde e o ambiente são a base do bem-estar da humanidade. Quando esses elementos não são valorizados de modo equitativo, a doença surge como efeito da desconexão entre esses elos, que devem ser inseparáveis (STROUD *et al.*, 2016; CIANFAGNA *et al.*, 2021).

O trabalho realizado na natureza com o cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos no horto da Farmácia da Natureza possibilita amplo processo de educação, considerando que favorece o desenvolvimento de uma mentalidade alicerçada nos princípios ecológico, ético e estético. No contexto da fitoterapia, a



saúde é pensada de forma a manter a homeostase do organismo e os elementos produzidos pelas plantas medicinais, que crescem em ambiente equilibrado, contribuem para um estado mais saudável do ser humano.

É bem conhecido que a herança genética de uma planta, em combinação com os elementos temperatura, altitude, latitude, luz, água, ar e solo, determinam o desenvolvimento da espécie. Entretanto, é importante pensar nesses elementos de uma forma mais abrangente. O solo, por exemplo, é uma estrutura viva formada por uma rede complexa de interações, e não simplesmente um conjunto de elementos que o compõem, como silte, areia, argila, macro e micronutrientes, água, matéria orgânica, microrganismos, entre outros. Essa estrutura, milenarmente construída, é uma rede repleta de informação estabelecida pelos elementos bióticos e abióticos que envolvem a rizosfera das plantas. A rizosfera de uma planta desempenha uma função de sustentação, em sentido mais amplo, possibilitando a produção de substâncias que apresentam efeito medicinal, não só na raiz, mas na planta como um todo.

O ar, igualmente, não é apenas o conjunto de substâncias inorgânicas gasosas que circundam o planeta, mantido pela força da gravidade, mas sim um ambiente que também abriga microrganismos e moléculas orgânicas, tais como metano, etileno, monoterpenos, entre outros, dentro de um complexo sistema de circulação que mantém a vida na Terra.

A água, também, não é simplesmente uma estrutura molecular composta por hidrogênio e oxigênio, os quais se ligam por meio de ligações covalentes, como nos ensina a química. Essa substância, considerada o solvente universal, na natureza é muito mais do que uma associação molecular, é a base da vida, que carrega para o universo celular todos os elementos aos quais se associa. Assim, a qualidade de uma planta medicinal como elemento terapêutico, além das suas propriedades intrínsecas, depende totalmente da qualidade da água, do solo, do ar e de muitos outros fatores que agem direta ou indiretamente sobre ela.

Plantas cultivadas em ambientes poluídos, saturados de elementos degradados e contaminados por pesticidas são inadequadas para o consumo humano, considerando que um organismo doente não pode promover saúde. O campo de cultivo de plantas medicinais não é mera área de produção sequencial de plantas; é, antes de tudo, uma paisagem repleta de beleza, onde o cultivo integrado de múltiplas espécies, que se associam umas com as outras, promove uma estética natural, própria dos ambientes onde a diversidade é respeitada.

As interações biológicas que se estabelecem entre os organismos, num ambiente em que há diversidade, promove naturalmente mecanismos de defesa contra invasores e parasitas, dentro de um processo de autorregulação, onde tudo tende ao equilíbrio. Ambientes assim preparados e mantidos são estímulos constantes para as espécies medicinais expressarem seu potencial terapêutico máximo, predispondo-as



a ser, em plenitude, o que elas realmente são.

Nossa interação com as plantas, nos processos de produção de mudas, de plantio e de cultivo, desenvolve e aperfeiçoa habilidades importantes, como o senso da observação e análise, bem como desperta em nós sensibilidade para perceber quanta simplicidade existe na natureza, apesar da complexidade das interações entre seus elementos, que mantêm a vida em todos os níveis.

Plantar e cultivar são práticas estabelecidas milenarmente e que compõem a nossa história. Essas práticas estão em nosso cotidiano e sempre, de alguma forma, farão parte do futuro de todos nós em humanidade. Quando essas atividades são realizadas em pequena escala, dentro de princípios ecológicos e com respeito à natureza, promovem, no ser humano, um bem-estar íntimo, uma conexão com o que há de mais saudável em nós, sendo acompanhado por uma alegria que surge sempre que nos propomos a cuidar de algo, sem o foco dos interesses individualistas. Assim, propagar, cultivar e colher plantas medicinais pode ser altamente terapêutico, tanto quanto fazer o uso de fitoterápicos.

Nossa experiência no Horto Medicinal da Farmácia da Natureza com a produção de plantas medicinais é sentida como um processo educativo, que aproxima as pessoas da natureza e as predispõe a relacionamentos amistosos e saudáveis, envolvendo todos aqueles que participam das atividades ali realizadas, auxiliando na aquisição de novos hábitos, como a dedicação ao trabalho e ao estudo sobre as particularidades de cada espécie medicinal (Figura 10). Nesse contexto educativo, as plantas deixam de ser apenas matéria-prima para a produção de fitoterápicos e tornam-se elementos didáticos vivos que despertam valores importantes, como o altruísmo, a responsabilidade e o amor pela natureza.

Figura 10 – Fotografias das atividades de multiplicação, cultivo e beneficiamento de plantas medicinais realizadas no Horto Medicinal da Farmácia a Natureza, em Jardinópolis, SP, em 2020 e 2021





Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Demonstramos, neste capítulo, diferentes ações educativas que temos executado ao longo dos últimos anos, com a finalidade de difundir o conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos, tanto para usuários quanto para profissionais de saúde. Com base nos resultados apresentados, acreditamos ter tido grande sucesso até o momento.

A Farmácia da Natureza não é a única instituição comprometida com esse objetivo. Outras instituições vêm oferecendo treinamentos voltados para diferentes públicos, tais como o Curso de Atualização em Fitoterapia: Harmonizando Conceitos¹¹ e o Curso de Fitoterapia Clínica,¹² oferecidos pela Fiocruz, os diferentes cursos oferecidos pela Associação Brasileira de Fitoterapia,¹³ o curso de Especialização em Fitoterapia e Plantas Medicinais,¹⁴ oferecido pela Escola de Educação Permanente do HC-FMUSP, e o Curso de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica,¹⁵ oferecido no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS). Entre as iniciativas voltadas para a disseminação de informações sobre plantas medicinais e fitoterápicos, a ANVISA possui uma página própria em seu site,¹⁶ assim

11 Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/curso-de-Atualizacao-em-Fitoterapia-harmonizando-conceitos-2a-oferta/>

12 Disponível em: https://www.oswaldocruz.br/pos/sip/sip_curso.asp?id_curso=375

13 Disponíveis em: <https://abfit.org.br>

14 Disponível em: <https://eephcfmusp.org.br/portal/online/curso/fitoterapia-e-plantas-medicinais/>

15 Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=153>

16 Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/fitoterapicos>



como o *National Institutes of Medicine* (NIH)¹⁷ e a EMA,¹⁸ para citar somente alguns.

Sob o ponto de vista do paciente ou usuário de plantas medicinais e fitoterápicos, uma pesquisa desenvolvida na Alemanha investigou as percepções acerca do uso de fitoterápicos e concluiu que os pacientes valorizam sua autonomia em escolher um tratamento com fitoterápicos, acreditando ser um tratamento melhor para suas condições de saúde, e, por outro lado, os pacientes relataram acreditar que seus médicos e farmacêuticos tinham conhecimento insuficiente sobre a fitoterapia (JOOS; GLASSEN; MUSSELMANN, 2012). No Brasil, não há dados semelhantes. De qualquer forma, esses relatos reforçam a necessidade de treinamento profissional sobre a fitoterapia desde os estudantes da área da saúde até os profissionais de saúde atuantes na prática clínica.

Pelo exposto, acreditamos que nossas iniciativas estão alinhadas com as necessidades da sociedade e que ações semelhantes podem ser desenvolvidas por outras instituições, sejam elas governamentais ou não, para garantir à população brasileira acesso a tratamentos fitoterápicos acessíveis, seguros e eficazes.

CONCLUSÃO

A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos, estimulada pela OMS e pelo MS, através da ANVISA, tem potencial para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população brasileira, devolvendo para o indivíduo autonomia na sua atenção à saúde e respeitando suas tradições e culturas. No entanto, para uma utilização racional, segura e eficaz das plantas medicinais e fitoterápicos, a educação de usuários e profissionais de saúde é de fundamental importância.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, R. B. *et al.* Medical Student Attitudes toward Complementary, Alternative and Integrative Medicine. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2011, p. 1–14, 2011. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/985243/>.

BLUMENTHAL, M. **The Complete German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicines**. 1st. ed. Massachusetts: American Botanical Council, 1998.

BRASIL. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília:

¹⁷ Disponível em: <https://medlineplus.gov/herbalmedicine.html>

¹⁸ Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/herbal-medicinal-products>



Departamento de Assistência Farmacêutica, 2006a.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Atitude de ampliação de acesso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Farmacopeia Brasileira (Volume 2).** 5. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2010. v. 2

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 18 de 03 de abril de 2013.** Boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2013.

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 26 de 13 de maio de 2014.** Registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2014.

BRASIL. **Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira.** 1. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2016.

BRASIL. **Farmacopeia Brasileira (Volume II - Monografias de Plantas Mediciniais).** 6. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2019.

BRASIL. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira.** 2. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2021.

CARVALHO, A. C. B. *et al.* The Brazilian market of herbal medicinal products and the impacts of the new legislation on traditional medicines. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 212, n. October 2017, p. 29–35, fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jep.2017.09.040>.

CIANFAGNA, M. *et al.* Biodiversity and Human Health Interlinkages in Higher Education Offerings: A First Global Overview. **Frontiers in Public Health**, v. 9, n. February, p. 1–8, 25 fev. 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.637901/full>.

DUTRA, R. C. *et al.* Medicinal plants in Brazil: Pharmacological studies, drug discovery, challenges and perspectives. **Pharmacological Research**, v. 112, p. 4–29, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.phrs.2016.01.021>.

JOOS, S.; GLASSEN, K.; MUSSELMANN, B. Herbal Medicine in Primary Healthcare in Germany: The Patient's Perspective. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2012, p. 1–10, 2012. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/294638/>.



MÜNSTEDT, K. *et al.* Complementary and alternative medicine: Comparison of current knowledge, attitudes and interest among German medical students and doctors. **Evidence-based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2011, n. vi, 2011.

PEREIRA, A. M. S. *et al.* **Formulário Fitoterápico da Farmácia da Natureza**. 1. ed. São Paulo: Bertolucci, 2014.

PEREIRA, A. M. S. *et al.* **Formulário de Preparação Extemporânea da Farmácia da Natureza**. 1. ed. São Paulo: Bertolucci, 2017.

PEREIRA, A. M. S. *et al.* **Formulário Fitoterápico da Farmácia da Natureza**. 3. ed. São Paulo: Bertolucci, 2020a.

PEREIRA, A. M. S. *et al.* **Formulário de Preparação Extemporânea da Farmácia da Natureza**. 2. ed. São Paulo: Bertolucci, 2020b.

RASKIN, I.; RIPOLL, C. Can an Apple a Day Keep the Doctor Away? **Curr Pharm Des**, v. 10, n. 27, p. 3419–3429, 2004.

STROUD, C. *et al.* One Health training, research, and outreach in North America. **Infection Ecology and Epidemiology**, v. 6, n. 1, 2016.

WHO. **WHO Monographs on selected medicinal plants (Volume 1)**. 1st. ed. Geneva: World Health Organization, 1999a. v. 1.

WHO. **WHO Monographs on selected medicinal plants (Volume 2)**. 1st. ed. Geneva: World Health Organization, 1999b. v. 2.

WHO. **WHO Monographs on selected medicinal plants (Volume 3)**. 1st. ed. Geneva: World Health Organization, 2007. v. 3.

WHO. **WHO Monographs on selected medicinal plants (Volume 4)**. 1st. ed. Geneva: World Health Organization, 2009. v. 4.

WHO. **WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WILLIAMSON, E. M. Synergy and other interactions in phytomedicines. **Phytomedicine**, v. 8, n. 5, p. 401–409, set. 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11695885>.



EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA PÓS-GRADUAÇÃO

Edlaine Faria de Moura Villela¹
Tamara Rodrigues Lima Zanuzzi²
Thania Maria Diniz³
Leilinéia Pereira Ramos de Rezende Garcia⁴
Maria Giselia da Silva Rocha⁵
Bruno Rodrigues Ferreira⁶

A sensibilidade, a cordialidade, o cuidado levados a todos os níveis, para com a natureza, nas relações sociais e na vida cotidiana, podem fundar, junto com a razão, uma utopia que podemos tocar com as mãos porque imediatamente praticável. (Leonardo Boff).

CONTEXTUALIZAÇÃO

A relação dialética entre a educação e a saúde construiu e segue construindo de forma dinâmica e mutável experiências sociais que conduzem as condições de vida da humanidade. Esse histórico elo fundamenta a produção de conhecimento nas diversas situações cotidianas em seus complexos aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos e dentre outros. Promover saúde é um sinônimo de investir em educação e investir em saúde é promover educação. O companheirismo dessa dupla amplia horizontes e com boas intenções direciona práticas que culminam em exitosas

- 1 Pós-Doutora em Educação Médica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP - São Paulo. <https://orcid.org/0000-0002-7043-2007>. E-mail: edlaine@alumni.usp.br
- 2 Mestranda em Saúde Coletiva e Especialista em Epidemiologia & Saúde pela UFG. Psicóloga pela Universidade Federal de Jataí - Goiás. <https://orcid.org/0000-0001-2551-0483>. E-mail: tamaralima@discente.ufg.br
- 3 Mestranda em Saúde Coletiva pela UFG Cirurgiã Dentista pela UniEvangélica Anápolis - Goiás. <https://orcid.org/0000-0001-7014-7719>. E-mail: thaniamaria@discente.ufg.br
- 4 Mestranda em Saúde Coletiva e Enfermeira pela UFG- Goiás. <https://orcid.org/0000-0002-1187-1376>. E-mail: leilineiarezende@discente.ufg.br
- 5 Mestranda em Saúde Coletiva pela UFG. Especialista em Urgência e Emergência pelo ITESP Enfermeira pela FADEP - Goiás. <https://orcid.org/0000-0001-7821-1594>. E-mail: mariagiselia@discente.ufg.br
- 6 Mestrando em Saúde Coletiva pela UFG- Goiás. Psicólogo, especialista em gestão em saúde pela Fiocruz, especialista em gestão de programas Dst/AIDS, hepatites e tuberculose pela UFRN. <https://orcid.org/0000-0002-0203-2781>. E-mail: ferreira.bruno@discente.ufg.br



vivências.

Ao longo da história, as reflexões teóricas e metodológicas em torno dos processos educacionais em saúde influenciaram e foram influenciados por questões políticas, econômicas e ideológicas. Os movimentos sanitistas foram grandes precursores na atenção à saúde através de campanhas de orientação e educação para a contenção da proliferação de doenças. Outro relevante marco da história da união da educação e saúde foram os movimentos operários, que em busca da garantia de direitos trabalhistas, também tinham como objetivo a promoção e prevenção relacionadas à saúde dos trabalhadores (FRENK *et al.*, 2010).

No Brasil, as lutas do movimento sanitista e dos operários contribuíram para que, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde Pública fosse criado, o qual buscou desenvolver ações expressivas de política de saúde. Nos próximos sessenta anos, a crise política e econômica, juntamente com o falido modelo curativista de saúde, não conseguiram suprir as necessidades de saúde da população. A relação entre educação e saúde começou a receber mais atenção no final da década de 1980, a partir da publicação da lei 8080/90, que também regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS). A consolidação dos serviços públicos em saúde ressaltou a preocupação com os processos educacionais de formação e desenvolvimento de profissionais nas práticas de saúde. A dimensão ontológica do conhecimento em saúde ganha materialidade através das ações e intervenções cotidianas nos serviços de saúde (FRENK *et al.*, 2010; CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

As diretrizes que constituem o SUS ressaltam a competência no ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde e se apresenta como um campo de prática, ensino e pesquisa com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas e o atendimento prestado à população. No início do século XXI, com a proposta de criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para os profissionais da saúde, instituiu-se no Ministério da Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), que estabeleceu muitos projetos e políticas de educação em saúde valorizando a atenção integral, as diretrizes do SUS e principalmente a valorização do trabalho em equipe (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Em 2007, a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) contribuiu muito para a educação e formação de recursos humanos em saúde. Com a proposta de integração de ensino-serviço, a PNEPS, fundamentada no trabalho de equipes multiprofissionais em saúde, foi sendo concretizada através da articulação mais próxima entre instituições de ensino e os serviços de saúde. Essa trajetória também foi marcada pelo encontro da maior proximidade com as necessidades de saúde da população (CECCIM, 2018).

Nessa perspectiva, a relação de educação e saúde vivenciou vários desafios e dificuldades, principalmente no que tange o encontro e interação da capacidade



de atuar de forma multidisciplinar, utilizando-se de saberes interdisciplinares e transdisciplinares (SEVERO; SEMINOTTI, 2010). Trata-se de uma proposta com uma perspectiva coletiva, a fim de atender diferentes necessidades e complexas demandas de um sistema de saúde. Um caminho em que se pretende considerar a educação como uma intersecção da troca de informações e produção do conhecimento que propicie o diálogo, a aprendizagem e a compreensão dos contextos da saúde, para ações e intervenções eficazes para as demandas dos serviços em saúde.

Diante desse breve panorama do encontro da saúde e educação, pretendemos prosseguir essa discussão, trazendo as interfaces da educação e comunicação no processo de formação em saúde, seguida de uma narrativa sobre uma exitosa experiência de uma disciplina intitulada “*Educação e comunicação na formação em saúde*”, ministrada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Esta disciplina tem seus pilares fundamentados neste breve contexto histórico da saúde e educação, e segue construindo propostas de interfaces da produção do conhecimento considerando as experiências vivenciadas por discentes e docentes, elaborando uma análise crítica sobre o saber relacional, atuação em saúde, comunicação em saúde, articulação interdisciplinar e transdisciplinar, valorização da atuação multiprofissional, dialogando com diversas referências sobre as competências da educação e comunicação na formação em saúde.

INTERFACES DA EDUCAÇÃO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

A saúde é um campo de saber e práticas em permanente transformação, que encontra interfaces e é atravessada por todas as formas de conhecimento e todas as diversas áreas da ciência. Essa interface de produção de saberes tem significativo impacto na formação dos profissionais de saúde, que de determinada forma objetivam contextualizar, compreender e atuar na relação dos processos de saúde-doença, a fim de promover a melhoria da qualidade de vida das populações.

Nessa perspectiva muitos desafios atravessam a interface da educação no processo de formação em saúde, tendo em vista a busca de novos caminhos para atuar em saúde, prezando a integralidade do cuidado do indivíduo como ser social. Qualquer acontecimento humano apresenta diversas faces, que exige do profissional de saúde um olhar amplo e detalhado, que leve em consideração a análise das interfaces do fenômeno social para assim garantir um cuidado dos usuários dos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Essas interfaces na formação em saúde podem ser construídas e analisadas a partir de abordagens educacionais que evidenciam a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A construção da interdisciplinaridade no campo saúde



com outras disciplinas exige um olhar amplo, sistemático e complexo. É nessa perspectiva de encontro entre educação e saúde que a interdisciplinaridade depende do intercâmbio de múltiplos saberes, técnicas e pesquisadores na construção e na intersecção interdisciplinar e multiprofissional na promoção do conhecimento e cuidado em saúde. Nesse processo estão implícitas dimensões conceituais, políticas e práticas, que envolvem epidemiologia, administração em saúde pública, planejamento e gestão de serviços em saúde. A interdisciplinaridade permite a interação entre disciplinas, com combinação de métodos, conceitos, etc. Trata-se do intercâmbio de diversos conhecimentos de forma recíproca e coordenada, com integração dos resultados. Prevê um trabalho coletivo com diversas disciplinas no desenvolvimento de vários conteúdos para um mesmo objeto de estudo (CANESQUI, 2010; SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Uma concepção ampliada do processo social de saúde-doença, que dê conta da interdisciplinaridade em saúde vai muito além das determinações causais e redundâncias semânticas. Canesqui (2010) aponta para o caráter pluridimensional das condições sociais de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso à posse da terra e serviços de saúde. Uma visão holística, com interfaces disciplinares, com teorias unificadoras, com encontros e transações no cuidado dos problemas de saúde em todas as esferas da sociabilidade humana (biopsicossocial, sociocultural, econômica, ecológica e política). A integração entre indivíduo e os processos sociais endossa múltiplas perspectivas para os diferentes campos da pesquisa em saúde, dispensando simplificações conceituais e metodológicas nas práticas em saúde coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nessa perspectiva, Canesqui (2010) propõe que a educação na formação em saúde precisa do apoio teórico interdisciplinar entre as ciências para efetividade de ações benéficas para a saúde das coletividades, e também ações com:

- a) metodologias hermenêuticas e dialéticas;
- b) entrecruzamento e síntese de conceitos e teorias;
- c) aplicação dos métodos interdisciplinares na interpretação de resultados;
- d) valorização de metodologias qualitativas;
- e) valorização do conhecimento da disciplina de representações sociais;
- f) incentivos de práticas e diálogos em ações multiprofissionais;
- g) reconhecimento de perspectivas históricas e holísticas sobre a produção social do processo de saúde-doença.

Para Reeves (2016), na interdisciplinaridade, a educação interprofissional é fundamental para qualificação dos serviços em saúde, valendo-se da perspectiva que os profissionais em saúde têm a oportunidade clara e intencional de aprender em



conjunto e de forma interativa. Para além dos benefícios dos usuários dos serviços de saúde, a interdisciplinaridade é potencialmente produtiva na construção de processos educativos para os profissionais de saúde no que tange ao desenvolvimento de um arcabouço teórico-conceitual e metodológico, que favorece a capacitação de trabalho em equipe (REEVES, 2008; PEDUZZI *et al.*, 2013).

A atuação em saúde deve ser planejada e executada através de metodologias interativas em que o compartilhamento de saberes deve ser de forma colaborativa e cautelosa tendo como princípio o olhar sistemático do fenômeno integral da saúde (REEVES, 2016; PEDUZZI, 2016). Nesse sentido, os profissionais de saúde devem ter uma compreensão ampliada do conceito de saúde coletiva, articulando os conhecimentos e práticas multiprofissionais com a centralidade no cuidado do usuário, atuando com o entendimento de que as práticas dos profissionais se complementam. Nessa perspectiva, a grade curricular de formação dos profissionais de saúde deve contemplar interfaces do conhecimento técnico-científico com a ênfase em preceitos éticos, humanos e sociais propostos pela saúde coletiva. Deve também prezar a valorização da interdisciplinaridade e o desenvolvimento de competências para as relações sociais, a fim de que seja problematizada a realidade e efetivação dos serviços de saúde com a qualidade conforme as necessidades da população, sem repetir o modelo tradicional, biomédico, curativista e fragmentado (BATISTA; BATISTA, 2016).

Essa proposta integrativa das interfaces da educação e formação em saúde vem sendo problematizada como uma questão de emergente necessidade, sendo inclusive preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma estratégia para transformar e ampliar a formação profissional, visando e promovendo melhorias nos sistemas de saúde, com foco na equidade e na atenção às necessidades dos seus usuários e das populações (WHO, 2013). A construção do trabalho em equipe com perspectivas interdisciplinares é uma demanda do contexto educacional de formação de profissionais em saúde, para que atuem como trabalhadores mais preparados com ações em equipe, melhorando a qualidade da assistência à saúde (REEVES, 2016; BARR, 2013). De acordo com Reeves, Goldman e Zwaresnstein (2009), a atuação interdisciplinar de profissionais de saúde aumenta a eficácia da atenção em saúde, e colabora para diminuir erros de procedimentos, intervenções desnecessárias e consequentemente melhora a eficácia de ações de prevenção e promoção da saúde com melhor resolutividade, reduzindo assim os custos do sistema de saúde e melhora a segurança dos usuários.

Um dos grandes desafios em saúde, que limita as ações interdisciplinares, refere-se ao processo de obtenção de dados ou à produção de resultados de forma unilateral das informações, com metodologias especificamente rígidas. Práticas incipientes, ancoradas por uma autoridade científica de disciplinas e saberes rígidos, que receiam perder o poder na luta pela verdade e pelo espaço social, político e



econômico conquistado. Outras limitações referem-se à falta de flexibilidade com rigor metodológico e teórico, de saberes especializados, seguido de dificuldades na interação das diferenças epistemológicas disciplinares de construção do conhecimento e uso descompromissado dos conceitos, utilizados sem critérios, desarticulados de teorias que reduzem as análises à interpretações precárias, superficiais e desprovidas de estratégias de interlocução entre teorias existentes e contextualizações contemporâneas (GUIMARÃES; SILVA, 2010; FRENK *et al.*, 2010).

Algumas limitações impostas pela interdisciplinaridade podem ser sanadas a partir de um modelo interacional que evoque mais holismo e unificação dos processos de educação e formação em saúde. A transdisciplinaridade apresenta-se como uma metodologia facilitadora do processo de cuidado e atenção em saúde, propondo um processo intenso e complexo de interação global de vários conhecimentos, sem distinção de disciplinas. A união dos saberes estabelece a construção de algo novo, com olhar ampliado sobre especificidades. As possibilidades de articulação são diversas e perpassam por: práticas de cruzamento, de importação, de convergência, de descentralização e de comprometimento. A análise e práxis dessas conjunturas exigem muito esforço intelectual e habilidades em recursos humanos para uma atuação multiprofissional (CANESQUI, 2010; SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

A realidade vivenciada em muitos polos de educação e formação em saúde seguem com metodologias limitadas por paradigmas positivistas que dificultam o entrecruzamento de elementos estruturais, subjetivos, materiais, simbólicos e culturais na construção e contextualização do processo saúde-doença. Um olhar de cuidado em saúde reducionista, respaldado apenas em um modelo clínico e às prescrições de controle das problemáticas em “doença” que dificulta a alocação e resgate do sujeito social no processo histórico da construção do saber diante das necessidades das coletividades. Ênfase política e econômica nas negociações e efeitos nas conquistas científicas personalistas, cronologicamente dispostas e descontextualizadas. A dificuldade de rupturas de tradições, as limitações de remodelação das instituições de ensino em saúde e a resistência de abertura ao diálogo multiprofissional, ainda são grandes entraves para a promoção da saúde humana (FRENK *et al.*, 2010; CANESQUI, 2010).

Em todo o mundo, esses desafios contemporâneos da saúde perpassam as questões que envolvem a comunicação e concepções de abordagens em que os agentes de cada campo multiprofissional precisam dialogar de forma interdisciplinar, permitindo que o conhecimento e as intervenções em saúde alcancem medidas transdisciplinares, por meio do exercício da tolerância do trabalho em equipe e do rigor científico. Isso significa que a melhor abordagem deve estabelecer uma comunicação integrada e interdependente, fortalecendo o papel dos diferentes profissionais e beneficiando não apenas os usuários, mas também uma atenção mais



integral, humana e resolutiva (CHUENKONGKAEW, 2020; COSTELLO *et al.*, 2017; FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

COMUNICAÇÃO NA EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação em saúde pode ser descrita de formas distintas e sob diversas perspectivas. Nesse contexto, queremos refletir sobre o grande potencial da comunicação como uma ferramenta de poder educativo na formação e na práxis de profissionais de saúde. Comunicação na perspectiva de construção de diálogos intermediados por informações, que são envolvidas pela produção de sentidos coletivos, em que o conhecimento é fruto de um processo interacional da comunicação em saúde.

A diferença entre educar e informar apesar de algumas delimitações, também apresenta intersecções importantes para que ambos os processos se constituam como informação e educação. Informar na área da saúde geralmente está relacionado à exposição de dados organizados e estruturados de forma concisa e objetiva. É a apresentação de uma ou mais situações que dificilmente faz correlações com outras temáticas de forma aprofundada. Já o “educar” na área da saúde é um processo intenso de aproximação das demandas a serem exploradas, que exige habilidades de comunicação interpessoal, estratégias e técnicas didáticas. Educar é um processo complexo que envolve percepção, compreensão e transmissão de informações, dados e conhecimentos (DE MARCO *et al.*, 2010).

Os profissionais de saúde, de modo geral, estão mais preparados para disseminar informação do que comunicar de forma educativa. São muitas as barreiras que dificultam as assertivas práticas comunicacionais, demonstrando o desconhecimento e a falta de consideração com questões relevantes como inadequada linguagem, percepções diferentes dos saberes, limitações de emissor e receptor, diferenças de ordem sociocultural, e entre outros aspectos. As teorias e metodologias pedagógicas aplicadas à formação em saúde demonstram a necessidade de mudanças diante de profissionais mal formados que evidenciam dificuldades e inseguranças no que tange necessidades de atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar. Essas limitações não são somente no âmbito educativo do processo informativo-cognitivo, mas perpassam também as questões reducionistas do processo de resistência psicoafetiva às mudanças (COLIORANO-MARINUS *et al.*, 2014).

A desvalorização e distanciamento profissional de questões relacionadas às realidades sociais, culturais e subjetivas do ser humano explicam o despreparo para as ações de educação e comunicação em saúde. A formação de profissionais de saúde com habilidades eficazes na disseminação de informações e comunicação efetiva exige uma formação de permanentes atualizações com base em uma visão



sistêmica; de atuação e trocas transdisciplinares; com habilidades e técnicas dialógicas; além da principal competência para lidar com a subjetividade, alteridades, inter-relações e conflitos na interação com equipes, famílias, grupos e redes sociais (OLIVEIRA, 2009).

Compreende-se comunicação interpessoal na área de saúde como um processo complexo que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens na interação entre as comunidades e profissionais de saúde. É um processo que possui múltiplas dimensões sobre as distintas necessidades do ser humano. O processo comunicativo em educação em saúde é definido como um ato caracterizado não por relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal como a não verbal. Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre os interlocutores (ARAÚJO; SILVA, 2012)

Na busca de intercâmbio de saberes, os profissionais de saúde devem compreender que os processos de comunicação devem propiciar condições para práticas de promoção da saúde. As habilidades comunicacionais são o intermédio para fornecer informações, ensinar, persuadir, gerar mudanças de comportamento, favorecer o tratamento e o desenvolvimento da saúde. Tais habilidades não são intrínsecas à condição de ser profissional da saúde, é preciso investir em capacitação adequada, contínua e atualizada diante dos cenários em que se exige qualquer intervenção em saúde (FERMINO; CARVALHO, 2007).

Essas reflexões são necessárias para o reconhecimento e avaliação do potencial educativo e a intencionalidade da produção de materiais com fins educacionais e de promoção na área da saúde. Há exigência de um olhar crítico e autocrítico ao que vem sendo produzido e disseminado, no intuito de ampliar a consciência ética dos profissionais de saúde em suas práticas comunicacionais. O objetivo principal disto tudo é o de construir, incentivar, inovar e criar ações comprometidas com a redução de vulnerabilidades com a proteção da vida.

UMA DISCIPLINA COMO ESTRATÉGIA PARA GARANTIR EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

No intuito de demonstrar e fortalecer a importância do elo educação e saúde, como foco na comunicação na formação de profissionais de saúde, foi criada em 2018 uma disciplina denominada “*Educação e comunicação na formação em saúde*”, para turmas de mestrandos em Saúde Coletiva. Como já mencionado no início deste capítulo, essa disciplina optativa é ofertada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), vinculado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde



Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás (UFG), em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFG). Esse programa, em nível de Mestrado Profissional, é pioneiro no Estado de Goiás e o segundo criado na região Centro-Oeste brasileira. O programa foi homologado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), conforme Portaria n. 1045 do Ministério da Educação e Cultura (MEC), em 18/08/2010, publicada no Diário Oficial da União em 19 de agosto de 2010.

O PPGSC tem como objetivo geral promover a qualificação de recursos humanos em saúde, com ênfase na área de Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde para aumentar o potencial interno de geração, difusão e utilização de conhecimentos científicos no processo de trabalho em consonância com o SUS, possibilitando maior desenvolvimento socioeconômico e cultural na região e, conseqüentemente, reduzindo as desigualdades sociais. Sua criação teve como pressuposto atender às mudanças apontadas pelas necessidades em saúde, frente à complexidade dos processos de gestão próprios de um sistema de saúde descentralizado no cenário federativo brasileiro e ao processo de reorientação do modelo de atenção no SUS, que passam a exigir de gestores, trabalhadores, professores e formuladores de políticas de saúde, constante desenvolvimento do conhecimento e, também atualização em ferramentas de gestão, a fim de responder às atuais exigências.

A disciplina “*Educação e comunicação na formação em saúde*”, caminha com os mesmos objetivos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e tem como pilar elementar a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na formação em saúde em busca da integralidade. Promove o estudo da educação em saúde e o seu papel na formação do profissional, através de contextualização de conceitos, avanços e desafios da temática. Compreende a educação e comunicação na integração ensino, serviço e comunidade. Evidencia a multiprofissionalidade e o trabalho em equipe com o incentivo e análise de práticas educativas e comunicativas em prol da promoção da saúde. A disciplina também ratifica o cuidado da relação profissional de saúde-usuário e a importância de desenvolver habilidades comunicacionais direcionadas para a empatia e humanização em saúde.

A partilha e construção do conhecimento entre docentes e discentes parte do objetivo principal que é o de compreender a importância da educação e comunicação durante a formação em saúde, com ênfase na integração ensino, serviço e comunidade, priorizando a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe. Nesse contexto, a disciplina se propõe a alcançar os seguintes objetivos:

- a) descrever os principais conceitos na área de educação em saúde, com ênfase na interdisciplinaridade e transdisciplinaridade e educação interprofissional em saúde;
- b) desenvolver habilidades comunicacionais que fortaleçam a relação profissional-usuário para garantir o cuidado integral à saúde, sob a perspectiva



da saúde individual e coletiva;

- c) aplicar estratégias efetivas de comunicação com usuários, com a equipe multiprofissional de trabalho e com a comunidade em geral;
- d) desenvolver práticas educativas e comunicativas em cenários de aprendizagem em prol da promoção da saúde e da responsividade social;
- e) avaliar o papel do profissional na sensibilização do usuário em prol da prevenção e promoção da saúde, triangulando o significado dos conteúdos biomédicos para suas vivências nos serviços de saúde.

Essa diversidade de objetivos foi sendo traçada e concretizada através de estratégias de ensino com metodologias ativas de ensino-aprendizagem que consideram o conhecimento prévio dos discentes sobre o tema, e o docente enquanto facilitador que fornece material para os estudantes realizarem a leitura prévia para a aula. Assim, o estudante passa a ser o agente principal de sua própria aprendizagem e se cria um ambiente propício para que haja aprendizagem colaborativa com aulas expositivas dialogadas, construção de mapas conceituais, estratégias de aprendizagem colaborativa, brainstorming (tempestade de ideias), grupos de verbalização e observação.

O conteúdo programático da disciplina foi dividido em duas partes, sendo a primeira com o foco na educação e comunicação em saúde, levando em consideração o estudo das seguintes temáticas:

- a) a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na formação em saúde;
- b) a importância da educação interprofissional em saúde;
- c) papel educativo do profissional e possíveis intervenções nos cenários de aprendizagem;
- d) práticas educativas e comunicativas em saúde na Integração Ensino, Serviço e Comunidade;
- e) estratégias de comunicação para promoção da saúde de acordo com perfil epidemiológico;
- f) tecnologias da Informação e Comunicação no contexto da Educação.

Para a segunda parte do conteúdo programático da disciplina, é evidenciada a importância das habilidades em comunicação clínica, com o estudo das seguintes temáticas:

- a) a importância da comunicação para a multiprofissionalidade nos serviços de saúde;
- b) a humanização em saúde e a importância da empatia no contexto da saúde;



- c) habilidades de comunicação e o processo comunicacional na relação profissional-usuário;
- d) comunicação de más notícias: conceitos, técnicas, estratégias e treinamento;
- e) uso de linguagem adequada e valorização do conhecimento popular.

Com o desenvolvimento de metodologias ativas, esses conteúdos ministrados contribuíram de forma muito significativa na formação de profissionais da área da saúde e áreas afins, que demonstraram comprometimento com o avanço do conhecimento e da inovação se preparando para o exercício do ensino, pesquisa, extensão, gestão e atenção em saúde no campo da educação e comunicação na formação em saúde.

PRODUÇÃO DE MATERIAIS AUDIOVISUAIS: PROCESSO DE CRIAÇÃO E INOVAÇÃO

Valendo-se de toda perspectiva bibliográfica descrita acima, assim como as metodologias ativas empregadas, a disciplina “*Educação e comunicação na formação em saúde*”, valorizou de forma assertiva a contextualização individual e coletiva das multiprofissionalidade dos discentes. Utilizou-se este aspecto como um ponto referencial para a possibilidade de reflexão e construção de intervenções em saúde, em que as habilidades de educação e comunicação fossem estruturadas com base na promoção da saúde, através do trabalho em equipe, de forma humanizada e empática; com linguagem, técnicas e estratégias adequadas à valorização do acolhimento das demandas das populações.

Levando em consideração esses quesitos, foi proposto aos discentes a atividade de criar e inovar com a produção de um material audiovisual com alguma temática com foco educativo e comunicacional em saúde. Para auxiliar e subsidiar orientações para as escolhas dos temas, das técnicas de linguagem e das estratégias de alcance ao público, a disciplina discutiu de forma crítica uma série de artigos, vídeos, cartilhas e materiais de educação e comunicação em saúde. As análises e estudos propostos em sala de aula sempre levaram em consideração a perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar com caráter educativo da relação entre os multiprofissionais, tendo como foco as habilidades de comunicação em saúde.

Uma experiência exitosa e cheia de emoções que resgataram a condição humana de estar na posição de promover educação e cuidado ao outro, de forma empática e criativa. Essa última frase traduz algumas das muitas emoções que foram vivenciadas com as apresentações dos materiais audiovisuais das turmas de pós-graduação em Saúde Coletiva nos anos de 2019 e 2020.

Os materiais produzidos evidenciam um olhar individualizado sobre a



contextualização coletiva para indivíduos que precisam receber informações, cuidados, intervenções em saúde, orientações, suporte em situações aversivas, acolhimento para demandas de sofrimento em relação à saúde, no seu princípio de integralidade. Produções exitosas no que tange à diversidade e atenção cuidadosa para as múltiplas demandas em saúde. A título de exemplificação, apresentamos aqui as temáticas produzidas tanto nos anos de 2019 como 2020:

Materiais audiovisuais produzidos no ano de 2019 e suas respectivas propostas:

- **Placas motivacionais em ambiente hospitalar** – Objetivo: Proporcionar assistência à saúde a todas as camadas sociais, assegurando atendimento médico-hospitalar de excelência e referência, a fim de promover a saúde, em todos os seus âmbitos, baseando-se em uma política de trabalho eficaz, inovadora e humanizada, colaborando com a pesquisa e com o ensino.
- **Jornal Fo-focalizando - onde o paciente é o foco** – Objetivo: Informações sobre segurança do paciente e a comunicação efetiva. Foco na melhor comunicação entre os profissionais de saúde com o objetivo maior de melhorar os processos de trabalho em busca de uma assistência mais segura, reconhecendo os riscos para então prevenir os erros.
- **Paródia “Olha a explosão”** – Objetivo: Chamar atenção de forma criativa e dinâmica em relação à rotina intensa e cansativa de plantões nos serviços de saúde, levando em consideração a responsabilidade profissional no cuidado atencioso sobre os riscos de interpretação das informações trocadas nos turnos entre os profissionais de saúde. Valorização da construção de habilidades comunicativas e informativas que evitem erros de procedimentos, troca de prontuários, riscos de infecções, entre outros. Por fim é ressaltado que os usuários sabem reconhecer a boa organização de um serviço de saúde.
- **Plano de parto** – Objetivo: Informações acolhedoras sobre as importantes decisões que uma gestante deve saber para fazer escolhas assertivas diante de sua realidade. Apresenta uma série de direitos e privilégios que são fornecidos em um plano de parto. Esclarecimentos sobre mitos e dados estatísticos sobre como é um parto. Orientações e dicas significativas para momentos especiais e difíceis que uma gestante passa antes de ter um bebê.
- **Procedimento Operacional Padrão Rede de Frio** – Objetivo: Descrever a rotina diária da Rede de Frio no que tange ao fornecimento de informações sobre as condições sanitárias ideais para o adequado recebimento, armazenamento, preparação e distribuição de imunobiológicos. Prover instruções sobre o setor com material necessário ao seu adequado funcionamento e sobre o registro adequado dos imunobiológicos distribuídos. Prevenir infecções cruzadas; proporcionar conforto e segurança à equipe de trabalho; manter um ambiente limpo e agradável.



- **Vamos falar sobre homens!** – Objetivo: Divulgação de informações sobre o cuidado da saúde do homem, valorizando a comunicação humanizada com esse público. Acolhimento e esclarecimentos sobre mitos e preconceitos com linguagem artística. Apresentação de dados estatísticos dos principais agravos que acometem a saúde do homem, direcionando o público na busca de orientações nos serviços de saúde.
- **Seja o melhor profissional – Aplicação de boas práticas na coleta de sangue.** Objetivo: Orientações detalhadas sobre a forma correta de paramentação e organização do material para coleta de sangue. Instruções de boas práticas para o acolhimento do usuário do serviço, com atenção às demandas individualizadas. Informações sobre a segurança do ambiente e do usuário, prezando os protocolos exigidos nessa prática.
- **Trabalho em equipe na visão de uma equipe** – Objetivo: Valorização da união do trabalho multiprofissional com perspectivas educativas interdisciplinares e transdisciplinares em prol da promoção da saúde da equipe e dos usuários. Informações e habilidades comunicativas para a organização eficaz e humanizadora do trabalho.
- **Trabalho em equipe** – Objetivo: Ressaltar que o sucesso de intervenções em saúde demanda a integração de vários serviços e profissionais que dedicam e valorizam a integralidade do indivíduo. Otimização da troca de informações entre profissionais visando um atendimento humanizado e contextualizado. Estimulando as relações afetivas de empatia, solidariedade e responsabilidade social.
- **Diálogo sobre o plano de parto** – Objetivo: Empoderamento de gestantes de forma acolhedora e educativa. Valorização da construção de habilidades comunicativas para a transmissão de informações para que as mulheres vivenciem o período do parto de forma satisfatória. Orientações sobre a segurança do ambiente e da postura dos profissionais de saúde.

Materiais audiovisuais produzidos no ano de 2020 e suas respectivas propostas:

- **Atura ou Surta - Uma cartilha básica e leve para você não pirar** – Objetivo: Uma cartilha de como enfrentar a ansiedade na pós-graduação, com descrições e ilustrações explicativas sobre as diversas variáveis que giram em torno da ansiedade. Informações e orientações sobre estratégias de cuidado da saúde física e mental, a partir de sintomas de ansiedade.
- **Como ter uma gravidez saudável?** – Objetivo: Divulgar informações sobre a abrangência de cuidados que uma gestante deve ter. Educar e informar sobre a disponibilidade de multiprofissionais que devem amparar o cuidado com a gestação em suas diferentes fases. Orientações de saúde, principalmente as medidas protetivas em relação à covid-19 para as gestantes.



- **Cartilha de Primeiros Socorros no ambiente acadêmico** – Objetivo: Orientar toda comunidade acadêmica quanto a forma correta de agir em situações de urgência. Informações sobre os recursos e instituições que devem auxiliar em situações de urgência em saúde (Samu, polícia, etc). Orientações de primeiros socorros em situações de hemorragia nasal, desmaio, crise convulsiva, engasgo, parada cardiorrespiratória, fratura, luxações, contusões, hipoglicemia, hiperglicemia e crise de ansiedade.
- **Fiquei sabendo! Descobertas em tempos de pandemia** – Objetivo: Promover orientações e esclarecimentos sobre os grupos de risco diante da pandemia de covid-19. Informações sobre os sintomas e medidas de cuidado com o vírus. Disseminar orientações de como organizar o cotidiano para evitar a transmissão do novo coronavírus.
- **Cuidando do cuidador** – Objetivo: Projeto audiovisual com a exposição de orientações de ginástica laboral, valorizando as práticas de atividade física como instrumento de promoção da saúde e prevenção de lesões como LER (Lesão por Esforço Repetitivo) e DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Valorização da adequada e correta execução de alongamentos, respiração e postura na atividade de ginástica laboral. Apresentação de onze exercícios de ginástica laboral.
- **Criança amada é criança vacinada!** – Objetivo: Divulgar informações sobre a importância de cumprir o calendário de vacinação para crianças, oferecido no Sistema Único de Saúde. Promover informações sobre os riscos e consequências da não vacinação, apresentando o calendário vacinal do nascimento aos quatro anos de idade. Divulgando contato e local para busca vacinal.
- **O afeto que te afeta! Solidão em tempos de Covid-19** – Objetivo: Promover acolhimento do sofrimento psíquico gerado pela pandemia de covid-19, evidenciando as consequências do distanciamento social. Valorizar a importância do autocuidado, principalmente em relação às emoções e sentimentos vivenciados com as diversas limitações e dificuldades impostas pela covid-19. Divulgar estratégias de enfrentamento emocional para promoção do bem-estar geral diante do cenário de pandemia. Promover a reflexão sobre a importância do indivíduo como ser social.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Durante toda a caminhada da disciplina, docente e discentes dispunham e articulavam as ideias, propostas e teorias de forma muito agradável e dialogada, evidenciando que os processos educacionais em formação e comunicação em saúde se solidificam e se tornam eficazes através de uma perspectiva de saúde



coletiva. O trabalho em equipe foi muito gratificante, pois todos opinaram e contribuíram, construindo estratégias de enfrentamento das dificuldades em lidar com a diversidade de condições dos colegas de trabalho, no momento de agregar pensamentos, bagagens culturais e táticas diferentes de compreender o conteúdo que iria ser fornecido para um determinado público na finalidade de promover saúde.

Após as apresentações de todos os materiais audiovisuais produzidos, a turma partiu para um momento de reflexão e avaliação sobre o processo de construção do conhecimento e do material elaborado. Foi proposto aos alunos uma atividade de análise descritiva de caráter retrospectivo sobre os facilitadores e desafios dos bastidores do trabalho.

A proposta abrangente de considerar a amplitude da saúde foi compreendida pela turma como uma estratégia facilitadora, que contribuiu para a valorização da história profissional e habilidades de cada aluno enquanto profissional de saúde. Nessa perspectiva os grupos formados demonstraram reconhecimento positivo pela liberdade de escolher temáticas que tinham maior intimidade e também de propor a construção de algum material audiovisual que estivesse em sintonia com o contexto laboral vivenciado.

Essa prática de elaboração do material audiovisual despertou vários sentimentos, questionamentos e preocupações sobre o que de fato é educar e promover saúde, levando em consideração a multiplicidade de aspectos que envolvem o desenvolvimento biopsicossocial, econômico, cultural e político das populações. As habilidades de comunicação em saúde foram evidenciadas como um aspecto muito desafiador quando os profissionais de saúde de fato refletem, objetivam e planejam que as informações sejam absorvidas pelo público destinado. A turma compreendeu que a metodologia em comunicação em saúde deve ter o potencial de conduzir o ensino para alcançar a devida finalidade. E para que as metodologias em comunicação sejam eficientes, deve-se priorizar a valorização das habilidades da equipe que planeja e executa as atividades e orientações propostas.

A adequação da linguagem apresentou-se como outro aspecto comunicacional desafiador. Os grupos demonstraram a preocupação e atenção em organizar discursos, falas, textos, imagens, músicas e explicações com o cuidado em saber como transmitir, escolhendo bem os recursos e problematizando a mensagem a fim de que o receptor perceba e veja sentido no que está recebendo e consiga aplicar as informações, sugestões e orientações em suas vidas.

Dentre outros desafios, foram descritos a apreensão na expectativa do resultado final; apanhado geral do assunto de forma objetiva ao público escolhido; objetividade versus interatividade; utilização e criação de ferramentas interessantes e inovadoras; busca ativa de recursos didáticos; edição de vídeo, sonoplastia, narração, escolha de imagens; trabalho em equipe com maior empatia; valorização do coletivo; olhares



e práticas humanizadoras; cuidado integral à saúde, sob a perspectiva da saúde individual e coletiva; construção do material através da perspectiva transdisciplinar e educação interprofissional em saúde.

Apesar das muitas dificuldades e preocupações descritas, vários pontos facilitadores foram ressaltados, evidenciando a importância da condição social da humanidade, e valendo-se dos princípios de humanização e empatia. Essa reflexão teórica e prática se condicionou como pilar do trabalho em equipe, o que garantiu a percepção real da condição de saúde em que muitas populações sobrevivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece-nos extremamente desafiador pensar a informação, a educação e a comunicação no contexto de uma sociedade marcada pelo excesso, onde o maior desafio parece ser o da gestão e disseminação do conhecimento e das oportunidades de aprendizado, bem como sua transmutação em sabedoria, ou seja, sua transposição para a prática.

São muitas as dificuldades e empecilhos políticos, econômicos e socioculturais na aceitação e compreensão da necessidade de formar profissionais da saúde comprometidos com a educação transformadora através de uma dinâmica comunicacional coerente e concisa com a realidade das populações. A promoção da saúde perpassa o processo de valorização, ativação e mutação das potencialidades da construção do conhecimento, levando em consideração o contínuo e mutável processo de reinvenção empática no contato com as multiplicidades da condição humana.

As turmas finalizaram o processo avaliativo da construção do material audiovisual, evidenciando a valorização e reconhecimento positivo da necessidade urgente de formação e capacitação do trabalho em equipe com profissionais da saúde através de práticas comunicacionais de prevenção e promoção à saúde. E essa jornada deve seguir em contínua transformação, adequação, contextualização para planejar e executar processos educacionais responsáveis por metodologias interativas de ação e intervenção em saúde para operar mudanças, abrir novos caminhos, mobilizar protagonismos, estimular a criatividade e inovação dentro da perspectiva real e concreta de indivíduos, coletivos, serviços e instituições.



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 3, n.46, p. 626-632, 2012.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu,** v. 20, n. 56, p. 202-204, 2016.

BARR H, LOW H. **Introducing interprofessional education.** Fareham: Center for The Advancement of Interprofessional Education; 2013.

CANESQUI, A. M. Ciências Sociais e Humanas: Interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva. *In:* HORTALE, V. A.; MOREIRA, C.O.F; BODSTEIN, R.C.A.; RAMOS, C.L. (org.) **Pesquisa em Saúde Coletiva:** fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 57-85, 2010.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS,** São Paulo, v. 1, p. 19-27, 2011.

CECCIM, RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Revista Interface,** Botucatu, v. 22, n. 02, p. 1739-1749, 2018.

CECCIM R.B; FEUERWERKER L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade,** São Paulo , v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

CHUENKONGKAEW, W. Starting, Growing and Sustaining Leadership in Interprofessional Collaboration in Thailand. *In:* FORMAN, D; JONES, M; THISTLETHWAITE, J. **Sustainability and Interprofessional Collaboration.** Palgrave Macmillan, v. 22, p. 83-102, 2020.

COSTELLO, M. *et al.* Simulation as an effective strategy for interprofessional education. **Clinical Simulation in Nursing,** v. 13, p. 624-627, 2017.

DE MARCO, M. A. *et al.* Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do



estudante de medicina para a prática da entrevista. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 217-227, 2010.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

FREIRE FILHO, JR *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 86-96, 2019.

FRENK, J *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376 (9756), n. 06, p. 1923-1958, 2010.

GUIMARÃES, D.A.; SILVA, E.S. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2551-2562, 2010.

PEDUZZI, M *et al.* Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

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

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface**, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.

REEVES, S. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev**, Berlin-Germany, v. 23, n.1, 2008.

REEVES, S; GOLDMAN, J; ZWARENSTEIN, M. An emerging framework for understanding the nature of interprofessional interventions. **Journal Interprof. Care**, v. 23, n. 5, p. 539-42, 2009.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1685-1698, 2010.

OLIVEIRA, A. M. F. Informação, educação e comunicação em saúde: é suficiente atuar em rede? Os desafios éticos da formação do profissional de saúde na pós –



modernidade. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n.1, p. 14-27, 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training: World Health Organization Guidelines, 2013. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf.



TECNOLOGIAS EDUCATIVAS NO TRABALHO EM SAÚDE: NOVA MÁSCARA PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA COVID-19

Dulciane Nunes Paiva¹

Suzane Beatriz Frantz Krug²

Litiele Evelin Wagner³

Camila Dubow⁴

Maria Eduarda Lara de Oliveira⁵

Eduarda Chaves Silveira⁶

Patrícia Érika de Melo Marinho⁷

- 1 Fisioterapeuta (UFPE). Mestre em Ciências Biológicas (Biofísica) (UFRJ). Doutora em Medicina (UFRGS). PhD em Fisioterapia Cardiopulmonar (UFPE). Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (UNISC). E-mail: dulcianepaiva@unisc.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4282809258730451>. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5629-3285>.
- 2 Enfermeira (UFSM). Pós-Graduada em Administração Hospitalar e em Enfermagem do Trabalho (ULBRA-RS). Mestre em Desenvolvimento Regional (UNISC). Doutora em Serviço Social (PUC-RS). Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (UNISC). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS). Email: skrug@unisc.br Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6004707656053678>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2820-019X>.
- 3 Fisioterapeuta (UNISC). Especialista em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde na Área de Concentração em Atenção em Urgência e Emergência pelo Hospital Santa Cruz (HSC). Mestranda em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: liti_wagner95@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1042084209164377>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3727-5732>.
- 4 Fisioterapeuta (UFSM). Mestre em Promoção da Saúde (UNISC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (UNISC). Professora do Departamento de Ciências da Saúde (UNISC). E-mail: camiladubow@unisc.br. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9948251960196713>. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6853-8697>.
- 5 Acadêmica do Curso de Fisioterapia (UNISC). Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Email: lara2@mx2.unisc.br. Lattes <http://lattes.cnpq.br/5178674271983826>. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1423-9210>.
- 6 Acadêmica do Curso de Fisioterapia (UNISC). Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). Email: eduarda.chaves.silveira@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2232394690760377>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6547-4376>.
- 7 Fisioterapeuta (UFPE). Mestre em Antropologia Cultural (UFPE). Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora do Curso de Fisioterapia e do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Fisioterapia (UFPE). Tutora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas na área de Fisioterapia em Nefrologia (UFPE). Líder do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica em Doença Renal Crônica (DRC). Email: patricia.marinho@ufpe.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6920575128629381>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3093-7481>



INTRODUÇÃO

A tecnologia abrange um conjunto de saberes e fazeres relacionados a produtos e materiais que definem terapêuticas e processos de trabalho, constituindo-se em instrumentos para realizar ações transformadoras da realidade do indivíduo (CORDEIRO, 2018). Para entender as definições de tecnologia no trabalho na área da saúde, faz-se necessário conhecer algumas concepções teóricas.

Merhy (1997) classifica as tecnologias em *leve*, *leve-dura* e *dura*. As *leves* referem-se às relações do tipo de produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como uma forma de gerenciar processos de trabalho; as *leve-duras* dizem respeito aos saberes estruturados no processo de trabalho em saúde; as *duras* são referentes ao uso de recursos materiais e equipamentos tecnológicos, como máquinas, estruturas organizacionais e normas. Ainda sob essa concepção, Merhy e Franco (2008) definem que o trabalho vivo, em ato, divide-se em duas perspectivas: uma voltada para a atividade realizada e a outra se vincula ao trabalhador e à sua relação com seu ato produtivo e com os produtos que realiza, assim como, suas relações com os outros trabalhadores e usuários/pacientes. Conforme Feuerwerker (2014), o que confere vida ao trabalho em saúde é o uso das tecnologias leves, já que permitem trabalhar as singularidades e realidades de cada usuário em cada contexto, dessa forma, dando sentido para o uso das demais tecnologias.

No âmbito do campo que envolve a *Educação em Saúde*, as tecnologias também podem ser classificadas em *Tecnologias Educacionais* (TE), definidas como os dispositivos que permitem a mediação de processos de ensinar e aprender, as *Tecnologias Assistenciais*, que abrangem aqueles dispositivos que possibilitam a mediação dos processos de cuidar e as *Tecnologias Gerenciais*, que abrangem dispositivos para mediação de processos de gestão nos sistemas de saúde (NIETSCHÉ *et al.*, 2005).

As TE são relevantes, pois fornecem informações que melhoram o conhecimento e o enfrentamento do paciente, tornando-o capaz de entender como as próprias ações influenciam em seu padrão de saúde. Fazem parte da TE os manuais, folhetos, histórias em quadrinhos, cartazes, bonecos simuladores e, dentre os recursos eletrônicos, podem-se citar a teleconferência, os jogos eletrônicos e os vídeos e filmes (MATSUI, 2010). No presente capítulo discorreremos sobre o uso de novas tecnologias na *Educação em Saúde* e, inexoravelmente, na produção da saúde em tempos de pandemia da COVID-19.



TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COVID-19

O recurso tecnológico é um componente importante de instrumento de trabalho no exercício educativo e permite que as atividades possam ser sistematicamente observadas, compreendidas e transmitidas. A tecnologia aplicada à educação deve ser vista como um conjunto sistemático de procedimentos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento do sistema educacional (HUNT, 2015) e, se produzido eficazmente pode modificar a realidade dos pacientes e profissionais de saúde envolvidos (BERARDINELLI *et al.*, 2016).

No advento da pandemia da COVID-19, registra-se inúmeros casos de insuficiência respiratória aguda (IRA), que se define como a incapacidade de captação adequada de oxigênio e remoção de dióxido de carbono devido ao dano pulmonar, resultando em distúrbio de trocas gasosas (CARPIO; ROMERA; FERNÁNDEZ-BUJARRABAL, 2010). Segundo Wang *et al.* (2019), nos pacientes com COVID-19 internados, o tempo entre o início da doença e a falta de ar é de cerca de 8 dias, e o desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório agudo é de 10,5 dias. Tais pacientes podem evoluir para IRA, necessitando urgentemente de reversão do quadro hipoxêmico por meio do aumento da fração inspirada de oxigênio ou da instituição da ventilação mecânica invasiva (GATTINONI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020).

Na admissão hospitalar por infecção pela COVID-19, tais pacientes podem ser submetidos à oxigenoterapia e ventilação não invasiva (VNI), entretanto, as máscaras de VNI orofaciais convencionais ocasionam grande produção de aerossóis que, por possuírem saídas exalatórias, possibilitam escape expiratório e alto risco de contágio aos profissionais da saúde que estão em atendimento ao paciente com COVID-19, o que requer uma avaliação criteriosa.

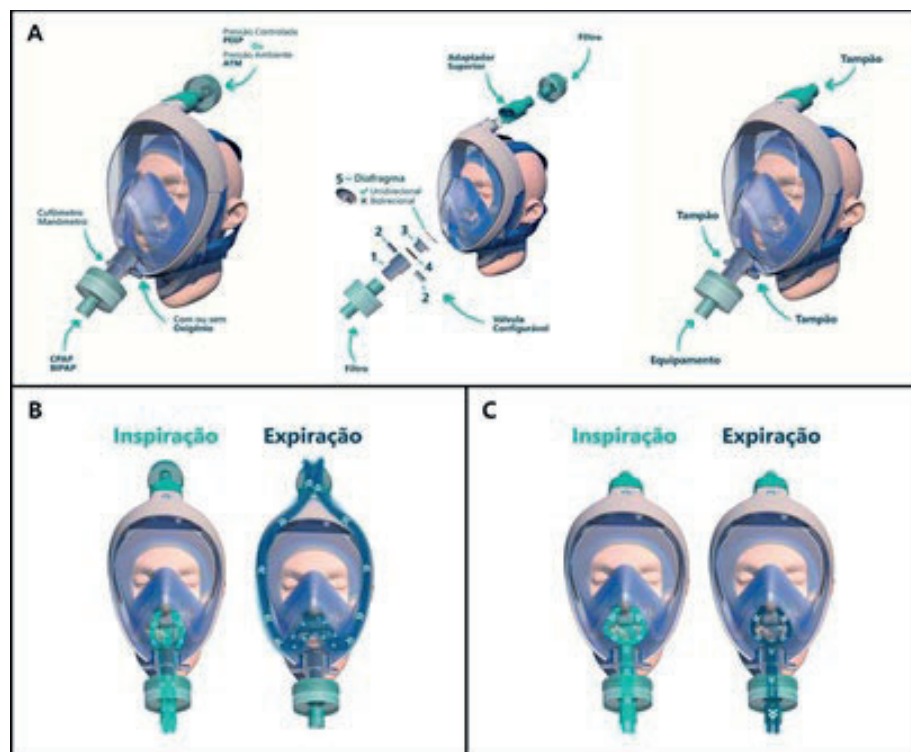
Muitos estudos estão sendo realizados mundialmente em busca de estratégias ventilatórias invasivas e não invasivas eficazes, sendo inegável a necessidade de avaliar novas e diferentes estratégias de administração que possam superar e minimizar os efeitos de vazamentos de ar advindos do alto fluxo inspiratório, assim como de evitar efeitos prejudiciais como o retardamento da intubação orotraqueal. Deve-se considerar que pacientes com a COVID-19 podem ser beneficiados com uma estratégia ventilatória não invasiva precoce e que a máscara para a VNI necessita ser segura, no sentido de evitar aerossolização para o meio ambiente institucional, devendo também ser eficaz no sentido de reverter/minimizar o quadro de IRA.

Diante da necessidade urgente de desenvolver medidas que auxiliem na assistência ventilatória dos pacientes com infecção por SARS-CoV-2 e com o aumento exponencial do número de infectados, prevendo a falta de materiais para suprir as necessidades desses pacientes em unidades de terapia intensiva, o grupo “Mergulhadores do Bem”, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) - RS,



inspirado pela ideia implementada na Itália e utilizada em hospitais (<https://www.isinnova.it/easy-covid19/>), adaptou máscaras utilizadas para a prática de mergulho (*snorkeling*) para serem utilizadas como máscaras de VNI, denominada *máscara Owner*, que pode ser adaptada tanto a ventiladores mecânicos tradicionais quanto a ventiladores não invasivos portáteis (Figura 1).

Figura 1 – Características da máscara de mergulho Owner (a); fluxo de ar no ventilador portátil (b); fluxo de ar no ventilador mecânico (c)



Fonte da imagem: Empresa Owntec Soluções em Engenharia e TecnoUnisc - Universidade de Santa Cruz do Sul.

A máscara Owner foi idealizada para priorizar a proteção e auxiliar na função respiratória e por ter elevada vedação, minimizar a aerossolização do vírus no ambiente. Pensando na segurança e saúde dos profissionais que se encontram na linha de frente do combate aos danos causados pela COVID-19, foi desenvolvida tal adaptação para a utilização da máscara *full face* ao suporte ventilatório não invasivo.

A relevância e inovação de analisar diferentes máscaras de VNI, permitirá a ampliação do conhecimento para maior adequação dessa técnica terapêutica, cuja aplicabilidade efetiva nesse grupo de pacientes ainda não foi devidamente estudada, tampouco comparada. Ainda, adicionar uma nova modalidade de máscara de VNI poderá atenuar os efeitos da dramática carência de ventiladores mecânicos nas unidades de terapia intensiva, de urgência e de emergência dos hospitais de nosso país.



São escassos os ensaios clínicos controlados e randomizados reportados na literatura que apresentem evidência sobre a eficácia e segurança da máscara de mergulho adaptada para a VNI. No Brasil, até o momento, se utiliza predominantemente a máscara orofacial e desse modo, está em desenvolvimento um estudo multicêntrico, cuja coordenação é da Universidade de Santa Cruz do Sul - RS, que por meio de um ensaio clínico randomizado objetiva avaliar a efetividade e segurança da máscara Owner em pacientes com indicação de VNI no cenário de pandemia da COVID-19, comparando sua segurança e eficácia em relação à máscara orofacial convencional para a instituição de VNI em pacientes com ou sem suspeita ou confirmação de COVID-19.

Tal pesquisa se configura como desenvolvimento de tecnologia incremental, tendo sido aprovada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e registrada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínico (REBEC). Deve ser ressaltado que, com o desenvolvimento da referida pesquisa, os profissionais de saúde envolvidos serão capacitados para o manejo da máscara de mergulho no sentido de compreenderem o funcionamento, colocação e ajustes da mesma no paciente, já que se trata de uma nova tecnologia em saúde. Além do exposto, a nova máscara adaptada para VNI contribuirá para o aperfeiçoamento do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes da graduação da área da saúde e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

MÁSCARA DE MERGULHO ADAPTADA PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A máscara *Owner* foi idealizada para priorizar a proteção e auxiliar na função respiratória. Configurando a tecnologia incremental que a envolveu, foram realizadas adaptações nas máscaras de mergulho (modelo *Easybreath*), com válvulas produzidas em aço inoxidável que conectam a máscara ao ventilador mecânico ou portátil às conexões impressas em 3D, permitindo uma vedação adequada na face do paciente e minimizando a aerossolização do vírus no ambiente. Pensando na segurança e na saúde dos profissionais que se encontram na linha de frente do combate aos danos causados pela COVID-19, foi desenvolvida tal adaptação para a utilização da máscara *full face* ao suporte ventilatório não invasivo. O maior intuito é permitir que, com uma vedação adequada, seja possível uma circulação do profissional nos ambientes infectados com menor risco de contágio, devido à maior filtração da entrada de ar.

A máscara *Owner* foi avaliada experimentalmente no Laboratório do TecnoUNISC para verificação de quais pressões eram efetivamente disponibilizadas por meio de um piezômetro de coluna d'água com escala milimétrica, bem como no Centro de Metrologia Mecânica, Elétrica e de Fluidos - CTmetro (São Paulo). No laboratório da Owntec, incubada no TecnoUNISC (Rio Grande do Sul), foram realizadas adaptações,



com a colocação de válvulas produzidas em aço inoxidável que interligam a máscara ao ventilador mecânico e conexões impressas em 3D, assim como outras adaptações específicas (Figura 2). A referida máscara possibilita seu uso adaptado à (i) ventilação mecânica e à (ii) ventilação não invasiva portátil.

No ventilador mecânico (SERVO-S, Maquet Critical Care, São Paulo, SP, Brasil), a adaptação da máscara requer o fechamento da parte superior por um adaptador. Na parte frontal inferior da máscara, há uma válvula unidirecional com derivações laterais fechadas e uma via principal conectada a uma peça Y, que permite a conexão com as traqueias do ventilador mecânico. Faz-se importante observar que, ao utilizar a máscara *Owner* no ventilador mecânico tradicional, deve-se acoplar um filtro *High Efficiency Particulate Arrestance* (HEPA) no ramo expiratório e um filtro *Heat and Moisture Exchanger* (HME) no Y da traqueia.

Figura 2 – Testagem da máscara *Owner* adaptada ao ventilador mecânico tradicional (SERVO-S, Maquet Critical Care, São Paulo, SP, Brasil) em indivíduo saudável



Fonte da Imagem: Hospital Santa Cruz - Universidade de Santa Cruz do Sul.

Na Figura 3 pode ser observado a primeira utilização de tal interface em paciente admitido na unidade COVID de um hospital de ensino do Sul do Brasil.



Figura 3 – Máscara de mergulho adaptada para uso na ventilação não invasiva



Fonte da Imagem: Hospital Santa Cruz - Universidade de Santa Cruz do Sul.

INTERFACE DA PESQUISA COM O ENSINO DA GRADUAÇÃO E DA PÓS-GRADUAÇÃO

Os cenários de atuação dos profissionais da saúde são os mais diversos, com rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias e exigências diárias envolvendo inteligência emocional e relações interpessoais. Dessa forma, se faz necessário, para além da graduação e da pós-graduação, que os profissionais estejam aptos a atuarem de modo a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e também dos usuários, agilizando a resolubilidade do sistema e dos processos de trabalho (FALKENBERG, 2014).

A Educação em Saúde se insere em um projeto político que busca intervir na realidade e, assim, contribuir para a transformação social, política e econômica do país (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2018). A Educação Permanente em Saúde se define como o desenvolvimento de ações educativas baseadas na problematização do processo de trabalho em saúde, tendo como eixo norteador as necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009) e se configura em uma importante estratégia para transformar as práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano, podendo contribuir efetivamente para uma melhor adequação do modelo assistencial, respeitando a autonomia dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde. Já o processo de Educação Continuada pressupõe: “[...] o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes” (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2018).



A Educação Permanente abrange os processos pedagógicos entre profissionais em saúde e desses com profissionais de outras áreas e não exclui a participação do usuário, uma vez que é ele o eixo central de todas as ações em saúde. No que tange ao profissional de saúde, o mesmo deve ter domínio e saber aplicar saberes profissionais específicos, essenciais para uma prática responsável, segura e ética (LEAL *et al.*, 2018). Consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde com o objetivo da transformação das práticas profissionais e organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009).

No momento em que possibilitamos o acesso de novas tecnologias em saúde aos estudantes, sendo esse um produto do desenvolvimento de uma pesquisa, o mesmo “aprende fazendo” e “aprende a aprender”. Nesse cenário, o centro da atividade não é o profissional nem os conteúdos, mas sim, o aprendiz, que se torna protagonista de todo o processo, contribuindo para o diagnóstico de problemas diários e construção de hipóteses, aplicando soluções viáveis aos problemas apresentados pela condição de saúde dos pacientes, permitindo mudança em sua condição clínica, emocional e social (BORDENAVE, 1994).

A utilização de métodos de ensino e aprendizagem cada vez mais inovadores na formação dos profissionais da saúde, tanto no nível da graduação quanto da pós-graduação, tem sido imprescindível para o desenvolvimento de competências que permeiam o desenvolvimento de distintas habilidades dos educandos, para que sejam capazes de atuar de maneira crítica, reflexiva e resolutiva em diversas realidades (LEAL *et al.*, 2018), sendo primordial a criação de mecanismos que estimulem a participação e o envolvimento de todos os integrantes (MENDONÇA; NUNES, 2011). Ao integrar, *in loco*, esses dois âmbitos de formação (graduação e pós-graduação) (Figura 4 e Figura 5), o processo educativo possibilita a proposição de ações pautadas em problemas reais por meio de metodologias que auxiliem a formação de profissionais capazes de solucionar situações do cotidiano durante a produção de cuidado, transformando a prática pela capacidade de problematizar a si mesmo no agir dentro do mundo do trabalho (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015; MERHY, 2005).

Os processos de educação que acontecem no âmbito de um hospital de ensino incluem metodologias de ensino-aprendizagem implicadas com a problematização dos processos e vivência do mundo do trabalho, contribuindo não apenas para a formação de graduandos e pós-graduandos, mas também, para a educação permanente da própria equipe, ao se configurar como espaço desencadeador de mudanças nos processos de trabalho de todos os envolvidos (MENDONÇA; NUNES, 2011). Um processo de aprendizagem transformador valoriza a integração na formação de profissionais da saúde, tornando-os atores de processos de mudanças



através do desenvolvimento de habilidades para tomada de decisões, capacidade de trabalho em equipe e adaptação dos recursos tecnológicos aos contextos locais, possibilitando a integração dos sistemas educacionais e de saúde (FRENK *et al.*, 2010).

Figura 4 – Máscara de mergulho adaptada para ventilação não invasiva integrada à formação de estudantes da graduação da área da saúde em formação em hospital escola



Fonte da Imagem: Hospital Santa Cruz - Universidade de Santa Cruz do Sul.

Figura 5 – Máscara de mergulho adaptada para ventilação não invasiva integrada à formação de residentes multiprofissionais no âmbito de um hospital escola



Fonte da Imagem: Hospital Santa Cruz - Universidade de Santa Cruz do Sul.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que o processo de educação em saúde inclua métodos de ensino-aprendizagem que tornem os estudantes da graduação e da pós-graduação protagonistas na aplicação de tecnologia em saúde e na sua adaptação ao contexto local, possibilitando a integração dos sistemas educacionais e de saúde, tornando-os capazes de problematizar os processos, se tornando seres críticos na busca da solução dos problemas apresentados pelos pacientes e pelo sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BERARDINELLI, Lina; GUEDES, Nathalia; RAMOS, Juliana; SILVA, Michelle. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev Enferm UERJ**, v. 22, no. 5, p. 233-9, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-747315>. Acesso em: 09 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BORDENAVE, Juan Dias. **Alguns fatores pedagógicos** [texto de apoio CADRHU Nescon], p. 261-268, 1994. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0220.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

CARPIO, C.; ROMERA, D.; FERNÁNDEZ-BUJARRABAL, J. Insuficiência respiratória aguda. **Medicine**, v. 10, n. 63, p. 4332-8, 2010. Disponível em: 10.1016/S0304-5412(10)70242-0. Acesso em: 9 abr. 2021.

CORDEIRO, Luana; LOPES, Thais; LIRA, Luciana; FEITOZA, Sarah; BESSA, Maria; PEREIRA. Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 4, p. 775-782, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000400775&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 maio 2021.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847. Acesso em: 10 maio 2021.



FARIAS, Pablo Antonio; MARTIN, Ana Luiza; CRISTO, Cinthia. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Rev Bras Educ Med.**, v. 39, n. 1, p. 143-150, 2015; Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022015000100143&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 maio 2021.

FEUERWERKER, Laura. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. **Rede UNIDA**, Porto Alegre, 2014.

FRENK, Julio; CHEN, Lincon; BHUTTA, Zulfiqar; COHEN, Jordan; CRISP, Nigel; EVANS, Timothy. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, 2010. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext). Acesso em: 08 maio 2021.

GATTINONI, Luciano *et al.* COVID-19 pneumonia: different respiratory treatment for different phenotypes? **Intensive Care Medicine**, v. 46, n. 6, p. 1099-1102, 2020. Disponível em: [10.1007/s00134-020-06033-2](https://doi.org/10.1007/s00134-020-06033-2). Acesso em: 10 abr. 2021.

HUNT, Caralise. Technology and diabetes self-management: An integrative review. **Wld J Diabetes.**, v. 6, n. 2, p. 225-33. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25789104/>. Acesso em: 07 maio 2021.

ISINNOVA. Easy COVID. 2021. Disponível em: <https://www.isinnova.it/easy-covid19/>. Acesso em: 10 maio 2021.

LEAL, Loisláyne Barros *et al.* Método ativo problematizador como estratégia para formação em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 4, p. 1139-1143, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231346>. Acesso em: 08 maio 2021.

MENDONÇA, Fernanda, NUNES, Elisabete. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Interface**, v. 14, n. 38, p.871-82, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 maio 2021.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 172-4, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100015. Acesso em: 09 maio 2021.



MERHY, Emerson Elias. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio. Trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 427-432.

MATSUI, Miho. Effectiveness of end-of-life education among community-dwelling older adults. **Nurs Ethics.**, v. 17, n. 3, p. 363–72, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733009355372>. Acesso em: 09 maio 2021.

NIETSCHE, Elisabeta; BACKES, Vânia; COLOMÉ, Clara; CERRATI, Rodrigo; FERRAZ, Fabiane. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-52, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a09.pdf>. Acesso em: 09 maio 2021.

VASCONCELOS, Mara, GRILLO, Maria José, SOARES, Sônia Maria. Práticas Educativas e Tecnologias em Saúde. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**, Nescon/UFMG, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-tecnologias-saude.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

WANG, C. C. *et al.* Use high-flow nasal cannula for acute respiratory failure patients in the emergency department: a meta-analysis study. **Emergency Medicine International**, v. 12, p. 10, 2019. Disponível em: [10.1155/2019/2130935](https://doi.org/10.1155/2019/2130935). Acesso em: 9 maio 2021.

WANG, D. *et al.* Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**, v. 323, n. 11, p. 1061-1069, 2020. Disponível em: [10.1001/jama.2020.158](https://doi.org/10.1001/jama.2020.158). Acesso em: 13 abr. 2021.



ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES BRASILEIRAS

Rochele Mosmann Menezes ¹
Eliane Carlosso Krumennauer ¹
Mariana Portela de Assis¹
Mara Rubia Santos Gonçalves ²
Magda Machado de Miranda Costa ²
Suzane Beatriz Frantz Krug³
Hildegard Hedwig Pohl³
Jane Dagmar Pollo Renner³

INTRODUÇÃO

Os programas de gerenciamento de antimicrobianos ou *Antimicrobial Stewardship Program* (ASP) são definidos como uma abordagem organizacional ou de todo o sistema de saúde para promover e monitorar o uso criterioso de antimicrobianos para preservar sua eficácia. O conceito de ASP foi promulgado pela *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) em 2007. Foi originalmente definido como interposições organizadas com a premissa de melhorar o uso de antimicrobianos ao selecionar os agentes apropriados, a dose correta, a via de administração e a duração da terapia sem prejudicar os resultados do paciente. Dessa forma, o ASP refere-se a um conjunto de estratégias coordenadas para melhorar os resultados e o atendimento ao paciente por meio da terapia ideal, reduzir os eventos adversos, otimizar o uso dos antimicrobianos, e reduzir o custo dos antibióticos. Essas estratégias podem ser usadas globalmente para ajudar a controlar a resistência antimicrobiana, aumentando a conscientização do público e orientando os profissionais de saúde sobre o uso prudente dessa classe terapêutica. Em geral, o ASP deve ser considerado uma prioridade global e todos os países devem realizar ações coordenadas para implementar esse tipo de programa (MAJUMDER *et al.*, 2020).

1 Doutorandas Programa *Stricto Sensu* Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde – UNISC

2 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/GVIMS/GGTES

3 Docentes Programa *Stricto Sensu* Doutorado em Promoção da Saúde – UNISC



A resistência antimicrobiana representa um desafio para a saúde pública. O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentado para as Nações Unidas em abril de 2019, afirmou que a resistência antimicrobiana pode causar 10 milhões de mortes anuais em todo o mundo, e, até 2050, causar danos econômicos comparáveis aos efeitos da crise econômica de 2008–2009. Considerando que a maioria das partes interessadas, como os profissionais de saúde, políticos e pesquisadores, concorda com essa ameaça iminente, é difícil chegar a um consenso sobre as soluções mais adequadas (RESMAN, 2020).

No contexto da educação em saúde no trabalho, devem ser destacados dois conceitos básicos, distintos e complementares: o de educação continuada e de educação permanente. A primeira é definida como um conjunto de atividades educativas para atualização técnica e científica do profissional, por meio do aprimoramento do funcionário, bem como, sua participação eficaz no dia a dia da instituição. Nesse tipo de educação utilizam-se pressupostos da metodologia de ensino tradicional, visando promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador (BRASIL, 2012). Já a educação permanente é definida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho e propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática (BRASIL, 2007).

O manejo antimicrobiano é amplamente aceito como uma estratégia eficiente para combater a crescente ameaça da resistência antimicrobiana. A educação é um dos pilares dos ASPs bem-sucedidos. Também há um consenso geral de que o êxito do ASP ocorre devido ao esforço da equipe assistencial envolvida, assim como sua educação permanente. Realizar ações de educação eficazes, efetivas e adequadas para todos os diferentes profissionais, embora desafiador, é considerado crucial para alcançar bons resultados. As diferentes estratégias que envolvem o campo da educação e saúde no trabalho em saúde, discutem como a educação pode melhorar os programas de gerenciamento de antimicrobianos, descrevem alguns dos desafios enfrentados e, ainda, as lacunas que precisam ser abordadas a fim de melhorar a educação nesse campo (PEREIRA; CASTRO-SANCHEZ; NATHWAN; 2017).

Muitas diretrizes práticas para a implementação de políticas de gerenciamento em hospitais de cuidados críticos recomendam adaptar as intervenções de ASP à epidemiologia e às necessidades locais, mas raramente fornecem detalhes sobre como os dados de vigilância devem se entrelaçar com essas atividades. Apenas indicações fragmentárias estão disponíveis em relação ao tipo e frequência de relatórios de dados, modalidades para agregação de dados e, mais importante, até que ponto esses dados devem informar as estratégias de ASP, especialmente em termos de otimização da prescrição (PEZZANI *et al.*, 2020).

Em 2019, o *Centers for Disease Control* (CDC) desenvolveu sete fundamentos



para a implementação de ASP. Notavelmente, liderança e responsabilidade são os dois primeiros princípios, responsáveis pelas entregas e resultados do programa, seguidos pela educação e implementação de culturas microbiológicas. O componente administrativo inclui a educação e a instituição de antibiogramas locais que dependem do princípio de que a terapia empírica apropriada é administrada para infecções comuns. Itens acionáveis, como a pré-autorização de prescrições e vigilância de resistência, são realizados por farmacêuticos e laboratoristas, respectivamente, onde as intervenções necessárias podem ocorrer conforme ditado por diretrizes e políticas institucionais (CDC, 2019).

No âmbito nacional brasileiro, os programas de gerenciamento de antimicrobianos ou ASPs vêm ganhando cada vez mais espaço, além de contar com o apoio de órgãos públicos. Em 2018, a ANVISA lançou a Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Seu objetivo principal: realizar orientação aos “profissionais de saúde na elaboração e implementação de programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos nos serviços de saúde”, promovendo, assim, uma redução na resistência, nos casos de IRAS, e aumentando a segurança do paciente. A diretriz é clara quando expõe que a educação é um componente essencial para o sucesso do Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos, transversal a todas ou quase todas as suas estratégias. Um aspecto importante é o treinamento continuado para toda a instituição sobre o Programa e sobre as ações estratégicas para setores específicos envolvidos. É importante estabelecer prioridades educacionais de acordo com as principais dificuldades detectadas e os problemas mais prevalentes (ANVISA, 2018; ANVISA, 2016).

A partir dessas considerações, o objetivo do presente texto é analisar as principais estratégias em educação em saúde desenvolvidas nos programas de gerenciamento de antimicrobianos nas unidades de tratamento intensivo (UTI) adulta das instituições hospitalares brasileiras.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo prospectivo, transversal, multicêntrico de âmbito nacional, contendo os dados preliminares de 954 (56,0%) hospitais com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, correspondendo a 25.565 leitos de todos os 27 estados brasileiros. Trata-se de um recorte do Projeto *Stewardship Brasil*, realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Avaliação Nacional dos Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Unidade de Terapia Intensiva Adulto dos Hospitais Brasileiros (ANVISA, 2019).

Os dados foram coletados por meio de autoavaliação *online*, disponibilizada



em uma plataforma governamental denominada FormSUS, no período entre julho e agosto de 2019. Os critérios de avaliação das instituições com ASP foram agrupados em seis elementos essenciais para implementação desses programas conforme a Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde, sendo os dados relacionados ao elemento 3 (E3) Educação dos profissionais e familiares, expostos nesse trabalho. As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 23.0, IBM, Armonk, NY, EUA). Os dados foram apresentados em média, frequência absoluta e percentagem.

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC) para aprovação, a fim de obedecer devidamente aos aspectos éticos da pesquisa, conforme a resolução nº 466/12 (CONEP), sendo aprovado através de parecer consubstanciado sob CAAE nº 15180619.3.0000.5343.

RESULTADOS

A análise dos resultados demonstrou que dos 954 hospitais, 453 (47,5%) afirmaram que possuíam o ASP implementado, esses foram classificados por tipo de serviço em: privado 207 (45,7%), público 98 (21,6%), filantrópico 83 (18,3%), ensino 19 (4,2%), geral 14 (3,15) e outros 32 (7,1%). Evidenciou-se que 439 (96,9%) UTIs foram consideradas mistas, ou seja, clínica e cirúrgica. Das instituições que possuíam o ASP implementado, todas 453 (47,5%), possuíam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar implementado. Referente aos profissionais que participavam do desenvolvimento das ações do programa de gerenciamento de antimicrobianos constatou-se que existia a presença de médico Infectologista 268 (59,1%), farmacêutico clínico em 240 (52,9%), enfermeiro em 233 (51,4%), médico (qualquer área) em 143 (31,5%) e microbiologista em 156 (34,4%).

Quando questionados sobre a existência de uma equipe responsável pela implementação do programa de gerenciamento de antimicrobianos no hospital, 344 (75,9%) afirmaram possuir um time operacional atuante, porém, apenas 222 (49%) instituições declararam que esses times recebem treinamentos e capacitações para a implementação e melhoria contínua do programa. Dos 954 hospitais, 453 (47,5%) afirmaram que possuíam o ASP implementado, desses apenas 145 (15,2%) expuseram que desenvolviam ações de educação em saúde para profissionais e pacientes no contexto do ASP.



Tabela 1: Número de instituições que realizam ações educativas de ASP estratificadas por região brasileira

Região	N (%)	E3 (%)
Norte	25 (5,5%)	55,80 (50,7%)
Centro-oeste	62 (13,7%)	49,92 (36,9%)
Sul	78 (17,2%)	46,35 (34,3%)
Nordeste	86 (19,0%)	41,51 (33,2%)
Sudeste	202 (44,6%)	45,52 (32,5%)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2: Principais estratégias E3 - educação dos profissionais e familiares desenvolvidas no ASP

(Continua)

Elemento 3 - Estratégias	N (%)	
	SIM	NÃO
O hospital possui um programa de educação continuada para seus profissionais visando melhorar a conscientização sobre o uso de antimicrobianos?	195 (56,7)	258 (43,3)
O programa de educação continuada possui um cronograma de treinamentos sobre o uso de antimicrobianos com periodicidade mensal ou, no mínimo, semestral?	152 (33,5)	301 (66,5)
O programa de educação continuada prevê treinamentos sobre uso de antimicrobianos para todos os profissionais do hospital?	139 (30,6)	314 (69,4)
O programa de educação continuada prevê uma variedade de recursos educacionais para apoiar o treinamento da equipe sobre como otimizar a prescrição de antimicrobianos?	207 (45,7)	246 (54,3)
O programa de educação continuada prevê atualizações regulares sobre antimicrobianos para os membros do time operacional?	172 (37,9)	281 (62,1)
Farmacologia farmacoterapia antimicrobianos	145 (32,0)	308 (68)
Boas práticas preparo e administração	161 (35,5)	292 (64,5)
Boas práticas de prescrição	201 (44,3)	252 (55,7)
Epidemiologia das infecções	204 (45,0)	249 (55)
Medidas de prevenção e controle infecções	238 (52,5)	215 (47,5)
Mecanismos de resistência dos antimicrobianos	192 (42,4)	261 (57,6)
Os programas educacionais da instituição contêm capacitações sobre administração de antimicrobianos?	69 (15,2)	384 (84,8)



Tabela 2: Principais estratégias E3 - educação dos profissionais e familiares desenvolvidas no ASP

(Conclusão)

Elemento 3 - Estratégias	N (%)	
	SIM	NÃO
Os programas educacionais da instituição contêm capacitações sobre resistência microbiana?	58 (12,8)	395 (87,2)
Os dados do uso de antimicrobianos e da resistência microbiana do hospital são divulgados para os profissionais de saúde da instituição?	390 (86,9)	63 (13,1)
São abordados aspectos básicos do uso de antimicrobianos nos treinamentos realizados na admissão de novos profissionais do hospital?	194 (42,8)	259 (57,2)
O hospital possui um programa de educação para pacientes e acompanhantes sobre o uso correto dos antimicrobianos?	45 (9,9)	408 (90,1)
O programa de educação dos pacientes e acompanhantes prevê a realização de diversas atividades educativas (fóruns de discussão, cursos curtos, distribuição de panfletos, etc.)?	26 (5,7)	427 (94,3)
A educação dos pacientes e cuidadores, tanto nas apresentações orais quanto nos materiais escritos, é feita com linguagem acessível e de fácil compreensão?	38 (8,3)	415 (91,7)
Orientações Indicação Antimicrobianos	35 (7,7)	418 (92,3)
Orientações Via de Administração	39 (8,6)	414 (91,4)
Orientações Posologia	30 (6,6)	423 (93,4)
Orientações Tempo de Tratamento	39 (8,6)	414 (91,4)
Orientações Cuidados que devem ser tomados durante o tratamento	39 (8,6)	414 (91,4)
O hospital promove ações (cursos ou treinamentos) para a educação dos pacientes e acompanhantes sobre o uso correto dos antimicrobianos?	16 (3,5)	437 (96,5)
O hospital distribui material impresso (panfletos, cartilhas, etc.) para os pacientes e acompanhantes com orientações sobre o uso correto dos antimicrobianos?	22 (4,8)	431 (75,2)

Fonte: Elaborado pelos autores.



DISCUSSÃO

Gebretekle *et al.* (2018) evidenciaram que a maioria (> 83%) dos entrevistados concordou que a educação, participação ativa no controle de infecção, diretrizes institucionais, acesso a antibiogramas e auditorias prospectivas com intervenções e *feedback* seriam as maneiras mais eficazes de reduzir a resistência bacteriana. Todavia, as estratégias de ASP atualmente não são concretamente apoiadas por políticas institucionais ou nacionais e não são implementadas de maneira uniforme nas unidades de saúde do país, tornando mais difícil persuadir os prescritores, os quais estão preocupados com a perda da autonomia da prescrição.

Ainda sobre o elemento educação (E3), as principais medidas implementadas na França foram o treinamento de profissionais de saúde, publicação de diretrizes, *feedback* ao médico sobre suas prescrições e disponibilidade de testes de diagnóstico rápido. Muitos países distribuíram material pedagógico aos médicos, para que o mesmos explicassem aos pacientes como proceder em caso de infecção viral. No Canadá, o governo introduziu uma autorização específica para utilização de quinolonas. Na Dinamarca, houve a suspensão temporária do reembolso de alguns antibióticos, de modo a preservá-los de acordo com o perfil bacteriano. No Reino Unido, o relatório do teste de sensibilidade aos antibióticos deve incluir no mínimo 5 agentes. Concluiu-se que essas medidas implementadas foram geralmente mais persuasivas do que restritivas. Mas a crise de resistência bacteriana deve levar à implementação de medidas mais restritivas (WANG *et al.*, 2015).

Saha *et al.* (2020) relatam que um das principais formas de multiplicar o conhecimento e disseminar a educação sobre os antimicrobianos foi através de diretrizes terapêuticas (83,2%, 321/385) e estratégias de prescrição de antimicrobianos controladas (72,2%, 278/385), além de seguidas de *flyers* de informação ao paciente (20,2%, 78/384), relatórios do uso de prescrição (15,5%, 60/384) e auditoria e *feedback* (9,8%, 38/384). Além disso, o uso de abordagens compartilhadas de tomada de decisão envolvendo o paciente também se mostrou eficaz para minimizar o uso de antibióticos relacionado às expectativas de tratamento.

Morency-Potvin, Schwartz, Weinstein (2017) relatam um aspecto importante referente à adesão aos programas educacionais no ASP, evidenciando, assim, que o efeito das intervenções educacionais é geralmente baixa, especialmente quando a força de trabalho muda em intervalos curtos, como em hospitais de ensino, sendo a educação permanente considerada essencial para o desenvolvimento dessa atividade. É sabido que a rotatividade de profissionais, fenômeno conhecido como “*turnover*” impacta negativamente nesse processo educacional.

Os ASPs que utilizam diversas modalidades educacionais geralmente têm sido eficazes na otimização do uso de antimicrobianos para o tratamento de infecções



em geral. Os tipos de intervenções educacionais e as combinações de intervenções têm variado muito na literatura. Exemplos de estratégias estudadas incluem sessões educacionais, detalhamento acadêmico, prescrição desses medicamento com *feedback* e/ou disseminação de materiais impressos, tais como diretrizes, manuais, guias de bolso, pôsteres e *flyers*. Dessas intervenções destacam-se as sessões educacionais em pequenos grupos contendo enfermeiros e médicos com *feedback* individualizado sobre a prescrição. Em estudo quase experimental não controlado onde avaliou-se o efeito de uma intervenção educacional multifacetada, que incluiu *feedback* direto individualizado com profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir o tratamento inadequado da bacteriúria assintomática, obteve-se uma taxa de 1,7 na fase pré *versus* 0,6 na fase pós (razão da taxa de incidência [IRR] 0,37, IC 95% 0,19-0,72, $P = 0,002$), e a submissão inadequada de culturas de urina na fase pré foi de 2,6 *versus* 0,9 na fase pós (IRR 0,36, IC 95% 0,21-0,62, $P < 0,001$), ou seja, houve a diminuição significativa por 6 meses após a intervenção educacional e se manteve ao longo de 30 meses (MORRIL *et al.*, 2019).

Em estudo realizado por Pereira, Castro-Sanchez e Nathwani (2017) os mesmos sugerem que as seguintes intervenções educativas são possíveis no contexto dos programas de gerenciamento de antimicrobianos: seminários interativos, campanhas utilizando correio eletrônico, educação em pequenos grupos centrada na medicina baseada em evidências, visitas de sensibilização educativas, folhetos orientativos e, ainda, a combinação de várias estratégias. A combinação de intervenções relatou uma redução geral na prescrição de antibióticos de 39,1% e uma redução na prescrição de antibióticos inadequado de 41%. Apesar da dificuldade para comparação de metodologias da educação, devido à indisponibilidade de dados para definir quais as intervenções educativas mostram melhores resultados, parece que educação de pequenos grupos e produção folhetos orientativos são as que produzem maiores efeitos. Outros instrumentos educativos com base no *e-learning* estão surgindo e podem preencher algumas das lacunas dos métodos tradicionais de educação, no entanto a medição da eficácia dessas abordagens ainda é necessária. A mudança cultural e comportamental dos prescritores ainda é um grande desafio e devem ser abordados no planejamento das intervenções educativas.

Resman (2020) relata que as estratégias educacionais e de implementação de protocolos clínicos são intuitivamente atraentes, pois são comparativamente simples e frequentemente viáveis, mesmo com recursos limitados. Os esforços educacionais e a disseminação desses protocolos também possui um aspecto de empoderamento teórico. No entanto, os efeitos das intervenções educacionais 'passivas' sobre os resultados do ASP têm sido decepcionantes, geralmente explicados pelo baixo cumprimento dessa padronização sem auditoria contextualizada e *feedback*. Assim, os protocolos são sugeridos como aspectos complementares às intervenções de restrição de uso dos antimicrobianos e capacitação sobre o tema, que tem por finalidade maximizar o efeito.



CONCLUSÃO

No geral, esse estudo fornece informações e dados valiosos referente à educação em saúde no trabalho no âmbito dos ASP dos profissionais de saúde e ao esclarecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto dessa classe terapêutica, assim como os princípios e intervenções são etapas críticas para conter e mitigar a resistência antimicrobiana. Um programa contendo como base a educação, para ser bem-sucedido, precisa ser cuidadosamente planejado e implementado.

No entanto, o ASP é uma área relativamente nova em um contexto complexo, então ainda existem lacunas nas quais as estratégias de educação devem ser fortemente trabalhadas para o êxito e como elemento essencial do programa de gerenciamento de antimicrobianos. O Brasil possui um grande potencial para aprimorar as intervenções educativas em nível do ASP, porém, sabemos que em muitas instituições hospitalares os times operacionais são formados por profissionais que agregam funções, sendo esse um ponto crucial, visto que um programa exitoso exige tempo e dedicação específica.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020)**. Brasília (DF): Anvisa, 2016-2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>. 2016. Acesso em: 20 abr. 2021.

ANVISA. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Brasília (DF): Anvisa, 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/diretriz-nacional-para-elaboracao-de-programa-de-gerenciamento-do-uso-de-antimicrobianos-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ANVISA. Projeto Stewardship Brasil. **Avaliação Nacional dos Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Unidade de Terapia Intensiva Adulto dos Hospitais Brasileiros**. Brasília (DF): Anvisa, 2019. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Projeto+Stewardship+Brasil/435012dc-4709-4796-ba78-a0235895d901>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.



BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Online]. Brasília (DF); 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.html>. Acesso em: 07 maio 2021.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **The core elements of hospital antibiotic stewardship programs**; 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/core-elements/hospital.html>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GEBRETEKLE, G. B. *et al.* Opportunities and barriers to implementing antibiotic stewardship in low and middleincome countries: Lessons from a mixedmethods study in a tertiary care hospital in Ethiopia. **PLOS ONE**, v. 13, n. 12, p. 1 -15, 2018.

MAJUMDER, M. A. *et al.* Antimicrobial Stewardship: Fighting Antimicrobial Resistance and Protecting Global Public Health. **Dovepress**, v. 13, p. 4713- 4738, 2020.

PEREIRA, N. R.; CASTRO-SANCHEZ, E.; NATHWANI, D. How can multi-professional education support better stewardship? **Infectious Disease Reports**, v .9. n.1, p. 1-7, 2017.

PEZZANI, M. D. *et al.* White Paper: Bridging the gap between human and animal surveillance data, antibiotic policy and stewardship in the hospital sector— practical guidance from the JPIAMR ARCH and COMBACTE-MAGNET EPI-Net networks. **Journal Antimicrobial Chemotherapy**, v. 75, n. 2, p. 20-32, 2020.

MORENCY-POTVIN, P.; SCHWARTZ, D. N.; WEINSTEIN, R. A. Antimicrobial Stewardship: How the Microbiology Laboratory Can Right the Ship. **Clinical Microbiology**, v. 30, n. 1, p. 381-407, 2017.

MORRILL, H. J. *et al.* Antimicrobial Stewardship in Long-Term Care Facilities: A Call to Action. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.17, n. 2, p. 1-28, 2016.

RESMAN, F. Antimicrobial stewardship programs; a two-part narrative review of step-wise design and issues of controversy. **Therapeutic Advances in Infectious Disease**, v. 1, p. 1-26, 2020.

SAHA, K.S. *et al.* A Nationwide Survey of Australian General Practitioners on Antimicrobial Stewardship: Awareness, Uptake, Collaboration with Pharmacists and Improvement Strategies. **Antibiotics**, v. 9, n. 6, p. 1 – 13, 2020.

WANG, S. *et al.* Inventory of antibiotic stewardship programs in general practice in Franceand abroad. **Médecine et maladies infectieuses**, v. 45, n. 4, p. 111-123, 2015.



IMPLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

Breno Santos de Araújo¹
Hoberdan Oliveira Pereira²
Bruna Ramos de Carvalho³

INTRODUÇÃO

A educação em saúde (ES) é definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de práticas setoriais que contribuem para elevar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no diálogo com os profissionais de saúde e gestores, com intuito de alcançar um cuidado de saúde baseado em suas necessidades (BRASIL, 2006). Dessa forma, demanda uma interação efetiva entre os atores principais envolvidos: os profissionais de saúde, os gestores hospitalares e a população, que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia no cuidado (FALKENBERG *et al.*, 2014).

No contexto hospitalar, discute-se que a relação entre o profissional de saúde e paciente é considerada pedagógica, pois os participantes desse processo devem ser vistos como portadores de conhecimentos, possibilitando integrar os vários saberes e desenvolver um pensamento crítico nos sujeitos envolvidos (SILVA, 1994).

1 brenosaraujo@gmail.com

Enfermeiro graduado pela PUC Minas. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecções. Atualmente é Especialista de Assuntos Científicos da 3M do Brasil. Possui experiência como Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), onde foi referência das clínicas cirúrgicas cardiovascular e neurocirurgia. Link CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5380943512611082>

2 hoberdanoliveira2013@gmail.com

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Enfermagem pela UFMG. Atualmente trabalha como Gerente da Qualidade e Informação do Hospital Metropolitano Odilon Behrens. Atua como Presidente da Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções (AMECI). Possui experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente em Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Link CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4215605377892456>

3 brunaramos20@gmail.com

Enfermeira graduada pela PUC Minas. Especialista em Trauma, Urgência e Emergência, e Terapia Intensiva pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Atuou como Enfermeira Intensivista. MBA Educação Corporativa e Gestão do Conhecimento pela Estácio de Sá e MBA em Gestão de Pessoas pela USP (andamento). Atualmente atua como Enfermeira na Educação Corporativa com foco em treinamento e desenvolvimento, gestão de processos e pessoas. Link CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1936895382728177>



Além disso, considera-se que a ES deve ocorrer de forma permanente para os profissionais, e utilizada nas instituições de saúde como estratégia para prevenir complicações, inclusive infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (SIMAN *et al.*, 2020).

Entende-se como IRAS aquelas infecções adquiridas pelos pacientes que recebem assistência à saúde e são consideradas uma das complicações evitáveis mais frequentes no cenário mundial (WHO, 2014). Elas são definidas, pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), como condições sistêmicas ou localizadas que resultam da ação de agentes infecciosos ou de suas toxinas, que se manifestam a partir de 72 horas da admissão do paciente ou após alta hospitalar (CDC, 2017; NHSN, 2018).

Uma das IRAS mais relevantes é a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC). Esta infecção está diretamente relacionada à assistência cirúrgica e representa um problema de saúde pública no mundo, pois apresenta altos índices de morbimortalidade e impacta no tempo de internação e aumenta os custos hospitalares (ANDERSON *et al.*, 2014; CDC, 2017; NHSN, 2018).

Dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) evidenciam que, no Brasil, a ISC é responsável por 14% a 16% das infecções e está na terceira posição quando comparada às outras IRAS (ANVISA, 2017).

A ISC é conceituada como aquela infecção que ocorre na incisão cirúrgica, e pode ser classificada como superficial, profunda ou envolver órgãos e cavidades que foram manipulados pelo cirurgião durante o procedimento cirúrgico (CDC, 2017; NHSN, 2018).

De acordo com o CDC, a ISC acomete pacientes em pós-operatório, podendo se manifestar no intervalo de 30, 60 ou 90 dias após a cirurgia. Destaca-se que a drenagem de exsudato purulento pela ferida operatória ou do órgão/cavidade é um sinal característico desta infecção e um fator importante para diagnosticá-la (CDC, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a ocorrência da ISC como multifatorial (WHO, 2009). Todavia, é referido que a sua possibilidade de prevenção está acima de 55% (OLIVEIRA; SILVA, 2015; UMSHCHEID *et al.*, 2011). Por este motivo, diversas associações e sociedades nacionais e internacionais de saúde têm publicado e reforçado a importância de aderir às recomendações para controlar e prevenir a ISC, por meio de diretrizes e manuais relacionadas ao tema (ANVISA, 2017; CDC; 2017; WHO, 2009, 2018; AORN, 2020).

Apesar de alguns autores relatarem a utilização da ES como uma das estratégias para fomentar a adesão dos profissionais às medidas de prevenção de IRAS e disseminar tais condutas (SIMAN *et al.*, 2020; VAZ *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2017; SILVA; DUTRA, 2019; ANDRADE; CASTRO, 2016), e das diversas publicações de manuais e diretrizes com recomendações para prevenção de ISC, observa-se que



são escassos os trabalhos que abordam tal temática focados nessa complicação, inclusive com a participação ativa dos pacientes nesse processo.

Nesse sentido, serão discutidas neste capítulo as implicações da ES na prevenção de infecção do sítio cirúrgico, baseadas nas recomendações para prevenir tal complicação e na experiência de profissionais que trabalham no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e Educação Permanente de hospitais de grande porte, que vivenciam na prática clínica os desafios de implementar programas de ES com foco na prevenção de infecção do sítio cirúrgico.

DESENVOLVIMENTO

A educação é um fenômeno social e universal importante para os indivíduos e sociedade, sendo um instrumento que possibilita proporcionar aos sujeitos conhecimentos a partir de suas experiências culturais e científicas, tornando-os aptos para atuarem na sociedade (PASCHOAL *et al.*, 2007).

Na teoria de Vygotsky (OLIVEIRA, 1997), a base do desenvolvimento do indivíduo está centrada na aquisição do conhecimento que ocorre pela interação das pessoas com o meio em que vivem, sendo o sujeito ativo e interativo no processo, construindo o conhecimento a partir das relações intra e interpessoais.

A educação é um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, tornando-se a base para o desenvolvimento e atuação do profissional de saúde (OLIVEIRA, 1997; PASCHOAL *et al.*, 2007). Portanto, a prática da educação deve estar inserida no contexto do ambiente hospitalar de forma permanente para promover melhorias na qualidade da assistência.

A educação permanente é baseada no aprendizado contínuo para o desenvolvimento do profissional e deve ser potencializada, a fim de promover, além de capacitações técnicas, a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes (BRASIL, 2018).

O desenvolvimento do profissional de saúde é fundamental para consolidar a ES dentro do contexto hospitalar, sendo assim, é necessário implementar processos e práticas para o desenvolvimento das competências essenciais, a fim de garantir a aplicação do conteúdo à prática, e assistência de qualidade ao paciente (BORGES *et al.*, 2012).

As práticas de ES têm a finalidade de oferecer ao paciente a oportunidade de conhecer a sua realidade, tornando o indivíduo um participante ativo com objetivo de instigar sua autonomia no processo de saúde (GUEDES *et al.*, 2004; PASCHOAL *et al.*, 2007).



Educar é um processo baseado na troca de conhecimentos e experiências, entre educador/educando e profissional/paciente, dessa forma, ao educar potencializamos a autonomia do indivíduo (RIGON; NEVES, 2011).

A inserção do indivíduo na ES deve estar presente em todo o processo de promoção, prevenção, reestabelecimento da saúde e reabilitação, para garantir melhoria na qualidade de vida e promover o seu empoderamento (BORGES *et al.*, 2012; GUEDES *et al.*, 2004).

Entende-se que a ES é fundamental no ambiente hospitalar, e é uma ferramenta que permite ao profissional estabelecer vínculo com o paciente, pois permite garantir o acesso às informações de forma adequada, contribuindo para sua autonomia (BORGES *et al.*, 2012). Portanto, os profissionais devem atentar-se às necessidades do paciente de forma individualizada, para garantir assertividade e estimular a participação do mesmo em todo o processo.

No contexto hospitalar a educação permanente é consolidada, o que permite o desenvolvimento dos profissionais, mas a ES é um processo que precisa ser aprimorado (RIGON; NEVES, 2011). Dessa forma, torna-se necessário a discussão e reflexão sobre a ES no ambiente hospitalar para envolver o paciente no seu cuidado.

A ES deve perpassar por todos os profissionais de saúde, pacientes, acompanhantes e visitantes, sendo fundamental a interação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no processo de educação, para garantir a segurança do paciente e prevenção de infecções.

Capacitar os profissionais de saúde é fundamental para prevenção de infecção hospitalar e adesão às boas práticas, garantindo assistência segura e de qualidade, dessa forma torna-se essencial a coparticipação da educação permanente e SCIH no processo de orientação e treinamento dos profissionais de saúde.

A educação permanente precisa ser participativa nos processos dentro das instituições hospitalares para estimular o envolvimento dos profissionais e adesão às práticas, dessa forma a partir da vivência de um dos autores é possível identificar que as metodologias ativas, gamificações e treinamentos *in loco*, são fundamentais e contribuem de forma significativa e inovadora no processo de educação (PEREIRA, 2018).

A partir de metodologias ativas é possível construir um ambiente de troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais da saúde, o que contribui para o processo de aprendizagem, o trabalho em equipe, e estimula a cultura de cooperação proporcionando mudanças no processo de trabalho.

Em uma das situações vivenciadas por um dos autores, é retratado o exemplo prático da utilização de metodologia ativas no processo de prevenção de infecção hospitalar, sendo ressaltado a importância do SCIH como coparticipante no processo.



Após análise dos indicadores foram observados o aumento significativo de infecção de cateter relacionada à corrente sanguínea, sendo necessário realizar uma ação de treinamento e conscientização sobre a adesão aos protocolos.

O protocolo de prevenção de infecção relacionada a cateter central foi revisado, sendo envolvido no processo o gestor do setor, os enfermeiros de referência e a SCIH para garantir assertividade no processo, e a partir da atualização do documento a elaboração do plano de ação.

A ação foi realizada em dois momentos para garantir alinhamento do processo e assertividade, com o foco na conscientização dos profissionais sobre a importância da adesão às práticas.

Na primeira parte foi realizado treinamento teórico com os Enfermeiros para contextualizar sobre o protocolo de prevenção de infecção, os impactos financeiros, a conscientização da necessidade do acompanhamento da equipe técnica de enfermagem e a importância de os profissionais aderirem às práticas para garantirem segurança ao paciente e assistência de qualidade.

No segundo momento foi realizada uma ação *in loco* com toda a equipe de enfermagem para proporcionar um momento de interação, troca do conhecimento e reflexão sobre a necessidade da adesão à prática adequada.

A fim de potencializar e despertar curiosidade sobre o contexto do treinamento, foi elaborado um jogo de cartas com perguntas sobre o protocolo, e cartas de “você sabia?” sobre uma curiosidade relacionada à prevenção de infecção, para trazerem elementos novos que ainda não eram conhecidos ou curiosidades.

Os profissionais eram divididos em dois grupos, e a cada rodada um grupo retirava a carta, sendo necessário a discussão entre os integrantes para responder à pergunta ou comentar sobre a carta “você sabia?”. A prática estimulou um ambiente interativo entre os profissionais, proporcionando troca de conhecimentos e esclarecimentos sobre as dúvidas relacionadas à prevenção de infecção e o manuseio do cateter.

Aplicar metodologias interativas *in loco* é uma forma de garantir assertividade no treinamento e estimular a mudança no processo, para que o conhecimento seja aplicado à prática contribuindo com a cultura de segurança do paciente e assistência de qualidade.

Durante o treinamento *in loco*, quando os grupos esgotavam as possibilidades de cartas logo em seguida era realizado uma prática de manuseio do cateter de duplo lúmen com um protótipo, para orientar sobre a manipulação correta.

A educação dos profissionais da saúde requer empenho para o aprimoramento de métodos educativos inovadores que atinjam com eficácia o envolvimento de toda a equipe, proporcionando maiores e melhores resultados. Portanto, as metodologias



ativas contribuem para trabalhar a autonomia, a responsabilidade, a proatividade, o trabalho em equipe e a participação dos profissionais no processo (SILVA; DUTRA, 2019).

Associar metodologias interativas com simulação estimula o profissional aplicar na prática o conhecimento adquirido, além disso, o instrutor pode realizar abordagens imediatamente caso seja apresentado alguma dúvida.

O acompanhamento dos profissionais é fundamental para certificar que o protocolo está sendo aplicado à prática, dessa forma, além dos treinamentos com metodologias interativas, é fundamental o acompanhamento dos gestores e o envolvimento da SCIH nas práticas de prevenção de infecção.

Posteriormente à prática realizada observou-se a adesão dos profissionais ao protocolo e melhorias no resultado com diminuição da taxa de infecção, além disso, a equipe começou a envolver os acompanhantes no processo de educação em saúde, orientando-os no momento de alta sobre os cuidados necessários relacionados ao cateter.

As metodologias ativas corroboram com as perspectivas da educação permanente, possibilitando transformar as práticas dos profissionais e a interação na troca do conhecimento, (MARTELETO, 2018). A aplicação de novas metodologias de aprendizado contribui para tornar o processo mais atrativo e lúdico, tornando determinados conteúdos mais compreensíveis e estimulando a participação dos profissionais na busca do conhecimento (MARTELETO, 2018; SILVA; DUTRA, 2019).

O envolvimento de todos os profissionais da saúde dentro do contexto hospitalar é importante para garantir a adesão às práticas de saúde e estimular a equipe sobre a necessidade do envolvimento de todos no processo, se tornando responsabilidade de todos estabelecer práticas de prevenção de infecção.

Uma situação vivenciada por um dos autores deste capítulo retrata um exemplo prático da efetividade da ES quando há envolvimento de todos os atores envolvidos no processo, mas, principalmente, a interação entre SCIH e NSP com foco na prevenção de ISC.

Após a identificação de um aumento significativo nos casos de ISC de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, diversas análises foram realizadas pelo SCIH e NSP com objetivo de detectar prováveis causas e estabelecer planos de ação com foco na resolução dos problemas.

A ocorrência de uma ISC é considerada multifatorial, e a sua classificação se dá de acordo com o plano anatômico em que é diagnosticada, podendo ser assim apontada como: incisional superficial, profunda ou órgão/cavidade. A infecção incisional superficial acomete a pele e tecido subcutâneo e ocorre até 30 dias após o procedimento. A segunda atinge os tecidos moles e ocorre em até 90 dias, sendo



reconhecida como primária ou secundária, de acordo com o número de incisões. E a infecção de órgão ou cavidade envolve estruturas manipuladas durante a cirurgia e pode se manifestar em até 90 dias (NHSN, 2018). No hospital em questão, observou-se que as infecções de órgão/cavidade eram as mais recorrentes.

Posteriormente às reuniões e visitas técnicas ao Centro Cirúrgico (CC), para identificar as prováveis causas das infecções de sítio cirúrgico, por meio da ferramenta de qualidade 5 porquês (ANVISA, 2017a), foi realizado um plano de ação que continha diversas atividades que envolviam vários setores do hospital, como CC, o NSP, a Qualidade, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que admitia os pacientes em pós-operatório imediato e a clínica cirúrgica, onde ocorria a continuidade do cuidado no pós-operatório até a alta hospitalar dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

A educação em saúde, tanto dos profissionais quanto dos pacientes e acompanhantes envolvidos no processo foi uma das atividades priorizadas no plano de ação que estava sendo liderado pelo SCIH. Apesar de o SCIH ser o setor responsável por conduzir e realizar os treinamentos, destaca-se que os demais setores dão suporte nas outras ações do plano e no alinhamento com a alta direção do hospital, visto que o engajamento da diretoria é fundamental para garantir a adesão de toda a equipe multiprofissional (SILVA; DUTRA, 2019).

O conteúdo do treinamento foi elaborado com base nas melhores e mais atuais evidências científicas disponíveis para prevenção de ISC e incluíam as principais medidas durante o período perioperatório, como banho pré-operatório, tricotomia, identificação de fatores de risco para infecção, antibiótico profilaxia cirúrgica, preparo da pele do paciente, disciplina da equipe na sala operatória e gerenciamento da incisão cirúrgica no pós-operatório (ANVISA, 2017; CDC; 2017; WHO, 2009, 2018; AORN, 2020). Apesar de as recomendações estarem relacionadas aos diferentes momentos operatórios, todos os profissionais recebiam o treinamento completo, independente se atuavam no pré, intra ou pós-operatório, pois é necessário entender o todo para identificar o seu papel no processo de prevenção de ISC.

A população treinada incluía as equipes de enfermagem e médica da unidade de internação da clínica cirúrgica e da UTI, locais onde o paciente realiza o pré e pós operatório, bem como a equipe de enfermagem, cirurgiões e residentes do centro cirúrgico que executam as atividades consideradas mais críticas, no intraoperatório, para a ocorrência da ISC (WHO, 2009; CDC, 2017; AORN, 2020). Nesse sentido, é fundamental que todos os atores envolvidos no processo de prevenção e controle de infecção estejam internalizados dentro da concepção problematizadora e ainda em consonância com as evidências científicas atualizadas relacionadas ao tema em questão (ANDRADE; CASTRO, 2016).

As estratégias utilizadas durante as sessões de treinamento incluíam uma parte teórica evidenciando o problema, a investigação das prováveis causas e as recomen-



dações para prevenção de ISC, e uma parte prática, no modelo de simulação realística, focada, principalmente, no preparo da pele do paciente, pois durante as visitas técnicas no CC tal medida foi a que mais intercorreu com falhas, no intraoperatório. Observou-se que esta dinâmica despertou maior interesse e atenção da equipe, uma vez que eles foram os próprios atores em determinados momentos da capacitação.

Ressalta-se que a criação de cenários em simulação realística em saúde, que incluam os critérios estabelecidos para boas práticas, pode ser utilizado com diversas finalidades, inclusive para prevenção de ISC, proporciona um aprendizado a ser incorporado na prática diária dos profissionais garantindo uma assistência segura aos pacientes, além de ser uma estratégia considerada inovadora nesse contexto e que tem demonstrado sucesso entre os participantes, quando implementada no ambiente hospitalar (KANEKO; LOPES, 2019; MESQUITA; SANTANA; MAGRO, 2019).

A avaliação da efetividade de uma ação de ES e posterior divulgação para a equipe, sobretudo relacionada à prevenção de ISC, é sugerida como uma estratégia relevante a ser incorporada pelos serviços de saúde, a fim de evidenciar as melhorias no processo e reforçar a busca contínua pela segurança do paciente (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

Uma revisão integrativa discute a dificuldade em avaliar as práticas de ES nas instituições hospitalares, uma vez que se torna necessário trabalhar a autoestima dos profissionais, evidenciando as metas atingidas com os treinamentos (COSTA *et al.*, 2015). Entretanto, quando se identifica um aumento nas taxas de ISC em determinada clínica cirúrgica, por exemplo, é possível mostrar tais resultados com a redução das taxas de ISC após a realização de ações de educação em saúde. É importante destacar que outras medidas também contribuíram para esta consequência, mas é fundamental enfatizar que os treinamentos realizados com a equipe foram cruciais para alcançar tal resultado.

Nesse sentido, de acordo com os resultados evidenciados após as intervenções de ES que faziam parte do plano de ação relatado acima por um dos autores deste capítulo, notou-se redução significativa nas taxas de ISC no pós-operatório de cirurgia cardíaca, de 12,7% para 5%, comparado 8 meses antes e após realização dos treinamentos, em conjunto com outras atividades. Vale ressaltar que em relação às infecções de órgão/cavidade, a taxa caiu de 3% para 0,6% e as infecções incisionais superficiais diminuíram de 9,5% para 4,4%.

Outra ação considerada importante e que contribuiu para o resultado acima foi a participação ativa do paciente e de seu acompanhante no tocante à prevenção de ISC. Considera-se que em virtude dos desafios enfrentados pelas instituições de saúde na mitigação de tal complicação é necessário utilizar estratégias inovadoras e que incluam as pessoas chave, uma vez que a responsabilidade deve ser compartilhada com todos os atores e profissionais envolvidos no processo (SIMAN *et al.*, 2020).



Para que isso fosse possível, foi criado um grupo pré-operatório de cirurgia cardíaca, com periodicidade semanal, que contava com a participação do próprio paciente, do seu acompanhante e dos profissionais da equipe envolvidos no cuidado, inclusive o SCIH. Os participantes eram convidados para a reunião um dia antes da do grupo. Os convites era realizados pela equipe de psicologia, pois um ponto importante era identificar as angústias dos pacientes e o estado de saúde para que, de fato, o compartilhamento de experiências e aprendizado seja rico e não prejudique o estado psicológico do paciente.

Neste grupo eram discutidos assuntos relacionados ao procedimento e processos que os pacientes estavam sujeitos durante e após a sua internação hospitalar. Destaca-se que o papel do SCIH neste grupo era desenvolver mais uma ação de educação em saúde, pois os participantes eram orientados por meio de uma linguagem mais clara e adequada ao público, considerando as medidas abaixo presentes em guias e manuais para prevenção de ISC (ANVISA, 2017; SIMAN *et al.*, 2020; CDC, 2017; AORN, 2020; WHO, 2009):

- ✓ A importância da higienização das mãos para prevenir infecções no ambiente hospitalar, e como realizá-la de acordo com a técnica correta;
- ✓ Orientação sobre transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar, principalmente pelos visitantes e acompanhantes;
- ✓ Seguir as orientações da equipe de enfermagem para o banho pré-operatório com antisséptico, caso seja necessário;
- ✓ Não remover o pelo utilizando uma lâmina cortante, pois caso tal medida fosse necessária, a mesma seria realizada com um tricotomizador elétrico e por um profissional de saúde;
- ✓ A importância de uma alimentação saudável no pré e pós operatório;
- ✓ Como devem ser feitos os cuidados com a ferida cirúrgica, no pós-operatório.

Durante a explicação do SCIH, os pacientes e acompanhantes tiravam as dúvidas que ainda permaneciam e mostravam-se muito satisfeitos pelas explicações. No decorrer do grupo, a equipe de psicologia realizava algumas abordagens para reduzir a angústia e ansiedade relacionadas ao procedimento, e o serviço social abordava questões ligadas à visitação na UTI, no pós-operatório, e como o paciente deveria proceder para solicitar os benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pois a grande maioria necessitava de afastamento de suas atividades laborais por, no mínimo, 4 meses para recuperação.

Observou-se uma mudança de comportamento dos pacientes participantes do



grupo após a sua realização, por meio de atitudes antes não vistas pela equipe de saúde, como higienizar as mãos nos momentos corretos e na técnica certa e orientar os visitantes e profissionais de saúde a higienizarem as mãos antes de tocá-los. Além disso, era notória a redução da ansiedade e angústia, uma vez que estavam orientados e cientes do que iria acontecer e como deveriam proceder durante a internação hospitalar e após a alta para domicílio.

Devido aos resultados alcançados com os pacientes, o grupo ganhou visibilidade dentro da Instituição e passou a ser uma prioridade para a coordenação da clínica cirúrgica. Além disso, outros setores cirúrgicos utilizaram a estratégia como case de sucesso e iniciaram as reuniões com pacientes e acompanhantes, seguindo a mesma metodologia apresentada.

É importante ressaltar que a alta direção enalteceu o sucesso do grupo por meio de reconhecimento interno e citava tal ação como *benchmarking* em diversas oportunidades, o que motivou ainda mais os profissionais envolvidos no processo, pois eles sentiram valorização no trabalho que estava sendo executado e difundido na instituição, além de proporcionar mais segurança ao paciente.

Apesar de alguns autores relatarem que utilizam a ES como estratégia para prevenir e controlar infecções relacionadas à assistência à saúde, e que todos os atores envolvidos no processo são incluídos nesta ação, ainda se considera um desafio a sua efetivação no cotidiano das instituições de saúde, seja pela dificuldade de adesão da equipe, falta de métodos inovadores ou apoio da alta gestão hospitalar (SIMAN *et al.*, 2020; VAZ *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2017; SILVA; DUTRA, 2019; ANDRADE; CASTRO, 2016), o que torna este tema relevante, tendo em vista que a segurança e a qualidade da assistência são o foco do cuidado, sobretudo do paciente cirúrgico.

O envolvimento dos profissionais da saúde no processo, e da coparticipação da educação permanente e SCIH, são fundamentais para garantir práticas de prevenção de infecção, além disso, a aplicação de metodologias ativas é necessário para estimular a aprendizagem do profissional, sendo considerado um processo que precisa ser aprimorado dentro do contexto hospitalar (SILVA; DUTRA, 2019).

A implementação de estratégias de educação adequadas e inovadoras contribuem para garantir assistência segura ao paciente, além disso é necessário o aprimoramento da ES no ambiente hospitalar para promover a autonomia do paciente no seu cuidado (BORGES *et al.*, 2012; SILVA; DUTRA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estratégias e metodologias baseadas em evidências podem contribuir para que ações efetivas de ES na prevenção de ISC sejam incentivadas e implementadas



nos serviços de saúde. A ES deve permear todos os momentos do paciente cirúrgico como pré, intra e pós-operatório de forma que o cuidado seja transversal e que as ações estejam voltadas para os pacientes e equipe multidisciplinar. Medidas de acompanhamento e indicadores de qualidade podem ajudar na disseminação, divulgação e tratamento do planejamento estratégico do serviço cirúrgico.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, D. J. *et al.* Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, [s. l.], v. 35, n. 6, p. 605-627, 2014.

ANDRADE, Eliana dos Santos; CASTRO, Andrea Azevedo Pires de. A importância da ES para o controle da infecção hospitalar. **Rev. J Orofac Invest.**, v. 3, n. 1, p. 43-52, 2016.

ANVISA. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** Brasília, DF: Anvisa, 2017a. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

ANVISA. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.** Brasília, DF: Anvisa, 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

AORN. **Guidelines for perioperative practice, 2020 edition.** Denver: AORN, 2020.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Brasília. Ministério da Saúde, 2018.

CDC. **Procedure-associated module: SSI.** Atlanta: CDC, 2017.

COSTA, Andressa Pinto da; GUIMARÃES, Maria do Socorro Oliveira; MELO, Juliana Kelly Nascimento; PARENTES, Klênia Freire; GOMES, Stephany Vieira; ARAÚJO, Ellen Thallita Hill. Ações de ES para o controle de infecções na emergência. **Rev. Interd.**, v. 10, n. 4, p. 14-20, 2017.



COSTA, Daniele Bernardi da; GARCIA, Simone Domingues; VANNUCHI, Marli Terezi-
nha Oliveira; HADDAD, Maria do Carmo. Impacto do treinamento de equipe no pro-
cesso de trabalho em saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online.**, Recife,
v. 9, n. 4, p. 7439-47, 2015.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* ESe educação na saúde: conceitos e implicações
para a saúde coletiva. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

GUEDES, Maria Vilani; SILVIA, Lucia de Fátima da; FREITAS, Maria Célia da. Educa-
ção em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil.
Rev. Bras. Enferm., v. 57, n. 6, p. 662-665, 2004.

KANEKO, Regina Mayumi Utiyama; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cenário
em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? **Rev.
esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03453, 2019 .

MESQUITA, Hanna Clara Teixeira; SANTANA, Breno de Sousa; MAGRO, Marcia Cris-
tina da Silva. Efeito da simulação realística combinada à teoria na autoconfiança e
satisfação de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180270,
2019.

MARTELETO, Cristiane de Assis; VALENTE, Geisa Soraia Cavalcanti. Educação per-
manente: Uma estratégia na promoção, prevenção e controle de infecção hospitalar.
Rev. Pró-UniverSUS, v. 8, n. 2, p. 137-139, 2017.

NHSN. **Surgical Site Infection (SSI) Event. Procedure-associated Module SSI.**
Atlanta: NHSN, Jan. 2018.

OLIVEIRA, A. C.; GAMA, C. S. Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de
infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo,
v. 49, n. 5, p. 767-774, 2015.

OLIVEIRA, Marta Konl. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento - Um processo
sócio histórico.** São Paulo: Scipione, 1997.

PASCHOAL, Amarilis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MEIER, Marineli Joa-
quim. Percepção da educação permanente, continuada em serviço para enfermeiros
de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007.

PEREIRA, Ranielly da Cruz; OLIVEIRA, Alyne Leite de; VIANA, Hudson Josino; LIMA,



Antonio Raniel Silva; ALENCAR, Maria Patrícia de. Metodologias Ativas ou Convencionais para o desenvolvimento de trabalhos de conclusão de curso. Uma análise de percepção de alunos de administração. **Rev. Mult. Psic.**, v.12, n. 41, p. 371-389, 2018.

RIGON, Angelita Gastaldo; NEVES, Eliane Tastch. ESe a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 812-7, 2011.

SILVA, André Luis da; DUTRA, Silvana. Estratégias e metodologias educativas utilizadas na prevenção de infecções nos hospitais universitários públicos do Brasil. **Rev. J. Infect. Control**, v. 8, n. 4, p. 267-272, 2019.

SILVA, Jacqueline Oliveira. Educação em saúde: notas para a discussão de um campo temático. **Rev Saúde Debate**, n. 42, p. 36-39, 1994.

SIMAN, Andréia Guerra; DUTRA, Cynara Christine Ferreira; AMARO, Marilane de Oliveira Fani; CUNHA, Simone Grazielle Silva; SANTOS, Fernanda Batista Oliveira. Ações para reduzir o risco de infecções relacionados à assistência à saúde. **Rev. Saude e pesqui. (Impr.)**, v. 13, n. 3, p. 485-493, 2020.

UMSCHEID, C. A. *et al.* Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol.**, [s. l.], v. 32, n. 2., p. 101-114, 2011.

VAZ, Bruna Correa; SILVA, Caroline Barrozo da; MACHADO, Daia Poliana Borges; BERTELLI, Vanuza Martins; LOPES, Josiane Gabrielle Ferreira; ALVES, Karen Evelyn Sousa; FERREIRA, Valrismar Yojaira Linares. ESna prevenção de infecção no trato urinário: relato de experiência. **Rev. Braz. J. Hea.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13931-13940, 2020.

WHO. **Health care-associated infections fact sheet, 2014.** Geneva: WHO, 2014.

WHO. **World Alliance for Patient Safety: safe surgery saves lives.** Geneva: WHO, 2009. 2016p.

WHO. **Protocol for surgical site infection surveillance with a focus on settings with limited resources.** Geneva: WHO, 2018. 39p.



A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO EDUCACIONAL NA DIMINUIÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Janayna Thais Silva¹

O desenvolvimento do profissional de saúde se inicia desde os primeiros dias de aula em um curso técnico ou de graduação, em que o raciocínio clínico começa a ser construído com base na fisiopatologia, na definição de termos técnicos, na importância de procedimentos e técnicas para a redução do risco de complicações na conscientização de se criar um ambiente de saúde com assistência focada na segurança do paciente.

Essa construção de conhecimentos deve ser sólida e muito delineada para que tenha no futuro um impacto positivo não somente na carreira profissional, mas como na vida de milhares de pacientes que venham necessitar desses cuidados. Os modelos educacionais em saúde vêm sofrendo constantes transformações para que possam formar profissionais capazes de discutir e proceder de forma rápida e assertiva tanto na esfera individual quanto na esfera coletiva, visando assim fugir de modelos educacionais em que o aluno se coloca de maneira passiva, sem a externalização de opiniões e ações (FREITAS *et al.*, 2015).

O processo de desenvolvimento da formação técnica necessita estar justaposto com a identificação das necessidades de saúde do indivíduo, com ações preventivas, paliativas, terapêuticas ou ainda ações para a redução do risco de danos ou eventos adversos.

Sevalho (2018) cita a literatura freireana ao indicar que a independência é um despertar para a abertura do ser, é um processo histórico e cultural que está relacionado ao processo educacional, é preciso ter diálogo, respeito à autonomia e construção do racional do educando.

A conexão envolvendo a teoria e a prática no ensino das áreas da saúde, com metodologias pedagógicas que valorizem o raciocínio clínico, a busca incessante por atualizações e o desenvolvimento do profissional se projetando no mercado de trabalho pressupõe uma assistência diferenciada, sendo a formação centrada na aproximação do ensino com o mundo real. Em um futuro próximo, esse mesmo profissional inserido no mercado de trabalho será agente transformador gerando

¹ Especialista em Auditoria Hospitalar
Pontifícia Universidade Católica – PUC/PR
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0779-8567>
Email: janathais.s@gmail.com



educação em saúde para pares, pacientes, colegas de trabalho ou na academia (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Essa construção do conhecimento, quando alicerçada em bases conceituais estruturadas, pode fornecer a cada educando e futuro profissional a confiança para tomada de decisões e assistência digna ao paciente.

Por outra ótica, mediante os anos de trabalho desse profissional, nos deparamos com outra educação estabelecida nas instituições de saúde que fazem a manutenção do conhecimento, reforça conceitos antigos e traz a luz novas diretrizes, afinal na área da saúde há mudanças na terapêutica ou procedimentos que exigem atualização constante do profissional.

Essa educação em saúde, também conhecida como educação permanente ou educação continuada, promove aos profissionais a atualização da padronização de técnicas e procedimentos, bem como a mensagem da ação ou observação que deve ser realizada de maneira sistematizada.

Quando analisamos o processo de educação permanente nas instituições de saúde, observamos a educação voltada para uma categoria profissional em que a audiência será de uma mesma categoria, portanto abrange técnicas ou procedimentos voltados somente para cada categoria, como por exemplo: educação para a enfermagem, educação para a classe médica, educação para fisioterapeutas.

Entretanto, segundo uma revisão sistemática da Cochrane (2013) um conceito interessante sobre educação interprofissional ou interdisciplinar foi publicado, em que “educação interprofissional é definida como uma intervenção onde os membros de mais de uma profissão de saúde ou assistência social, ou ambos, aprendem interativamente juntos, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde / bem-estar dos pacientes /clientes, ou ambos”.

Ao mencionar o processo educacional interdisciplinar nas instituições de saúde precisamos refletir sobre os objetivos traçados para essa ação. Os programas de desenvolvimento dos profissionais nas instituições devem ser sempre voltados à diminuição ou minimização de um risco ou dano ao paciente ou ao próprio profissional.

É preciso adotar medidas e estratégias educacionais para o desenvolvimento teórico-prático dos profissionais de saúde que realizam a assistência ao paciente. Considerando a complexidade e as constantes atualizações de recomendações, normas e Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) são fundamentais na implantação de planos educacionais nas instituições. A aprendizagem profissional engloba várias esferas: a esfera da aquisição do conhecimento teórico; a esfera da prática profissional e a esfera das relações interpessoais que possibilitam a troca de experiências entre a equipe (MACEDO, ALBUQUERQUE, MEDEIROS, 2014).

Nesse cenário, o processo educacional traçado nos primeiros passos do



educando até a educação permanente profissional contribuem, de maneira positiva, para a redução do risco de complicações como as de infecções hospitalares, prevenção de eventos adversos, redução de custos nas instituições, entre outros que modificam a experiência do paciente durante a sua jornada, bem como fomenta o respaldo da prática profissional embasada em evidências científicas.

IMPACTO NAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os pacientes sofrem diversas exposições a microrganismos durante o período de internação, frequentemente estão expostos à manipulação dos profissionais, dispositivos médicos, procedimentos e materiais cirúrgicos, superfícies etc., sendo necessário a aplicação de processos e procedimentos capazes de minimizar o risco para tal exposição.

Em alguns momentos, ao se tornarem ativos na busca ou na observação de um caso específico, a instituição e profissionais observam uma alta nos casos, fato é que nessa situação esses eventos talvez fossem subnotificados e tornam-se reais a partir da capacitação profissional e do olhar criterioso do profissional de saúde.

Assim aconteceu em um estudo realizado entre 2011 e 2016 na Catalunha, em que se objetivou um alto grau de vigilância e métodos de diagnósticos apropriados para a detecção de infecção por *Clostridium difficile*, que é capaz de colonizar o trato digestivo do paciente em situações em que a flora intestinal tenha sido alterada pelo uso de antibióticos. Nesse estudo foi aplicado uma estratégia de capacitação multimodal para melhorar a vigilância e prevenção de tal infecção, após a capacitação observou-se um aumento na incidência de infecção por *C. difficile* de 2.20 casos/1000 pacientes-dia em 2011 para 3.41 em 2016 (SOPENA *et al.*, 2019).

É interessante analisarmos o exemplo acima pois, quanto mais esclarecidos os profissionais e instituições, mais fidedignidade nos diagnósticos poderemos observar. Quando a clareza dos conceitos, processos e educação expandem a mente dos profissionais a dinâmica pode ser uma crescente, pois os casos subnotificados emergem à realidade e então, posteriormente, é possível proceder com condutas preventivas e terapêuticas. A vigilância necessita de métodos eficazes e a prevenção no ambiente de saúde depende de um diagnóstico precoce e a execução de medidas capazes de minimizar o risco, tais como: higiene das mãos, desinfecção das superfícies, prescrição da terapia adequada, nutrição etc.

A ocorrência de eventos adversos infecciosos deve ser encarada com uma série de medidas antecipadas para que alcancemos a prevenção ou a redução do risco. Essas práticas são auxiliares para a entrega da segurança ao paciente e melhoria da gestão de risco.



É possível observar em diversos países, seja ele desenvolvido e/ou em desenvolvimento, os esforços de instituições e educadores ao trabalharem massivamente boas práticas para minimização do risco de Infecção de Corrente Sanguínea Relacionada à Cateter (ICSRC). *Guidelines* de importantes organizações como *Center Disease Control (CDC)*, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), *Infusion Nurses Society (INS)*, *Society of Healthcare Epidemiology of America (SHEA)*, entre outros, direcionam, descrevem e atualizam as recomendações de boas práticas para que haja a minimização desse evento, aplicada pelos profissionais de saúde.

As infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) constituem um risco ao paciente, representam uma grave barreira de saúde pública devido aos altos índices nas instituições, trazendo prejuízos na esfera assistencial e econômica nas das organizações. A Anvisa descreve em seu manual de 2017 inúmeras práticas que regem condutas para a redução do risco e prevenção das infecções do trato urinário, infecção do sítio cirúrgico, pneumonia associada à assistência à saúde e infecção de corrente sanguínea. Nesse manual, dividido em quatro capítulos, encontramos a atualização de conceitos, fisiopatogenia e a sistematização das ações que norteiam para uma prática de qualidade, como por exemplo: preparo da pele, limitação de tentativas de punção venosa, uso de barreiras estéreis, coberturas estéreis, uso de tecnologias, higiene das mãos, posicionamento do paciente, aspiração do paciente entre outras.

Referente à infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), essa complicação possui um importante índice de desfecho desfavorável, e a Anvisa, em 2017, mencionou uma análise dos dados em países desenvolvidos como Estados Unidos da América e países em desenvolvimento, como o Brasil. A mortalidade atribuível a essa complicação, nos países desenvolvidos, geralmente ultrapassa 10%, podendo atingir 25% em pacientes graves, por outro lado, em países em desenvolvimento, essa mortalidade está associada a um índice de 40%, além disso pode representar um aumento de custos para as instituições de R\$ 100.000, para o tratamento por episódio.

É importante destacar que a IPCS aumenta indicadores consideráveis como os dias de internação, custos com antibioticoterapia, diárias globais, exames laboratoriais, exames de imagem, hemoderivados entre outros. O tempo de internação pode variar entre 1,5 a 26 dias, acarretando, assim, outros riscos ao paciente e uma estadia prolongada não programada nas dependências hospitalares. Estudos europeus demonstram análises de custos associados a IPCS com uma estimativa de €16,814 e €29,909, e estudos norte americanos apresentam análises econômicas variando entre \$24.090 a \$34.544 (DANSKI; PEDROLO; BOOSTEL; WIENS; FELIX, 2017).

Percebe-se uma diferença de custos com a IPCS, porque analisa-se esse custo com base nas condições locais dos países. Ainda, sim, dentro de um mesmo território nacional pode-se encontrar divergências de custos, visto que deve-se levar



em consideração o meio institucional, podendo apresentar diferenças entre elas, nos microrganismos envolvidos, na severidade da contaminação, nas condições do paciente, etc. Esses custos podem ser minimizados com a introdução de tecnologias para a redução dos riscos de complicação e educação permanente aos profissionais envolvidos, utilizando estratégias eficazes para interpretação e promoção da mudança da prática clínica.

Observando as últimas décadas é possível detectar um decréscimo nos índices, principalmente em países desenvolvidos. O CDC publicou recentemente, no ano de 2021, um reporte dos dados do *National Healthcare Safety Network* (NHSN) em que menciona a queda nos índices de infecção de corrente sanguínea associada a cateter de 46% entre os anos de 2008-2013, mas ainda chama a atenção para inúmeros casos que ocorrem nas unidades de terapia intensiva e centros de saúde no país.

No *guideline* de 2011, o CDC promove uma reflexão e entendimento sobre as medidas eficazes que quando executadas de maneira coletiva realizam um impacto na prevenção das IPCS, como técnica asséptica, higiene das mãos, uso de dispositivos livre de sutura, uso de conectores em agulha, uso de coberturas impregnadas com gluconato de clorexidina, preparo da pele, uso de barreiras máximas etc.

Todas essas ações são de extrema eficácia, porém, ainda nesse mesmo *guideline* o CDC recomenda a educação em saúde. De forma contínua os profissionais precisam estar expostos a essas práticas para que haja sempre a clareza do propósito e a execução ideal dos procedimentos de maneira sistematizada. Com nível de evidência IA de recomendação, afirma; “Avalie periodicamente o conhecimento e a adesão às diretrizes por todos os profissionais envolvidos na inserção e manutenção de cateteres intravasculares”.

Essa afirmação demonstra a necessidade contínua de atualizar, avaliar e promover a educação em saúde para que tenhamos a máxima adesão e padronização dos procedimentos. Um clássico exemplo de educação permanente em saúde é a prática de higiene das mãos realizada por todas as instituições em períodos pré-determinados para que ocorra o aumento da taxa de adesão a essa prática e cause um impacto positivo no decréscimo das IRAS.

A educação permanente demonstrada nas capacitações de higiene das mãos atingiu níveis importantes de criatividade como o uso de tintas para demonstrar a região não atingida pela solução, técnica executada por profissionais vendados para análise da correta técnica, gincanas, jogos, entre outros. Os índices de higiene das mãos no Brasil continuam abaixo do recomendado, em média 50%, e está associado à educação bem como às estruturas físicas, recursos humanos, materiais e comportamento dos profissionais nas instituições investigadas (VALIM, ROCHA, SOUZA, CRUZ, BEZERRA, BAGGIO *et al.*, 2018).

Nessa mesma revisão integrativa dos autores mencionados no parágrafo anterior,



inúmeras estratégias foram identificadas para o envolvimento dos profissionais na higiene das mãos, como: palestras, lembretes nas estações de trabalho, pôsteres nos corredores, criação de times para a avaliação do procedimento de higiene das mãos, *feedback* dos índices de conformidade, *workshops* práticos, relatórios encaminhados aos gestores, envolvimento dos líderes nos treinamentos ofertados, soluções alcoólicas instaladas em mais pontos e vídeos.

Os resultados importantes comprovam a eficácia de capacitação na adesão do procedimento de higiene das mãos após a intervenção do treinamento em profissionais da enfermagem, um estudo de revisão integrativa obteve o achado do aumento da adesão por enfermeiros após a capacitação de 42,9% para 61,4% (GRAVETO; REBOLA; FERNANDES; COSTA, 2017).

Além das estratégias para educação permanente para diversos procedimentos, destaca-se também a preocupação na educação para prescrições e administrações adequadas de antibioticoterapia (*antimicrobial stewardship*).

Treinamentos, *workshops* e palestras sobre *antimicrobial stewardship* crescem, a compreensão sobre a resistência aos antimicrobianos também apresentam uma crescente, entretanto em uma revisão integrativa, a reflexão de que as abordagens educacionais eficazes acerca desse tópico não apresentam crescimento. Com a resistência à antimicrobianos apresentando índices crescentes globalmente, têm surgido apelos para que essa educação seja amplamente disseminada nos cursos de graduação de medicina e dentro das instituições hospitalares, pois percebe-se algumas lacunas nesses treinamentos em escalas globais (SILVERBERG *et al.*, 2017).

Os programas de qualidade são peças fundamentais para a melhoria da prática clínica através da mudança comportamental de indivíduos que prestam a assistência em saúde. Dentre as ações práticas desses programas estão a motivação e o engajamento que suportam as intervenções propostas capazes de reduzir os índices de infecção hospitalar. A educação permanente dos profissionais de saúde reforça a necessidade da execução correta das intervenções propostas. Várias estratégias e métodos veem sendo estudados e colocados em prática para redução de ICSRC, adicionalmente estudos relatam um real declínio nos índices dessa infecção após a implantação de medidas educacionais referente a boas práticas nos cuidados com cateteres.

É preciso considerar uma importante ferramenta que temos à disposição para educação permanente nas instituições para motivar e manter as práticas sistematizadas: dispositivos digitais. Estratégias utilizando games virtuais, enquetes com o uso de celulares *smartphones*, desenvolvimento de *websites*, simuladores virtuais poderão causar um engajamento maior dos profissionais de saúde pois vivemos em uma era digital.

Partindo, portanto, desse contexto educacional cabe destacar a relevância da



utilização de dispositivos móveis nessa jornada de aprendizado. Se antes o acesso à educação era somente por livros físicos e aulas presenciais, hoje, por conta da hiperconectividade, o conhecimento se constrói de múltiplas formas e com a utilização de diversas ferramentas (computadores, notebooks, smartphones, tablets, leitores de livros digitais etc.).

Segundo Oliveira e Alencar (2017) a utilização dessas ferramentas permite mobilidade ao profissional da saúde. Esse profissional, que não raras vezes possui uma agenda de trabalho densa, poderá acessar o conteúdo no horário mais adequado a sua rotina, relacionar-se de forma mais efetiva e interativa, sanar dúvidas e, portanto, ter maior autonomia no processo de aprendizagem. A título de exemplo está a utilização de aplicativos onde é possível simular casos clínicos em que o profissional de saúde sedimentará seu conhecimento por meio de testes e conteúdos interativos.

A humanidade está cada vez mais envolvida ou dependente de recursos tecnológicos e esse ambiente pode ser muito enriquecedor no campo da educação, especificamente o EAD (Ensino a Distância) que consiste em ensino e aprendizagem à distância. As tecnologias e ambientes virtuais estão cada vez mais inseridos nos ambientes educacionais, e dentro das instituições de saúde não poderia ser diferente. É necessário explorar esse recurso também para a educação em saúde, para que contemple o maior número de profissionais, os diversos tipos de metodologia para capacitação permanente fazem com que o profissional de saúde consiga apreender o conteúdo, promovendo, assim, a melhoria ou mudança da prática clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso considerar a infraestrutura para contribuir com esse desenvolvimento técnico e inserir dinâmicas/ conteúdos didáticos que façam o profissional refletir e se envolver com a temática exposta. A aprendizagem é um processo de conexão, construção e fixação de conceitos e, diante da evolução do processo assistencial, é preciso estabelecer planos de ação para educação em saúde a fim de minimizar os riscos de infecções hospitalares. O processo educacional contínuo contribui para a manutenção da boa prática ou a transformação da prática clínica, oferecendo ao paciente, profissional e instituição de saúde a qualidade na assistência e menores índices de contaminação, ao transformarmos um conhecimento transformamos o cenário ao redor.

A educação é um potencial divisor de práticas, reflexões e mudanças da prática clínica, não se pode garantir a adesão a um novo ou antigo procedimento, visto que a adesão se faz de maneira individual contribuindo para o coletivo assistencial. Sem educação não há chance de uma adesão coletiva, uma vez que educar e capacitar é uma ação que contribui com a economia em saúde pela redução do risco de



infecções hospitalares e o mais importante, permite ao paciente vivenciar o processo de saúde-doença em seu período de cuidado assistencial com a certeza de que está sendo assistido com a máxima qualidade e esforço para a reabilitação e/ou conforto.

Destacam-se os esforços das instituições em realizar educação permanente e/ou educação interprofissional com o objetivo de reduzir o risco/prevenir infecções hospitalares o que deve ser amplamente divulgado, é preciso aumentar e realizar a manutenção dos profissionais de saúde com as capacitações permanentes. No entanto, deve-se também considerar as estratégias para a adesão a essas práticas, visto que a assistência em saúde se faz com a execução de técnicas padronizadas, comprovadamente eficazes e com o desempenho de todos os profissionais o tempo todo, com todos os pacientes.

REFERÊNCIAS

COLOMÊ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em Saúde: Por quem e Para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 21(1), p. 177-84, jan.-mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a20v21n1.pdf>

DANSKI, M. T. R.; PEDROLO, E.; BOOSTEL, R.; WIENS, A.; FELIX, J. V. C. Custos da infecção relacionada a cateter venoso central em adultos: revisão integrativa. **Rev baiana enferm**, 31(3), 2017. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v31n3/0102-5430-rbaen-rbev31i318394.pdf>.

FREITAS, C. M.; FREITAS, C. A. S. L.; PARENTE, J. R.F. *et al.* Uso de Metodologias Ativas de Aprendizagem para a Educação na Saúde: Análise da Produção Científica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 117-130, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v13s2/1981-7746-tes-13-s2-0117.pdf>

GRAVETO, J. M. G. N.; REBOLA, R.; FERNANDES, E.; COSTA, P. S. Hand hygiene: nurses' adherence after training. **Rev Bras Enferm** [Internet], 71(3):1189-93, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0239>

MACEDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. Desafios da implantação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, v.12 p. 379-401, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a10v12n2.pdf>

NATIONAL HEALTHCARE SAFETY NETWORK (NHNS). Bloodstream Infection Event (Central Line-Associated Bloodstream Infection and Non-central Line Associated Bloodstream Infection). Jan -2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/>



winnablebattles/report/HAls.html

OLIVEIRA, A. R. F.; ALENCAR, M. S. M. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. **Rev. Digit. Bibliotecon. Cienc. Inf.**, Campinas, SP, v. 15, n. 1, p. 234–245, 2017. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8648137>

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface** (Botucatu), 22(64), p. 177-88, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160822.pdf>

SILVERBERG, S. L.; ZANELLA, V. E.; COUNTRYMAN, D.; AYALA, A. P.; LENTON, E.; FRIESEN, F.; LAW, M. A review of antimicrobial stewardship training in medical education. **International Journal of Medical Education**, p. 353-374, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035872/>

SOPENA, N.; FREIXAS, N.; BELLA, F.; PÉRES, J.; HORNERO, A.; LIMON, E.; GUDIOL, F.; PUJOL, M.; the VINcat Clostridioides difficile study group. Impacto f a training program on the surveillance of *Clostridioides difficile* infection. **Epidemiology and Infection** 147, e231, 1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0950268819001080>

VALIM, M. D.; ROCHA, I. L. S.; SOUZA, T. P. M.; CRUZ, Y. A.; BEZERRA, T. B.; BAGGIO, E. *et al.* Eficácia da estratégia multimodal para adesão à Higiene das Mãos: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, 72(2), p. 552-65, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-058>



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS EM ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM: REFLEXÕES DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Mariana Portela de Assis¹
Rochele Mosmann Menezes²
Eliane Carlosso Krummenauer³
Jane Dagmar Pollo Renner⁴
Suzane Beatriz Frantz Krug⁵

INTRODUÇÃO

A implantação de programas de gerenciamento de antimicrobianos torna-se imprescindível no combate emergencial à propagação de microrganismos multirresistentes, impactando diretamente na segurança do paciente e nos processos de assistência à saúde. A resistência antimicrobiana é responsável por

- 1 Mestre em Promoção da Saúde.
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9695-9237>
<http://lattes.cnpq.br/3533629899469565>
E-mail: portela1311@gmail.com
- 2 Mestre em Promoção da Saúde.
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1548-1607>
<http://lattes.cnpq.br/4703017585327314>
E-mail: rochelemenezes@unisc.br
- 3 Mestre em Promoção da Saúde.
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8824-4573>
<http://lattes.cnpq.br/7849697873365635>
E-mail: elianek@unisc.br
- 4 Doutora em Biologia Celular e Molecular
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0649-7081>
<http://lattes.cnpq.br/4839962004718850>
E-mail: janerenner@unisc.br
- 5 Doutora em Serviço Social
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2820-019X>
<http://lattes.cnpq.br/6004707656053678>
E-mail: skrug@unisc.br



desfechos clínicos desfavoráveis, elevando os índices de morbimortalidade e dos custos do sistema de saúde, impactando no desenvolvimento econômico e social das comunidades (ANVISA, 2019). Nesse sentido, a educação abrangendo aspectos referentes à administração de antimicrobianos e o estabelecimento de critérios de prescrição é fundamental para que o desenvolvimento da resistência seja minimizado (BECK *et al.*, 2018).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou, em 2018, a Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde, na qual enfatiza que a educação é um componente primordial no processo de implantação e êxito dos programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos. Esses programas aprimoram o processo do uso racional de antibióticos, contribuindo para a redução da resistência antimicrobiana, diminuem os riscos e complicações da utilização de antibióticos e evoluem para prognósticos e desfechos clínicos favoráveis (ANVISA, 2018; MAJUMDER *et al.*, 2020; SATTERFIELD, J.; MIESNER, A. R.; PERCIVAL, K. M., 2020). Em 2019 foi lançado o projeto *Stewardship* Brasil, pela ANVISA, com o intuito de avaliar a execução dos programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos, em âmbito nacional, “implementados nos hospitais brasileiros com unidades de terapia intensiva (UTI) adulto para identificar oportunidades de melhoria e para buscar estratégias a fim de promover a implementação desses programas em todos os hospitais do país” (ANVISA, 2019, p. 5).

A educação teórica e o treinamento prático são fundamentais para a implementação de programas de gerenciamento de antimicrobianos bem-sucedidos. Os futuros profissionais das áreas da saúde precisam estar cientes do uso indevido e excessivo da terapia antimicrobiana desde seus estudos de graduação. Fóruns, seminários e workshops precisam ser oferecidos aos alunos para compreender a racionalização das prescrições de antimicrobianos (MAJUMDER *et al.*, 2020).

Os programas de residência estão estruturados em duas divisões: residência profissional em saúde (única profissão) e multiprofissional em saúde (BERNARDO *et al.*, 2020). Esses programas visam desenvolver profissionais de saúde, por meio da educação em serviço, possibilitando o desenvolvimento de suas atividades em equipe multiprofissional. Pode-se considerar esse um campo para a promoção de intervenções em Educação Permanente em Saúde, sendo a residência um eixo pedagógico estruturante para ações em saúde (SILVA *et al.*, 2016). Além disso, os programas de residência criam a possibilidade de vincular o ensino com a prática e, dessa maneira, a experiência vivenciada pode contribuir para que esses profissionais contribuam na elaboração de protocolos e manuais para a implantação e funcionamento de programas como o de gerenciamento de antimicrobianos dentro das intuições nas quais estão inseridos (BERNARDO *et al.*, 2020).

Para isso, também é importante que aspectos relacionados com o uso e



prescrição segura de antimicrobianos sejam incorporados nos currículos dos cursos da área da saúde, com o objetivo de fortalecer os programas de gerenciamento de antimicrobianos (MEDINA; PIEPER, 2016). Porém, é notório que em muitos países não há disciplinas específicas direcionadas para esse conteúdo dentro das diretrizes curriculares dos cursos (SATTERFIELD; MIESNER; PERCIVAL, 2020). Segundo Majumder *et al.* (2020) é necessário que haja uma conscientização sobre o uso inadequado e em excesso de antimicrobianos desde a graduação. Para isso podem ser ofertados eventos científicos que debatam sobre o uso racional de antimicrobianos.

O objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde inseridos em programas de residência multiprofissional em saúde e da residência médica de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul referente ao uso e a resistência de antimicrobianos, assim como identificar as suas atitudes em relação ao envolvimento nos esforços para prevenir multirresistência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal. O estudo foi realizado em um hospital de ensino, de 232 leitos, do interior do Rio Grande do Sul, Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e em Traumatologia/Ortopedia para os municípios que compõem a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e a 13ª CRS e em gestantes de alto risco para a 13ª CRS. Também possui Unidade de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e é Unidade de Referência em Oftalmologia, sendo nível máximo de excelência para a Unidade de Terapia Intensiva Adulto (HSC, 2021). A 8ª CRS é composta por 12 municípios, com uma população de 200.264 habitantes. A 13ª CRS é composta por 13 municípios, com uma população de 327.158 habitantes (AGOSTINI, 2017).

O Hospital do estudo possui Programa de Residência Multiprofissional em Saúde vinculado ao Ministério da Saúde e a universidade, no qual são inseridos vinte profissionais, anualmente, das áreas de Nutrição (duas), Fisioterapia (quatro), Enfermagem (quatro), Farmácia (quatro), Psicologia (duas), Odontologia (duas), Educação Física (uma) e Serviço Social (uma). O programa tem duração de dois anos e os profissionais permeiam os espaços do hospital, da Universidade e da Secretaria de Saúde do município. A área de concentração de formação é a de Atenção em Urgência e Emergência, configurando-se em ensino de pós-graduação *Lato Sensu*. O programa abrange os âmbitos pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar nos diferentes níveis de complexidade na área de concentração de formação, conforme estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que prevê a realização de práticas alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Também há um programa de residência médica no Hospital, no qual estão



inseridos 39 médicos, nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade (HSC, 2021).

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde inseridos nos programas de residência citados. O recrutamento deu-se por meio de aplicativo de mensagens instantâneas, com breve descrição do estudo e com o *link* para um questionário eletrônico utilizando o *Google Forms*, enviado pela coordenação dos programas, no mês de abril de 2021.

O formulário utilizado foi desenvolvido pelos pesquisadores, a partir da adaptação de estudo realizado por Merril *et al.* (2019). O questionário foi revisado e validado por uma equipe multidisciplinar de 5 profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do hospital supracitado.

Foram incluídas no questionário 21 perguntas, divididas em informações gerais dos participantes (idade, sexo, formação, etc) e em 3 componentes sobre *Antimicrobial Stewardship Program*: (1) Conhecimento e atitudes sobre o uso de antimicrobianos; (2) Conhecimento geral e atitudes sobre *Stewardship* (gerenciamento) de antimicrobiano e (3) Educação sobre antimicrobianos.

Para avaliar o conhecimento e atitudes sobre o uso de antimicrobianos, foram aplicadas seis questões e utilizou-se uma escala tipo *Likert* de 1-5 (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente). Em relação ao Conhecimento geral e atitudes sobre *Stewardship*, foram aplicadas oito questões, e em uma delas perguntava-se como o profissional avalia o seu conhecimento de *Stewardship* de antimicrobianos, na qual as alternativas de respostas também foram classificadas em escala do tipo *Likert* de 0-10 (0 = sem conhecimento; 10 = conhecimento especializado). Os entrevistados também foram solicitados a classificar o quão importante é a existência de um programa de *Stewardship* de antimicrobianos no ambiente de saúde em que atuam, usando uma escala de 5 itens (nada importante até extremamente importante). Referente ao componente “educação” sobre antimicrobianos, foi realizada a seguinte questão: “Quais intervenções você acha que seriam mais úteis para melhorar o uso apropriado de antibióticos em sua unidade?” Eles foram solicitados a verificar todas as opções aplicáveis e receberam 7 alternativas e 1 opção de resposta aberta.

Os dados foram coletados por meio do preenchimento de questionário pela plataforma *Google Forms*. Posteriormente, foram tabulados no Excel® 2013 e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23 (IBM, Armonk, NY, EUA). Os dados foram apresentados em média, frequência absoluta e percentagem.

Aprovou-se o estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob parecer consubstanciado sob CAAE nº 15180619.3.0000.5343.



RESULTADOS

Foram recebidas o total de 42 respostas completas referente ao formulário enviado. Os resultados das características gerais dos profissionais de saúde participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Dados gerais dos profissionais de saúde participantes da pesquisa

Variável	n = 42 (%)
Sexo	
Masculino	6 (14,3)
Feminino	36 (85,7)
Idade*	28±5,4
Área de formação	
Assistência Social	1 (2,4)
Educação Física	2 (4,8)
Enfermagem	7 (16,7)
Farmácia	8 (19)
Fisioterapia	4 (9,5)
Medicina	13 (31)
Nutrição	2 (4,8)
Odontologia	2 (4,8)
Psicologia	3 (7,1)
Especialização na área de atuação?	
Sim	23 (54,8)
Não	19 (45,2)
Mestrado na área de atuação?	
Sim	1 (2,4)
Não	41 (97,6)
Doutorado na área de atuação?	
Sim	0 (0)
Não	42 (100)

*: média e desvio-padrão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para as questões relacionadas ao componente 1: Conhecimento e atitudes sobre o uso de antimicrobianos, as pontuações mais altas (1-5 escala) foram as seguintes: “É necessário aprimoramento educacional sobre o uso de antimicrobianos?” (Média



= $4,90 \pm 0,37$ "); "O conhecimento sobre antimicrobianos é importante para minha atuação profissional?" (Média = $4,7 \pm 0,75$). Os que apresentaram menor pontuação (escala de 1-5) foram: "Os antimicrobianos são usados em excesso no meu ambiente de saúde?" (Média = $3,4 \pm 1,1$) e "O uso adequado de antimicrobianos pode causar resistência antimicrobiana?" (Média = $3,0 \pm 1,6$) (Quadro 1).

Quadro1 - Resultados aplicação de questões referente ao Componente 1 do questionário

Questões componente 1: Conhecimento e atitudes sobre o uso de antimicrobianos	Resultado após aplicação escala tipo Likert*
O uso de antimicrobianos pode causar danos?	$4,17 \pm 1,01^{**}$
É minha responsabilidade garantir o uso adequado de antimicrobianos em meu ambiente de saúde?	$4,19 \pm 1,23^{**}$
O conhecimento sobre antimicrobianos é importante para minha atuação profissional?	$4,67 \pm 0,75^{**}$
É necessário aprimoramento educacional sobre o uso de antimicrobianos?	$4,90 \pm 0,37^{**}$
Os antimicrobianos são usados em excesso no meu ambiente de saúde?	$3,43 \pm 1,10^{**}$
O uso adequado de antimicrobianos pode causar resistência antimicrobiana?	$3,07 \pm 1,60^{**}$

*escala tipo Likert de 1-5 (1 = discordo totalmente; 5=concordo totalmente).

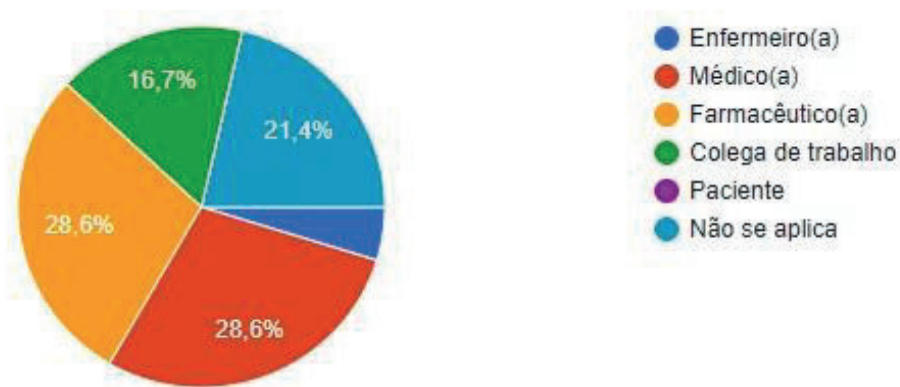
** média e desvio padrão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para as questões relacionadas ao componente 2: "Conhecimento geral e atitudes sobre *Stewardship*", 85,7%, afirmaram não conhecer o Projeto *Stewardship* Brasil e 83,3% não estão familiarizados com o termo *Stewardship* de antimicrobianos e apenas 33,3% teve contato com esse assunto (gerenciamento de antimicrobianos) em sua formação. Quando foi realizada a questão: "A quem você normalmente pergunta quando tem dúvidas sobre *Stewardship* de antimicrobianos?", os profissionais mais citados foram o farmacêutico e o médico e o menos citado foi o enfermeiro (Figura 1).



Figura 1. Gráfico da representação dos resultados referente ao questionamento “A quem você normalmente pergunta quando tem dúvidas sobre Stewardship de antimicrobianos?”



Fonte: Google Forms, 2021.

Na tabela 2 estão representados os resultados referente ao Componente 2: “Conhecimento geral e atitudes sobre *Stewardship*”, por área de atuação.

Tabela 2 - Resultados de aplicação de questões referente ao Componente 2 do questionário por área de formação (Continua)

Questões / Área de formação	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Você já conhece o Projeto <i>Stewardship</i> Brasil?		
Assistência Social	0 (0)	1 (100)
Educação física	0 (0)	2 (100)
Enfermagem	1 (14)	6 (86)
Farmácia	5 (62)	3 (38)
Fisioterapia	0 (0)	4 (100)
Medicina	0 (0)	13 (100)
Nutrição	0 (0)	2 (100)
Odontologia	0 (0)	2 (100)
Psicologia	0 (0)	3 (100)
Você está familiarizado com o termo <i>Stewardship</i> de antimicrobianos?		
Assistência Social	0 (0)	1 (100)
Educação física	0 (0)	2 (100)
Enfermagem	1 (14)	6 (86)
Farmácia	5 (62)	3 (38)
Fisioterapia	0 (0)	4 (100)
Medicina	1 (8)	12 (92)



Tabela 2 - Resultados de aplicação de questões referente ao Componente 2 do questionário por área de formação

Questões / Área de formação	(Conclusão)	
	Sim n (%)	Não n (%)
Nutrição	0 (0)	2 (100)
Odontologia	0 (0)	2 (100)
Psicologia	0 (0)	3 (100)
Você teve contato com esse assunto (gerenciamento de antimicrobianos) na sua formação?		
Assistência Social	0 (0)	1 (100)
Educação física	0 (0)	2 (100)
Enfermagem	0 (0)	7 (100)
Farmácia	5 (62)	3 (38)
Fisioterapia	1 (25)	3 (75)
Medicina	8 (62)	5 (38)
Nutrição	1 (50)	1 (50)
Odontologia	2 (100)	0 (0)
Psicologia	0 (0)	3 (100)
Você considera importante sua atuação profissional junto ao time operacional de Stewardship?		
Assistência Social	1 (100)	0 (0)
Educação física	0 (0)	2 (100)
Enfermagem	0 (0)	7 (100)
Farmácia	7 (87)	1 (13)
Fisioterapia	3 (75)	1 (25)
Medicina	13 (100)	0 (0)
Nutrição	1 (50)	1 (50)
Odontologia	2 (100)	0 (0)
Psicologia	0 (0)	3 (100)

Assistência Social (n=1); Educação Física (n=2); Enfermagem (n=7); Farmácia (n=8); Fisioterapia (n=4); Medicina (n=13); Nutrição (n=2); Odontologia (n=2); Psicologia (n=3).

Fonte: Elaborado pelos autores.

No componente 3: “Educação sobre antimicrobianos”, foi perguntado aos participantes do estudo: “Quais intervenções você acha que seriam mais úteis para melhorar o uso apropriado de antibióticos em sua unidade?”, em que puderam assinalar todas as opções aplicáveis, e na qual a maioria dos participantes julga a implementação de ações de educação continuada (81%), seguido de uso de protocolos (73,8%) e de que os farmacêuticos deveriam estar envolvidos nas intervenções relacionadas à administração de antimicrobianos (64,3%).



DISCUSSÃO

Os programas de residência do hospital do estudo totalizam 40 profissionais da multiprofissional e 40 da médica, totalizando 72 profissionais. Desses, 42 (53%) responderam ao formulário. Houve a participação de ao menos 1 profissional de cada área, apresentando maior adesão dos médicos, farmacêuticos e enfermeiros. Essa adesão assemelha-se a outros estudos, nos quais foram evidenciados que esses profissionais estão mais envolvidos quando o assunto trata de medicamentos e antimicrobianos (MERRIL *et al.*, 2019; PEREIRA; CASTRO-SANCHEZ; NATHWAN, 2017; RUIS *et al.*, 2016).

Em relação ao componente conhecimento e atitudes sobre o uso de antimicrobianos, a maioria dos profissionais acredita ser responsável em garantir o uso adequado de antimicrobianos em seu ambiente de saúde, de que o conhecimento sobre antimicrobianos é importante para a sua atuação profissional e julga ser necessário o seu aprimoramento educacional sobre o uso de antimicrobianos. Esses resultados podem estar relacionados à área de formação dos participantes, sendo a maioria constituída por profissionais da área médica, da farmácia e da enfermagem. Estudo realizado em um hospital da Etiópia (GEBRETEKLE *et al.*, 2018) constatou que mais de 80% dos participantes referiram que dentre as estratégias para a redução da resistência bacteriana estão incluídas a educação, a implantação de diretrizes institucionais, comissões de controle de infecção ativas, disponibilização dos resultados de antibiogramas e a realização de auditorias posteriores com intervenções e retorno dos resultados.

Quando realizada a avaliação das respostas das questões do componente conhecimento e atitudes sobre o uso de antimicrobianos, por área de atuação, pôde-se perceber que os farmacêuticos e médicos representam os profissionais que relatam ter maior conhecimento sobre antimicrobianos e sobre os programas de gerenciamento, o que corrobora com achados de outros estudos (BECK *et al.*, 2018; MERRIL *et al.*, 2019; REHMAN *et al.*, 2018). As demais áreas, em sua maioria, relataram não apresentar conhecimento sobre os programas. Além disso, também afirmaram não ter tido contato com esse assunto (gerenciamento de antimicrobianos) na sua formação, com exceção dos participantes da odontologia.

Estudos confirmam a importância do papel do enfermeiro nos programas de gerenciamento de antimicrobianos (MERRIL *et al.*, 2019). Além disso, a Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde (ANVISA, 2018), recomenda que esse profissional seja membro do time gestor do programa. Porém, o resultado encontrado na presente pesquisa, não condiz com essas afirmações, já que 100% da amostra de enfermeiros participantes declararam não considerar importante sua atuação profissional junto



ao time operacional de *Stewardship*. Esses achados podem sugerir que muitos enfermeiros não têm conhecimento sobre o gerenciamento de antimicrobianos, ou que não compreendem o seu papel dentro desses programas, corroborando com os resultados apontados no estudo realizado por Merrill *et al.* (2019).

As demais áreas (assistência social, educação física, nutrição e psicologia), com exceção da fisioterapia e odontologia, também não consideram importante suas atuações no time operacional de *Stewardship*. Essa percepção pode estar relacionada com as atividades realizadas por esses profissionais dentro do ambiente hospitalar, porém sugere-se que todos os profissionais da saúde envolvidos na assistência do paciente, assim como pacientes e acompanhantes/cuidadores devem estar incluídos nas estratégias de educação sobre uso e gerenciamento de antimicrobianos (ANVISA, 2019).

Ainda que mais da metade dos profissionais que participaram do estudo tenham afirmado que possuem especialização na sua área de atuação, 83,3% relataram não estar familiarizados com o termo *Stewardship* de antimicrobianos, e somente 33,3% tiveram contato com esse assunto (gerenciamento de antimicrobiano) na sua formação. Esse resultado demonstra que ainda há uma fragilidade na formação desses profissionais, uma vez que, mesmo que a resistência antimicrobiana seja um problema de saúde mundial, ainda não há atualização das diretrizes educacionais que visem a implantação desse conteúdo para fortalecimento de práticas de uso racional de medicamentos, assim como de estímulo para a adesão a programas de gerenciamento de antimicrobianos (RUIS *et al.*, 2016).

No componente educação, as alternativas mais assinaladas pelos profissionais que responderam ao questionário em relação a quais intervenções seriam mais úteis para melhorar o uso apropriado de antibióticos em sua unidade de atuação, as mais assinadas foram as implementações de ações de educação continuada, a utilização de protocolos e de que os profissionais farmacêuticos deveriam estar envolvidos nas intervenções relacionadas à administração de antimicrobianos. Dentro do contexto dos programas de gerenciamento de antimicrobianos, é possível ações de educação permanente por meio de oficinas interativas, promoção de campanhas utilizando meios de comunicação institucional, realização de grupos focais com a temática de medicina baseada em evidências, cartilhas educativas, assim como outras estratégias (PEREIRA; CASTRO-SANCHEZ; NATHWAN, 2017).

Em relação ao envolvimento do farmacêutico nas intervenções relacionada à administração de medicamentos, o estudo aborda sobre a importância desses profissionais serem parte integrante da equipe de manejo e de que os mesmos exercem uma atribuição importante no enfrentamento à resistência antimicrobiana (GARAU; BASSETTI, 2018). Estudo realizado no Pasquistão concluiu que os farmacêuticos participantes do estudo apresentam um bom conhecimento e assumem práticas seguras pertinentes à administração de antimicrobianos (REHMAN *et al.*, 2018).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se, entre os achados do estudo, que a maioria dos profissionais participantes do estudo acredita ter responsabilidade na garantia do uso adequado de antimicrobianos em seu ambiente de saúde e de que o conhecimento sobre antimicrobianos é importante para a sua atuação profissional. Além disso, acham que é necessário o aprimoramento educacional sobre o uso de antimicrobianos.

Referente ao conhecimento geral e atitudes sobre *Stewardship*, a maioria dos participantes relatou não conhecer o Projeto *Stewardship* Brasil e não estar familiarizados com o termo *Stewardship* de antimicrobianos, além de não terem tido contato com esse assunto durante sua formação.

Esse estudo também evidenciou que profissionais das áreas de enfermagem, assistência social, educação física, nutrição e psicologia não acham importante suas participações nas equipes de gerenciamento de antimicrobianos, demonstrando que ainda falta compreensão dos seus papéis nesses programas.

Sugere-se que ações de educação continuada sejam implementadas para a capacitação dos profissionais acerca do uso racional de antimicrobianos. O Projeto *Stewardship* Brasil prevê que a educação é um elemento primordial para o êxito do Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos. Dessa forma, é importante que as instituições hospitalares ofereçam treinamentos e capacitações para profissionais de saúde, além dos pacientes e acompanhantes/cuidadores.

Acredita-se que os resultados foram importantes e evidenciaram estratégias de educação sobre antimicrobianos e sobre os programas de gerenciamento para profissionais inseridos nos programas de residência médica e multiprofissional. Além disso, é necessário que mais estudos avaliem o conhecimento desses profissionais em outros programas de residência e em outras instituições hospitalares.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, C. **Plano estratégico de desenvolvimento do Vale do Taquari 2015 - 2030**. Lajeado: Ed. da Univates, 2017. Disponível em: <https://governanca.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/11104740-plano-valedotaquari.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2020.

ANVISA. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Brasília(DF): Anvisa, 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/diretriz-nacional-para-elaboracao-de-programa-de-gerenciamento->



do-uso-de-antimicrobianos-em-servicos-de-saude . Acesso em: 13 mai. 2021.

ANVISA. Projeto *Stewardship* Brasil. Avaliação Nacional dos Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Unidade de Terapia Intensiva Adulto dos Hospitais Brasileiros. Brasília (DF): Anvisa, 2019. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Projeto+Stewardship+Brasil/435012dc-4709-4796-ba78-a0235895d901?version=1.0>. Acesso em: 10 mai. 2021.

BECK, A. P. *et al.* Promoting Antimicrobial Stewardship by Incorporating it in Undergraduate. **Medical Education Curricula**, v.117, n. 5, p. 224-228, dez. 2018.

BERNARDO, M. *et al.* Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 6, e20190635, p. 1-5, set. 2020.

GARAU, J.; BASSETTI, M. Role of pharmacists in antimicrobial stewardship programmes. **International journal of clinical pharmacy**, v. 40, n. 5, p. 948–952, set. 2018.

GEBRETEKLE, G.B. *et al.* Opportunities and barriers to implementing antibiotic stewardship in low and middleincome countries: Lessons from a mixedmethods study in a tertiary care hospital in Ethiopia. **PLOS ONE**, v. 13, n. 12, p. 1 -15, 2018.

HSC. Desenvolvido pelo Hospital Santa Cruz. Apresenta informações gerais sobre a instituição. 2021. Disponível em: <http://www.hospitalstacruz.com.br>. Acesso em: 13 mai. 2021.

MAJUMDER, M. *et al.* Tackling Antimicrobial Resistance by promoting Antimicrobial stewardship in Medical and Allied Health Professional Curricula. **Expert review of anti-infective therapy**, v. 18, n. 12, p. 1245–1258, ago. 2020.

MEDINA, E.; PIEPER, D. H. Tackling Threats and Future Problems of Multidrug-Resistant Bacteria. **Current topics in microbiology and immunology**, v. 398, p. 3–33, jul. 2016.

MERRILL, K. *et al.* Antimicrobial stewardship: Staff nurse knowledge and attitudes. **American journal of infection control**, v. 47, n. 10, p. 1219–1224, out. 2019.

PEREIRA, N. R.; CASTRO-SANCHEZ, E.; NATHWANI, D. How can multi-professional education support better stewardship? **Infectious Disease Reports**, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2017.



REHMAN, I. U. *et al.* Knowledge and Practice of Pharmacists toward Antimicrobial Stewardship in Pakistan. **Pharmacy (Basel)**, v. 6, n. 4, p. 116, out. 2018.

RUIS, A. R. *et al.* Teaching health care workers to adopt a systems perspective for improved control and prevention of health care-associated infections. **American journal of infection control**, v. 44, n. 11, p. 1360–1364, jul. 2016.

SATTERFIELD, J.; MIESNER, A. R.; PERCIVAL, K. M. The role of education in antimicrobial stewardship. **The Journal of hospital infection**, v. 105, ed. 2, p. 130–141, mar. 2020.

SILVA, C. T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto contexto - enfermagem**, v. 25, n. 1, e2760014, 2016.



QUANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE CRÔNICO FAZ A DIFERENÇA NA PRÁTICA CLÍNICA

Patrícia Érika de Melo Marinho¹

Suzane Beatriz Frantz Krug²

Camila Dubow³

Maria Eduarda Lara de Oliveira⁴

Dulciane Nunes Paiva⁵

INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde é um tema relevante tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, especialmente aqueles acometidos por patologias crônicas. O referido capítulo tem por objetivo fazer uma reflexão sobre a relevância da Educação em Saúde como um processo que proporciona a participação do paciente em sofrimento causado pela doença crônica na tomada de decisão das ações em saúde, compreendendo seu contexto sociocultural e a importância da relação empática como norteadora desse processo.

- 1 Fisioterapeuta (UFPE). Mestre em Antropologia Cultural (UFPE). Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora do Curso de Fisioterapia e do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Fisioterapia (UFPE). Tutora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas na área de Fisioterapia em Nefrologia (UFPE). Líder do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica em Doença Renal Crônica (DRC). Email: patricia.marinho@ufpe.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6920575128629381>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3093-7481>
- 2 Enfermeira (UFSM). Pós-Graduada em Administração Hospitalar e em Enfermagem do Trabalho (ULBRA-RS). Mestre em Desenvolvimento Regional (UNISC). Doutora em Serviço Social (PUC-RS). Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (UNISC). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS). Email: skrug@unisc.br Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6004707656053678>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2820-019X>.
- 3 Fisioterapeuta (UFSM). Mestre em Promoção da Saúde (UNISC) e Doutoranda em Promoção da Saúde (UNISC). Docente do Departamento de Ciências da Saúde (UNISC). E-mail: camiladubow@unisc.br. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9948251960196713>. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6853-8697>.
- 4 Acadêmica do Curso de Fisioterapia (UNISC). Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atua em projeto de pesquisa com ênfase na área cardiopulmonar e COVID -19. Email: lara2@mx2.unisc.br. Lattes <http://lattes.cnpq.br/5178674271983826>. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1423-9210>.
- 5 Mestre em Ciências Biológicas (Biofísica) (UFRJ). Doutora em Medicina (UFRGS). PhD em Fisioterapia Cardiopulmonar (UFPE). Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (UNISC). E-mail: dulcianepaiva@unisc.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4282809258730451>. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5629-3285>.



Adesão às orientações, mudanças nos conceitos que envolvem saúde, doença, autocuidado, automanejo da condição crônica, construção do plano de cuidados em parceria entre o paciente e o profissional de saúde são aqui entendidas como a representação desse processo de Educação em Saúde, no qual diferentes atores sociais estão envolvidos.

CONTEXTUALIZANDO A DOENÇA E O SOFRIMENTO DO PACIENTE

De acordo com Danilo Perestrello, no livro *A Medicina da Pessoa*, “a doença não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim, um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas”, lembrando que antes de tudo, a pessoa importa tanto quanto a doença, pois é por meio do corpo que ele expressa o seu existir. Considerando que o homem não é um meio fechado e isolado, mas interage com um contexto muito mais amplo, entendemos que situações adversas, ao longo da vida, podem ser suficientes para o desenvolvimento de doenças (PERESTRELLO, 1989).

A definição de estresse, proposta por Hans Selye (1907-1982), representa a resposta generalizada do organismo às exigências ambientais (TAN; YIP, 2018). Dentro dessa perspectiva, entende-se que os fatores estressantes (doença ou trauma severo, acidentes naturais, lutos, divórcios, conflitos conjugais, desemprego, aposentadoria, tensões interpessoais no trabalho, perseguição religiosa, dificuldades financeiras, mudança na vida profissional, emigração, exposição excessiva ao calor, frio, umidade e ruído, por exemplo) são aqueles agentes que podem elicitar uma resposta de estresse no organismo. No entanto, o que deve ser levado em consideração é que o modo como cada indivíduo reage e se adapta a essas mudanças varia muito e é influenciado pela personalidade, experiência, escolaridade e o ambiente cultural do mesmo (HELMAN, 1994).

Assim, pode-se perceber que o estresse pode ser considerado como um fator causal ou contribuinte para o desenvolvimento da doença, bem como, em havendo uma doença pré-existente, pode ocorrer uma reincidência em função do mesmo. A relação entre estresse e doença é uma via de mão dupla, especialmente quando se considera que a rotulação diagnóstica do paciente em detrimento à identidade desse, repercute negativamente sobre a concepção de saúde que venha a ter, assim como pode alterar de forma significativa as suas relações sociais, o seu papel social e o seu prognóstico. A esse fenômeno, Helman (1994) denominou de ‘estresse culturogênico’.

O fato de o paciente passar a se considerar doente ou deficiente a partir daí, passa a ser determinante para o seu comportamento, que é influenciado pela cultura de saúde e de doença instituída ao longo de sua vida e pelas estratégias de



enfrentamento utilizadas. Assim, o significado do adoecer é individual, dependente portanto de uma história de vida que muitas vezes é desconhecida pelos profissionais de saúde que o atendem.

Para Canguilhem (2011), o homem é sadio na condição que ele seja normativo com relação às flutuações do meio. Ou seja, o corpo físico é um produto de atividades do ambiente social e cultural em que se vive, na medida em que este pode contribuir para determinar os aspectos externos da saúde do indivíduo. Nessa compreensão, diversos fatores podem influenciar o processo saúde-doença, tais como, o cotidiano de vida e de trabalho; valorização dos aspectos qualitativos nesses espaços e momentos e as experiências do indivíduo com o ambiente que o cerca. Esse meio e as vivências e rotinas do indivíduo na sociedade são consideradas como perspectivas complexas, envolvendo todos esses aspectos e também as relações interpessoais, relações com o meio e com a própria subjetividade do indivíduo.

Ter uma doença crônica, muitas vezes progressiva e incapacitante, representa uma ameaça de vida real e, algumas vezes, fantasiada pelo próprio paciente, que gera sofrimento adicional que está para além dos sintomas físicos sendo, portanto, imperceptível à anamnese objetiva dos profissionais de saúde. Por sofrimento, entende-se o estado específico de aflição que ocorre quando a integridade de uma pessoa é ameaçada ou rompida (CASSELL, 1999) e que, por si, representa uma fonte de estresse contínuo. Em outra compreensão a respeito, Canguilhem (2011) faz suas reflexões justamente nesse aspecto. Para ele, o organismo que não mantém uma relação de harmonia com o meio fica passível de desenvolver o sofrimento, tornando-se um desvio que pode estabelecer um estado patológico. Desse modo, a patologia passa a ser não objetiva, ou seja, dependente do contexto de vida e das alterações do meio que esse indivíduo vivencia.

A dificuldade do paciente em apresentar ou relatar o seu sofrimento para o profissional de saúde, está na dependência de alguns fatores que merecem ser considerados. Primeiro, depende da percepção que esse paciente tenha sobre si mesmo, bem como da sua história de vida. Em segundo, está na dependência de sua relação com o profissional que o atende e o quanto este está disponível para escutá-lo. A escuta, aqui considerada, diz respeito à capacidade de 'ouvir com atenção', de 'dar atenção', e de 'prestar atenção' (DICIO-Dicionário Online de Português), ou dito de outra forma, da capacidade que esse profissional tem de ser empático e de desenvolver uma comunicação empática (CASSELL, 1999).

A doença, assim como as suas repercussões, entendida como tal pelo paciente, pode diferir em muito da forma como o profissional de saúde a concebe como evidência objetiva, baseada na ciência biológica (CASSELL, 1999) e na concepção mecanicista da saúde (CAPRA, 1982). A narrativa do paciente extrapola o corpo físico quando incorpora o sofrimento e a sua experiência integral como ser humano (EGNEW, 2018) e esbarra na dificuldade do profissional de encarar a pessoa por trás



da doença (CASSELL, 1999). No geral, os profissionais de saúde foram preparados para cuidar do corpo e tudo aquilo que foge desse foco, pode passar despercebido por eles (CASSELL, 1999).

O encontro terapêutico entre o profissional de saúde e o paciente (crônico ou não) é uma parceria de mão dupla e requer planejamento, empatia e preparo do primeiro, e confiança, motivação e participação em todo o processo de acompanhamento terapêutico do segundo (OPAS, 2015). Em se tratando de uma condição crônica, o objetivo dessa parceria deve envolver adaptações do manejo clínico (considerando as queixas e o sofrimento do paciente, além do processo educativo) e as necessidades e preferências do paciente (com revisão de crenças sobre a doença e educação para participação ativa e a tomada de decisão) (OPAS, 2015; CANEIRO *et al.*, 2021).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PACIENTE CRÔNICO

A Educação em Saúde é definida pelo Ministério da Saúde como um processo de construção de conhecimentos em saúde por meio de práticas que contribuem para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado (BRASIL, 2006 *apud* FALKENBERG *et al.*, 2014). As práticas de Educação em Saúde envolvem a articulação de profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas, gestores que apoiem as práticas desses profissionais e a população disposta a construir seus conhecimentos e aumentar a autonomia no seu processo de cuidado (FALKENBERG *et al.*, 2014). Tais práticas podem ocorrer em qualquer espaço: no consultório, em atendimentos individuais, ou de forma coletiva em grupos ou rodas de conversas e possibilitam uma assistência integral e capaz de promover a autonomia nos sujeitos com doenças crônicas em relação à sua saúde (DIAS; LOPES 2013).

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional têm contribuído para a apresentação de doenças conhecidas *como crônicas não transmissíveis* (doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias) (CARLOS; SILVA, 2006). Aliado a isso, as medidas preventivas ou de cuidados necessários para minimizar a sua progressão são desconhecidas ou menosprezadas por parte da população afetada, de forma que a falta de entendimento sobre o modo como a doença os afeta e o grau de participação desse entendimento sobre a manutenção de sua saúde não parece concorrer para a mudança desse cenário.

A mudança de cenário exige revisão dos papéis sociais dos indivíduos envolvidos, ou seja, do paciente enquanto agente participativo de seu processo de conhecimento, autocuidado e de preservação de sua saúde e dos profissionais de saúde, quanto à revisão de seu cuidar na prática clínica, o qual deve envolver atenção,



escuta e promoção da Educação em Saúde dentro de sua área de atuação.

O compartilhamento de informações sobre saúde e doença deve fazer parte da atenção a esse paciente desde o início. O processo educativo do paciente se dará pela aquisição do conhecimento, de habilidades e de mudanças de atitudes, permitindo a sua participação quanto ao autocuidado assim como na tomada de decisão de seu tratamento. Havendo informação compartilhada, envolvimento e responsabilidade de ambas as partes, resultados mais satisfatórios poderão ser alcançados.

Importa destacar também que as práticas de Educação em Saúde, quando são promovidas por equipe multiprofissional, podem contribuir para uma maior adesão ao tratamento dos indivíduos com doenças crônicas ao incluírem uma maior diversidade de saberes, aproximando os usuários dos profissionais de saúde (MENDONÇA, NUNES, 2014).

A aceitação e a efetividade do programa educativo são consequência do que é ensinado, de como o conteúdo é partilhado (se de forma individual ou em grupo) e das características dos pacientes, como a cultura, a linguagem e o suporte familiar, por exemplo (LORIG; HOLMAN, 2003). Para isso, a equipe multiprofissional assim como o serviço de saúde devem estar devidamente preparados.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E AS PRÁTICAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o paciente à autonomia no seu cuidado. Nesse sentido, ele pode se tornar capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (MACHADO *et al.*, 2007).

Educar significa oferecer a alguém o necessário para que ele consiga desenvolver-se plenamente (DICIO- Dicionário online de Português) e, em se tratando da Educação em Saúde para pacientes crônicos, entende-se que o profissional de saúde necessita alguns requisitos para essa partilha de conhecimento a fim de que o paciente possa ser beneficiado e, assim, opine e construa conjuntamente decisões de saúde que lhe dizem respeito diretamente.

Conceito de saúde e de enfermidade

O profissional de saúde educador, necessita primeiramente revisar os conceitos de doença e de enfermidade, desenvolver atitude empática, estar disponível para a escuta e considerar o paciente como alguém que possui uma história de vida (escolaridade, conhecimento sobre o corpo e seus significados, crenças e valores



próprios e pertencer a um dado contexto sociocultural) e um modelo explicativo próprio para a sua condição (KLEINMAN *et al.*, 2006).

O modelo explicativo proposto por Kleinman *et al.* (2006) considera o conjunto de ideias de todos os envolvidos no processo clínico sobre um episódio de doença e seu tratamento, em que cada parte propõe explicações sobre esses aspectos, a fim de elaborar os significados pessoal e social da doença. O paciente relata a sua enfermidade (experiências que refletem mudanças em seu estado e sua função social) e o profissional de saúde encara a doença (anormalidades na estrutura e função de órgãos e sistemas do corpo) (KLEINMAN *et al.*, 2006), fazendo-se necessário a integração entre esses diferentes constructos a fim de que o paciente se beneficie dos conhecimentos compartilhados.

Atitude empática, escuta e histórico de vida

Antes de apresentar a atitude empática como um atributo importante nesse processo de Educação em Saúde, a conceituação de empatia oriunda da revisão de Jani *et al.* (2012) considera a empatia como “a capacidade de compreender a situação, perspectiva e sentimentos do paciente, e para comunicar essa compreensão para ele” (JANI *et al.*, 2012). Esses autores consideram quatro componentes importantes para esse atributo:

- Emocional: a capacidade de experimentar subjetivamente e compartilhar o estado psicológico ou sentimentos intrínsecos de outra pessoa.
- Moral: a força altruísta interna que motiva a prática da empatia.
- Cognitivo: a capacidade intelectual do profissional de identificar e compreender os sentimentos de outra pessoa a partir de uma perspectiva objetiva.
- Comportamental: a resposta comunicativa para transmitir compreensão da perspectiva do outro.

Dessa forma, entende-se que o profissional de saúde deve comunicar de forma inequívoca, que entende o que o paciente está experienciando e que a escuta e a atitude empática constituem ingredientes importantes para com ele, no momento em que o conteúdo educacional estiver sendo compartilhado.

POTÊNCIAS E ADVERSIDADES NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A compreensão sobre Educação em Saúde aqui tecida mostra-se como um campo multifacetado, formado por distintas concepções oriundas tanto da área da saúde quanto da educação. Talvez esse seja o maior desafio, promover esse diálogo, compreendendo também que esse processo requer a participação do indivíduo, no



caso, o paciente portador de doença crônica, e compreensão sobre o seu contexto de vida.

Nesse movimento, o profissional de saúde tem o desafio de mediar processos, atuar na mobilização de grupos e no diálogo com segmentos populacionais de diferentes culturas que possuem expectativas diferentes em relação a si, sua saúde e aos serviços de saúde. Por sua vez, essas ações demandam dos profissionais de saúde, habilidades e atitudes para a ação educativa em seu processo de trabalho, o que nem sempre é possível e eficaz devido, muitas vezes, às diferentes necessidades advindas do processo de assistência (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Para que as ações de cuidado sejam exitosas, um dos aspectos importantes é que as práticas educativas – aqui inclui prevenção, proteção, promoção, reabilitação, cuidados paliativos e não apenas a cura de doenças - utilizem ações dialógicas, inovadoras e que defendam a democratização das informações, saberes e diferentes culturas (PARREIRA, 2018).

A compreensão das informações e orientações em saúde para pacientes de diferentes contextos socioculturais guiados por modelos explicativos de doença e de saúde próprios (HELMAN, 1994), difere no todo ou em parte daquele instituído pelos profissionais de saúde quanto aos meios de prevenção, de se cuidar, de seguir esquemas de tratamento e de instituir hábitos de vida mais saudáveis (alimentação, prática regular de exercício, lazer, entre outros). Essas informações podem comprometer o automanejo necessário, a adesão ao tratamento proposto, os cuidados com a alimentação ou a prática do exercício físico regular como meio de manutenção da condição crônica em questão.

Segundo a OPAS (2015), “o automanejo é um conjunto de tarefas que uma pessoa deve se comprometer a realizar para viver com uma ou mais condições crônicas”, e esse pode ser ajustado/orientado para pacientes em diversos locais, desde que respeite o perfil de risco do paciente combinado a informações sobre comportamento, histórico familiar e convicções pessoais que se remetem às crenças desses pacientes.

O processo educativo de compartilhamento de informações em saúde deve ser interativo, permitindo a discussão sobre opiniões e sentimentos dos pacientes, e respeitando-se a representação (sentido) que essa informação possa vir a ter no universo sociocultural (crenças) desses (OPAS, 2015). Dessa forma, no processo educativo, deve-se levar em consideração o contexto social, familiar e ambiental do paciente quanto à assimilação e adoção das medidas de autocuidado e automanejo necessárias para a manutenção de sua condição de saúde (WITHLOCK *et al.*, 2002). Se o conteúdo das informações em saúde não ‘faz sentido’ para o paciente, dificilmente esse irá aderir a essas orientações.

A atitude empática do profissional de saúde com o paciente tem sua importância



nesse processo educativo, especialmente porque diminui a resistência deste último às mudanças necessárias, propiciando ao paciente interpretar a informação e a partir daí fazer os ajustes que considerar pertinentes em seu dia a dia (WITHLOCK *et al.*, 2002).

Pensando conjuntamente, o processo de *Educação em Saúde* para pacientes crônicos é complexo, no entanto, se planejado e devidamente organizado, pode resultar em mudanças importantes no manejo da condição crônica, em mudanças no estilo de vida, no autogerenciamento e adesão ao tratamento e acima de tudo, na colaboração e participação dos mesmos na tomada de decisão das ações de saúde que lhe dizem respeito.

Tanto o serviço de saúde quanto os seus profissionais necessitam ser sensibilizados e preparados para essa atividade, a fim de que os resultados se expressem em termos de redução de agravos, manutenção clínica e funcional, autogerenciamento e monitoração da condição de saúde e de redução de intercorrências e acesso aos serviços de saúde de urgência/emergência ou de internamento hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade precípua da *Educação em Saúde* é o de proporcionar entendimento, capacidade para o autocuidado e o automanejo da saúde, estimular mudanças de hábitos e a adesão ao tratamento, bem como facilitar o engajamento e protagonismo do paciente na tomada de decisão de sua condição de saúde, em conjunto com o profissional de saúde. Mudanças atitudinais refletem a potência do processo educativo e contribuem para a corresponsabilização do paciente ao cuidar-se. O paciente instruído - sensibilizado de que o conhecimento pode ser transposto para a sua vida cotidiana - tem possibilidade de se engajar melhor nos programas de atenção à saúde, assim como também de gerenciar seu próprio corpo quanto aos sinais e sintomas que a doença venha apresentar ao longo do tempo, especialmente se a doença é crônica.

REFERÊNCIAS

BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; GUEDES, Nathália Aparecida Costa; RAMOS, Juliana Pereira; SILVA, Michelle Garcia Nascimento. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev Enferm**, UERJ, n. 22, v. 5, p. 603-609, 2014.

CANEIRO, JP; BUNZLIC, Samantha; O'SULLIVAN, Peter. Beliefs about the body and



pain: the critical role in musculoskeletal pain management. **Braz J Phys Ther**, n. 25, v. 1, p. 17-29, 2021.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense, 2011.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo(SP): Editora Cultrix, 1982.

CASSELL, Eric J. Diagnosing suffering: a perspective. **Ann Intern Med**, n. 131, v. 7, p. 531-4, 1999.

DIAS, Geyse Aline Rodrigues; LOPES, Márcia Maria Bragança. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Rev Enferm**, UFSM, n. 3, v. 3, p. 449-60, 2013.

DICIO-Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>. Acesso em: 21 abr. 2021.

EGNEW, Thomas R. A narrative approach to healing chronic illness. **Ann Fam Med**, v. 16, p.160-165, 2018.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo; SOUZA, Elza Maria. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc Saúde Colet**; n. 19, v. 3. p. 847-852, 2014.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JANI, Bhautesh Dinesh; BLANE, David N; MERCER, Stewart W. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. **Forsch Komplementmed**; n. 19, p. 252–257, 2012.

KLEINMANN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Focus J Lifelong Learn Psych**, IV(1): 140- 149, 2006. (reimpresso do **Annals of Internal Medicine**, n. 88, p. 251–258, 1978.)

LORIG, Kate R; HOLMAN, Halsted. Self-management: history, definition, outcomes, and mechanisms. **Ann Behav Med**, n. 26, v. 1, p. 1-7, 2003.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles;



QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Colet.**, n. 12, v. 2, p. 335-342, 2007.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad Saúde Colet.** , n. 22, v. 2, p. 200-4, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC: OPAS, 2015.

PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Educação em saúde: caminhos e percursos para uma vida saudável. *In*: LACERDA, E.: HEXSEL, R. (org.). Educação em vigilância sanitária. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2018. p. 18-25.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 1989.

SCHALL, Virgínia Torres; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad Saúde Pública**, n. 15(supl 2): s4-6, 1999.

SILVA, Carlos Antonio Bruno. A educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. **Rev Bras Prom Saúde**, n. 19, v. 4, p. 195-196, 2006.

TAN, Siang Yong; YIP, A. Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. **Singapore Med J**, n. 59, v. 4, p. 170-171, 2018.

WHITLOCK, Evelyn P; ORLEANS, C Tracy; PENDER, Nola; ALLAN, Janet. Evaluating primary care behavioral counseling interventions. An evidence-based approach. **Am J Prev Med**, n. 22, v. 4, p. 267–284, 2002.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO E GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS

Eliane Carlosso Krummenauer¹
Mariana Portela de Assis²
Rochele Mosmann Menezes³
Suzane Beatriz Frantz Krug⁴
Jane Dagmar Pollo Renner⁵

INTRODUÇÃO

Este texto busca desencadear reflexões sobre o processo de educação em saúde e estratégias voltadas a profissionais e usuários de serviços de saúde, a fim de estimular a atenção ao contexto de saúde, identificar necessidades e contribuir para a prevenção de doenças. Essa análise também está pautada na utilização de tecnologias para o processo da educação em saúde no enfrentamento à resistência microbiana.

A resistência aos antimicrobianos emergiu como um dos principais problemas de saúde pública na última década e tem apresentado crescimento importante, uma vez que estes, muito utilizados, além de se tornarem ineficazes, estão gerando aumento da morbimortalidade e aumentos de custos relacionados ao atendimento de saúde. À medida que as bactérias se tornam resistentes a um número cada vez maior de antibióticos, as opções para tratamento são cada vez mais restritas e caras e, em alguns casos, inexistentes (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND

¹ Enfermeira. Mestre em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. elianek@unisc.br; <https://orcid.org/0000-0002-8824-4573>; <http://lattes.cnpq.br/7849697873365635>.

² Farmacêutica. Mestre em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. marianaportela@unisc.br; <https://orcid.org/0000-0002-9695-9237>; <http://lattes.cnpq.br/3533629899469565>.

³ Farmacêutica. Mestre em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. rochelemenezes@unisc.br; <https://orcid.org/0000-0002-1548-1607>; <http://lattes.cnpq.br/4703017585327314>.

⁴ Enfermeira. Doutora em Serviço Social pela PUC, RS, Brasil. Docente dos Departamentos de Ciências da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. skrug@unisc.br; <https://orcid.org/0000-0002-2820-019X>; <http://lattes.cnpq.br/6004707656053678>.

⁵ Farmacêutica. Doutora em Biologia Celular e Molecular. Docente dos Departamentos de Ciências da Saúde e Ciências da Vida, Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. janerenner@unisc.br; <https://orcid.org/0000-0003-0649-7081>; <http://lattes.cnpq.br/4839962004718850>.



PREVENTION, 2014).

Diante desse cenário de resistência microbiana em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um plano de ação global sobre a resistência antimicrobiana com objetivo de direcionar os países nas ações de combate à resistência. Entre os objetivos destacam-se assegurar um tratamento eficiente com medicamentos seguros, utilizados de forma adequada e disponível para todos, além da prevenção de doenças infecciosas. Esse plano estabeleceu cinco eixos estratégicos e definiu linhas gerais para orientar as ações (WHO, 2015). O Brasil, baseado nos objetivos propostos pela OMS, estabeleceu o Plano Nacional de Prevenção e Controle de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde a fim de direcionar estratégias e ações para detectar, prevenir e controlar a disseminação de microrganismos resistentes, com ações baseadas em evidências científicas e realidade local, a serem desenvolvidas em conjunto com os atores implicados, em especial com as Coordenações Estaduais e Municipais de Controle de Infecção Hospitalar e com as Comissão de Controle de Infecção Hospitalar dos serviços de saúde do país (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

A batalha para reduzir a disseminação de bactérias resistentes e frear o desenvolvimento de novos mecanismos de resistência exige uma aproximação articulada de vários segmentos governamentais, dos profissionais de saúde e de toda sociedade. Nessa perspectiva, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou uma Diretriz que tem como principal objetivo orientar os profissionais de saúde para a elaboração, implementação e avaliação dos programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos no Brasil. Essa diretriz foi desenvolvida para apresentar informações importantes a serem consideradas para construir um programa adaptado de acordo com a realidade e as necessidades locais, ponderando o perfil epidemiológico e microbiológico e os recursos disponíveis, a fim de garantir o uso adequado de antimicrobianos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020).

A resistência antimicrobiana é a capacidade de um microrganismo de resistir à ação de um antimicrobiano, seja pela redução da eficácia ou não ação do mesmo. Algumas bactérias são naturalmente resistentes a certos antibióticos, mas algumas são normalmente suscetíveis e tornam-se resistentes devido adaptação ao meio principalmente pelo uso indevido de antimicrobianos, programas de controle de infecção e de gerenciamento de antimicrobiano inadequado ou inexistente, medicamentos de má qualidade, vigilância inadequada e regulamentação insuficiente sobre o uso dessas substâncias (BEOVIC *et al.*, 2018).

As infecções causadas por bactérias resistentes geralmente são de mais difícil tratamento e podem exigir antimicrobianos mais caros, além de aumentar os riscos de agravamento. Também esses agentes podem ser causadores de surtos e disseminação nos serviços de saúde ou comunidade. A necessidade de ampla



utilização desses medicamentos na comunidade ou nos serviços de saúde pode alterar a microbiota dos indivíduos e interferir mediante a necessidade de tratamento (BOGERS *et al.*, 2019).

Assim, o controle das infecções e a prevenção da disseminação de microrganismos na comunidade e serviços de saúde mostra-se relevante. Nesse sentido se fazem imprescindíveis ações para conter essa disseminação por meio de programas de educação e controle de antimicrobianos. Essas estratégias buscam bons resultados clínicos, reduzem custos e a resistência antimicrobiana e aumentam a segurança do paciente. Nesse contexto, o foco de ações volta-se para a contenção das infecções na comunidade e também para o trabalho em saúde, a fim de melhorar a qualidade e a segurança na assistência, diminuindo as infecções e transmissão de doenças.

Para fortalecer essas práticas é importante o desenvolvimento de atitudes considerando os cenários de educação em saúde e educação na saúde, visto que são realizações fundamentais nesse campo. É essencial compreender que apesar de distintos, esses conceitos apresentam convergência na prática. A educação em saúde se destaca como educação popular em saúde, que valoriza os saberes da população, aumentando sua autonomia no seu cuidado de saúde. Já a educação na saúde, normalmente conceituada como educação permanente em saúde, busca fomentar conhecimento científico aos profissionais através de práticas para a qualificação do atendimento ao usuário de saúde considerando a realidade local (FALKENBERG *et al.*, 2014).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS

Para um programa de gerenciamento de uso de antimicrobianos eficaz é necessária uma abordagem ampliada que inclua políticas, diretrizes, vigilância da resistência e do consumo de antimicrobianos, auditoria da sua utilização, além de educação sobre o uso. Nos EUA o Centers for Disease Control (CDC) desenvolveu como estratégia para abordar o problema o desenvolvimento de programas de gerenciamento, o “Antimicrobial Stewardship Program (ASP)”, como um conjunto de ações alinhadas com a finalidade de melhorar e medir o uso adequado dos antimicrobianos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020).

O termo “*Stewardship*”, está sendo abordado como um conceito da gestão clínica do uso dos antimicrobianos, através da indicação, otimização, duração, dose e via de administração sendo conduzido por um time interdisciplinar, treinado, motivado, com apoio institucional, alinhado aos padrões de segurança do cuidado ao paciente.



O ASP, associado aos programas de controle de infecção relacionados à assistência à saúde dos serviços, previne e minimiza o surgimento da resistência microbiana e a disseminação desses agentes. Para a fundamentação desse programa, foram delineados alguns pilares essenciais para a criação, implantação e execução que permeiam desde o apoio da alta direção do hospital, definição de responsabilidades de todos os profissionais envolvidos, educação, até o desenvolvimento de ações para melhorar a prescrição de antimicrobianos, monitoramento do programa e divulgação de resultados (PULCINI *et al.*, 2018).

No ASP, o componente educação é essencial para o sucesso do mesmo e do gerenciamento do uso de antimicrobianos. Um plano destaque dessa estratégia são as ações de capacitação para as equipes multiprofissionais envolvidas, sendo muito importante a identificação do cenário de necessidades locais.

O enfrentamento à resistência bacteriana exige esforços e comprometimento dos diferentes setores, atores e instituições da sociedade para conter esse avanço. Trata-se de uma ação promissora para o monitoramento desses processos de multirresistência e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde que possibilita o planejamento de ações contextualizadas e direcionadas. É uma medida complexa que envolve vários setores e serviços para compor a rede de informações com desenvolvimento de ações eficazes pelas três esferas de governo. Esse sistema precisa ser implementado, fomentado e monitorado através de ações baseadas em evidência para sistematizar as coletas de dados. Para isso, há alguns desafios a serem superados como a qualificação dos recursos humanos, utilização de recursos tecnológicos modernos e adequados, investimento financeiro, suporte com tecnologia laboratorial e apoiar ações de prevenção com base nos resultados evidenciados (DELANNOY *et al.*, 2019).

As ações de educação permanente em saúde têm o objetivo de sensibilizar e orientar sobre o uso adequado dos antimicrobianos através de aulas, seminários, avaliações interdisciplinares à beira do leito e capacitações considerando a epidemiologia local com disponibilização de guias ou protocolos de acordo com a realidade vigente. Esses encontros são importantes para discutir e instrumentalizar sobre antimicrobianos, tais como farmacologia e farmacoterapia, boas práticas de manipulação e administração, mecanismos de resistência dos microrganismos, reações adversas, interações medicamentosas, além da epidemiologia das infecções e medidas de prevenção e controle (FILE; SRINIVASAN; BARLETT, 2014).

Cabe ressaltar que, independente da formação profissional, é importante a permanente atualização sobre as causas da resistência aos antimicrobianos, de forma a assegurar boas práticas de prescrição e administração para garantir a efetividade do programa. A equipe operacional do programa de gerenciamento de antimicrobianos pode disponibilizar capacitações institucionais presenciais ou não, permitindo que os profissionais realizem os cursos e atualizações em horários flexíveis.



Para que tenha sucesso, é muito importante também o envolvimento dos pacientes e de toda a sua rede de apoio, sejam familiares, amigos, parentes ou cuidador, para o uso adequado dos antimicrobianos. Por ser um problema coletivo e mundial, é necessário o desenvolvimento de programas articulados em âmbito econômico, social e sanitário com ações em âmbitos macro e micropolítico pautados na educação (BROTHERTON, 2018).

O cuidado deve ser permeado pelos preceitos da integralidade e universalidade com uma interseção de procedimentos, fluxos e saberes articulados entre as tecnologias, profissionais e usuários respeitando e atendendo às necessidades de cuidados nos serviços de saúde (CARDOSO *et al.*, 2017).

A respeito das tecnologias em saúde, Mehry (2002) as categoriza em três formas básicas: as *tecnologias dura* que são compostas pelos equipamentos e máquinas, que desenvolvem o trabalho com base em saberes já protocolados. As *tecnologias leve-duras* são referentes à junção do saber das normas e conhecimentos adquiridos na assistência podendo redirecionar à prática e as *tecnologias leves* que são desenvolvidas no dia a dia na interação do serviço de saúde com o indivíduo propiciando acolhimento, identidade, empatia, envolvimento e emancipação do sujeito no cuidado de saúde.

A utilização das tecnologias é necessária para a organização dos processos de promoção e educação em saúde. Para que esse cenário seja atendido é importante o empoderamento do sujeito em ações conscientes, empáticas e negociadas a fim de respeitar a singularidade e o contexto de cada indivíduo e aumentar a adesão ao cuidado. Portanto, a importância das tecnologias leves no enfrentamento à resistência microbiana é fundamental para o exercício dessas práticas humanizadas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ao mesmo tempo que trabalhamos em rede, aumentam os desafios em relação a essa cadeia e os processos educacionais, pois os indivíduos não estão acostumados a entender esse processo e trabalhar em equipe. É através da educação que a sociedade almeja dignificar o indivíduo, aprendendo com as suas experiências de vida e resolvendo problemas. As práticas de ensino aprendizagem nesse contexto são importantes para os profissionais refletirem e contribuírem para melhorar a realidade de acordo com a sua necessidade. Autores contextualizam que é essencial o direcionamento desses processos articulando as tecnologias entre si e enfatizando as tecnologias leves nas atividades que envolvam os profissionais e os usuários do serviço (VASCONCELOS, 1997).

Essas práticas de cuidado humanizado se estabelecem através do vínculo e confiança nas equipes de atendimento, além do acesso ao serviço e de participação coletiva no processo de gestão, incentivando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos na promoção da saúde. Acreditamos que esse processo poderá ser



mais efetivo quando ele for fundamentado também por tecnologias leves, pautadas em ações educativas, que garantam a integralidade na prevenção da resistência microbiana, direcionadas por órgãos de saúde em âmbito internacional, nacional, local ou regional considerando as realidades impostas e a produção de sentido, com vistas a minimizar o impacto social e econômico.

As ações educativas no ambiente de saúde, além da necessidade de atualização constante em relação às novas tecnologias e epidemiologia, são importantes para garantir a segurança dos usuários e qualidade de assistência devido a um maior cumprimento das boas práticas na assistência, além da participação ativa do usuário no seu cuidado. O processo de educação é um sistema contínuo, dinâmico, complexo, inacabado e evolutivo que envolve dois principais cenários, a aquisição de conhecimentos e a troca de experiências permeado pela intencionalidade ou não, inserido em um contexto social, político, econômico e religioso (MERHY; FRANCO, 2013).

O ato de ensinar articula a aprendizagem, é fazer o indivíduo pensar, identificar problemas, desenvolver novos hábitos e ações, através de reflexão, posicionamento e mudança de comportamento. O resultado do ensino tem relação direta com aplicação e análise de métodos e procedimentos, fomentando uma ação eficaz. Assim a aprendizagem se fortalece como um sistema de aquisição de conhecimento e experiências. Para isso é importante que o facilitador interligue conhecimentos teóricos, científicos e práticos a fim de fundamentar o processo. A educação na área de controle de infecções não é uma tarefa fácil, envolve equipe multiprofissional e clientes diversificados com culturas e saberes distintos.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À RESISTÊNCIA BACTERIANA

O grande desafio é tornar a aplicação prática das ações de educação em mudança de comportamento. O conhecimento e as atitudes das equipes demonstram que estão conscientes sobre as técnicas e os processos de trabalho, mas na prática há um distanciamento entre o saber e o fazer em relação aos protocolos preconizados. É muito importante investir no processo de educação em saúde com vistas a transformar o conhecimento em comportamento, quando o participante retém a informação e consegue aplicar a mesma em seu dia a dia.

A educação permanente é um grande fator para ser considerado na adesão às recomendações. Ela precisa ser baseada em conhecimento, reconhecimento das evidências científicas, sensibilização, aplicação eficaz das boas práticas e retroalimentação, de acordo com o ambiente. O processo de educação suscita gerar aprendizado e por isso precisa ser inovador. Muitas vezes a estratégia conservadora



de ensino, da transmissão de conhecimento, não contribui para a reflexão e a busca de respostas para as inúmeras dificuldades da prática diária. A combinação de conceitos teóricos com a prática diária pode ser motivador para alcançar maior adesão aos processos, ou seja, desenvolver um olhar crítico sobre uma situação problema atual levando em consideração o pensamento dos atores envolvidos (CARDOSO *et al.*, 2017).

Para que as medidas de prevenção de resistência tenham êxito, este artigo propõe a ampliação de ações educativas com objetivo de esclarecer as medidas estabelecidas nos decretos macro e micropolíticos e contextualizar seu impacto na sociedade para que os indivíduos, a partir de uma análise crítica da sua realidade possam desenvolver estratégias de prevenção de doenças, multirresistência, além de outras medidas de adesão à tratamentos e recomendações de uso racional de antimicrobianos.

A Anvisa, por meio da Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS, da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES, coordena o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS e Resistência Microbiana – RM. A informação dos dados de IRAS e RM é realizada por um sistema, por meio de formulários eletrônicos. Esses formulários que informam dados mensais sobre UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Centro Cirúrgico/Centro Obstétrico, Dose Diária Definida (DDD), Serviço de Diálise e IRAS relacionada ao SARS-CoV-2 são tecnologias duras essenciais para adequações e melhorias necessárias do sistema nacional de vigilância epidemiológica das IRAS que são revisados anualmente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

A atuação e avaliação de cada situação específica torna a possibilidade de sucesso das ações de educação muito mais fortes, pois possibilita a identificação dos motivos de determinadas condutas ou ações e direciona de acordo com a competência de cada ator envolvido.

O conteúdo do programa de educação precisa ser criteriosamente selecionado em virtude da necessidade dos profissionais, relacionando as experiências do grupo, despertando interesse e motivação. Essa seleção deve ser realizada levando em consideração o meio onde os indivíduos estão inseridos e não como imposições verticalizadas que devem ser cumpridas, articulando sua implementação de acordo com os preceitos da gestão do SUS, pois o território nacional é muito vasto e as realidades de saúde e culturas são distantes. É muito importante desenvolver associações vinculadas ao senso crítico, tornando-se agente da sua aprendizagem e contribuindo para a sua autonomia. Assim, espera-se uma atuação profissional qualificada e competente e um usuário crítico e atuante (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).



Nesse cenário, a educação em saúde evidencia-se como ações para propagação de conhecimentos para os indivíduos sobre as medidas necessárias para o enfrentamento da resistência microbiana. Estas devem estar centradas em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e orientação quanto à rede de atendimento de saúde e precisam envolver três segmentos da sociedade: gestores comprometidos com as políticas de educação em saúde, profissionais comprometidos com o SUS e os seus princípios e diretrizes e os indivíduos na busca da autonomia do cuidado individual e coletivo. Essas ações, além de propagar a ciência, é importante que estimulem o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo através da análise da realidade, propondo e opinando nas decisões de saúde (GYSENS, 2018; BREMMER *et al.*, 2018).

As estratégias de ensino podem ser mais eficientes e atrativas com a utilização de estratégias lúdicas, jogos, paródias e teatros. As atividades em grupo integram as pessoas e facilitam a troca de experiências levando à reflexão individual e coletiva. Para estimular e direcionar a adesão para as boas práticas é importante a existência de exemplos comportamentais adotados por líderes, superiores e colegas e, além disso, o incentivo ao programa que deve ser prioridade das instituições com foco em ações preventivas. Esse programa se fortalece como requisito essencial para a qualidade do atendimento e a segurança do serviço, pois os pacientes expostos à antimicrobianos têm maior risco de se colonizarem ou serem infectados por microrganismos multirresistentes.

É importante salientar que a partir desse cenário temos o incremento nos gastos assistenciais, pois, o que o programa pretende é reduzir os custos diretos com a medicação e os custos secundários devido à seleção de microbiota resistente com maior número de procedimentos invasivos e exames complementares e menor giro de leito na unidade de saúde. Essas ações precisam ser transpostas em indicadores para avaliar o impacto clínico, social e econômico. Esses pilares precisam ser sustentados pelo conhecimento, evidências científicas e a comunicação para garantir a qualidade de vida.

De acordo com Freire (2005), a aprendizagem acontece quando se ensina e se aprende com o conhecimento já produzido e quando o mesmo é descoberto, sem uma produção a priori. A partir desse pensamento, acreditamos que os gestores, os profissionais e a população podem agregar novos conhecimentos, questionar e sugerir novos modelos em relação aos atuais nas práticas da educação em saúde. A periodicidade de cada momento de educação depende do cenário de necessidades com periodicidade regular envolvendo técnicas de observação prática, feedback de forma individual e coletiva. Para isso é importante levar em consideração as diferenças, a motivação, capacidade de aprendizado e relação entre a teoria e prática de cada pessoa. O educador precisa articular e propiciar os diferentes saberes, partindo do conhecimento dos atores, questionamentos e sentimentos e mediando o processo



de reflexão e ensino aprendido, comprometendo as pessoas.

Os profissionais envolvidos nessa ação devem orientar esses sujeitos, utilizando linguagem acessível sobre a importância do uso correto, tais como, a indicação do medicamento, cumprimento de horários, via de administração, posologia, tempo de tratamento e cuidados a serem seguidos. Ao final é importante checar com os orientados se entenderam as orientações para que as dúvidas ainda sejam resolvidas. Essa prática oportuniza à população esclarecer dúvidas e contribuir para aumentar a autonomia do seu cuidado e na argumentação de implantação ou implementação de ações que atendam à integralidade na atenção à saúde (GYSENS, 2018). Embasados nessa premissa, propomos que é o momento de sustentar as ações educativas nas tecnologias leves, considerando um fator indispensável para conter a resistência microbiana diminuindo a morbimortalidade, o impacto social e econômico e possibilitar melhor qualidade de vida para as pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso indiscriminado de antimicrobianos levou ao desenvolvimento da resistência microbiana e, atualmente, não estão sendo desenvolvidos novos antibióticos para acompanhar esse fluxo de resistência. Nesse cenário, uma das alternativas mais adequadas na tentativa de frear a resistência é a adoção do uso racional dos antimicrobianos.

Nessa perspectiva, é importante a adoção de tecnologias para auxiliar na visibilidade do cenário de risco, além da utilização de práticas educativas em saúde a fim de estimular mudanças de cultura, a partir do empoderamento do indivíduo no seu cuidado de saúde. A utilização de tecnologias, em especial, as tecnologias leves, é uma estratégia democrática, importante e eficaz na prevenção de infecções e resistência microbiana. A participação dos sujeitos nas estratégias micropolíticas norteando as condutas epidemiológicas nas esferas locais e regionais pode ser um plano de sucesso.

Trata-se, portanto, de inserir o usuário com as suas necessidades em um contexto sensível, proporcionando reflexão, produção de sentido, vínculo e confiança entre os sujeitos e o sistema de saúde. Nessa essência, essas práticas podem contribuir para reduzir a morbimortalidade das pessoas, o impacto clínico, social e econômico, além de contribuir nas estratégias de prevenção de infecções e resistência microbiana e melhorar a qualidade de vida dos seres humanos.



REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde** (2016-2020). Brasília(DF): Anvisa, 2016-2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>. 2016. Acesso em: 17 abr. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Brasília(DF): Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/diretriz/nacional-para-elaboracao-de-programa-de-gerenciamento-do-uso-de-antimicrobianos-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BEOVIC, B. *et al.* Legal framework of antimicrobial stewardship in hospitals (LEASH): a European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) cross-sectional international survey. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 52, n. 5, p. 616-621, 2018.

BOGERS, S. J. *et al.* Barriers and facilitators and the need for a clinical guideline for microbiological diagnostic testing in the hospital: a qualitative and quantitative study. **European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases**, v. 38, n. 5, p. 913-920, 2019.

BREMMER, D. N. *et al.* Role of Technology in Antimicrobial Stewardship. **The Medical clinics of North America**, v. 102, n. 5, p. 955-963, 2018.

BROTHERTON, A. L. Metrics of Antimicrobial Stewardship Programs. **The Medical clinics of North America**, v. 102, n.5, p. 965-976, 2018.

CARDOSO, M. L. de M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC. **Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs**. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC. **National Healthcare Safety Network National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual**. Disponível em: https://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/pscManual_current.pdf. Acesso em: abr. 2021.



CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 41-66, 2004.

DELANNOY, M. et al. Implementation of antibiotic stewardship programmes in French ICUs in 2018: a nationwide cross-sectional survey. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, p. 1-9, 2019.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014 .

FILE, T. M.; SRINIVASAN, A.; BARLETT, J. G. Antimicrobial Stewardship: importance for patient and public health. **Clinical Infectious Diseases**, v. 59, suppl. 3, p. 93-96, 2014.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2005.

GYSENS I. C. Role of Education in Antimicrobial Stewardship. **The Medical clinics of North America**, v. 102, n.5, p. 855–871, 2018.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde** - Textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 197-228.

PULCINI, C. et al. Developing core elements and checklist items for global hospital antimicrobial stewardship programmes: a consensus approach. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 25, n. 1, p. 20-25, 2018.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

WHO, World Health Organization. **Global Action Plan on Antimicrobial Resistance**. Genebra: WHO, 2015.



PROGRAMA VIRTUAL DE GERENCIAMENTO DE RISCOS EM AÇÃO COM FOCO NOS PROCESSOS DO CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Tércia Barijan¹
Breno Santos de Araújo²
Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti³

INTRODUÇÃO

A ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os eventos adversos (EA), afetam aproximadamente de 4,0% a 16% dos pacientes hospitalizados em países desenvolvidos. Esses dados sinalizaram para as organizações de saúde a necessidade iminente de mudanças no processo assistencial e a importância de promover ações em busca de uma assistência à saúde livre de danos (ANVISA, 2017a).

Desde 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem priorizando cada vez mais a segurança dos pacientes, lançando periodicamente diferentes desafios globais com o objetivo de mobilizar e incentivar as instituições e os profissionais de saúde a promoverem ações efetivas que reduzam os riscos presentes no processo assistencial, e aumentar a segurança daqueles que buscam soluções para seus problemas de saúde.

O segundo desafio global para a segurança do paciente, lançado pela OMS, teve como foco a atenção para as práticas cirúrgicas, uma vez que o número de cirurgias

1 atbarijan@mmm.com - Enfermeira pela PUC Campinas; Mestre pela EEUSP; MBA Gestão de Saúde pela FGV-SP; Técnica em esterilização Nível 2 pela Sociedade Alemã de Esterilização; Especialista em CC, CME e RA pela SOBECC; Certificação em Processamento Estéril (CBSPD) - Lebanon, New Jersey. Atualmente é relatora do GT 16 – peróxido de hidrogênio vaporizado do CB 26 da ABNT e Especialista em Assuntos Científicos da Divisão de Soluções Médicas da 3M. Link CV lattes: <http://lattes.cnpq.br/3624545234604396>

2 bsaraujo1@mmm.com - Enfermeiro graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecções. Atualmente é Especialista de Assuntos Científicos da 3M do Brasil. Possui experiência como Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), onde foi referência das clínicas cirúrgicas cardiovascular e neurocirurgia. Link CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5380943512611082>

3 gonzatti.edu@uol.com.br - Docente dos cursos de pós-graduação em Bloco Cirúrgico, assessora e consultora em saúde nas áreas de Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização, atuou em Bloco Operatório. Atua no ensino e produção de conhecimento em temas relacionados à segurança no processamento de produtos para saúde, na assistência do paciente cirúrgico e gerenciamento de riscos. Link CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0807679063690265>



cresce, em decorrência de ser a opção para o tratamento de patologias emergentes, aumentando, assim, o número de pacientes operados e conseqüentemente os seus riscos. Embora os procedimentos cirúrgicos tenham a intenção de salvar vidas, a falha de segurança e a falta de controle dos riscos nos processos de assistência cirúrgica podem causar danos consideráveis com implicações significativas para a saúde (OPAS, 2010).

Apesar dos esforços empreendidos na busca pela melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, é necessário persistir e incentivar as práticas assistenciais para que os resultados possam ser mais vidas salvas e mais incapacidades preveníveis (OPAS, 2010).

O desafio global “cirurgias seguras salvam vidas” contribuiu para percepção e reconhecimento dos riscos existentes, e como primeiro passo para a mudança alertou sobre a necessidade de prevenir as infecções de sítio cirúrgico, do processo anestésico seguro, equipes cirúrgicas mais conscientes e seguras; o monitoramento e acompanhamento do processo por meio de indicadores da assistência cirúrgica prestada.

No entanto, a globalização possibilitou verificar que as instituições de saúde no mundo enfrentam dificuldades relacionadas à falta de infraestrutura, a qualidade ruim dos equipamentos, dos medicamentos e suprimentos, falhas na administração dos processos organizacionais, falta de capacitação e treinamento de recursos humanos e o subfinanciamento da saúde em geral (OPAS, 2010).

Nos últimos vinte anos, muitos países têm incentivado a cultura de segurança por meio de políticas públicas de saúde, legislações e estabelecimento de protocolos. No Brasil o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicaram uma série de portarias e resoluções que visam a proteção e segurança dos pacientes, e incentivam a participação dos pacientes e familiares na prevenção e notificação de Eventos Adversos (EA).

Em um cenário de pandemia como o que vivemos, atualmente, é de suma importância adotar medidas para reduzir os riscos de infecção no ambiente hospitalar, inclusive relacionados a cirurgias em decorrência de más práticas no perioperatório e nos centros de materiais e esterilização.

Para isso, é importante implementar um programa de gerenciamento de riscos, visando descrever, identificar, dimensionar, quantificar e realizar esforços, com metodologias simples e práticas, para mitigar os riscos presentes nos processos hospitalares e assistenciais, muitas vezes são subestimados pelos profissionais durante intensa dinâmica diária de atividades.

Considerando que a assistência à saúde é prestada em ambientes complexos, onde vários fatores podem contribuir para a ocorrência de incidentes, é necessário gerenciar os riscos presentes no processo assistencial (ANVISA, 2017a).



O risco é entendido como a existência de uma condição que possibilita a ocorrência de um evento adverso com a probabilidade de danos e perdas (óbitos, feridos, doentes, incapacitação, entre outros), é o resultado da interação entre ameaças naturais ou antropogênicas e a vulnerabilidade local (ANVISA, 2017b). Já a gestão de riscos consiste no método utilizado para avaliar os modos de falhas de uma atividade específica com a finalidade de desenvolver ações para reduzi-lo, por meio da aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem da instituição de saúde (ANVISA, 2013; IAHCMM. 2016).

Para um bom gerenciamento de riscos, algumas estratégias e procedimentos devem ser adotados (SATURNO, 2008). A primeira é evitar ou eliminá-lo, e isso pode significar não realizar uma atividade em que o risco é maior que o benefício, como por exemplo cancelar um procedimento cirúrgico de um paciente. No entanto, ressalta-se a importância de avaliar se a realização da cirurgia, quando indicada e realizada corretamente, traz mais benefícios do que o cancelamento (ANVISA, 2017b).

Outra opção é mitigar, reduzir ou controlar o risco, buscando minimizar a probabilidade de os eventos ocorrerem ou reduzi-los a níveis aceitáveis ou é possível compartilhar ou transferir o risco, fazendo com que outra instituição possa se responsabilizar por ele, geralmente por meio da aquisição de um seguro ou uma compensação financeira, caso eventos adversos ocorram. No entanto, essa é uma estratégia que envolve um alto custo e não contribui para a prevenção de novos incidentes e uma assistência mais segura e com mais qualidade (ANVISA, 2017b).

Por fim, uma última estratégia é a retenção ou aceitação, quando a instituição avalia que o risco é aceitável, por ser pequeno, de baixo impacto ou que tenha custos inviáveis para seguir de outra forma (ANVISA, 2017b).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O programa de gerenciamento de riscos em ação

Para apoiar os hospitais e profissionais da saúde, em 2020, a 3M da América Latina desenvolveu o Programa de Gerenciamento de Riscos, que tem como objetivo contribuir com o aprimoramento dos conhecimentos de profissionais, especialmente os enfermeiros, para que eles possam oferecer excelência no atendimento aos pacientes hospitalizados e reduzir as ameaças e vulnerabilidades dos processos realizados no Centro Cirúrgico (CC) e no Centro de Material e Esterilização (CME), por meio de estímulos que fortalecem uma cultura de qualidade e segurança com foco no paciente.



A gestão de risco transforma a cultura da culpa e a resistência na abordagem de problemas de segurança, estabelecendo ações com foco no gerenciamento de processos, e não nas pessoas. São partes da “cultura de segurança organizacional”, onde incidentes e eventos adversos são considerados uma oportunidade de melhoria e aprendizado. Até o momento, essa iniciativa já foi finalizada em cinco hospitais e está em processo de execução em mais seis hospitais no Brasil.

Para a 3M, como uma empresa que se preocupa com a segurança e qualidade assistencial, é de fundamental importância utilizar a ciência a favor da vida, contribuindo assim para a redução e a mitigação dos riscos e consequentemente dos eventos adversos.

É com essa finalidade que a referida empresa continuamente propõe ideias inovadoras e soluções criativas para auxiliar as instituições hospitalares no desenvolvimento de projetos voltados para redução dos riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Especialistas em educação, utilizando uma metodologia previamente estabelecida, desenvolvem em conjunto com os profissionais dos hospitais um projeto personalizado de gestão de riscos para atender as necessidades específicas da instituição, no que se refere a identificar potenciais falhas presentes nos processos.

Os processos são analisados individualmente e, a partir da identificação e avaliação das falhas, os efeitos que produzem, é calculado a gravidade, a probabilidade de ocorrência e de detecção, por meio dos quais se estabelece o nível de prioridade para tratamento dessas falhas. De posse dessas informações os hospitais elaboram os seus planos de ação que resultam na mitigação dos riscos.

Os processos do Centro de Material e Esterilização e do Centro Cirúrgico

Para prestar assistência aos pacientes, os serviços de saúde utilizam uma elevada quantidade de produtos devidamente limpos, desinfetados e esterilizados. Essas atividades são realizadas pelo Centro de Material e Esterilização (CME), considerado como uma unidade de apoio técnico para toda a estrutura da organização de saúde. As etapas do processamento de produtos para saúde (PPS) são compostas por um amplo conjunto de ações relacionadas, como: a pré-limpeza, recepção, secagem, preparo, desinfecção e esterilização, armazenamento e distribuição (BRASIL, 2012). Sendo assim é considerado setor de grande complexidade, que requer processos e recursos altamente especializados para atender os diferentes tipos de tratamento dispensados durante o processamento dos PPS (OMS, 2016). O processamento seguro dos PPS beneficia pacientes, colaboradores e toda a instituição.

O CC é considerado um importante setor do ponto de vista de custos e receitas para os serviços de saúde. Essa unidade é destinada ao desenvolvimento de atividades



cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata (BRASIL, 2002). Os tratamentos cirúrgicos se caracterizam como procedimentos invasivos que utilizam alta tecnologia e geralmente promovem a exposição de grandes áreas corporais que associadas às condutas e técnicas anestésica-cirúrgica podem aumentar os riscos dos pacientes e profissionais, sendo assim, o gerenciamento de riscos dos processos desenvolvidos nesse setor é um fator crucial para obtenção de desfechos desejados.

Utilizando evidências científicas atualizadas, recomendações de boas práticas, das normas nacionais e internacionais, o programa de gestão de risco em ação promove o desenvolvimento dos profissionais para a identificação, análise e mitigação dos riscos, buscando atender com excelência desde centros cirúrgicos de alta complexidade e grande volume de cirurgias até unidades de terapia intensiva e ambulatórios.

Objetivos do programa

Esse programa tem como objetivo principal a educação e preparação dos profissionais de saúde dos hospitais para o desenvolvimento, implantação e sistematização do processo de gestão de riscos nas suas instituições, destacando-se nesse contexto:

- Estabelecer o processo de gestão de riscos direcionado à prevenção e às complicações relacionadas à ISC no que tange aos processos específicos realizados no CC e CME;
- Trabalhar ativamente com os profissionais no desenvolvimento da ferramenta de qualidade Análise de Modo de Falha em Saúde (*HFMEA*, da sigla em inglês: *Health Failure Modes, Effects Analysis*), e os planos de ação;
- Implementar o programa de gestão de risco nas instituições, como exercício prático de aprendizado e melhoria;
- Promover fórum de discussões entre as instituições participantes após o evento.

Público Alvo

- Gestores/Supervisores do CC e do CME;
- Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);
- Departamentos de Qualidade;
- Departamentos de Gestão de Riscos;
- Direção de Enfermagem e Clínica;



- Cirurgiões e anesthesiologistas;
- Demais áreas afins.

Metodologia

O programa consiste nas seguintes etapas: num primeiro momento, por meio de metodologia passiva de ensino para um estudo prévio e individual dos profissionais, é fornecido um manual com conteúdo teórico relacionados à gestão de risco. Em um segundo momento são enviadas videoaulas gravadas. No terceiro momento, por meio de metodologia ativa de ensino, alunos e orientadores discutem os conteúdos enviados, aplicando-se a teoria à prática por meio de oficinas de trabalho onde os alunos percebem o valor de seu trabalho no processo de prevenção e detecção das complicações de ISC. Num quarto momento, realiza-se a implementação do Programa de Gestão de Risco nas práticas assistenciais, e, por fim, realiza-se um Fórum de Discussão onde são pontuados os resultados obtidos.

Seleção e convite dos hospitais participantes

Com o objetivo de definir a participação das instituições de diferentes regiões do país, são realizadas reuniões de alinhamento entre os profissionais da 3M de Assuntos Científicos, Especialistas Clínicos, Marketing e Executivos de Vendas. Esses profissionais utilizam como critérios de elegibilidade hospitais clientes que possuam boas práticas clínicas, bom relacionamento com a 3M e que oferecem a oportunidade para desenvolvimento do projeto.

Por questões éticas, os nomes das instituições não serão revelados, preservando, assim, os seus direitos e por entender que não há necessidade de expô-las nesse relato de experiência. A fim de caracterizá-las vamos descrever genericamente o perfil das instituições: hospitais públicos e privados, de grande porte, com cerca de 150 a 300 leitos totais, localizados nas regiões sul, sudeste e centro-oeste do país.

Após definição dos hospitais, é realizada uma reunião individual da 3M com cada instituição, para apresentação do programa aos gestores, aos setores envolvidos e áreas afins, solicita-se o seu parecer e aceitação em participar do projeto. Ressalta-se que as informações das práticas clínicas das instituições, compartilhadas pelos participantes, são confidenciais.

Detalhamento das etapas do programa

Os participantes, nomeados de alunos, iniciam uma jornada de desenvolvimento, por meio do recebimento de um e-mail contendo uma carta e catálogo de apresentação do programa e cronograma das fases, citadas a seguir:



Fase 0: Material de leitura

Essa fase é realizada por metodologia de ensino passiva, onde os alunos estudam individualmente, com período para conclusão dessa fase em duas semanas.

Um manual foi elaborado com o objetivo de abordar a gestão de riscos em procedimentos extremamente complexos como o processo cirúrgico e o processamento de produtos para saúde, e as ferramentas comumente utilizadas, subsidiando assim os leitores com informações aplicáveis na dinâmica do seu dia a dia em situações que ocorrem na prática assistencial. Esse manual tem também como proposta incentivar a cultura de segurança dos pacientes nas instituições por meio do aprimoramento dos profissionais.

O manual foi desenvolvido por uma autora convidada, Profa. Dra. Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti, que possui conhecimento técnico-científico e ampla experiência nas áreas de CC e CME. Com base em um extenso e robusto conteúdo científico da área, apresenta-se alguns dos principais tópicos contemplados no manual: Estratégias de Tratamento de Risco; Sistemas e Escalas de Classificação de Danos; Ferramentas para Análise e Acompanhamento do Evento Adverso por meio de Análise de Causa Raiz (ACR), com Técnicas para Aplicação da ACR, *Brainstormig*, Modelo Adaptado de Acidente Organizacional e Análise de Modo de Falha (FMEA, da sigla em inglês: *Failure Modes, Effects Analysis*).

O manual é de uso exclusivo, não sendo permitida sua reprodução por meio de cópias sem prévia autorização da Empresa 3M, e para a reprodução parcial deve ser citada a fonte.

Fase 1: videoaulas:

Ainda por uma metodologia de ensino passiva, os alunos recebem videoaulas gravadas para serem assistidas por um período de duas semanas. Sendo etapa obrigatória para participação nas etapas seguintes.

Uma aula magna, indicada para todos os alunos, sobre “Gerenciamento de Risco em Ação: Conceitos”, é ministrada pela autora do manual e coordenadora educacional do programa no Brasil.

As demais aulas, são compostas de módulos de CC e de CME, com 4 aulas em cada módulo, conforme Tabela 1. Cada aluno deve cumprir com as aulas dos seu respectivo setor, e para as áreas afins, a conclusão de ambas, são requeridas.



Tabela 1 - Temas das videoaulas da Fase 1, dos setores de CC e CME:

Centro Cirúrgico	CME
Gerenciamento de risco para prevenção de ISC.	Falhas no Processo de Monitoramento de Limpeza.
Gerenciamento de risco na preparação da pele.	Monitoramento biológico: falhas no Processo de Esterilização a Vapor.
Gerenciamento de risco no aquecimento do paciente.	Monitoramento Químico: falhas no Processo de Esterilização a Vapor.
<i>Guidelines</i> e ferramentas para aquecimento do paciente.	Prevenção de Infecções: uma perspectiva de segurança do paciente.

Fonte: Própria dos autores.

Essas aulas foram desenvolvidas e ministradas pelo time de Assuntos Científicos e Especialistas Clínicos da Divisão de Soluções Médicas da 3M do Brasil. Os conteúdos foram embasados pelas principais evidências científicas nacionais e internacionais:

- Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.15 (2012), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- *American National Standards Institute* (ANSI - Instituto Nacional Americano de Padronizações) e a *Association for the Advancement of Medical Instrumentation* (AAMI - Associação para o Avanço da Instrumentação Médica), Standard (ST – Padronização) de n. 79 (2017), dos Estados Unidos.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) - guia para reprocessamento de dispositivos médicos em instituições de saúde (2016).
- *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN - Associação de Enfermeiras de Centro Cirúrgico), (2018), dos Estados Unidos.
- *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças), dos Estados Unidos.
- *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC - Associação Americana de Profissionais em Controle de Infecções), dos Estados Unidos.
- *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE - Instituto Nacional de Qualidade em Serviços de Saúde), do Reino Unido.

Durante o período de educação passiva dos alunos, todo time da 3M e a coordenadora educacional ficam à disposição para suporte, orientação, esclarecimento de dúvidas em relação aos conteúdos e acompanhamento para engajamento dos alunos.



Fase 2: Oficinas (*workshops*)

Essa fase é desenvolvida por metodologia ativa de ensino, ao vivo, por meio virtual na ferramenta da *Microsoft Teams*®. Um período de quatro horas foi dedicado à participação dos alunos de CC e outro período com a mesma duração é dedicado aos alunos que atuam em CME, e os profissionais das áreas afins participavam nos dois períodos.

Após um momento de recepção, apresentação e interação com os participantes, os coordenadores das oficinas: Prof.^a Dr.^a Jeane (coordenadora educacional e autora do manual) e os Prof.^a Me Ana Tércia Barijan e Prof. Me Breno Santos de Araújo (coordenadores do curso e especialistas de Assuntos Científicos da 3M do Brasil), ministram um conteúdo conciso da Fase 1 e iniciam-se as oficinas de trabalhos com atividades práticas em grupo.

Diversas ferramentas são utilizadas na gestão de riscos sempre com o objetivo de aprimoramento e melhoria dos processos, redução das possíveis falhas com consequente diminuição dos EA, possibilitando, assim, uma assistência mais segura aos pacientes.

Foi escolhido a ferramenta de qualidade *Health Failure Modes and Effects Analysis (HFMEA)*, considerada uma ferramenta não estatística, crítica, sistematizada, proativa, prospectiva e contínua (WHO, 2008). Foi desenvolvida e customizada por nossa coordenadora Prof.^a Dra. Jeane e pela Prof.^a Me Ana Tércia Barijan como ferramenta de aprendizado.

- Ferramenta de qualidade *HFMEA*:

Inicialmente a ferramenta *FMEA* era utilizada na indústria de alto risco como na aviação, energia nuclear e na indústria bélica. Posteriormente foi melhorada para ser aplicada na área da saúde e passa a ser denominada de *HFMEA*. Assim, ambas as ferramentas são utilizadas para antecipação do conhecimento dos riscos existentes, permitindo que medidas corretivas sejam preventivamente aplicadas (SOUZA; MUHLEN; FREITAS, 2014).

Essa ferramenta tem como objetivo reduzir a possibilidade de EA e dano aos pacientes, através da identificação das falhas, quais as causas e os efeito decorrentes, bem como as recomendações de medidas corretivas, melhorias necessárias para prevenir e eliminar as falhas, aumentando a probabilidade de que o processo transcorra de maneira satisfatória, aumentando a confiabilidade, segurança e qualidade (SILVA; TEIXEIRA; CASSIANI, 2008).

Realiza-se uma divisão em grupos dos alunos para permitir debates e preenchimento participativo da ferramenta do *HFMEA*. Cada grupo conta com um Especialista Clínico da 3M como facilitador, além da coordenadora e profissionais da



3M de Assuntos Científicos que rodiziavam nas salas, orientando e dando suporte na realização do exercício.

Em seguida ocorre a unificação de todos os grupos, para que cada um apresentasse o trabalho realizado, compartilhando a experiência com todos os participantes.

Fase 3: Implementação do programa e Fórum de Discussão

Ressalta-se que a gestão de riscos é um processo dinâmico que requer constantes atualizações do conhecimento e sensibilização dos profissionais para que a cultura de segurança se consolide dentro das instituições de saúde.

Durante o período de aproximadamente 40 dias, os alunos de cada instituição aplicam os conhecimentos adquiridos em suas práticas assistenciais e constataam os benefícios, já descritos, com a aplicação da ferramenta *HFMEA* (ANVISA, 2017b):

- Gestão participativa - envolvimento da equipe multidisciplinar;
- Ampliação do conhecimento dos participantes;
- Discussão dos problemas identificados e as respectivas soluções;
- Priorização de ações e atuação;
- Promoção de reflexões e conscientização dos profissionais;

Durante a fase de implementação do programa, todo time da 3M e a coordenadora educacional permanecem à disposição para suporte, orientação, esclarecimento de dúvidas em relação ao conteúdo e acompanhamento para engajamento dos alunos.

Após a experiência vivenciada na prática, ocorre o Fórum de Discussão ao vivo, por meio virtual da ferramenta da *Microsoft Teams*® com duração de quatro horas com a participação de todos, para compartilhar os avanços conquistados, debater os desafios e possíveis barreiras no processo de implantação com a sua equipe, com a Prof.^a Dra. Jeane e equipe de instrutores.

Para completar o processo educacional e pensando em melhorar a segurança do paciente e da equipe profissional, salvar vidas e contribuir para uma boa administração dos custos foi oferecido uma aula interativa com o Dr. Javier Dell Vechio (cirurgião ortopédico em Buenos Aires) para abordar o tema “Eficiência e avaliações microeconômicas em tempos de Covid”.

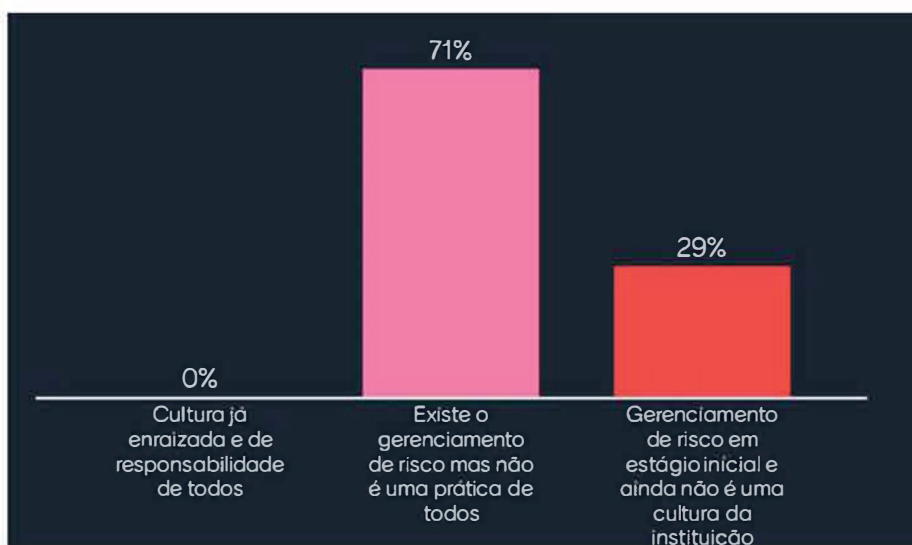
Avaliações dos alunos

Desde o início de 2020 compartilhamos com equipes de diversos hospitais do país o programa para gerenciamento de riscos e o *feedback*, pós implementação, têm demonstrado a efetividade da iniciativa.



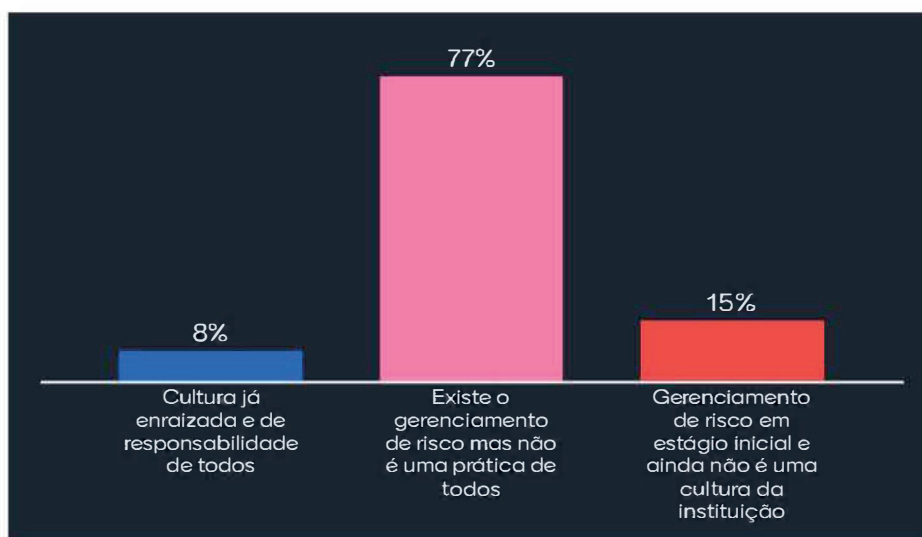
Um dos momentos de interação com os alunos foi por meio da ferramenta *Mentimeter*, uma plataforma *online* com diversas funções, incluindo apresentações de *slides* com interatividade, como nuvem de palavras e questionários, as quais encontram-se apresentadas nas Figuras de 1 a 4, com alguns dos *slides* em diversos momentos de interação.

Figura 1: Fase 2 – Ao término dos trabalhos em grupo das Oficinas. Questão: Como você avalia a cultura de gestão de risco no seu setor?



Fonte: Própria dos autores, por meio da ferramenta *Metimeter*.

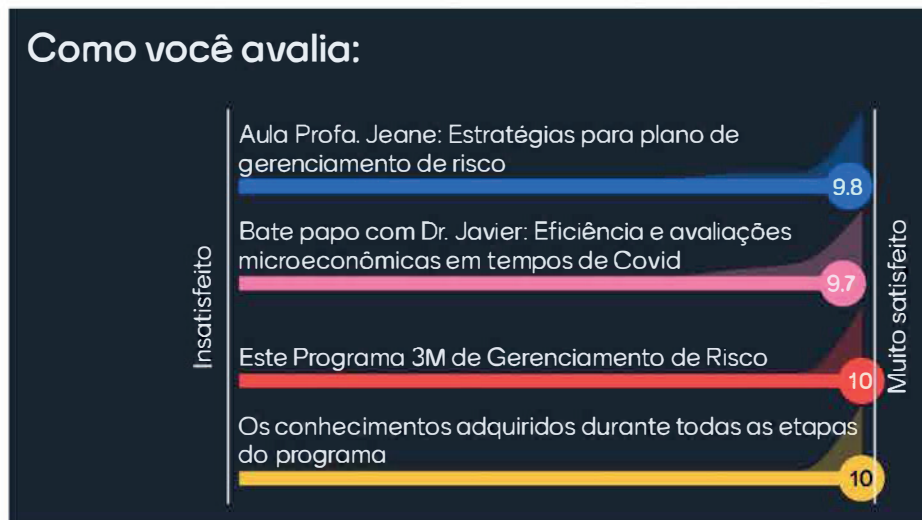
Figura 2: Fase 3 – Ao término dos trabalhos do Fórum de Discussão. Questão: Como você avalia a cultura de gestão de risco no seu setor?



Fonte: Própria dos autores, por meio da ferramenta *Metimeter*.

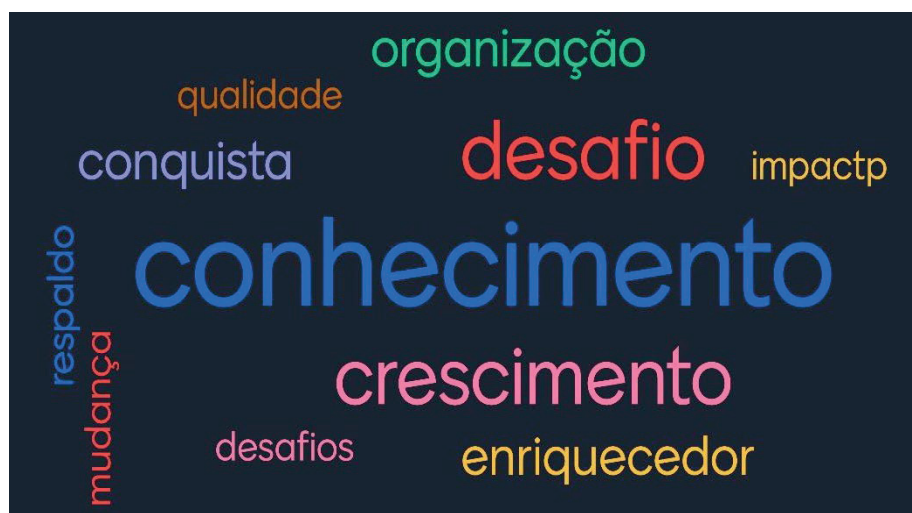


Figura 3: Fase 3 – Ao término dos trabalhos do Fórum de Discussão. Questão: Como você avalia:



Fonte: Própria dos autores, por meio da ferramenta *Metimeter*.

Figura 4: Fase 3 – Ao término dos trabalhos do Fórum de Discussão. Questão: Em até 3 palavras, diga-nos o impacto deste programa no seu dia a dia profissional:



Fonte: Própria dos autores, por meio da ferramenta *Metimeter*.

Outra forma de *feedback* foi o relato de uma enfermeira de um dos hospitais participantes, que foi publicado em uma matéria no site do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (SINDUSFARMA), no conteúdo de notícias:

“O programa possibilitou ampliar a visão e o entendimento que tínhamos sobre a importância do mapeamento do risco. No transcorrer do curso



observou-se uma mudança conceitual em toda a equipe, principalmente em relação ao papel do mapeamento de risco nos processos assistenciais. Neste sentido, acredito que a equipe da 3M promoveu um amadurecimento em relação à utilização da ferramenta, e irá possibilitar uma gestão dos pontos estratégicos de cada área, processo por sua vez já iniciado no CME e Centro Cirúrgico” comenta uma Enfermeira da Qualidade de um dos hospitais participantes do programa. (SINDUSFARMA, 2021, *online*).

ENCERRAMENTO

Obviamente que esse programa não tem a intenção de esgotar todos os assuntos relacionados à gestão de risco, mas apresentar as ferramentas mais utilizadas e aplicáveis nos processos relacionados ao bloco operatório (CME, Centro Cirúrgico e Recuperação Pós-anestésica), além de demonstrar que é necessário emprendermos esforços na busca por uma assistência à saúde mais segura.

Originalmente o programa foi desenvolvido para que a Fase 2 fosse realizada presencialmente, porém, em decorrência da Pandemia do Covid 19, foi necessária uma reestruturação e migração para o modelo virtual. Além disso, como o cenário da pandemia nos estados foi diferente em alguns momentos, algumas etapas do cronograma original precisaram ser flexibilizadas para que todos os hospitais convidados pudessem participar juntos.

Os momentos de maior engajamento e participação dos participantes foram nas fases 2 e 3, demonstrando o valor das metodologias ativas na educação dos profissionais. Ainda assim, acredita-se que nesse modelo híbrido, as fases de educação passiva, contribuem para a otimização e construção do conhecimento.

O programa propicia que os profissionais, especialmente os enfermeiros, estejam preparados para atuar preventivamente ao identificar as falhas que possam ocorrer nos processos de trabalho do CME e no CC durante as fases perioperatória, controlando assim as situações entendidas como uma oportunidade de melhoria e aprendizado. Com a gestão de risco, esses profissionais podem desenvolver seus talentos com o equilíbrio que reduz, podendo até eliminar, as vulnerabilidades do sistema hospitalar que ameaçam a saúde e a vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2017a.



BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC n. 15, de 15 de março de 2012. **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada. RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. **Instituições para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 143, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada. RDC n. 50, 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HEALTHCARE CENTRAL SERVICE MATERIAL MANAGEMENT (IAHCSSM). **Central Service Technical Manual**. 8. ed. Chicago; 2016. Safety and risk management for central service; p. 429-50.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Diretrizes mundiais para a prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico**. Genebra: OMS, 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Segundo desafio para segurança do paciente**. In: Manual cirurgias seguras salvam vidas. Ministério da Saúde. Brasília: OPAS, 2010.

SATURNO, Pedro Jesus. Seguridad del paciente. Marco conceptual. Enfoques y actividades. **Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud**. In: Módulo 6 - Seguridad del paciente. Unidad Temática 33. 1ª Ed. Universidad de Murcia 2008. ISBN: 978-84-8371-750-9002E.

SILVA, A.E.B. C.; TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Ferramentas utilizadas para gestão de riscos: análise do modo e efeitos da falha e análise de causa raiz. In: FELDMAN, LB. **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari; 2008. vol. 1, p. 309-24.

SOUSA, Michele Cristina Almeida; MUHLEN, Sérgio Santos; FREITAS, Maria Isabel



Pedreira de Freitas. **Aplicação da Ferramenta de Gerenciamento de Risco HFMEA no Setor de Expurgo do Centro de Material e Esterilização.** XXIV Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica – CBEB 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Alianza Mundial para la Seguridad Del Paciente. **La Investigación en Seguridad del Paciente: Mayor conocimiento para una atención** más segura. 2008.

3M OFERECE TREINAMENTO SOBRE COMO CONTROLAR OS RISCOS DE INFECÇÕES NOS HOSPITAIS. Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (SINDUSFARMA), 2021. Disponível em: <https://sindusfarma.org.br/noticias/empresas-foco/exibir/14441-3m-oferece-treinamento-sobre-como-controlar-os-riscos-de-infecoes-nos-hospitais#:~:text=Para%20apoiar%20os%20hospitais%20e,e%20reduzir%20as%20amea%C3%A7as%20e>.



GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EFETIVA COM PACIENTES EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS

Luize Fábrega Juskevicius¹
Adriana Maria da Silva Felix²
Maria Clara Padoveze³

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, educação em saúde é definida como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. 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, 2006, [https://bvsm.s.saúde \[...\]](https://bvsm.s.saúde [...])).

As ações de educação em saúde são desenvolvidas por várias categorias profissionais, porém constituem uma das principais funções da enfermagem. Ao fornecer orientações, esclarecer dúvidas e promover o autocuidado, ocorre o estabelecimento do vínculo, a troca de conhecimento e a promoção à saúde (SOUSA; BRANDÃO; PARENTE, 2015; DAMOLIN *et al.*, 2016).

No contexto das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) as ações de educação em saúde são fundamentais para alertar pacientes, acompanhantes e familiares que o descumprimento das práticas preconizadas para a prevenção pode resultar na propagação de microrganismos. Isto é particularmente importante quando se trata de situações em que o paciente se encontra em precauções específicas (PE),

-
- 1 Mestre e doutoranda em Enfermagem em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/ SP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5414-745X>. Email: luizejuskevicius@gmail.com.
 - 2 Pós-doutoranda. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/ SP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3559-3729>. Email: adrianamsfelix1@gmail.com.
 - 3 Professora Associada. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo/ SP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1912-7293>. Email: padoveze@usp.br.



tais como precauções de contato, aerossóis ou gotículas (JUSKEVICIUS; PADOVEZE, 2016).

Entende-se por PE as condições em que o paciente pode estar infectado ou colonizado por certos agentes infecciosos que podem ser transmitidos para outras pessoas (SIEGUEL *et al.*, 2007). Nesses casos, espera-se que pacientes e familiares recebam orientações claras de todo o processo pertinente às precauções. Contudo, não é rara a oferta de informações fragmentadas e prescritivas baseadas apenas no que deve ou não ser feito, o que pode contribuir para a ocorrência de eventos adversos infecciosos (ex.: infecção de corrente sanguínea, pneumonia, infecção do trato urinário) e não infecciosos (ex.: estresse, depressão, hipertensão, hiperglicemia, distúrbios eletrolíticos) (JUSKEVICIUS; PADOVEZE, 2016; CROFT *et al.*, 2016).

Dentre as estratégias que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde para minimizar a ocorrência dos eventos adversos e engajar os pacientes e familiares no processo das PE está a comunicação efetiva, a qual é compreendida como um comportamento assertivo em receber, interpretar e transmitir informações de forma clara, objetiva e respeitosa (BURGENER *et al.*, 2020).

O ComEfe foi utilizado no presente estudo com o propósito de instrumentalizar os profissionais de saúde a estabelecerem uma comunicação efetiva com pacientes em PE. O ComEfe é um roteiro para educação em saúde e é organizado em três etapas. A primeira etapa consiste em questionar o paciente o que ele sabe sobre o seu diagnóstico, histórico de internações e experiências anteriores de PE. Essa etapa objetiva resgatar o nível de conhecimento do paciente e identificar potenciais lacunas no que se refere ao conhecimento das PE. Na segunda etapa, recomenda-se explicar o motivo da instituição da PE e o tempo esperado que o paciente ficará nessa condição. Nessa etapa, é oportuno apresentar os equipamentos de proteção individual (EPI) que serão utilizados pelos profissionais de saúde durante o atendimento, bem como os EPIs que deverão ser usados pelo paciente ao sair do quarto de isolamento. Por fim, na terceira etapa, é importante validar a compreensão do paciente/ familiar sobre as informações transmitidas, a fim de identificar pontos que precisam ser reabordados (Figura 1). Um vídeo com mais detalhes do ComEfe está disponível através do *link*: <http://eaulas.usp.br/portal/video.action?idItem=9010>.



Figura 1 - Representação esquemática dos itens abordados no protocolo ComEfe, SP. 2021



Fonte: Autoria própria, 2021.

O ComEfe é uma diretriz que não visa apenas aumentar a educação em saúde dos pacientes, mas também envolvê-los em seus cuidados. É uma ferramenta que pode ser utilizada na orientação verbal ou então como a base para o desenvolvimento de outras estratégias educativas, tais como, vídeos educativos, folhetos de orientação, cartazes, reuniões de grupos, etc. Vale ressaltar que essa abordagem deve ser utilizada no momento em que as PE forem instituídas, uma vez que aumenta a possibilidade do paciente se envolver no autocuidado (JUSKEVICIUS; PADOVEZE; TIMMONS, 2020). Para implementar essa diretriz em um cenário complexo como o das PE, a ciência da implementação é um aliado importante.

A ciência da implementação busca apoiar a aplicação na prática de intervenções demonstradas como efetivas na teoria, através de uma profunda avaliação do contexto (DAMSCHRODER *et al.*, 2009). Muitos quadros de referência teóricos têm sido utilizados para apoiar as pesquisas em implementação, entre eles o CFIR⁴ (DAMSCHRODER *et al.*, 2009). O CFIR favorece a avaliação do processo da implementação, considerando cinco domínios e seus constructos na compreensão de contextos complexos onde há a interação de diversos indivíduos e variações de atividades, como são os serviços de saúde (JUSKEVICIUS; PADOVEZE; TIMMONS, 2020).

Diante do exposto, este capítulo tem por objetivo apresentar a síntese das lições aprendidas durante a implementação do ComEfe em um hospital de ensino. Adicionalmente objetiva-se propor um guia para a implementação de estratégias de comunicação efetiva com pacientes em PE, em particular o ComEfe.

4 CFIR, Consolidated Framework for Implementation Research. Disponível em: <https://cfirguide.org/constructs-portuguese/>

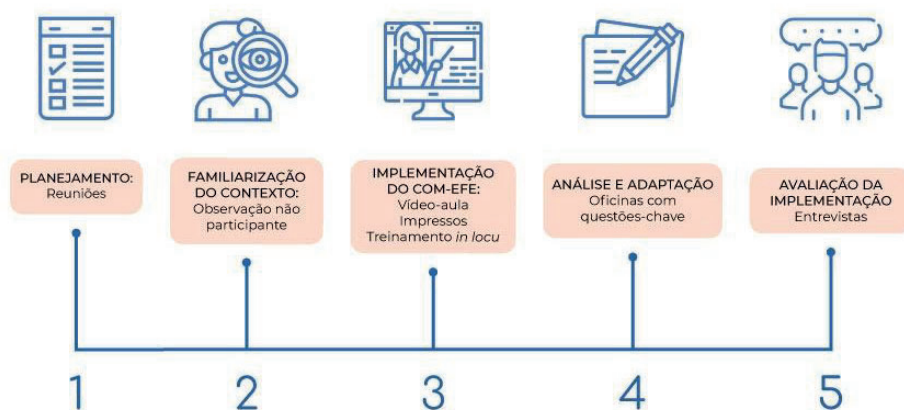
ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo qualitativo, baseado na ciência da implementação, para descrever e analisar a implementação do ComEfe com pacientes em PE (JUSKEVICIUS; PADOVEZE, 2016). O estudo foi conduzido no período de agosto de 2017 a março de 2021 em um hospital de ensino localizado na cidade de São Paulo.

O quadro teórico de referência para descrever e analisar o processo de implementação foi o CFIR, e estudo foi desenvolvido em cinco fases: 1- Planejamento; 2- Familiarização do Contexto; 3- Implementação do ComEfe; 4- Análise e Adaptação do Processo de Implementação; 5- Avaliação do Processo de Implementação (Figura 2).

A análise de conteúdo temática descrita por Bardin (2016) foi utilizada para organizar e categorizar os dados das fases 2, 3 e 5 do estudo. As categorias temáticas foram distribuídas posteriormente no quadro de análise do CFIR, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para análise de constructos.

Figura 2 - Representação esquemática das cinco fases do processo de implementação CFIR. São Paulo, SP. 2021



Fonte: Autoria própria, 2021.

1- Planejamento

Nessa etapa foram realizadas reuniões com as lideranças das unidades participantes do estudo com o objetivo de apresentar o ComEfe, propor a sua implementação, bem como identificar qualquer necessidade de mudança ou adaptação no planejamento inicial.

2- Familiarização do contexto

Nessa etapa utilizou-se a técnica de observação não participante, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre o contexto no qual ocorre a comunicação com



pacientes em PE. Utilizou-se um diário de campo para anotar as informações e impressões da pesquisadora ao longo de 20 horas não sequenciais de observações (JUSKEVICIUS; PADOVEZE; TIMMONS, 2020).

3- Implementação do ComEfe

Nessa fase ocorreu a apresentação do ComEfe nas unidades envolvidas. A apresentação foi planejada a partir dos resultados das fases anteriores, considerando os recursos disponíveis na instituição.

A proposta da implementação atendeu a critérios desejáveis para um projeto de implementação, tais como: coerência com os objetivos a serem alcançados, factibilidade, aceitabilidade pelo conjunto de envolvidos, viabilidade econômica, sustentabilidade e procedimentos éticos.

O ComEfe foi adaptado ao formato de Protocolo Operacional Padrão (POP) da instituição e disponibilizado impresso e *online* para as unidades. Adicionalmente, foi realizado treinamento *online*, na plataforma de treinamentos institucional, e posteriormente *in locu*.

Por fim, as unidades receberam um *banner* para contribuir na divulgação do novo protocolo (ComEfe) e os enfermeiros foram orientados a afixar um selo de comunicação efetiva no prontuário do paciente em PE, sempre que estes recebiam a intervenção do ComEfe.

4- Análise e Adaptação do processo de implementação

As informações obtidas nessa etapa visaram captar elementos que necessitavam de ajustes no processo de implementação. Para a obtenção dessas informações foram realizadas oficinas com enfermeiros (as) das unidades, com o objetivo de identificar barreiras e facilitadores na implementação do ComEfe. As oficinas tiveram duração de 20 minutos cada e os dados foram coletados por meio de um roteiro composto por perguntas abertas. A escolha das perguntas foi feita de acordo com a relevância e importância de alguns constructos do CFIR para esse momento da adaptação do ComEfe. Dessa forma, foram utilizados os seguintes constructos: origem da intervenção, complexidade, vantagem relativa e compatibilidade.

Em relação à adaptação, é importante ressaltar que os elementos *core* do protocolo não podem sofrer alterações ou adaptações, pois sem esses elementos, a ferramenta altera seus propósitos. Os elementos *core* nesse protocolo são pertencentes ao conceito de vulnerabilidade, utilizado no estudo e desenho do ComEfe, como por exemplo a autonomia do paciente; individualização no atendimento e aplicação do ComEfe para cada paciente; direitos deste paciente, em relação ao seu envolvimento nos cuidados de saúde e a utilização de diálogo na aplicação das ações educativas em PE (JUSKEVICIUS; PADOVEZE, 2016).



5- Avaliação do Processo de Implementação

O contexto onde ocorre a intervenção é um fator determinante para o processo da implementação.

O público-alvo dessa fase foram enfermeiros (as) que participaram do processo de implementação do ComEfe(fase 3). Os participantes foram contatados via e-mail e foram convidados a responder quatro perguntas, via *Google* formulários, a respeito do conhecimento do protocolo ComEfe. Os enfermeiros(as) que responderam a essas perguntas foram novamente convidados, via e-mail, para uma entrevista individual que teve por objetivo captar com mais profundidade aspectos da implementação do ComEfe.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi construído com base nos domínios e constructos do CFIR, de acordo com Damschröder *et al.* (2009). Partindo dos 28 constructos contidos nos cinco domínios, foram elaboradas 30 perguntas abertas que apresentavam o potencial de direcionar a entrevista para os temas de interesse.

Foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática descrita por Bardin (2016) para a análise dos dados transcritos das entrevistas. As categorias temáticas foram distribuídas no quadro de análise do CFIR.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: fase 5 - Avaliação do processo de implementação

Dentre os (as) 22 enfermeiros (as), que receberam o questionário via *Google* formulários, 18 haviam participado dos treinamentos *in loco* durante a fase de implementação do ComEfe (fase 3). Destes, oito enfermeiros (as) responderam o questionário e foram convidados, via *e-mail*, para uma entrevista individual. Dos oito contatados, cinco retornaram o contato via *e-mail* e tiveram a entrevista individual agendada.

As falas dos participantes das entrevistas foram transcritas e os conceitos norteadores foram distribuídos em oito categorias temáticas iniciais e posteriormente essas categorias foram organizadas em 16 categorias temáticas (CT) finais, sendo estas numeradas de 1 a 16.

As CT finais foram distribuídas nos cinco domínios e 24 dos 28 constructos do CFIR. Nessas categorias foram identificados conceitos norteadores classificados como facilitadores ou barreiras no processo de implementação; sendo os facilitadores aqueles que interferiram positivamente e as barreiras aquelas que poderiam interferir negativamente no processo de implementação. (Quadro 1)



Quadro 1 - Barreiras e facilitadores do processo de implementação do ComEfe identificados em cada categoria temática, segundo domínios e constructos do CFIR. São Paulo, 2021

(Continua)

Domínios e Construtos CFIR	CATEGORIA TEMÁTICA (CT)	Nº de citações	
		FACILITADOR	BARREIRA
Característica da intervenção			
Origem da intervenção	(CT1) Percepção acerca da utilização do ComEfe na educação de indivíduos em PE	4	0
Força e qualidade da evidência	(CT2) Crenças sobre o ComEfe	5	0
Vantagem relativa	(CT3) Percepção das vantagens do ComEfe	4	0
Adaptabilidade	(CT4) Formas de sucesso para a implementação do ComEfe	2	3
Qualidade do projeto e da apresentação	(CT5) O clima para implementação do ComEfe	0	4
	(CT3) Percepção das vantagens do ComEfe	4	0
II. Cenário Externo			
Cosmopolitanismo	(CT5) O clima para implementação do ComEfe	0	5
Pressão pelos pares	(CT6) Importância dada a outras instituições	3	3
Necessidades dos pacientes e recursos	(CT7) Percepção sobre as necessidades de saúde do paciente em PE	0	1
	(CT5) O clima para implementação do ComEfe	3	1
III. Cenário Interno			
Redes de relações e Comunicação	(CT4) Formas de sucesso para a implementação do ComEfe	1	3
Cultura	(CT8) Comunicação a respeito das PE	1	0
	(CT7) Percepção sobre as necessidades de saúde do paciente em PE	0	3



Quadro 1 - Barreiras e facilitadores do processo de implementação do ComEfe identificados em cada categoria temática, segundo domínios e constructos do CFIR. São Paulo, 2021

(Continua)

Domínios e Construtos CFIR	CATEGORIA TEMÁTICA (CT)	Nº de citações	
		FACILITADOR	BARREIRA
Característica da intervenção			
Tensão para mudança	(CT5)Clima para implementação do ComEfe	0	1
Prioridade relativa	(Cat. 9) Importância dada a sistematização da comunicação em PE	4	0
	(CT10)Percepção acerca da educação de indivíduos em PE	2	3
Clima de aprendizagem	(CT11)Percepção de novo conhecimento proveniente do ComEfe	1	0
Incentivos e Recompensas	(CT5)O clima para implementação do ComEfe	0	2
Recursos disponíveis	(CT12)Comprometimento com a implementação	3	0
Acesso a informação e ao conhecimento	(CT3)Percepção das vantagens do ComEfe	3	2
Compromisso da liderança	(CT12)Comprometimento com a implementação	0	4
IV. Características dos indivíduos			
Conhecimento e crenças sobre a intervenção	(CT2)Crenças sobre o ComEfe	4	0
Auto-eficácia	(CT5)O clima para implementação do ComEfe	0	1
Estágio individual de mudança	(CT12)Comprometimento com a implementação	0	5
Identificação individual com a organização	(CT13)Comprometimento com a instituição	5	0



Quadro 1 - Barreiras e facilitadores do processo de implementação do ComEfe identificados em cada categoria temática, segundo domínios e constructos do CFIR. São Paulo, 2021

(Conclusão)

Domínios e Constructos CFIR	CATEGORIA TEMÁTICA (CT)	Nº de citações	
		FACILITADOR	BARREIRA
Característica da intervenção			
V. Processo			
Planificação	(CT14) Percepções do processo de implementação	0	2
Líderes de opinião	(CT15) Influenciadores do processo de implementação	0	5
Execução	(CT16) Comunicação a respeito das PE	2	1

Legenda: CT – Categoria temática.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Conforme apresentado no Quadro 1, nota-se que as barreiras e os facilitadores do processo de implementação do ComEfe identificados em cada CT apresentaram comportamentos diferentes nos diversos domínios e constructos do CFIR. Ao realizar o “*matching*” entre categorias emergentes das entrevistas e os domínios e constructos do CFIR, identificamos que algumas CT foram aplicáveis a mais do que um domínio ou constructo.

A título de exemplo, a CT12 - *Comprometimento com a implementação* foi identificada como facilitador para a implementação no constructo *Recursos disponíveis*, porém identificada como barreira nos constructos referentes ao *Compromisso da liderança* e *Estágio individual de mudança*. Da mesma forma, a CT3- *Percepção das vantagens do ComEfe* demonstrou facilitadores no que diz respeito aos constructos *Qualidade do projeto e da apresentação* e *Vantagem relativa* na sua utilização, porém foi identificada também como facilitador e barreira em relação ao constructo *Acesso às informações e ao conhecimento*.

Em certas CT, apenas facilitadores foram identificados, como na CT1 - *Percepção acerca da utilização do ComEfe na educação de indivíduos em PE*, CT2 - *Crenças sobre o ComEfe*, CT8 – *Comunicação a respeito das PE*, CT9 - *Importância dada à sistematização da comunicação em PE*, CT11 - *Percepção de novo conhecimento proveniente do ComEfe* e CT13 – *Comprometimento com a instituição*.

Dentre as CT que foram identificadas majoritariamente barreiras, tais como as CT4, 5, 7, 10, 14 e 15, destacamos a CT5 – *O clima para a implementação do ComEfe*,



a qual reforça o conhecimento de que o contexto onde ocorre a intervenção é um fator determinante para o processo da implementação (DAMSCHRODER *et al.*, 2009).

No estudo em questão, a implementação do ComEfe não foi plenamente alcançada conforme esperado pelos pesquisadores. Por isso, fizemos uma reflexão das lições aprendidas e apresentamos sugestões para implementações futuras do ComEfe em contextos similares ao do presente estudo. Para cada lição aprendida, apresentamos sugestões para futuras estratégias de implementação do ComEfe segundo domínios e constructos do CFIR. (Quadro2)

Quadro2 - Lições aprendidas e sugestões para futuras estratégias de implementação do ComEfe segundo domínios e constructos do CFIR. São Paulo, 2021 (Continua)

Domínios e Construtos CFIR	LIÇÕES APRENDIDAS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO	SUGESTÃO PARA FUTURAS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO ComEfe
I. Característica da intervenção		
Origem da intervenção	Os indivíduos não desenvolvem sentido de pertencimento se não se sentem envolvidos na proposta da intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio técnico e científico ao longo do processo de implementação. • Engajar, desde o princípio, os principais envolvidos nas medidas de PE no processo de implementação.
Força e qualidade da evidência	A familiarização com evidências científicas robustas contribui para promover o engajamento dos principais interessados.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar evidência científica robusta e disponibilizar as evidências para consultas ao longo do processo de implementação. • Desenvolver estratégias inovadoras, porém com compatibilidade próxima o máximo possível ao que já é realizado • Apresentar exemplos externos ou internos de sucesso com o uso da ferramenta ou ferramentas semelhantes.
Vantagem relativa	Nem sempre os participantes conseguem identificar as vantagens da utilização de uma nova ferramenta ou processo comparado com o que já é feito.	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar os benefícios para que os principais interessados considerem as vantagens do uso da ferramenta.
II. Cenário Externo		
Necessidade do paciente	Os profissionais têm diferentes graus de percepção sobre as necessidades de saúde do paciente em PE.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a percepção dos profissionais quanto ao reconhecimento do paciente como o centro do cuidado e o quanto as necessidades do paciente são priorizadas na instituição. • Desenvolver estratégias diversificadas para divulgação e treinamento da equipe de saúde sobre o tema, tais como materiais virtuais e impresso, treinamentos <i>online</i> e <i>in loco</i>, apresentação de evidências científicas.



Quadro 2 - Lições aprendidas e sugestões para futuras estratégias de implementação do ComEfe segundo domínios e constructos do CFIR. São Paulo, 2021

(Conclusão)

Domínios e Construtos CFIR	LIÇÕES APRENDIDAS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO	SUGESTÃO PARA FUTURAS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO ComEfe
I. Característica da intervenção		
Pressão de pares	O uso da intervenção em outras instituições de <i>benchmarking</i> influencia a implementação	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar se há pressão competitiva, ou seja, se a instituição é influenciada pelas ações de outra instituição. • Desenvolver estratégias para integrar experiências de outros serviços.
III. Cenário Interno		
Clima para implementação	<p>O clima institucional, fatores econômicos, sociopolíticos externos e internos influenciam a implementação</p> <p>A alta demanda de atividades e a insuficiente priorização da intervenção em relação à rotina já existente prejudicam a implementação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ao planejar a implementação, considerar o momento político-econômico da instituição. • Considerar o adiamento da implementação ao identificar um clima incompatível com a intervenção. • Identificar o grau de importância dada à intervenção. • Investigar previamente o impacto positivo e facilitador que a intervenção poderá trazer aos problemas percebidos pelos indivíduos.
IV. Características dos indivíduos		
Estágio individual de mudança	Grandes variações no grau de comprometimento individual com a implementação prejudicam a adesão em larga escala.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar se os principais interessados percebem a situação atual como uma necessidade de mudança. • Identificar se os indivíduos envolvidos no contexto são receptivos à sistematização da comunicação com pacientes em PE. • Identificar a influência de cada um dos principais interessados, a fim de direcionar o planejamento da intervenção.
V. Processo		
Liderança	O grau de envolvimento da liderança afeta a adesão por parte dos demais membros da equipe.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar se a intervenção se ajusta à cultura da organização quanto às demandas para as lideranças. • Identificar se o uso da intervenção é apoiado pelos líderes. • Estabelecer contatos preliminares com as lideranças do serviço e incluí-las no processo de planejamento da implementação.

Fonte: Autoria própria, 2021.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresentamos o ComEfe – uma ferramenta para apoiar a comunicação efetiva com pacientes em PE - e a experiência de avaliação do processo de implementação do mesmo. A comunicação efetiva parece ser um processo simples e natural, contudo, identificamos diversas barreiras quando se trata da sua aplicação de forma sistemática e documentada no cotidiano da assistência à saúde. Tais barreiras envolvem tanto aspectos individuais, como a percepção dos profissionais quanto ao entendimento da comunicação efetiva, quanto aos aspectos mais amplos do contexto institucional.

Ainda que essa experiência tenha sido localizada em uma única instituição hospitalar, as lições aprendidas permitem apontar caminhos para futuras iniciativas de implementação de estratégias de comunicação efetiva com pacientes, em particular o Com-Efe, e assim contribuir para minimizar o risco de eventos adversos relacionados as PE.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

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, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf

BURGENER, A.M. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction, **The Health Care Manager**, v. 39, n. 3, p. 128-132, 2020. Disponível em: <http://doi:10.1097/HCM.0000000000000298>

CFIR, Consolidated Framework for Implementation Research. Disponível em: <https://cfirguide.org/constructs-portuguese/>

CROFT, L. D. *et al.* The Effect of Contact Precautions on Frequency of Hospital Adverse Events. **Infection control and hospital epidemiology**, v. 36, n. 11, p. 1268-1274, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/ice.2015.192>

DALMOLIN, A. *et al.* Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, p.e68373,



2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngen/v37nspe/0102-6933-rngen-1983-14472016esp68373.pdf>

DAMSCHRORDER, L. J. *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**, v. 4, n. 50, 2009. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>

JUSKEVICIUSL, F.; PADOVEZE, M. C. Precauções específicas para evitar a transmissão de microrganismos: desenvolvimento e validação de roteiro educacional. **Cogitare.**, v.21, n. 4, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.47060>

JUSKEVICIUS, L. F.; PADOVEZE, M. C.; TIMMONS, S. Patient education on transmission based precautions: a context assessment in a university hospital. **J. Infect. Control.**, v. 9, n. 4, p. 229-234, 2020. Disponível em: <https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/341>

SIEGEL, J. D. *et al.* **Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.** 2007. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>

SOUSA, M. S. T.; BRANDÃO, I. R.; PARENTE, J. R. F. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE). **Rev Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 1, 2015. Disponível em: <https://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/260>



Sentir é estar distraído.

(Fernando Pessoa)

Este e-book é resultado da colaboração entre professores, profissionais e estudantes de diferentes instituições de ensino. O objetivo da ação é propiciar aproximações e reflexões entre, e a partir, de duas grandes áreas do conhecimento: Educação e Saúde.

Tais áreas podem ser vistas como complementares, especialmente quando consideradas enquanto bases para a formulação e operacionalização de políticas públicas nacionais e internacionais. Nessa direção, no Brasil, elas conduzem a ações relacionadas ao atendimento de usuários, ao tratamento de doenças, às práticas de controle sanitário, de educação popular e de formação em saúde. Pensar nos processos educacionais e de saúde, significa pensar, portanto, práticas articuladas, pois, por um lado, a Educação é capaz de aumentar os índices de saúde em determinadas populações - seja por acesso ao sistema de saúde seja por conhecimento construído - e, por outro, os saberes relativos à saúde atravessam modos de vida, tanto a partir da promoção da saúde quanto da prevenção de doenças, fatos que podemos entender, também como ações educativas. [...]

Partindo dessas questões, os capítulos aqui trazidos apresentam experiências de formação e trabalho em atividades de extensão universitária e de sala de aula, na graduação e na pós-graduação. [...]

Os(as) organizadores(as) na Apresentação.

