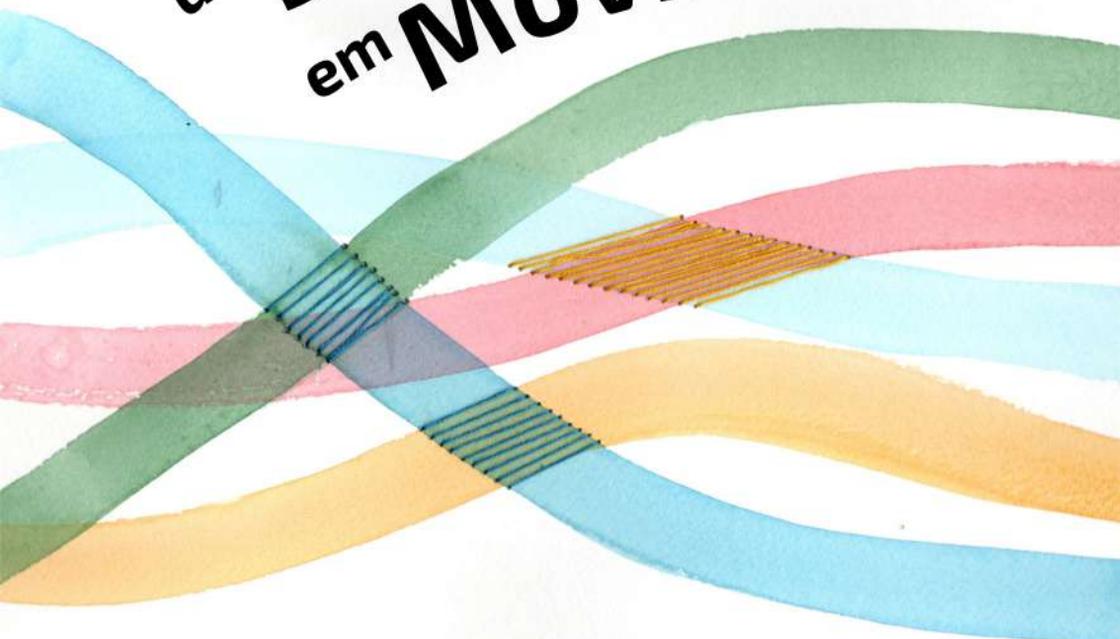


SÉRIE INTERLOCUÇÕES PRÁTICAS, EXPERIÊNCIAS E PESQUISAS EM SAÚDE

# Costuras da Saúde Coletiva em Movimento



ORGANIZADORES

Carolina Araújo Londero  
Alexandre Fávero Bulgarelli  
Luciane Maria Pilotto  
Aline Blaya Martins  
Guilherme Lamperti Thomazi  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Larissa Goni Murussi  
Renata Riffel Bitencourt

editora  
  
redeunida

  
**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página

<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORES

Carolina Araújo Londero  
Alexandre Fávero Bulgarelli  
Luciane Maria Pilotto  
Aline Blaya Martins  
Guilherme Lamperti Thomazi  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Larissa Goni Murussi  
Renata Riffel Bitencourt

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# **Costuras da Saúde Coletiva em Movimento**

1ª Edição

Porto Alegre

2024

editora



redeunida

Copyright © 2024 by Associação Rede UNIDA

**Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA**

**Alcindo Antônio Ferla**

### **Coordenação Editorial**

**Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

**Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.**

### **Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

**Àngel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália);

**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália);

**Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

**Èrica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

**Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

**Jacks Soratto** (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil);

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil);

**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

**Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

**Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

**Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

**Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

**Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil);

**Maria Augusta Nicolli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

**Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil);

**Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil);

**Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** (Universidade Federal de Pernambuco);

**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

**Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

**Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra);

**Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil);

**Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

**Vanessa Iribarrem Avena Miranda** (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

### **Comissão Executiva Editorial**

**Alana Santos de Souza**

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

**Camila Fontana Roman**

**Carolina Araújo Londero**

### **Revisão**

**Tiago Estrela**

**Capa | Diagramação**

**Lucia Pouchain**

**Ilustração Capa**

**Clarissa Cavalcanti Fatturi Parolo**

A avaliação, seleção e revisão inicial foi realizada de forma aberta e por pares:

**Alexandre Fávero Bulgarelli**

**Aline Blaya Martins**

**Andreas Rucks Varvaki Rados**

**Camila Fontana Roman**

**Carolina Araujo Londero**

**Caroline dos Santos Mendes de Oliveira**

**Cintia Rigotto**

**Fernanda Rocha**

**Frederico Viana Machado**

**Geruza Tavares D'Ávila**

**Guilherme Lamperti Thomazi**

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

**Larissa Murussi**

**Luciane Maria Pilotto**

**Luísa Santini Pinheiro**

**Maria Eduarda Ferreira de Andrade**

**Maurício Lopes**

**Paulo Antonio Barros Oliveira**

**Renata Riffel Bitencourt**

**Tatiane Maria Silva Avila**

**Thaís Botelho**

**Victoria Figueiredo Ribeiro**

A obra foi financiada por recursos do Programa de Apoio à Pós-Graduação – PROAP/CAPES

---

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

---

C837

**Costuras da Saúde Coletiva em Movimento/** Carolina Araújo Londero; Alexandre Fávero Bulgarelli; Luciane Maria Pilotto; Aline Blaya Martins; Guilherme Lamperti Thomazi; Jaqueline Miotto Guarnieri; Larissa Goni Murussi; Renata Riffel Bitencourt (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

397 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.62).

E-book: 8.00 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-163-2

DOI: 10.18310/9786554621632

1. Saúde Pública. 2. Bem-Estar Social. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18

CDU 614

---

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

**www.redeunida.org.br**



Todos os manuscritos apresentados neste volume passaram por um processo de revisão por pares aberta, no qual tanto as pessoas avaliadoras como as as autoras foram identificados. A revisão teve como objetivo garantir a qualidade, a relevância, a consistência acadêmica dos conteúdos, a transparência e a redução de vieses.

As opiniões expressas nos textos são de responsabilidade exclusiva das autoras e dos autores e não refletem necessariamente a posição ou os pontos de vista dos organizadores desta publicação. As autoras e os autores são integralmente responsáveis pela veracidade das informações, pela precisão dos dados apresentados e pelo conteúdo das respectivas contribuições.

# SUMÁRIO

**COSTURANDO AS VIVÊNCIAS NA SAÚDE COLETIVA ..... 11**  
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos

**SEÇÃO 1 | SAÚDE COLETIVA NA REALIDADE ATUAL,  
VALORIZANDO E AGREGANDO DIVERSOS SABERES,  
CONHECIMENTOS, REFLEXÕES E VISÕES ..... 17**

**UM BREVE HISTÓRICO DOS ATORES, DAS LUTAS E DOS  
CONFLITOS ENFRENTADOS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE (1998-2022) ..... 19**  
Frederico Viana Machado, Victoria Figueiredo Ribeiro

**COMPARTILHANDO SABERES: AÇÃO DE EXTENSÃO  
VIVENCIADA JUNTO A UM ASSENTAMENTO DO MOVIMENTO  
SEM TERRA ..... 45**  
Berenice de Freitas Diniz, Jacqueline do Carmo Reis

**O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA GUINÉ-BISSAU EM UMA  
PERSPECTIVA HISTÓRICA E A RECORRÊNCIA À MEDICINA  
TRADICIONAL ..... 69**  
Quirino Salvador Sanca, Izabella Barison Matos, Lindomar Wessler  
Boneti, Aline Blaya Martins

**VIGILÂNCIA AMBIENTAL E CLIMÁTICA EM SAÚDE: RELATO DE  
EXPERIÊNCIA NO NÍVEL LOCAL E DESAFIOS INSTITUCIONAIS  
PARA A ÁREA DA SAÚDE ..... 91**  
Alex Elias Lamas, Alécia Homem Nunes, Ariane dos Santos Marques

**A SAÚDE É COLETIVA ATÉ DEBAIXO D'ÁGUA: A EXPERIÊNCIA DE  
EQUIPES VOLANTES NO ENFRENTAMENTO ÀS INUNDAÇÕES  
EM SÃO LEOPOLDO/RS ..... 113**  
Savannah Leitzke Carvalho, Claudia Rodrigues de Oliveira, Ana Paula  
Cappellari, Kaciely de Lima Jacino, Rafaela Ribeiro Machado Oliveira,  
Marina Bisio Mattos

AS EQUIPES DE SAÚDE NÃO TÊM CITOTÉCNICOS! O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO E A INVISIBILIDADE SOCIAL DO TRABALHO NAS LINHAS DE CUIDADO MAIS RELEVANTES NO CONTEMPORÂNEO ..... 133

William Pereira Santos, Alcindo Antônio Ferla

VIGILÂNCIA AMBIENTAL AO TITYUS SERRULATUS: RESGATE HISTÓRICO DO PROGRAMA E ESTRATÉGIAS DA SAÚDE COLETIVA NA PREVENÇÃO AO ACIDENTE ESCORPIÔNICO ENVOLVENDO CRIANÇAS VULNERABILIZADAS..... 161

Alex Elias Lamas, Alexandre Companhoni, Fabiana Reis Ninov, Gisele Martins Gomes, Luis Fernando Lopes

**SEÇÃO 2 | SAÚDE MENTAL, SEUS ENFRENTAMENTOS E DESDOBRAMENTOS NA CONTEMPORANEIDADE..... 177**

DESAFIOS E IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DO NEOLIBERALISMO NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL PÚBLICA..... 179

Helena Palavro Basso, Igor Sastro Nunes

TRABALHO, SAÚDE MENTAL E AS RELAÇÕES FRENTE À NECROPOLÍTICA, RACISMO E PACTO DA BRANQUITUDE ... 205

Maira Brandli Oliveira, Carolina Araujo Londero, Amanda Ferreira de Carvalho

A SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA: UM ESTUDO DE REVISÃO..... 223

Gabriela Sampaio Rodrigues, Marina Soares Buralde, Carolina Araujo Londero, Jaqueline Miotto Guarnieri, Luciane Maria Pilotto

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO EM CAMPO GRANDE/MS ..... 243

Luiz Felipe Faria Rodrigues, Geovana Weis Stralioetto, Emilli Caroline Silva Souza, Elódia Hermínia Maldonado, Alberto Mesaque Martins

|                                                                                                                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>SEÇÃO 3   EDUCANDO E PROMOVENDO SAÚDE: A SAÚDE COLETIVA EM ATO .....</b>                                                                                                   | <b>257</b> |
| UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O INCENTIVO À VACINAÇÃO A PARTIR DA PEDAGOGIA HISTÓRICO-CRÍTICA E DA PEDAGOGIA DAS ENCRUZILHADAS EM UMA ESCOLA PÚBLICA DA EDUCAÇÃO BÁSICA..... | 259        |
| Carlos Luís Jaquissone, Guilherme Runge                                                                                                                                       |            |
| PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS PARA OS ESTUDANTES NO CONTEXTO DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA .....                                                                  | 279        |
| Cristiane Kenes Nunes, Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro                                                                                                                       |            |
| CONHECIMENTO SOBRE O HPV NA REDE PÚBLICA DE ENSINO E A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO ESCOLA-ATENÇÃO PRIMÁRIA NA VACINAÇÃO .....                                                    | 319        |
| Greizielle Barroso, Inês Aparecida Tozetti, Alda Maria Teixeira Ferreira, Cacilda Tezelli Junqueira Padovani                                                                  |            |
| PROCESSO DE GESTÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVATES.....                                                                        | 341        |
| Andreas Rucks Varvaki Rados, Maurício Fernando Nunes Teixeira, Beatriz Dornelles Fraga, Carine Weber Pires, Victório Poletto Neto, João Augusto Peixoto de Oliveira           |            |
| ESTÁGIO DE GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA: EXPERIÊNCIAS DE SUPERVISORES E GRADUANDOS .....                                                                                          | 359        |
| Rosiane Pinheiro Rodrigues, Alder Mourão de Sousa, Andressa Vulcão da Silva, Cíntia Maria Souza de Sá                                                                         |            |
| <b>SOBRE AS/OS ORGANIZADORAS/ES .....</b>                                                                                                                                     | <b>383</b> |
| <b>SOBRE AS/OS AUTORAS/ES .....</b>                                                                                                                                           | <b>385</b> |
| <b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>                                                                                                                                                 | <b>396</b> |



# Costurando as vivências na Saúde Coletiva

Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS tem doze anos de existência e conta com linhas de pesquisa que cobrem as três principais subáreas da saúde coletiva, desenvolvidas a partir da atuação de docentes e discentes envolvidos em atividades de pesquisa, ensino e extensão de um campo interdisciplinar e comprometido com a defesa do direito à saúde e da construção de uma sociedade participativa e democrática. Trata-se, portanto, de um programa que com boa adesão à saúde coletiva e com uma produção que atravessa diferentes temas e questões. O livro “Costuras da saúde coletiva em movimento” reflete a diversidade e riqueza dos trabalhos empreendidos por docentes, discentes e parceiros do Programa.

Os trabalhos que compõem cada um dos eixos do livro descrevem experiências situadas em serviços de gestão, vigilância e de atenção à saúde do SUS, escolas, assentamentos, universidade, dentre outros, localizados em diferentes estados (Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul etc.). Alguns dos atuais desafios da saúde coletiva brasileira são discutidos, ao longo do livro, a exemplo da hesitação vacinal e suas formas de superação, dos efeitos e formas de enfrentamento das mudanças climáticas e dos desastres

ambientais, a crescente piora da qualidade da saúde mental de trabalhadores e estudantes de saúde, dentre outros. Portanto, sua leitura rende um passeio por diversos temas e problemas sanitários e de pesquisa presentes no campo da saúde coletiva, acompanhados do indispensável pensamento crítico e posicionamento comprometido com a mudança social em direção à valorização da vida e da sociedade democrática, em suas diferentes expressões.

Foram acolhidos textos com diferentes formatos e origens, sendo incluídas revisões de literatura, pesquisas empíricas, reflexões e relatos de experiências, frutos de atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão, muitas vezes discutidas nas dissertações e teses do PPGCol.

Entre os autores, encontram-se trabalhadores da saúde, pesquisadores, docentes e discentes com diferentes atuações junto ao SUS, fundações e instituições públicas de ensino superior de diferentes estados, tais como Rio Grande do Sul, do Mato Grosso do Sul e de Minas Gerais. Eles possuem vínculos com universidades federais, estaduais, fundações e secretarias de saúde, a exemplo da: Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, PUC Minas, da Universidade Federal de Uberlândia, da Universidade do Estado do Pará, da Fiocruz Amazônia, dentre outras. Assim, fica evidente a capilaridade do PPGCol expressa em suas redes de colaboradores e ações.

Na unidade 1, intitulada “Saúde coletiva na realidade atual, valorizando e agregando diversos saberes, conhecimentos, reflexões e visões”, entramos em contato com textos sobre participação e

ativismos social, sobre a relação entre fontes de cuidado formais e informais, sobre saúde ambiental e climática e sobre trabalhadores invisíveis, dentre outros.

Mais especificamente, encontramos nessa unidade uma reflexão sobre as mudanças históricas do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, a partir da análise de eventos, conflitos e transformações que moldaram a atuação do Conselho, seus desafios e formas de enfrentamento. Também, encontramos um relato de experiência sobre ações e relações entre membros da comunidade acadêmica, do poder público municipal e de um assentamento do MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), em Minas Gerais. Nesse relato, destaca-se a abordagem interdisciplinar e freiriana para atender necessidades locais em saúde. No plano internacional, apresenta-se uma análise do sistema nacional de saúde e da medicina tradicional da Guiné-Bissau. Nesse texto, destaca-se a importância da medicina tradicional tanto diante da ausência de serviços de saúde convencionais, quanto em vista de sua coerência com o contexto cultural local. As ações locais também são destaque na análise dos efeitos das mudanças climáticas, tanto em uma revisão de literatura sobre o tema com foco nas ações de vigilância ambiental, quanto na descrição da experiência das equipes volantes durante inundações em São Leopoldo/RS. Outra temática bastante atual discutida nesta unidade refere-se aos trabalhadores invisíveis da saúde, tratada a partir da descrição da rotina de um citotécnico, acompanhada da reflexão sobre os desafios e apagamentos enfrentados por esses profissionais, a despeito de sua importância na política de saúde da mulher.

Na unidade 2, intitulada “Saúde mental, seus enfrentamentos e desdobramentos na contemporaneidade”, são apresentados textos dirigidos às relações entre saúde mental, trabalho e formação em saúde, bem como sobre a atenção à saúde mental. Todos os capítulos tratam de aspectos relacionados à saúde mental, enfocando trabalhadores da saúde, estudantes de cursos das áreas da saúde e também usuários de serviços residenciais terapêuticos. Os textos abordam questões de inclusão, equidade e justiça social, destacando a importância de estratégias que promovam a saúde, dignidade e os direitos dos indivíduos. Nesse sentido, demonstram uma preocupação coletiva com a melhoria das condições de saúde mental e social, sugerindo ações integradas e políticas mais inclusivas e justas.

Alguns trabalhos dessa unidade focam a saúde mental dos trabalhadores, a partir de enquadramentos macrossociais bastante críticos. A exemplo disso, são analisados os impactos do neoliberalismo na saúde mental dos trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial, tais como a precarização e desvalorização dos serviços, aliados à lógica produtivista e individualista. Já o adoecimento dos trabalhadores de saúde mental é abordado a partir do enquadramento da necropolítica, racismo e pacto da branquitude no Brasil.

Outros trabalhos priorizam descrições mais detalhadas das especificidades locais, tais como as atividades desenvolvidas para a promoção da inclusão social e cultural de residentes de um Serviço Residencial Terapêutico em Campo Grande, assumindo ainda assim perspectivas alinhadas aos princípios da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica.

Destaca-se também um estudo de revisão que analisa a saúde mental dos estudantes universitários, em que são colocados em foco estressores geralmente por eles enfrentados. Esse estudo trata de situação dramática e atual do ensino superior, demonstrado forte comprometimento com a autocrítica e busca de superação dos dilemas e desafios produzidos e enfrentados na vida acadêmica. Esse capítulo possui pontos em comum com a terceira unidade.

Na unidade 3, intitulada “Educando e promovendo saúde: a saúde coletiva em ato”, os capítulos tratam da intersecção entre educação e saúde, seja por meio de atividades desenvolvidas junto a escolas, seja através de reflexões sobre a formação em saúde. Alguns dos capítulos descrevem ações de educação e comunicação em saúde sobre promoção e proteção da saúde e/ou prevenção entre jovens e estudantes. Destaca-se a necessidade de colaboração entre diferentes setores (escolas, universidades, serviços de saúde) para alcançar melhores resultados. Também, são discutidos desafios encontrados na implementação de atividades e práticas educacionais em saúde e estratégias adotadas para superá-los.

Dentre as atividades descritas nesta unidade, encontram-se algumas desenvolvidas junto a escolas e comunidades, envolvendo conversas, atividades de incentivo à vacinação e aferição do nível de conhecimento sobre HPV com estudantes do ensino básico, assim como participação em programa de rádio comunitária. Também encontramos reflexões sobre os estágios como importante estratégia formativa nos cursos da área da saúde. São destacadas algumas vivências de discentes e docentes, bem como a importância dessas experiências para a visibilidade do curso e do profissional no campo da saúde.

Desse modo, este livro dá uma ideia da diversidade de estudos e reflexões realizados no PPGCol, ao mesmo tempo em que nos convida à reflexão crítica e ao engajamento no enfrentamento dos desafios contemporâneos da saúde coletiva. A obra proporciona uma valiosa oportunidade para os leitores mergulharem em temas pertinentes ao SUS, à saúde coletiva e à realidade brasileira, promovendo a valorização de saberes e experiências locais. A leitura de “Costuras da Saúde Coletiva em Movimento” é indicada para aqueles que desejam compreender as complexidades da saúde coletiva e contribuir para a construção de políticas mais inclusivas e eficazes, bem como de uma sociedade mais justa e participativa.

# SEÇÃO 1

**SAÚDE COLETIVA NA REALIDADE  
ATUAL, VALORIZANDO E  
AGREGANDO DIVERSOS  
SABERES, CONHECIMENTOS,  
REFLEXÕES E VISÕES**





# UM BREVE HISTÓRICO DOS ATORES, DAS LUTAS E DOS CONFLITOS ENFRENTADOS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE (1998-2022)<sup>1</sup>

Frederico Viana Machado  
Victoria Figueiredo Ribeiro

A democracia participativa no Brasil, consolidada pela Constituição Federal de 1988, é um marco na modernização e democratização do Estado brasileiro, com experiências que servem de modelo para projetos participativos em todo o mundo. Os Conselhos de Saúde emergiram como instrumentos fundamentais para a efetivação da participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando um papel crucial na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Porto Alegre é uma das principais cidades brasileiras quando se fala de inovações participativas, não apenas pela experiência do Orçamento Participativo ou do Fórum Social Mundial, mas por um longo histórico de ativismo e organização política (Silva, 2001; Cortes, 2024; Muller; Fedozzi, 2024).

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS-PoA) é um exemplo exitoso de engajamento participativo. Ao longo de

---

1 Agradecemos todas as pessoas que contribuíram para a aferição das informações apresentadas neste capítulo, destacadamente Maria Letícia de Oliveira Garcia, Alcindo Ferla, Roger Rosa e Joana Olívia Fernandes.

suas três décadas de existência, reflete as transformações políticas e sociais ocorridas no país, enfrentando desafios que espelham a própria evolução da democracia brasileira. A trajetória do CMS-PoA é marcada por períodos distintos, que vão desde a fase inicial de implementação e consolidação, caracterizada por um otimismo em relação às práticas participativas, até o cenário atual, em que se observam desafios que questionam seu formato institucional. Este cenário é caracterizado por uma crescente polarização política, desconfiança nas instituições democráticas e um aumento na judicialização das políticas públicas (Lima *et al.*, 2024).

Este trabalho é parte de um estudo que se propõe a analisar, sob uma perspectiva histórica e descritiva, a evolução do CMS-PoA, com ênfase nas mudanças ocorridas nas relações entre o Conselho e os poderes públicos ao longo do tempo. Esta abordagem visa compreender como as transformações no cenário político local e nacional impactam a atuação do CMS, alterando sua dinâmica de um fórum de debates construtivos para uma arena de conflitos institucionais mais complexos. Neste capítulo, vamos nos ater aos elementos mais descritivos da história do Conselho e da arena política na qual a participação em saúde aconteceu.

Em nosso estudo, a análise da trajetória do CMS-PoA foi enriquecida por um exame detalhado da sua composição administrativa e das mudanças no executivo municipal ao longo do tempo. Um levantamento cronológico de 1986 a 2022 revela uma série de transições significativas tanto na coordenação do Conselho quanto na administração municipal. Este período abrange nove eleições municipais, com 10 mandatos de 9 prefeitos e 6

partidos políticos. Nota-se uma diversidade de partidos políticos, desde o Partido Democrático Trabalhista (PDT) e o Partido dos Trabalhadores (PT) nos primeiros anos, seguido pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB) até o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) em anos mais recentes, com alternâncias entre estes ao longo do período. Paralelamente, a coordenação do CMS-PoA alternou entre representantes dos segmentos de usuários e trabalhadores, refletindo a dinâmica participativa preconizada na sua concepção.

Esta alternância na liderança do Conselho e na gestão municipal proporciona um panorama para analisar como as diferentes orientações políticas e ideológicas influenciaram a atuação e os desafios enfrentados pelo CMS-PoA ao longo das décadas. A relevância desta análise reside na necessidade de compreender os mecanismos pelos quais as instâncias participativas têm sido afetadas por mudanças políticas e institucionais. Observa-se uma transição de um período de relativa estabilidade e cooperação para um contexto marcado por desafios crescentes, incluindo tentativas de deslegitimação, burocratização excessiva e, em casos extremos, o uso do aparato legal como instrumento de pressão política.

Este estudo se estrutura em uma abordagem cronológica, delineando as principais fases da história do CMS-PoA, desde sua criação até o período atual. Serão analisados os principais eventos, conflitos e transformações que moldaram a atuação do Conselho, bem como as estratégias adotadas para enfrentar os desafios emergentes. Ao examinar esta trajetória, busca-se não apenas documentar a história de uma instituição específica, mas também

contribuir para uma compreensão mais ampla dos desafios enfrentados pelos mecanismos de participação social no Brasil contemporâneo. Esta análise pode oferecer uma interpretação relevante sobre a resiliência e a adaptabilidade das instituições participativas em face das mudanças políticas e sociais.

## **METODOLOGIA**

---

Este estudo adota uma abordagem qualitativa de natureza exploratório-descritiva, visando analisar a trajetória do CMS-PoA e os desafios enfrentados por esta instância de controle social ao longo do tempo. Nosso método de pesquisa principal foi o levantamento e a análise de documentos públicos. A coleta de dados contemplou as seguintes categorias de fontes: a) Documentos oficiais (atas de reuniões do CMS-PoA, resoluções, pareceres e outros documentos produzidos pelo Conselho no período de 1986 a 2022); b) Legislação (leis municipais, estaduais e federais relacionadas à saúde pública e ao controle social); c) Processos judiciais (ações judiciais envolvendo o CMS-PoA, incluindo mandados de segurança e ações civis públicas); d) Registros administrativos (documentos da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura de Porto Alegre relacionados ao CMS-PoA); e) Notícias (reportagens e artigos de mídia local e nacional sobre o CMS-PoA e questões relacionadas à saúde pública em Porto Alegre).

Os documentos foram tratados por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2016), que envolve a organização e a sistematização inicial do material coletado, a leitura exaustiva e a

categorização dos dados e a análise aprofundada e contextualização. As categorias de análise foram desenvolvidas indutivamente, emergindo dos próprios dados, e incluíram: (1) Relações entre o CMS-PoA e o Executivo Municipal; (2) Processos de judicialização; (3) Burocratização das atividades do Conselho; e (4) Estratégias de resistência e adaptação do CMS-PoA.

## REPRESENTAÇÕES E CONTEXTO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO

---

Ao analisar a trajetória do CMS-PoA e os desafios enfrentados por esta instância de controle social, é fundamental compreender o contexto político-administrativo no qual ele esteve inserido ao longo do tempo. Para isso, é útil examinar um quadro cronológico que mapeia as lideranças do CMS-PoA e do executivo municipal de 1986 a 2022 (Quadro 1). Incluímos um período que antecede a formação do CMS, em 1992, devido à importância de um conflito ocorrido em 1988 no âmbito da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Porto Alegre (CIMS), fórum precursor do CMS. Nesse sentido, consideramos o período desta gestão (Alceu Collares – PDT) não somente por conta desse caso, mas porque é quando assumiu o primeiro prefeito eleito por voto direto pós-ditadura militar. Logo, representa um período de abertura democrática, seguido da Constituinte em 1988 e das leis do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, até a criação do Conselho Municipal de Saúde em 1992. Com o coordenador do Conselho da época (1997), Humberto Scorza, temos o início da tradição de eleger o coordenador do Conselho por voto direto, garantindo maior autonomia para o controle social

em saúde – o que, em períodos recentes, temos observado um movimento contrário.

**Quadro 1.** Coordenadores do CMS-PoA com seus segmentos (Usuário, Trabalhador ou Gestor) e o Executivo Municipal (prefeitos e secretários de saúde) de 1986 a 2022.

| Ano       | Coordenado/a - Segmento                             | Prefeito - Partido   | Secretário Municipal de Saúde |
|-----------|-----------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| 1986-1989 | CMS-PoA ainda não havia sido criado                 | Alceu Collares – PDT | Olímpio Albrecht              |
| 1989-1993 | Maria Luiza Jaeger (a partir de 1992)               | Olívio Dutra – PT    | Maria Luiza Jaeger            |
| 1993-1997 | Jane Terezinha Sobrosa Pilar (Indicada pela gestão) | Tarso Genro – PT     | Luiz Henrique de Almeida Mota |
| 1997-1998 | Humberto Scorza – T (Eleito em plenária)            | Raul Pont – PT       | Henrique Fontana Jr           |
| 1998-2001 | Humberto Scorza – T                                 | Raul Pont – PT       | Lúcio Barcelos                |
| 2001-2002 | Humberto Scorza – T                                 | Tarso Genro – PT     | Joaquim Kliemann              |
| 2002-2003 | Humberto Scorza – T                                 | João Verle – PT      | Joaquim Kliemann              |
| 2004      | Nei Carvalho – U                                    | João Verle – PT      | Sandra Fagundes               |
| 2005      | Nei Carvalho – U                                    | José Fortunati – PDT | Pedro Gus                     |
| 2006      | Zilda Martins – T                                   | José Fortunati – PDT | Pedro Gus                     |
| 2007      | Oscar Paniz – U                                     | José Fortunati – PDT | Eliseu Santos                 |
| 2008-2010 | Maria Letícia Garcia – T                            | José Fortunati – PDT | Eliseu Santos                 |
| 2010-2011 | Maria Letícia Garcia – T                            | José Fortunati – PDT | Carlos Casartelli             |
| 2012-2013 | Sílvia Giugliani – T                                | José Fortunati – PDT | Carlos Casartelli             |
| 2014      | Djanira Da Conceição – U                            | José Fortunati – PDT | Carlos Casartelli             |
| 2015      | Djanira Da Conceição – U                            | José Fortunati – PDT | Fernando Ritter               |
| 2016      | Mirtha Zenker – T                                   | José Fortunati – PDT | Erno Harzheim                 |

|      |                          |                            |                |
|------|--------------------------|----------------------------|----------------|
| 2017 | Mirtha Zenker – T        | Nelson Marchezan Jr – PSDB | Erno Harzheim  |
| 2018 | Maria Letícia Garcia – T | Nelson Marchezan Jr – PSDB | Erno Harzheim  |
| 2019 | Maria Letícia Garcia – T | Nelson Marchezan Jr – PSDB | Pablo Stürmer  |
| 2020 | Gilmar Campos – U        | Nelson Marchezan Jr – PSDB | Mauro de Souza |
| 2021 | Gilmar Campos – U        | Sebastião Melo – MDB       | Mauro de Souza |
| 2022 | Tiana De Jesus – T       | Sebastião Melo – MDB       | Mauro de Souza |

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

Obs.: Este quadro foi elaborado com informações disponíveis nos documentos, na internet e também recorremos a fontes orais. Pode conter erros e imprecisões.

O Quadro 1 oferece uma visão longitudinal da dinâmica político-administrativa do CMS-PoA e sua relação com o executivo municipal no período de 1986 a 2022. A apresentação dos nomes dos coordenadores do CMS-PoA, prefeitos, seus partidos políticos e secretários de saúde não é um mero exercício de listagem. Esta informação é crucial para identificar padrões, rupturas e continuidades na relação entre o controle social e a gestão municipal. Ao examinar esta cronologia, podemos visualizar a alternância de poder refletindo as mudanças no cenário político local e evidenciando a representatividade dos diferentes segmentos na coordenação do CMS-PoA. Este mapeamento temporal mostra as diferentes orientações político-partidárias na dinâmica do controle social em saúde. Ele fornece um panorama das possíveis tensões e alinhamentos entre o CMS-PoA e o executivo municipal ao longo do tempo, auxiliando na contextualização dos períodos de maior

conflito ou cooperação entre o Conselho e a gestão municipal. Esta cronologia apresenta características que merecem uma discussão mais detalhada.

## **ALTERNÂNCIA DE PODER E REPRESENTATIVIDADE**

---

Observa-se uma alternância regular na coordenação do CMS-PoA entre representantes dos segmentos de usuários (U) e trabalhadores (T). Esta rotatividade sugere um esforço para manter o equilíbrio na representação dos diferentes setores envolvidos no controle social da saúde. No período anterior à 1997, esta função era exercida pelo secretário de saúde ou por alguém indicado pelo Poder Executivo, o que pode limitar a capacidade dos demais segmentos em pautar o processo deliberativo. O médico Humberto Scorza foi o primeiro coordenador do CMS-PoA a romper com este sistema, eleito em plenária e iniciando a alternância entre trabalhadores e usuários, que segue até hoje. Isto se deu somente a partir de 1997. Atualmente, a coordenação de conselhos municipais de saúde pelos secretários é considerada inadequada, sendo apontado inclusive na Resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

## **TRANSIÇÕES POLÍTICAS**

---

O primeiro pleito realizado após o fim da ditadura militar foi vencido pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) (1986-1989). Em seguida, o Partido dos Trabalhadores (PT) governou durante 15 anos, de 1989 a 2005. Após este período, vemos uma transição para o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) de 2005 a 2010,

retornando para o PDT de 2010 a 2017, depois para o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) de 2017 a 2020, e, finalmente, nos anos mais recentes (2020-atual), a volta do MDB na gestão municipal. Estas diferentes orientações políticas proporcionam um rico contexto para analisar como diferentes ideologias e abordagens de gestão impactam a relação entre o executivo municipal e o CMS-PoA. Da mesma forma, o retorno dos mesmos partidos ao poder com uma mudança significativa nestas relações nos leva a identificar mudanças que vão além da orientação partidária.

Neste contexto de transições políticas, um importante exemplo para ilustramos essas mudanças é o caso do Orçamento Participativo (OP). Este programa, definido por Avritzer (2008) como um modelo híbrido que envolve soberania compartilhada e que reintroduz práticas que incentivam a participação na formulação de decisões e que promovem a autorregulação, torna-se central no debate sobre democracia participativa, especialmente no contexto brasileiro. A formação do OP resulta, principalmente, da combinação de dois fatores relevantes: a ampliação dos recursos municipais e a atuação de partidos de orientação de esquerda nas administrações locais. Outro elemento fundamental nesse contexto é o fortalecimento do papel desempenhado pelos movimentos sociais e pela sociedade civil, especialmente no que se refere à organização, à mobilização, à defesa de direitos e à ampliação da agenda democrática (Rennó; Souza, 2012).

Em Porto Alegre, no período que marca o início dos anos 1990, a cidade é cenário de destaque por seu elevado nível de associativismo e de capital social que distingue a região em comparação ao restante do país. Na verdade, é o seu potencial de

evolução política e social do programa introduzido no município que leva a experiência a ser vista, “tanto na literatura nacional como na estrangeira, como um exemplo de instrumento de promoção do ‘bom governo’” (Souza, 2001, p. 84). Em um estudo que avaliou a participação popular no Orçamento Participativo em Porto Alegre, nota-se que a presença nas sessões plenárias regionais do OP aumentou continuamente desde 1990, alcançando seu pico em 2002. Entretanto, em 2003, houve uma leve queda, e, em 2004, último ano da gestão petista, a participação retornou a níveis próximos aos de 1992, valor que se mantém durante toda a primeira gestão de José Fogaça. Ainda, embora a última administração petista (2001-2004) tenha registrado uma queda acentuada na participação em 2003 e 2004, também foi responsável pelo maior registro de participação na história do OP, alcançado em 2002. Esta fase marca a quebra na configuração de sequencial crescimento da participação popular, que assume caráter oposto após 2004 (Rennó; Souza, 2012).

Quanto a isso, a partir da mudança do contexto político local, Müller e Fedozzi (2024) denominam o início deste ciclo como “Período de Crises, Limites e Desconfiguração do OP”. Assumiu o Executivo uma coalizão política de oposição, com uma série de feitos que marcaram a fase desdemocratizante do OP que já não estava mais no centro das decisões políticas, enfraquecido perante as demais estruturas de gestão do governo. Esta tendência foi fortemente acentuada em 2017, com o mandato do PSDB, em que o prefeito da época, Nelson Marchezan Jr, anunciou em março do mesmo ano a suspensão das assembleias populares, isto é, pela primeira vez, desde 1989, não foram realizadas as assembleias.

O desinvestimento no OP continuou com a posse da administração de Sebastião Melo (MDB-PFL), marcado por um programa de governo centrado na continuidade de feitos do seu antecessor, suspendendo, em pretexto da pandemia do coronavírus, as assembleias do OP em 2020 e 2021. Ainda como argumentam Müller e Fedozzi (2024), as atividades do OP foram retomadas em 2022, sob a liderança de ex-representantes do PTB (atualmente no Podemos), que foram penalizados pela Justiça Eleitoral por abuso de poder, justamente por usar os recursos do OP para propósitos eleitorais em 2012, com as Leis Orçamentárias de 2022 e 2023 estipulando um valor ínfimo dos recursos de investimentos para o OP. Veremos adiante que esta tendência de desinvestimento em democracia participativa identificada no OP por Müller e Fedozzi (2024) também pode ser identificada no CMS-PoA.

## OS PRIMEIROS ANOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE INSTITUCIONALIZADA

---

Neste contexto, em seguida da estreia do governo do PDT, primeiro prefeito eleito em sufrágio universal, a cidade é palco da primeira ação de municipalização, antes mesmo da efetiva regulamentação do SUS, em 1988. Este caso, que envolveu a população, trabalhadores em saúde da região e autoridades federais, estaduais e municipais, consistiu em colocar um número significativo de usuários dentro das instalações do Postão de Atendimento Médico 3 (PAM-3), que, ao longo do dia, deveriam monitorar diretamente a qualidade dos serviços oferecidos e as dificuldades enfrentadas tanto pelos usuários

quanto pelos profissionais, devido à falta de recursos materiais e humanos. Durante esse evento, foi decidido o envio de uma proposta de termo aditivo, vinculada ao Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), entre o governo federal, proprietário do prédio, e o município de Porto Alegre, delegando a este a responsabilidade de reorganizar e reestruturar o serviço de atendimento de emergências para a população (CMS-PoA, 2012). Em 2012 foi postado no YouTube um valioso registro em vídeo feito durante a ocupação com imagens e depoimentos dos envolvidos que merece ser assistido por todos que se interessam por esta história (CIMS, 2012a, 2012b).

Observamos que, no período supracitado, a participação social desencadeou uma ação política e institucional, que, apenas a partir de 1990, ganhou maiores proporções com a implementação das leis orgânicas da saúde. Logo, exemplar das mobilizações da época, a concepção da participação é fruto de um engajamento em prol das reivindicações e lutas por melhorias estruturais nas condições de vida e saúde. É importante ressaltar que, mesmo sendo anterior à regulamentação do CMS, esta ação foi mobilizada pela CIMS, que não tinha a mesma força institucional do CMS, mas tinha previsão institucional na legislação do SUDS.

Neste período ocorre o Caso das Ambulâncias (1990), uma ação fiscalizatória da CIMS, envolvendo também a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Conselho Local de Saúde (CLS) – na época chamados, respectivamente, de “Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social” e “Conselho Local Interinstitucional de Saúde” –, além do presidente e representante da União de Vilas

e servidores de saúde. Nesse contexto, como objeto de denúncia, foi acessado e constatado que uma garagem das dependências do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) mantinha, sem uso, 28 ambulâncias (CMS-PoA, 2012).

Também vale mencionar o caso que nomeamos de Não à Terceirização do Centro de Saúde Bom Jesus (CSBJ) (1990-1996), diz respeito a uma antiga demanda da comunidade da época, em que a prefeitura construiu o CSBJ, um centro de saúde equipado com pronto atendimento 24 horas para emergências. Após a conclusão da obra, o governo municipal propôs transferir a gestão do centro para a Santa Casa de Misericórdia, justificando essa decisão com as dificuldades em contratar profissionais por meio de concurso público. Com isso, iniciou-se um movimento, envolvendo a CIMS, posteriormente o CMS, a SMS, o CLS, a Associação dos Moradores do bairro e a União de Vilas da Região Leste, para o serviço manter seu caráter municipal (CMS-PoA, 2012).

Por fim, o caso da Ocupação e Municipalização do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), em 1995. Este caso se deu quando já se podia identificar tendências neoliberais de privatização dos equipamentos públicos e empresas estatais, com a proposição do Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado de 1995, de predomínio da “lógica do mercado”, e instituição das chamadas “Organizações Sociais (OS)”. Esta foi a proposta que buscava a transformação da gestão do HMIPV. Esse caso envolveu o CMS-PoA, a gestão do HMIPV, a população usuária do serviço e outros conselheiros de saúde (CMS-PoA, 2012).

## ESTABILIDADE E MUDANÇA

---

Notam-se períodos de relativa estabilidade na coordenação do CMS-PoA, como o mandato prolongado de Humberto Scorza (1997-2003) e da gestão municipal pelo PT (1989-2004), contrastando com períodos de mudanças mais frequentes. Estas variações podem refletir tanto a dinâmica interna do Conselho quanto às influências externas do cenário político municipal. É importante frisar que, com a institucionalização da participação, a atuação foi marcada sobretudo pelo seu caráter fiscalizatório. Durante esse período, observamos uma expansão significativa no desenvolvimento de espaços institucionais de participação, como conselhos de políticas públicas e mecanismos de participação no orçamento. Esse novo cenário incentivou os movimentos sociais a orientar seus membros para atuarem ativamente nesses espaços, promovendo um diálogo constante e buscando a negociação de pautas e interesses dentro dessas esferas participativas.

O Caso dos Implantes Subdérmicos (2006), um projeto de planejamento familiar para adolescentes de baixa renda, foi apresentado como “inovador”, este seria financiado por uma Organização não Governamental chamada Instituto Mulher Consciente (IMC), que, entre outras atividades, dedicava-se à pesquisa. Entretanto, o programa não seguiu os procedimentos legais adequados, deixando de cumprir as formalidades necessárias para sua validação junto à instância competente do controle social. Dessa forma, no projeto apresentado pelo CMS em vias de denúncia ao Ministério Público (MP), há menção de que o IMC ofereceria ao município suporte

técnico como contrapartida, através de uma “empresa que venderia os implantes”, o que implica que “alguém” seria responsável pela compra dos mesmos. Além disso, foi revelado em uma ata de reunião que um conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) foi incentivado a trabalhar para o IMC na captação de recursos, com seu “salário” atrelado a um percentual do valor arrecadado. Posto isso, uma decisiva articulação intersetorial ocorreu na defesa da saúde das mulheres e meninas envolvendo diversos segmentos e atores no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. É importante ressaltar que essa ação do CMS-PoA foi premiada com o prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS em 2010 (CMS-PoA, 2012).

## **TRANSIÇÃO DE PARTIDOS E AUMENTO DOS TENSIONAMENTOS POLÍTICOS**

---

O período que vai de 2005 a 2016 é marco, sem dúvida, do contexto histórico que observamos no momento a seguir. Com intensas mudanças na coordenação do CMS-PoA e dos partidos políticos na gestão municipal da cidade, acentua-se o cenário de processos judiciais como estratégia, por parte do Conselho, para controlar o Estado. Nos primeiros quatro anos deste período, sob gestão do MDB, é possível perceber que estas tratativas são resultados do teor dos conflitos da época. São exemplos o Caso do Instituto Sollus, em 2007, e o do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), criado em 2011, ano no qual já surge o processo que culmina com sua extinção em 2020.

O Caso do Instituto Sollus se deu em um contexto de crise que tomou conta da gestão do Programa de Saúde da Família (PSF) em

Porto Alegre. Desde a implementação do programa, as equipes eram terceirizadas por meio de convênios e, diante da falta de pagamento pelos serviços prestados, a entidade responsável decidiu não renovar o contrato. Esta situação vinha sendo alertada pelo CMS, mas não recebeu a devida atenção ou ações por parte do gestor municipal. Isso resultou na demissão em massa de mais de 700 trabalhadores, às vésperas de uma campanha de vacinação, deixando mais de 300 mil pessoas sem assistência nas áreas de maior vulnerabilidade social. Em resposta, o gestor municipal propôs um novo contrato de terceirização, desta vez com uma organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP) de São Paulo, o Instituto Sollus, que não tinha experiência prévia em saúde e que não foi submetido à apreciação e aprovação do CMS. Essa decisão levou o CMS a abrir uma representação junto ao Ministério Público Estadual, Federal e do Trabalho, além de uma análise pelo Tribunal de Contas do Estado e Polícia Federal, no que ficou conhecido como “Operação Pathos”. No ano em que foi realizada a “Operação Pathos”, o ex-vice-prefeito e ex-secretário da Saúde, Eliseu Santos, foi assassinado. A denúncia considera que houve uma execução motivada por vingança, haja vista que Eliseu era testemunha neste processo que apurava as denúncias de corrupção (CMS-PoA, 2012). A “Operação Pathos” se tornou pública em janeiro, Eliseu Santos foi assassinado em fevereiro, um mês após prestar depoimento à Polícia Federal.

O segundo, em que uma decisão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul declarou o IMESF inconstitucional, via Ação Direta de Inconstitucionalidade. Isto é, anulou a Lei Municipal n.º 11.062, de 6 de abril de 2011, que o regia. A extinção do IMESF

começou a ser discutida judicialmente logo após a sua criação. Instituído para gerenciar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e melhorar a atenção básica de saúde no município, sua criação foi contestada por ser considerada inconstitucional. Esta contestação se deu porque o instituto funcionava como uma fundação de direito privado, algo que não se adequava às exigências constitucionais para a administração pública. O CMS-PoA teve um papel fundamental neste processo, haja vista que, desde o princípio, rejeitou a proposta por unanimidade. A extinção do IMESF resultou na demissão de mais de mil e oitocentos trabalhadores, o que afetou diretamente a prestação dos serviços de saúde na cidade e prejuízos aos profissionais. O CMS-PoA atuou em prol da contratação destes trabalhadores pela própria prefeitura, entretanto, isto não ocorreu, o que já indicava a intenção da gestão da época em iniciar a privatização da saúde básica em Porto Alegre (Brasil de Fato, 2019).

O caso da Conquista do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013 (2009) é característico deste período. A elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) em 2010 foi possível a partir de uma ação iniciada em 2004 envolvendo o CMS e o MP. Essa articulação resultou em um acordo firmado em juízo que reconheceu o papel constitucional do Conselho de Saúde e deliberou um prazo (dezembro de 2009) para a SMS elaborar o PMS e enviar para apreciação do Conselho. Dessa forma, após correções, a última versão do plano foi aprovada, ainda com ressalvas e recomendações, pelo plenário em outubro de 2010, visando obedecer ao seu propósito de ser um instrumento de planejamento e monitoramento da gestão da saúde (CMS-PoA, 2012).

Nesse período, ocorreu o caso da Municipalização do Murialdo (2009). Por integrar ensino e serviço e estar vinculado à Escola de Saúde Pública Estadual, o CS Murialdo e suas oito unidades de Atenção Primária não foram incluídos no processo de municipalização da Rede Ambulatorial da cidade, que ocorreu em 1996. O debate sobre a municipalização se estendeu por mais de uma década, passando por vários governos municipais e estaduais sem que se chegasse a um acordo. Finalmente, a municipalização do CS Murialdo foi realizada no início de 2009, por meio de uma intervenção do Ministério Público de Saúde do Estado (MPE) (CMS-PoA, 2012).

Por fim, temos o caso do Hospital Luterano e Hospital Independência (2010), que tiveram suas atividades suspensas devido à paralisação da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Com os hospitais fechados e sem perspectivas reais de reabertura pela ULBRA, diversos movimentos surgiram para transferi-los para outras empresas privadas. Em resposta, uma articulação política entre o Conselho, o Ministério da Educação (ME) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) resultou em uma reunião que contou com a participação de vários órgãos públicos e entidades da sociedade civil. Esse encontro reabriu o debate e iniciou a construção de uma nova alternativa para o futuro desses hospitais. Em seguida, após uma reunião em Brasília entre representantes da gestão municipal de saúde, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Estadual de Saúde (CES), da Procuradoria Geral do Município (PGM), além do próprio ME e do HCPA com a Advocacia Geral da União, a SMS formalizou seu interesse em assumir a gestão do Hospital Independência, em parceria com outra entidade (CMS-PoA, 2012).

Este período coincide aproximadamente com o ciclo ou fase desdemocratizante que Müller e Fedozzi (2024) identificaram no OP de Porto Alegre, um processo de desempoderamento que, segundo os autores, se aprofunda em 2017. Nossa análise sobre o CMS-PoA encontrou paralelos com o OP e, após 2017, também concluímos sobre um aprofundamento do rechaço à participação nestes arranjos de democracia participativa, como veremos a seguir.

### **PERÍODO LATENTE: INTENSIFICAÇÃO DOS CONFLITOS ENTRE O CMS-POA E O EXECUTIVO MUNICIPAL**

---

De 2017 aos dias atuais, isto é, a partir da gestão do PSDB e subsequente retorno do MDB, reflete-se o maior momento de tensão identificado até aqui. O que antes exploramos como as táticas do Conselho (via judicialização) para garantir o que estava previsto em lei, agora identificamos como um novo fenômeno: a utilização, por parte do executivo municipal, de artifícios legais para aplicar o silêncio, induzir a omissão de forma coercitiva, com o objetivo de desestabilizar as representações, em uma evidente desconstrução do que é previsto nas institucionalidades dos arranjos participativos.

Para demonstrar isso, temos quatro casos emblemáticos: 1) O Impedimento das Eleições, em 2018; 2) A Tentativa de Criminalização do CMS-PoA, em 2019; 3) a Manifestação: Ato de Protesto, em 2019; 4) Os projetos de lei e a lei que visavam minar o caráter deliberativo do CMS-PoA.

O Impedimento das Eleições, em 2018, refere-se à determinação do Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre da

época, no uso de suas atribuições legais, acerca da participação, do encaminhamento, da posse e do acesso por parte dos servidores públicos em relação a atividades e vínculos no Conselho Municipal de Saúde. A justificativa foi fundamentada em supostas irregularidades em determinados atos, sujeitos a processo administrativo disciplinar em caso de não observância de conduta funcional e prática de atos administrativos em desacordo com os preceitos legais e constitucionais, formalizados em memorando (Processo SEI, 2018). À vista disso, a chapa eleita para o CMS-PoA tomou posse fora das dependências da Secretaria Municipal de Saúde.

A Tentativa de Criminalização do CMS-PoA, em 2019, teve como desdobramentos diversas tratativas legais: 1) procedimento administrativo de acompanhamento de instituições; 2) ofício; 3) inquérito, até a; 4) retrospectiva e arquivamento. Neste caso, o Gabinete do Secretário Municipal de Saúde solicitou informações (dados pessoais) de um conselheiro, além de esclarecimentos de sua atuação junto ao CMS-PoA, alegando que o supracitado membro do Conselho incitou a prática de crime contra a atual gestão pública e demais servidores públicos que atuam na gestão, ao referir-se ao ex-secretário municipal de Saúde, Eliseu Santos, assassinado em fevereiro de 2010. Diante do exposto, demandou providências do CMS-PoA para apuração e responsabilização das condutas ilícitas referenciadas em Processo Administrativo via Sistema Eletrônico de Informação (SEI), bem como esclarecimentos e posicionamento do Conselho quanto ao exposto em plenária.

Nesse período, é importante ressaltar a ausência da representação do secretário de Saúde nas plenárias do CMS-PoA e na 8ª Conferência Municipal de Saúde. Dessarte, o CMS-PoA anuncia renúncia e comunica o CES. A SMS, respaldada pela PGM, entra com uma Ação Civil Pública com Pedido de Tutela de Urgência de Natureza Antecipada, imputando o Conselho acusando-o de conduta ilegal, mas solicitando a sua permanência. Isto é, receosos em perder o repasse dos recursos para o Fundo Estadual de Saúde, considerando a Lei n.º 8.142/1990, que determina que os recursos da saúde, repassados pelos governos estaduais e federais aos municípios, estão condicionados à existência de Conselhos de Saúde ativos e deliberativos.

O caso da Manifestação: Ato de Protesto, em 2019, culminou na utilização da Lei Antivandalismo contra a coordenadora do Conselho no momento, sendo levada também ao Judiciário. Requerendo manifestação quanto à participação e concordância com os atos irregulares constatados pela Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC) de Porto Alegre, a SMS solicitou esclarecimentos quanto a um material (caixas de papelão) alusivas ao ato, que deixavam mensagens de protesto e, segundo o Gabinete do Secretário, armazenavam conteúdo falso e impediam a circulação e a mobilidade no prédio da Secretaria Municipal de Saúde (Processo SEI, 2019). Além da dificuldade de comunicação entre a coordenação do Conselho e o Poder Executivo, que foi se acentuando, nota-se a tentativa de descaracterizar a institucionalidade do CMS. Identificamos a utilização controversa da judicialização e a conseqüente burocratização, desmobilizando

não só as ações do Conselho, mas com transtornos pessoalizados a determinados atores e atrizes.

Ainda, incidindo sobre o arcabouço legal, temos mais três iniciativas: 1) o Projeto de Lei 16, em 2016; 2) O Projeto de Lei Complementar 026, em 2021; 3) A Lei Complementar Municipal (LMC) 955, em 2022. Estes casos envolvem tentativas de modificar a legislação que regula o funcionamento do CMS, realizadas por duas gestões distintas, cada uma vinculada a partidos diferentes. O primeiro, foi uma proposta de Lei do CMS, aclamada e encaminhada para aprovação da Câmara. Todavia, o projeto não tramitou e acabou sendo arquivado. O segundo, repudiado via Nota Pública do CNS, atribuía caráter consultivo ao CMS-PoA e retirava dele a competência de aprovar as diretrizes na elaboração do Plano Municipal de Saúde, do Plano Plurianual e do Orçamento, contrário à Lei 8.142/1990, que regulamenta a participação social no SUS. O terceiro, retirava poderes do Conselho e alterava as regras de composição, sem qualquer consulta aos membros do controle social, revogando as leis anteriores.

É claro que não podemos deixar de citar, nacionalmente, o infame Decreto n.º 9.759, de 11 de abril de 2019, que estabeleceu diretrizes, regras, limitações e extinguiu colegiados da administração pública federal instituídos por decreto ou ato normativo inferior. Na cidade, as gestões municipais do PSDB e a última do MDB demonstraram estar sintonizadas com este viés de gestão refratário ao arcabouço participativo brasileiro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A cronologia apresentada alinha-se com as três fases históricas identificadas na metodologia do estudo:

1. Fase de consolidação (1986-2004): caracterizada pela retomada democrática com eleição direta para prefeitura e a estabilidade na coordenação e na gestão municipal do PT;
2. Fase de transição (2005-2016): marcada por mudanças mais frequentes na coordenação e alternância de partidos no executivo;
3. Fase de intensificação de conflitos (2017-2022): coincide com a gestão do PSDB e subsequente retorno do MDB, potencialmente refletindo um período de maior tensão entre o CMS-PoA e o Executivo municipal.

Esta análise cronológica fornece um pano de fundo essencial para compreender as transformações nas relações entre o CMS-PoA e o Poder Executivo ao longo do tempo. As mudanças na coordenação do Conselho, em conjunto com as transições políticas no Executivo municipal, oferecem reflexões sobre os desafios enfrentados pelo controle social em saúde em Porto Alegre, incluindo questões de judicialização, burocratização e possíveis tentativas de deslegitimação do Conselho.

Uma limitação significativa do nosso estudo é o fato de termos focado apenas na perspectiva do CMS. Acreditamos que entrevistas com secretários de Saúde e outros atores que participaram desse processo do ponto de vista governamental são importantes para

entender os aspectos simbólicos, dilemas éticos e questões práticas que sustentam as posições políticas desses atores, levando-os a discordar do modelo participativo brasileiro. Entretanto, esta limitação se deve, sobretudo, pela posição política da qual partimos para a escrita deste texto, que defende os mecanismos de participação e o envolvimento da sociedade nos processos decisórios relacionados às políticas públicas, como condição necessária para o aprimoramento dos direitos sociais e políticos.

## REFERÊNCIAS

---

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, v. 14, n. 1, p. 43–64, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-62762008000100002>. Acesso em: 27 out. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde; Revoga (RES. 333/03). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-453.pdf/view>. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL DE FATO. Cláudio Augustin explica como extinção do IMESF é tentativa de privatização da saúde. **Brasil de Fato**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/09/19/claudio-augustin-explica-como-extincao-do-imefs-e-tentativa-de-privatizacao-da-saude>. Acesso em: 24 set. 2024.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Ocupação PAM 3 - Parte 1**. YouTube, 20 out. 2012. 14min11s. Disponível em: [https://youtu.be/y9wAK\\_LxOh4?si=FTe06t6GHK6KpwDn](https://youtu.be/y9wAK_LxOh4?si=FTe06t6GHK6KpwDn). Acesso em: 25 out. 2024.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Ocupação PAM 3 - Parte 2**. YouTube, 20 out. 2012. 3min29s. Disponível em: <https://youtu.be/RRZriXkKAUY?si=2ZQBLZ4aQlojL7Cm>. Acesso em: 25 out. 2024.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Conselho Municipal de Porto Alegre: 20 Anos de Lutas e Realizações no Exercício do Controle Social do SUS (1992-2012)**. Porto Alegre: CMS-PoA, 2012. Disponível em: [https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu\\_doc/livro1.pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/livro1.pdf). Acesso em: 25 out. 2024.

CÔRTEZ, S. As origens do vigor da participação dos usuários na área de saúde em Porto Alegre. In: LIMA, A. P.; MACHADO, F. V.; GARCIA, M. L. O.; ALTAMIRANO, M. M.; MELO, V. R. C. (orgs.). **Reinventando a participação no SUS: o controle social em defesa da Democracia e do Direito à Saúde? 30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre!**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, v. 1, p. 33-50, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/9786554621229>. Acesso em: 25 out. 2024.

LIMA, A. P.; MACHADO, F. V.; GARCIA, M. L. O.; ALTAMIRANO, M. M.; MELO, V. R. C. (Orgs.) **Reinventando a participação no SUS: o controle social em defesa da Democracia e do Direito à Saúde? 30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre!** Porto Alegre: Editora Rede Unida, v. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/9786554621229>. Acesso em: 25 out. 2024.

MÜLLER, I. D.; FEDOZZI, L. Democratização e desdemocratização na metrópole de Porto Alegre: três décadas do Orçamento Participativo. **Opinião Pública**, [s. l.], v. 30, p. e30113, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0191202430113>. Acesso em: 27 out. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Processo SEI n.º 18.0.000017192-8** [despacho]. Porto Alegre: GS-SMS; 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Processo SEI n.º 19.16.000065634-1** [gestão e controle — comunicação: solicitação de informação entre órgãos]. Porto Alegre: GF-EPTC; 2019.

RENNÓ, L.; SOUZA, A. A metamorfose do orçamento participativo: mudança de governo e seus efeitos em Porto Alegre. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], v. 20, n. 41, p. 235-252, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782012000100014>. Acesso em: 27 out. 2024.

SILVIA, M. K. **Construção da Participação Popular: análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS**. 2001. Tese (Doutorado em Sociologia), Programa de Pós-graduação em Sociologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SOUZA, C. Construção e consolidação de instituições democráticas: papel do orçamento participativo. **São Paulo em Perspectiva**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 84-97, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392001000400010>. Acesso em: 27 out. 2024.



# COMPARTILHANDO SABERES: AÇÃO DE EXTENSÃO VIVENCIADA JUNTO A UM ASSENTAMENTO DO MOVIMENTO SEM TERRA

Berenice de Freitas Diniz  
Jacqueline do Carmo Reis

## ENCONTRO ENTRE SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE

---

Esse é o relato de experiência realizada pelo Projeto de Extensão “Farol: Construção coletiva de saberes e práticas em saúde no MST”, ocorrido no ano de 2023 e desenvolvido pelos discentes e docentes dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), no município de Betim, em Minas Gerais. Encontro esse que se estabeleceu a partir das necessidades e demandas de saúde de um assentamento localizado no mesmo município onde está situada a universidade.

Sabe-se que o papel dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) é a trajetória pela busca de justiça social, fraternidade e equidade no campo, estabelecendo-se o acesso à terra para produção e como lugar de vida. Todavia, essas comunidades enfrentam desafios no que tange à saúde e à falta de garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale

destacar problemas relacionados ao acesso, aos determinantes sociais, às condições sanitárias precárias, à insuficiência de estratégias de promoção da saúde, à prevenção, à recuperação e à reabilitação, além da estigmatização e dos preconceitos sofridos. Em referência ao conceito ampliado de saúde vivenciada na prática por essa população, para o Movimento, lutar por saúde é lutar por tudo aquilo que nos oprime (MST, 2024).

Como possibilidade de reflexão e transformação da realidade, uma educação libertadora é urgente e necessária. Nesse sentido, no SUS a Educação em Saúde se faz presente, devendo acontecer como diretriz transversal a todas as políticas de saúde. Tal estratégia encontra-se nos serviços de saúde em todos os âmbitos, capilarizada em todo território nacional e devendo acontecer de forma mais democrática com a gestão participativa. Nesse campo, também está a Educação Popular em Saúde, um lugar de saberes e práticas que emergem das vivências singulares dos territórios. Portanto, esse é um lugar de encontro e de interlocução onde vários protagonistas, como os movimentos sociais, profissionais de saúde, professores, pesquisadores e usuários do SUS, se estabelecem como sujeitos construtores desse processo e desses saberes, conforme afirmado no Caderno de Educação Popular em Saúde publicado pelo Ministério da Saúde,

As ações de Educação Popular em Saúde impulsionam movimentos voltados para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde direcionando-as para o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização,

participação e controle social. Ao trabalhar com atores sociais, a Educação Popular contribui para a construção de cenários nos quais os movimentos populares possam se fazer presentes, apresentando novas temáticas, experiências e desejos (Brasil, 2007, p. 16).

Nesse contexto, a extensão universitária surge como uma forma de interação entre a universidade e a comunidade na qual está inserida, traduzindo-se como uma ponte permanente entre a instituição de ensino superior e a sociedade (PUC Minas, 2012). A PUC Minas se destaca nesse cenário por estabelecer ações que abarcam o compromisso com os valores de solidariedade e justiça e sobre os quais estão estruturadas suas ações no campo do Ensino, da Pesquisa e da Extensão.

O projeto junto ao MST é um exemplo dessas ações cujo protagonismo das pessoas no processo do cuidado em saúde e as reflexões sobre o território emergiram por meio da aproximação entre a universidade e esse movimento, processo todo construído de forma dialógica e compartilhada.

Considerando o cenário encontrado, foram integradas ações emergenciais, com outras ações estruturadas, a partir de uma análise da situação de saúde local, que teve por escopo o necessário mapeamento dos serviços e iniciativas já existentes no assentamento do MST. Foram levantados os principais problemas de saúde que afetam as famílias, as práticas religiosas presentes, além do mapeamento dos serviços públicos de saúde, de educação e de assistência social que devem cumprir com seus deveres, possibilitando o acesso à saúde de forma integral e universal.

A partir desse prisma, foi substancial o desenvolvimento de ações de maneira que fossem alicerçados novos e diferentes saberes confluentes. O encontro com a comunidade permitiu o intercâmbio de conhecimentos, o envolvimento com questões sociais e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde a partir de um olhar holístico, em que as diversas visões de mundo foram respeitadas. O objetivo aqui é relatar o percurso desse projeto, em que foram envolvidas ações pedagógicas e metodológicas, por meio de reflexões nas quais os diversos sujeitos construíram coletivamente possibilidades de ações de saúde, a partir do e com o território.

## ANDANDO PELO TERRITÓRIO

---

Iniciamos o nosso trabalho em março de 2023 com o objetivo preliminar de conhecer a realidade dessa comunidade. Durante os encontros e conversas com as lideranças, foram apresentados a história e o cenário atual do Assentamento Dois de Julho, que se encontra situado em Betim (MG), na Antiga Fazenda Ponte Nova – Rodovia MG 050, km 7. Localiza-se na jurisdição da Regional Vianópolis, conhecida região rural do município de Betim. Os limites da Fazenda Ponte Nova encontram-se localizados na divisa dos municípios de Betim, Juatuba e Esmeraldas, todos integrantes da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), e são banhados pelo Rio Paraopeba e pelo Ribeirão Pimentas.

O assentamento foi assim nomeado devido ao fato de a então Fazenda Ponte Nova ter sido ocupada pelos camponeses em 2 de julho de 1999. Inicialmente, ocuparam a fazenda cerca

de 102 famílias, que ficaram acampadas até serem assentadas, o que correu 10 anos depois. O Decreto de Desapropriação do assentamento foi assinado no ano de 2009. Nesse ínterim, ele está se consolidando como uma política de Reforma Agrária, com o uso da agricultura familiar, que já vinha despontando desde a época do acampamento como uma das maiores da região. Alguns moradores já conseguiram acessar crédito por meio do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF). Os produtos agrícolas, além de serem negociados em feiras livres, eram negociados com o Programa Alimentação Escolar (PNAE). O assentamento é um empreendimento de Reforma Agrária gerido pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

As pessoas assentadas têm origens diversas: carpinteiros, cuidadoras, pedreiros e muitos desempregados da cidade grande, em busca de uma vida mais digna no campo. Contudo, predomina o perfil de camponeses expropriados ou com vínculos anteriores ao campo, que tiveram suas possibilidades de permanecer ligados à terra cerceadas por diversas razões, encontrando no assentamento uma oportunidade de retorno às suas origens.

A maioria nasceu em Minas Gerais, com maior concentração na região do Vale do Rio Doce. Antes de ocuparem o assentamento Dois de Julho, viviam em áreas próximas a indústrias, como nos bairros PTB, em Betim, e Ouro Negro, em Ibirité. A inserção dessas pessoas no MST é diversa: alguns participam desde a ocupação, em 1999, enquanto outros ingressaram a partir de 2008. O nível de escolaridade também varia, sendo a interrupção dos estudos em diferentes momentos da vida uma característica marcante do grupo.

A chegada dessas pessoas ao assentamento representou um reencontro com a terra, um momento marcado por muita luta e resistência, já que passaram mais de 10 anos acampados lutando pela posse da terra. Foram anos difíceis, vivendo sob lonas pretas, em barracos de bambu ou casas de pau a pique. Apesar das adversidades, não desistiram de fazer o que sabiam de melhor: lavrar e cuidar da terra. Assim, amansaram muitos hectares, onde cultivaram culturas anuais como milho, feijão de diversas espécies, arroz, hortaliças, milho de pipoca, amendoim, mandioca e abóbora, além de criarem galinhas, porcos, gado leiteiro, entre outros.

Um fato marcante na história do Assentamento ocorreu no ano de 2019. As famílias foram afetadas profundamente pelo crime ambiental decorrente da ruptura da barragem da Mina Córrego do Feijão da Vale, em Brumadinho, que contaminou as águas do Rio Paraopeba. Conforme mencionado, o assentamento se localizava às margens desse rio e utilizava suas águas para hortas, criação de animais e pesca.

Considerada uma área vulnerável, com grande escassez de recursos socioeconômicos, a situação do assentamento se agravou após a tragédia mencionada, pois o rompimento da barragem impossibilitou a captação de água do rio. Esse fato comprometeu o acesso à água tanto para o consumo humano quanto para a produção de alimentos e a pesca, impactando diretamente a saúde dos moradores.

Para piorar o cenário, o assoreamento do Rio Paraopeba, causado pelo rompimento, intensificou as inundações nas terras próximas às margens do rio. Além disso, a lama deixada após o alagamento exterminou toda a vegetação local e gerou uma

poeira tóxica, que vem provocando problemas respiratórios e de pele nos habitantes.

Atualmente, cerca de 70 famílias vivem no assentamento em condições precárias, sem acesso à água do rio, mas continuam resistindo e lutando por terra, saúde, moradia e dignidade.

## **O CAMINHO PERCORRIDO ATÉ A TERRA PRODUTIVA**

---

O foco da proposta metodológica e a razão de submetermos esse projeto foram os moradores do Assentamento 2 de Julho e a vulnerabilidade evidenciada. A escolha desse local deu-se a partir de uma ação de saúde realizada por alunos do curso de Medicina da PUC Minas, no ano de 2022. A Unidade Básica de Saúde de Vianópolis, pertencente à área de abrangência do território do assentamento, recebe alunos do Internato de Medicina de Família e Comunidade (IMFC). Os alunos realizaram atendimentos domiciliares e ações de saúde no assentamento, que evidenciaram as precárias condições sanitárias e a necessidade de uma maior integração entre os serviços de saúde e essa comunidade. A partir dessas observações, surgiu a proposta de desenvolver um projeto de extensão.

As demandas identificadas foram apresentadas à professora coordenadora, que buscou estabelecer parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde de Betim (SMS). Para enfrentar os problemas apontados, o projeto integrou cursos da área da saúde do Campus Betim da PUC: enfermagem, fisioterapia, psicologia e medicina, com a participação de 15 acadêmicos extensionistas selecionados pelas professoras coordenadoras.

A coordenação do projeto contou com três professoras das disciplinas de saúde coletiva, uma médica da UBS de referência – que também atuou como preceptora do internato de medicina de família e comunidade – além de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, vinculados à Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/Gerência de Educação em Saúde.

A seleção dos extensionistas voluntários para a participação no projeto foi realizada por meio de carta de interesse e entrevista, no mês de março de 2023. Após a aprovação do projeto pela Pró-Reitoria de Extensão e a divulgação interna das vagas por meio do Sistema de Gestão Acadêmica da PUC, os extensionistas foram selecionados levando em conta o critério da multidisciplinaridade. O interesse individual em participar desse projeto levou em consideração o compromisso demonstrado com a proposta apresentada, as possíveis contribuições e a disponibilidade de horários. Era fato que o percurso requereria as disponibilidades intelectual e de tempo para a execução da proposta.

Após o processo seletivo dos acadêmicos, entre abril e dezembro de 2023, foram realizados encontros virtuais e presenciais, semanais, com a participação de docentes e discentes, para abordar questões relativas ao planejamento e à execução do projeto, além de realizar reflexões embasadas em referências bibliográficas da educação popular em saúde, metodologias ativas, direitos humanos, direito à terra, à saúde, determinantes sociais em saúde, dentre outras que foram sendo suscitadas no decorrer do projeto.

Toda a proposta foi baseada em uma perspectiva freiriana, com a problematização a partir da realidade e

reflexões sobre a transformação e o protagonismo dos sujeitos envolvidos. Para isso, as atividades foram organizadas em formato de oficinas, priorizando a participação das pessoas que integravam o núcleo de saúde do assentamento. Essas oficinas foram planejadas com base nas demandas apresentadas pelos moradores do assentamento e realizadas aos finais de semana, em dias e horários definidos por eles, para favorecer a participação dos camponeses.

O projeto buscou cumprir a diretriz de fomentar a promoção da emancipação e a acessibilidade à cidadania dos indivíduos, por meio da construção coletiva das oficinas e da elaboração de material educativo, fundamentado nos princípios teóricos e metodológicos da educação popular em saúde.

[...] o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (Brasil, 2007).

O planejamento das ações do projeto foi realizado conforme as competências das docentes, dos discentes da PUC Minas e dos parceiros da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, a partir dos seguintes eixos estruturantes:

- Realização de ações educativas e socioculturais emancipatórias;

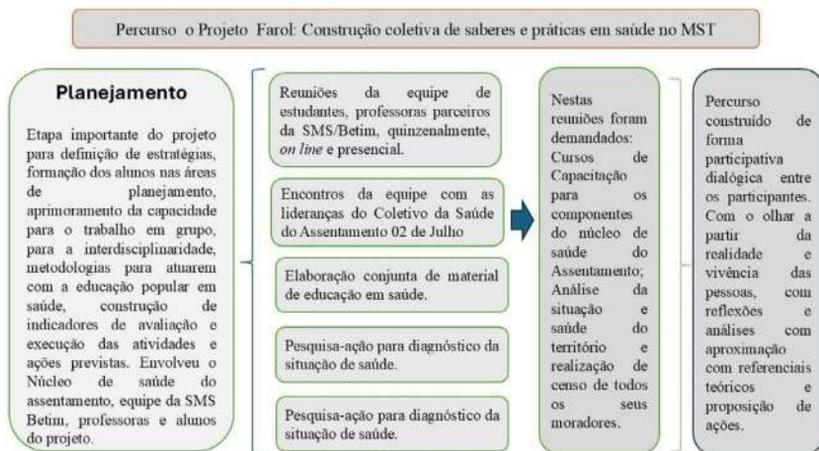
- Formação de multiplicadores por meio de oficinas;
- Manutenção e fortalecimento das parcerias já estabelecidas com o MST e identificação de novos parceiros para o cumprimento do projeto;
- Formação de acadêmicos com olhar diferenciado para os camponeses que lutam pelo direito à terra;
- Realização de ações para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos moradores do assentamento;
- Realização de atividades com foco no cuidado em saúde.

A gestão das ações foi pautada nos seguintes tópicos principais:

- Organização da equipe com docentes e discentes para a realização das oficinas com a seleção de acadêmicos;
- Capacitação dos alunos para a realização dos trabalhos com foco no referencial teórico da Educação Popular em Saúde;
- Organização do material trabalhado nas oficinas e produção de materiais educativos;
- Produção de artigos e trabalhos acadêmicos apresentados em eventos científicos;
- Capacitação para a produção de vídeos educativos.

Todo o percurso do projeto foi realizado conforme apresentado na Figura 1.

**Figura 1.** Percurso do projeto de extensão: Farol: Construção coletiva de saberes e práticas em saúde no MST. PUC Minas, 2023



Fonte: Elaborada pelas autoras a partir do projeto executado.

Inicialmente, foram utilizados métodos participativos de levantamento de problemas, estratégias de pesquisa-ação e estimativa rápida visando ampliar o diagnóstico da situação de saúde e o reconhecimento das reais necessidades e demandas de saúde dentro do assentamento.

Conhecer a história e a realidade vivenciada pela população residente no território do Assentamento Dois de Julho permitiu que docentes, discentes e parceiros do projeto de extensão pensassem em iniciativas de intervenção que dialogassem com as reais necessidades e demandas de saúde da comunidade.

A aproximação com o cotidiano das pessoas residentes no território teve início em 2023, por meio de reuniões on-line, que começaram a construir um retrato da configuração social do

assentamento, incluindo suas potencialidades e tensões inerentes à vida em comunidade. Essas reuniões contaram com a participação da comunidade acadêmica, de parceiros da Secretaria Municipal de Saúde de Betim e de lideranças do assentamento. Esse contato inicial com a comunidade também possibilitou a problematização dos processos e práticas de produção do cuidado em saúde oferecidos pelo SUS local, bem como daqueles desenvolvidos a partir do conhecimento popular.

Conhecer a situação de saúde de um determinado território consiste em uma etapa fundamental para o planejamento e a contextualização dos problemas a serem enfrentados, para determinar prioridades e embasar a tomada de decisão. Para isso, precisamos aprender profundamente as potencialidades e as fragilidades presentes no território. Buscamos compreender os problemas de saúde locais e suas causas, as crenças e costumes que afetam a saúde dos seus moradores, além das estruturas familiar, social e comunitária.

Cientes disso, iniciamos nossas caminhadas pelo território na busca de informações para subsidiar a nossa prática e realizamos encontros presenciais para levantamento de problemas. Foi construído um roteiro com perguntas relacionadas a questões sociodemográficas, epidemiológicas e de acesso aos serviços de saúde para nos guiar na compreensão dos fatores contextuais que impactam na saúde das pessoas residentes no assentamento.

Focou-se também em estratégias para estimular a autorreflexão coletiva a fim de melhorar a racionalidade e a compreensão de suas próprias práticas em saúde, como também

o entendimento de situações sociais e culturais em que essas práticas emergiam (Toledo; Jacob, 2013). Para alcançarmos esse objetivo, produzimos rodas de conversa que inseriram o direito à saúde como um ato político voltado para a transformação social. Em reunião com os membros do núcleo de saúde do assentamento, foram levantadas demandas e problemas relacionados a: situação precária de moradia, interrupção da produção agrícola devido à contaminação da água, necessidade de processos de educação em saúde, dificuldade de acesso à UBS de referência, cuidado com o meio ambiente, melhoria das relações interpessoais e fortalecimento do núcleo/coletivo de saúde.

A partir dessas demandas, grupos de alunos do projeto e seus respectivos professores reuniram-se para desenvolver uma estratégia de levantamento de problemas junto ao assentamento. Essa etapa, denominada diagnóstico, foi realizada utilizando a metodologia de tempestade de ideias, abordando as temáticas identificadas pelos integrantes do núcleo de saúde.

A abordagem definida buscou favorecer a construção coletiva de saberes e práticas dentro da comunidade, adotando a metodologia da problematização. Para o levantamento de problemas, toda a comunidade foi convidada, por meio de suas lideranças, a participar de uma roda de conversa realizada em abril de 2023, na qual foi aplicada a técnica de tempestade de ideias, conforme apresentado na Figura 2.

**Figura 2.** Tempestade de ideias. Projeto de Extensão “Farol: Construção coletiva de saberes e práticas em saúde no MST. PUC Minas, 2023



Fonte: Fotografia realizada pelos/as alunos/as do projeto.

Os moradores foram convidados a escrever em tarjetas os problemas e necessidades de saúde locais. As tarjetas eram afixadas em um painel, a fim de orientar a construção coletiva de um retrato das causas e consequências dos problemas de saúde identificados pela comunidade. Os eixos centrais abordados foram: Cuidados de Saúde, Meio ambiente, Educação em Saúde, Produção Agrícola, Coletivos de Saúde e Relações Interpessoais. Nessa roda de conversa com os moradores, utilizamos também a técnica de observação participante, que possibilitou os levantamentos das condições sanitárias e de problemas-chave relacionados à avaliação da situação de saúde local. A partir disso, foi realizado um levantamento de informações

que proporcionou uma visão abrangente sobre as necessidades e demandas da população residente.

Essa metodologia favoreceu a participação dos moradores e permitiu que eles elencassem os problemas prioritários da comunidade e que necessitavam de intervenções. Segundo Araújo *et al.* (2021), o Planejamento Local em Saúde é uma potente ferramenta para a busca de informações e se faz necessário à sua adequação a cada realidade. Diante dos problemas levantados, foram possibilitadas discussões e reflexões sobre as consequências intrínsecas e complexas do território que impactam diretamente a qualidade de vida local. Dessa forma, identificou-se que o assentamento desenvolve um espaço de convivência por meio de estratégias coletivas para solucionar alguns problemas, como o sistema agroflorestal, que promove o plantio e a colheita compartilhada, aliado à recuperação da vegetação e do solo. Atualmente, dez famílias participam da iniciativa agroflorestal, e há interesse em ampliar as adesões dentro do assentamento. Indiretamente, realizar esse trabalho de forma compartilhada promove a socialização interna e contribui para a melhoria da saúde mental da comunidade.

Ainda com base na análise da situação de saúde, foi identificada uma alta incidência de dengue e chikungunya, com diversos moradores contraindo uma dessas arboviroses. Isso evidenciou a necessidade de uma intervenção mais efetiva da gestão municipal no enfrentamento à proliferação do mosquito vetor e na implementação de ações territorializadas. Além disso, nota-se que o acesso a bens e serviços é negligenciado para essa população,

frequentemente marginalizada, reforçando a importância da criação de políticas públicas para modificar essa realidade e garantir os direitos previstos em lei.

Para abordar essas questões, foi elaborado material didático para educação em saúde, incluindo vídeos educativos e cartilhas impressas, que serão divulgados na comunidade. Esses materiais foram planejados e produzidos de forma colaborativa com os integrantes do Núcleo de Saúde do Assentamento, por meio de encontros presenciais, com o objetivo de manter e fortalecer o protagonismo dos sujeitos envolvidos.

Para a organização das oficinas e dos materiais educativos, as professoras, os acadêmicos e os parceiros da SMS/Betim realizaram encontros prévios para a definição dos recursos necessários para o desenvolvimento das ações, além de reuniões com representantes do MST para a definição de demandas e necessidades pautadas pelos reais problemas de saúde identificados no diagnóstico. Importante destacar que essas ações foram realizadas na associação comunitária do assentamento, que é um espaço de uso coletivo, nas casas e nos quintais dos moradores. Em todos esses momentos, houve a partilha de lanches e almoço preparados de forma coletiva.

Os objetivos e as atividades planejadas para este projeto estão alinhados às diretrizes da Política Nacional de Extensão Universitária, que estabelece a necessidade de interação dialógica entre a universidade e a comunidade, valorizando o saber popular, além de promover a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, a indissociabilidade entre ensino e extensão, e os impactos na formação dos estudantes e na transformação social.

## CONHECENDO E PREPARANDO A TERRA

---

Atualmente, o assentamento abriga cerca de 70 famílias assentadas e, considerando filhos e agregados, chega a aproximadamente 400 habitantes. Nesse contexto, as informações coletadas pelos extensionistas junto aos moradores foram fundamentais para a reflexão e o enfrentamento de problemas sociais, econômicos, culturais e ambientais que afetam as condições de vida e saúde dessa população. Um dos desafios enfrentados pelos cursos da área da saúde é a superação de uma tradição formativa que privilegia o modelo biomédico de ensino, em detrimento de uma visão multidimensional dos processos sociais, culturais e econômicos que impactam a saúde. Essa abordagem limitada reflete-se na formação insuficiente dos profissionais de saúde no que diz respeito à compreensão do caráter multifacetado do cuidado, resultando em um distanciamento dos graduandos em relação às questões políticas, socioeconômicas e científicas, enquanto se prioriza o conhecimento técnico (Marco, 2006).

Como consequência, mesmo que os profissionais recebam uma base para lidar com desafios tecnológicos, eles muitas vezes demonstram pouca sensibilidade para o uso social da ciência, com habilidades limitadas para integrar o conhecimento do senso comum como retroalimentação para o conhecimento científico.

Nesse cenário, a Política Nacional de Extensão Universitária do ano de 2012 aborda a necessidade de unir as demandas da sociedade ao conhecimento acadêmico, sendo primordial para isso estar no território e compreender as necessidades das populações e atuar em

busca das transformações das iniquidades e vulnerabilidades a que elas estão submetidas. A PUC Minas se destaca no cenário universitário por estabelecer ações que abarcam o compromisso com os valores de solidariedade e justiça e sobre os quais estão estruturadas suas ações no campo do Ensino, da Pesquisa e da Extensão.

O projeto desenvolvido junto ao MST é um exemplo dessas ações, e, com foco no protagonismo das pessoas no processo de cuidado em saúde, a proposta integra ações emergenciais com outras estruturadas a partir de um diagnóstico da situação de saúde local. Esse diagnóstico abrange: o mapeamento dos serviços e iniciativas já existentes no assentamento do MST, a identificação dos principais problemas de saúde que afetam as famílias, os núcleos que discutem as necessidades de cada área dentro do acampamento, as práticas religiosas, e o mapeamento dos serviços públicos governamentais de saúde, educação e assistência social, que têm o dever de garantir o acesso universal à saúde básica.

Sob essa perspectiva, é essencial o desenvolvimento de ações junto à comunidade, de forma a alicerçar novos e variados saberes, promovendo a confluência entre os conhecimentos popular e científico. Essa abordagem visa garantir o intercâmbio de conhecimentos, o engajamento com questões sociais e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde a partir de uma visão holística, respeitando as diversas perspectivas e modos de vida.

O foco do projeto foi a realização de atividades relacionadas à promoção e educação em saúde, integrando os cursos de graduação, além de propor uma articulação com outros setores da saúde pública. As ações de promoção da saúde que norteiam o projeto estão alinhadas

com referências teóricas contemporâneas e com os princípios éticos e políticos estabelecidos na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. Essas recomendações consideram os territórios, os modos de vida singulares das populações, as questões sociais e culturais, e a participação ativa das pessoas nos processos de mudança.

## O PLANTIO COLETIVO E O CUIDADO COM A TERRA

---

O projeto propôs a realização de oficinas para desenvolver atividades de promoção e de educação em saúde, além de contribuir no processo de engajamento na luta pelo direito à terra. A partir do diagnóstico, foi possível organizar as intervenções, conforme descritas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Descrição das intervenções realizadas e resultados. Projeto de Extensão “Farol: Construção coletiva de saberes e práticas em saúde no MST. PUC Minas, 2023

| <b>Intervenção</b> | <b>Descrição da Atividade</b>                                                                                                                                                                                             | <b>Principais Resultados</b>                                                                                                                                                             |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Censo              | O Censo foi realizado com visita às moradias no assentamento. Essa atividade teve por objetivo nortear as atividades do projeto e ajudar as lideranças do assentamento na atualização das informações sobre os moradores. | Foram visitadas 46 moradias e coletadas informações sociodemográficas e epidemiológicas que foram repassadas em documento e apresentadas em reunião, para as lideranças do assentamento. |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boletim da dengue                                  | Foram realizadas visitas domiciliares para orientações sobre cuidados e prevenção da dengue.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Foram entregues boletins informativos com orientação sobre a dengue em 46 domicílios. Nessa entrega foi estabelecida uma conversa sobre a prevenção, a necessidade de cuidado com o território e as ações coletivas necessárias.                                                                                                                                               |
| Capacitações para o núcleo de saúde                | Foram realizadas oficinas de capacitação para os componentes do Núcleo de Saúde do Assentamento 2 de Julho, aberto para a participação dos moradores dos acampamentos Pátria Livre e Zequinha. As oficinas ocorreram em dois sábados, nos turnos da manhã e tarde, sendo:<br>30/09/23: no laboratório de Integração e Simulação da PUC Betim<br>28/10/23: no acampamento Zequinha                                                                                | Foram capacitados 26 camponeses para prestarem os primeiros cuidados e reconhecerem situações de risco nas seguintes temáticas: queimaduras e feridas, Diabetes e Hipertensão, ansiedade, depressão, álcool e outras drogas, fraturas, acidentes com animais peçonhentos e crises convulsivas.                                                                                 |
| Ações de vacinação, orientação e promoção da saúde | Foi realizado um dia de vacinação no assentamento, com o apoio da unidade de vacimóvel da SMS/Betim. Além disso, foram disponibilizados grupos para discutir o cuidado em saúde de pessoas com diabetes e hipertensão, incluindo aferição de pressão arterial e testes de glicemia. Também foram organizados grupos focados no alívio da dor, com orientações e ações de fisioterapia, e um grupo voltado para discutir as relações interpessoais no território. | Ação realizada em um final de semana, contou com a organização de toda a equipe vinculada ao projeto. O núcleo de saúde divulgou a atividade para os moradores e esses realizaram a mobilização interna. Os alunos e as professoras prepararam o local para as atividades, que foram realizadas na sede da igreja da comunidade e em seus arredores, sob a sombra das árvores. |
| Construção do Caderno do Cuidador de Saúde do MST  | Foi elaborado um material de apoio/consulta, em formato PDF, com orientações sobre todas as temáticas trabalhadas nas oficinas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | O material foi disponibilizado via WhatsApp e versão impressa para todos os participantes das oficinas.                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Fonte: Elaborado pelas autoras com informações do projeto.

## O QUE COLHEMOS?

Durante todo o percurso, fomos (des)aprendendo e reaprendendo junto ao território, por meio da escuta ativa das vivências dos moradores. Compreender suas necessidades, vulnerabilidades e possibilidades nos permitiu construir um olhar sobre o conhecimento articulado com a educação popular. Essa experiência proporcionou reflexões sobre o fazer coletivo, não para as pessoas, mas com elas, promovendo uma abordagem verdadeiramente participativa. Ilustrações das ações realizadas ao longo deste percurso extensionista podem ser observadas na Figura 3.

**Figura 3.** Mosaico de fotos das ações realizadas. Projeto de Extensão “Farol: Construção coletiva de saberes e práticas em saúde no MST. PUC Minas, 2023



Fonte: Fotografia realizada pelos/as alunos/as do projeto.

Para muitos/as alunos/as, esse foi o primeiro contato com o MST, e era evidente o estranhamento inicial causado em alguns/

as deles/as. É importante destacar o impacto positivo desse encontro, considerando que muitos traziam consigo uma imagem estigmatizada e distorcida, construída pela grande mídia, que frequentemente associa o MST à violência e à criminalidade. Com o estreitamento da convivência, o encantamento dos alunos com a organização do movimento e com a forma como os assentados cultivavam e respeitavam a terra evidenciou a importância de aproximar a academia dos movimentos sociais, inserindo os extensionistas em cenários de prática. A cada encontro, as barreiras culturais entre alunos/as e camponeses/as foram sendo quebradas, e uma consciência crítica sobre as questões relacionadas à luta pela terra começou a emergir.

A observação de perto das condições de vida e saúde dos moradores, aliada à análise da situação de saúde, despertou em professores e extensionistas o desejo de construir práticas de saúde mais alinhadas à realidade observada, incorporando as experiências e os interesses das pessoas cuidadas.

Consideramos fundamental que a universidade fomente mais espaços para a extensão universitária de forma permanente e intersetorial. Acreditamos que essa abordagem torna o processo de educação e formação dos futuros profissionais mais compatível com as diversas realidades da nossa sociedade e com os desafios que eles enfrentarão na busca por uma saúde pública universal, equitativa e integral.

Nesse sentido, compartilhar o saber técnico-curricular que os alunos constroem ao longo da trajetória acadêmica com o saber que emerge da vida cotidiana, reconhecendo a possibilidade desse

encontro, foi essencial para reafirmar o papel transformador da extensão universitária.

## REFERÊNCIAS

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ARAÚJO, L. F.; LESSA, R. S.; COSTA, R. F. Planejamento e programação local em saúde como metodologia de ensino-aprendizagem no curso de medicina. **Saúde.com**, v. 17, n. 1, 2021.

BARROS, M. B. S.; Ó, D. M. S. “Conhecer os Desejos da Terra”: intervenção de promoção à saúde em um Assentamento Rural. **Revista de Aps**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.365-374, 30 jan. 2019. Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34019/18098363.2018.v21.16028>. Acesso em: 1º maio 2022.

MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista brasileira de educação médica**, v. 30, p. 60-72, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2024.

MST - MOVIMENTO SEM TERRA. Quem somos. Disponível em: <https://mst.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 18 out. 2024.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. **Política Nacional de Extensão Universitária 2012**. Disponível em: <https://proex.pucminas.br/documentos-2/>. Acesso em: 28 set. 2024.



# O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA GUINÉ-BISSAU EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA E A RECORRÊNCIA À MEDICINA TRADICIONAL

Quirino Salvador Sanca  
Izabella Barison Matos  
Lindomar Wessler Boneti  
Aline Blaya Martins

## CONTEXTUALIZANDO O PAÍS E O TEMA: ALGUNS DADOS

---

Este texto é parte da dissertação de mestrado de Quirino Salvador Sanca, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCol/UFRGS), em 2021, sob o título *Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a Medicina Tradicional na Guiné-Bissau*. O objetivo deste capítulo é apresentar aspectos do contexto social, político, econômico, cultural e religioso do país; descrever o sistema de saúde, numa breve perspectiva histórica; e discorrer sobre a medicina tradicional e suas práticas curativas, acessadas pela maioria da população; cujos serviços de curandeiros – *djambacós* na língua crioula – são demandados como a principal linha de cuidado em saúde e em outras situações da vida cotidiana (Pereira, 2015).

Trata-se de estudo qualitativo que teve como fonte de pesquisa documentos (principalmente relatórios, cartilhas) de organizações globais/multilaterais, além de produções (artigos, livros, dissertações, teses, monografias). As análises foram realizadas na perspectiva da hermenêutica-dialética. Quanto aos procedimentos foram sistematizados dados extraídos de documentos e produções bibliográficas. As palavras-chave utilizadas foram “Saúde” e “Guiné-Bissau”; “sistema de saúde”; “saúde na Guiné-Bissau”; “Sistema de Saúde nos países lusófonos”; “Política nacional de saúde na Guiné-Bissau”.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos: artigos em língua portuguesa, completos e disponíveis on-line. Para tanto, o período não foi especificado, a fim de possibilitar a seleção do maior número disponível de publicações, cuja origem fosse o Brasil, Portugal ou a Guiné-Bissau. Os critérios de exclusão foram: a duplicidade; não estar disponível gratuitamente; e não estar relacionado ao tema. O projeto de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois trabalhou com material disponível, caracterizado como público. Os direitos autorais dos documentos e artigos analisados foram respeitados e citadas as fontes.

Em relação à saúde no contexto da tradição religiosa africana, pode-se dizer que há uma crença disseminada, na qual a força da terapêutica, que é atribuída aos curandeiros quando possuídos por espíritos (Fialho, 2003), e seu poder derivar desta condição. Estudos sobre os sistemas tradicionais africanos da saúde apresentam a existência de dois segmentos: o tradicional e o da

biomedicina; sendo a legitimidade do primeiro “assentada na sua eficácia simbólica, espiritual, social e físico-química”, já o biomédico “reclama-se de uma legitimidade científica do conhecimento experimentado da fisiológica, do orgânico” (Fialho, 2003, p. 2-3).

Pereira (2015, p. 144), referindo-se ao estudo na Guiné-Bissau, aponta que a relação entre as duas medicinas, tende a ser de arrogância – por parte da medicina oficial, principalmente pela ignorância subjacente – visto que seus representantes consideram-se “detentores de um conhecimento científico onde a feitiçaria e o ‘além’ não têm lugar”. Assim, de forma retrospectiva, os sistemas e os serviços de saúde deste país serão descritos reafirmando a prática da medicina tradicional como um costume ancestral que perdura no tempo.

A República Guiné-Bissau (RGB) ocupa a 178ª posição, entre 188 países (UN, 2020), com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,424, inferior à média dos países do continente africano, na faixa de 0,523, e tem 1.888 milhões de habitantes, cerca de 60% vivendo em áreas rurais. Apresenta estrutura social heterogênea: há mais de vinte grupos étnicos com 85% da população representada por cinco deles – Balanta, Fula, Manjaco, Mandinga, Papéis (Pereira, 2015) –, cada um com sua própria língua. No entanto, embora o português seja a língua oficial, praticada em espaços públicos, o idioma mais utilizado é o crioulo. Antes, porém, apresentamos alguns dados acerca do país a fim do leitor se familiarizar com o contexto deste país africano e suas especificidades.

Colônia até 1973, a Guiné-Bissau foi o primeiro país do Império Português a tornar-se independente (Guerreiro *et al.*, 2017).

Na economia destaca-se pela exportação de pescados processados que, junto com produtos agrícolas, correspondem a 60% das receitas anuais do país (UN, 2020). Em função da ausência de investimentos governamentais, organizações globais, multilaterais, bilaterais, confessionais e Organizações Não Governamentais (ONGs) destinam recursos financeiros de mais de 90% do orçamento nacional da saúde (Guerreiro *et al.*, 2019). Os maiores parceiros são: a União Europeia (EU), o sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), o Banco Mundial (BM), o Fundo Global (FG), o Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), Portugal e Espanha; atuação de cerca de vinte ONGs (Guerreiro *et al.*, 2019).

## **OS SISTEMAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE: RETROSPECTIVA HISTÓRICA DE ANTES DA COLONIZAÇÃO A 2020**

---

Do século XV ao XIX não houve atuação expressiva na área da saúde por parte da colonização portuguesa. No século XX, até a independência, em 1973, iniciativas tímidas e seletivas foram registradas pela metrópole e, a partir daí, o Estado guineense cria políticas públicas ligadas aos problemas cotidianos da sociedade em parceria com organizações globais e instituições internacionais e nacionais. Os três recortes temporais tiveram como referência marcos históricos: a) do período anterior à colonização ao colonial; b) da independência em 1973 aos anos 1995; c) da promulgação da Constituição, de 1996, aos anos 2020, destacando a recorrência de práticas terapêuticas da medicina tradicional em todos eles.

## DO PERÍODO ANTERIOR À COLONIZAÇÃO AO COLONIAL

---

Nas primeiras décadas do século XX, a ocupação do território era quase nula, pois não havia interesse especial nela por parte da metrópole; diferentemente do que ocorria nas outras colônias, que contavam com maiores investimentos (Pereira, 2015). Mais tarde foram iniciadas intervenções sanitárias nas colônias, dentre as quais na Guiné-Bissau, em função da epidemia da doença do sono em territórios ultramarinos, principalmente aqueles quentes e úmidos, propensos à propagação dos mosquitos, que são vetores da doença. Assim, combater essa doença, a malária, a tuberculose e ministrar a vacinação contra a febre-amarela eram as políticas de saúde vigentes (Pereira, 2015).

Em 1925, Portugal definiu uma agenda imperial com a atuação da Medicina para a resolução de problemas práticos, o que transformou essa ciência em um instrumento de poder e de governança. Nos anos seguintes, a doença do sono como nova patologia exótica/tropical passou a ser estudada e, também, o seu enfrentamento em diferentes territórios coloniais portugueses da África Subsaariana. Nesse contexto de descoberta de uma nova patologia, pesquisas e orientações médico-sanitárias acabaram por impor a criação da especialidade de Medicina Tropical; com isso, instituições científicas passaram a influenciar políticas sanitárias das colônias (Castro, 2013).

Importante registrar que a metrópole estava sob a ditadura salazarista, que durou 41 anos (de 1933 a 1974), e o ditador Antônio de Oliveira Salazar foi pressionado pela ONU, sendo

obrigado a criar condições para atender à colônia “no sentido da descolonização” (Pereira, 2015, p. 45). Isso fez com que respondesse à pressão internacional e, a partir daí até a independência, fossem desenvolvidas iniciativas a respeito. A partir de 1946 começaram a funcionar alguns postos de saúde, sendo inaugurado o Hospital de Bissau, conhecido hoje por Hospital Civil Simão Mendes (HCSM), para onde eram enviados os doentes das colônias portuguesas na África. Ele foi importante local de estudos epidemiológicos, principalmente sobre a doença do sono (tripanossomíase). Na sequência, foi iniciada a construção do Leprosário na Cumura, atualmente funcionando como unidade de cuidados paliativos para HIV/AIDS e tuberculose, administrado por padres franciscanos italianos (Pereira, 2015).

No ano seguinte, em 1947, foi criado um posto de saúde com maternidade, equipado com pessoal qualificado. Registre-se que, inicialmente, o atendimento em saúde era segmentado: os militares em missão recebiam atendimento em hospital próprio, e os nativos no hospital civil. A literatura registra que grande parte dos trabalhos assistenciais – na área social e de saúde – nessa época já eram realizados por instituições confessionais (missionários católicos) e que a saúde mental/psiquiatria funcionava no mesmo Hospital de Bissau para prestar assistência para militares e também à população local, com psiquiatras recrutados, a fim de cumprir o serviço militar (Pereira, 2015). Em decorrência dos confrontos armados, que perduraram por mais de uma década (1963-1973), culminando com a independência, as patologias eram diferentes: dentre os militares, casos de depressão, provavelmente

atribuídos ao distanciamento de familiares e à situação de guerra pela independência; e, dentre os guineenses, predominavam o paludismo cerebral e as anemias (Pereira, 2015).

A literatura, que trata do período anterior à independência, aponta que práticas terapêuticas – como o uso de raízes, ervas e folhas de plantas – eram largamente utilizadas como “técnicas na arte de curar os pacientes” (Trré, 2017, p. 35). Esses elementos eram selecionados por meio de conhecimentos empíricos de *djambacós*, como denominam os cristãos, e *muro*, conforme os muçulmanos. Desde antes da colonização portuguesa ocorre o apelo da população guineense à medicina tradicional, caracterizada pelo uso de chás, ervas e outros produtos, sendo que a atuação dos *djambacós* mantém-se até a atualidade. Sobre esse assunto, Diniz *et al.* (2000, p. 152) salientam que os esforços da colonização portuguesa em acabar com tais práticas foram em vão, argumentando que “com todos os instrumentos utilizados para impor o saber dominante nos territórios colonizados, os ditos saberes populares locais ou tradições persistiram de uma forma latente até a descolonização e depois dela”.

## DA INDEPENDÊNCIA EM 1973 AOS ANOS 1995

---

Com a independência, o governo de Luís Cabral almejava organizar um sistema de saúde guineense universal, nacional, gratuito, dependente majoritariamente de ajuda internacional externa. Em 1976, iniciaram no país as ações de apoio técnico com financiamento de organizações internacionais: Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial (BM), Fundo das Nações

Unidas para Infância (UNICEF) e Cooperação Holandesa em parceria com o Ministério de Saúde Pública (MINSAP). Assim, a “Reforma da Intenção Primária” teve seu início, uma vez que propunha um grande desafio: “levar assistência à saúde às comunidades, contando com profissionais de saúde, que eram enfermeiros sobreviventes da guerra da independência” (Guerreiro *et al.*, 2019, p. 7).

Em 1980, com o golpe de estado que derrubou o presidente Luís Cabral, o novo governo implantou uma política de cobrança de valores pelos serviços de saúde disponibilizados: hospitais, especialidades médicas e exames laboratoriais. Com valores que a população não podia pagar, esta permaneceu majoritariamente desassistida. As dificuldades de implantação e de implementação de serviço de saúde pública eficiente e eficaz, da independência até 1995, podem ser entendidas a partir do contexto no qual a realidade das tensões político-militares; as violências de diversas formas e os traumas decorrentes; e a pobreza extrema de grande parte dos guineenses; dentre outros graves desafios, deixaram a população refém dos problemas sanitários constantes no país. Autores vão afirmar que os movimentos político-militares fizeram com que fosse abandonado o “planejamento normativo protagonizado em 1984” (Guerreiro *et al.*, 2017, p. 60) pelo Ministério da Coordenação Econômica, à época.

Nesse período, destacam-se os trabalhos de instituições confessionais, e uma delas é a católica Caritas Guiné-Bissau, fundada em 1982, com missões em todo o país para servir aos pobres, visando promover justiça. Guerreiro *et al.* (2019, p. 16), revendo argumentos da OMS, lembram que o “planejamento e a formulação

de políticas em contextos frágeis impõem desafios complexos que exigem abordagens inovadoras”. Resta, portanto, conseguir compatibilizar as parcerias e as necessidades apresentadas pela população, o que ao longo dos anos nem sempre aconteceu no país, no caso da atuação de diferentes organismos. Registre-se que neste longo período (1973 a 1995) a Guiné-Bissau não conseguiu estruturar-se em termos de administração pública planejada, tampouco na saúde, nem de desenvolvimento ou de formação de profissionais na saúde e em outras áreas.

## **DA PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO DE 1996 AOS ANOS 2020**

---

Em 1996, a promulgação da Constituição da República da Guiné-Bissau, embora apresentasse, no seu artigo 15, que a saúde pública deve promover o bem-estar físico e mental da população e que o Estado deve ter atuação eficaz, ainda não se concretizou. A Política Nacional de Saúde (PNS), criada em 1993, fez a gestão do Sistema Nacional de Saúde (SNS) até 2017 e foi responsável pelos três Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS I, II e III), que vigoraram por determinado período (Guerreiro *et al.*, 2019).

O Plano Nacional de Saúde I (PNS I), que abrangeu os anos de 1998 a 2002 e foi prorrogado até 2007, preconizava a melhoria do acesso aos serviços, a distribuição equitativa dos cuidados em saúde e a descentralização do SNS (Guerreiro *et al.*, 2017). Na avaliação desse plano entendeu-se que, embora parte das ações tivesse ficado comprometida pela instabilidade política e econômica, houve alguma melhora dos indicadores (Guerreiro *et al.*,

2017). Já o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II (PNDS II), correspondente ao período de 2008-2017, foi considerado um documento sem muita operacionalidade e muito ambicioso (Guerreiro *et al.*, 2019); visava o enfrentamento da mortalidade materno-infantil e a ampliação da quantidade de enfermeiros e médicos. A avaliação desse PNDS mostrou que, apesar de avanços na promoção da saúde e no monitoramento de cuidados essenciais, ele falhou nos aspectos de gestão: envolvendo fraca governança, descuido com a manutenção da infraestrutura e não provisão de material e equipamentos (Guerreiro *et al.*, 2017).

Em relação ao terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III (PNDS III), vigente de 2018 a 2020 e orientado pelo Plano Estratégico Operacional do Governo Terra Ranka (2015 a 2025), pode-se afirmar que foi elaborado em momento de crise política. Sua criação foi pautada nas orientações da 1ª Conferência Nacional de Saúde (2014) da Guiné-Bissau, as quais apontavam que: o Ministério da Saúde Pública deveria assumir a liderança no processo técnico e político da saúde e eleger o combate à pobreza como prioridade. Esse PNDS estava sintonizado com diretrizes emanadas de instituições e organismos internacionais e apresentava certo alinhamento de agendas com “parceiros financiadores” (Guerreiro *et al.*, 2019, p. 15).

Entre 2012 e 2018, os investimentos anuais do Estado destinados à saúde não ultrapassaram 9% (Guerreiro *et al.*, 2019). Muito embora se constate a dificuldade do Ministério da Saúde Pública em fazer a gestão da rede de serviços de saúde, o empenho na elaboração de políticas, planos, programas e projetos na área da

saúde para o país não pode ser desconsiderado. Alguns segmentos governamentais em parceria com organizações e instituições globais, internacionais e nacionais têm mobilizado esforços, desde 1993, para proporcionar direito à saúde aos guineenses (Guerreiro *et al.*, 2017).

O Sistema Nacional de Saúde mantém estruturas de gestão e de prestação de cuidados e contempla quatro setores, que fazem parte do cotidiano de assistência à saúde da população guineense: público, privado, convencionado e de medicina tradicional. O SNS, no setor público, tem sua gestão em três níveis: central, regional e local; ao nível central cabe a elaboração de políticas e sua implantação, bem como a coordenação dos apoios internacionais. É gerido pelo MINSAP e pelas Direções de Serviço, responsáveis pela estrutura de prestação de cuidados do Hospital Nacional e Centros de Referência. Como dito, o setor público contempla os serviços de saúde do SNS, sob o comando do MINSAP; já o serviço de saúde militar, vinculado ao Ministério da Defesa e os serviços de saúde prisionais, estão sob a tutela do Ministério da Justiça (Guerreiro *et al.*, 2017). A execução dos serviços do SNS apresenta três níveis: comunitário/primário, secundário/especializado e terciário/nacional.

No nível primário, as Unidades de Saúde de Base preveem o primeiro contato com os usuários, contando com Agentes de Saúde Comunitários e parteiras tradicionais e há, também, os centros de saúde generalistas que preveem atendimento móvel das equipes. No nível secundário, pois são regionais, existem cinco hospitais em funcionamento (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú e Mansoa), porém, tanto as instalações como os equipamentos são precários. O

nível terciário/nacional é composto pelo Hospital Nacional Simão Mendes, que atende urgências, consultas e internações nas áreas de cirurgia, ortopedia, oftalmologia, pediatria e obstetrícia, mantendo os serviços de um fisioterapeuta e assistentes sociais; também pelo Centro de Saúde Mental/Psiquiátrico – que não dispõe de psiquiatra e pelo Centro de Reabilitação Motora; todos situados na capital – Bissau (Pereira, 2015).

No sistema não há referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção, e o usuário acessa diretamente os serviços, tanto pela emergência quanto pelos ambulatórios (Pereira, 2015; Guerreiro *et al.*, 2017, 2019). A Atenção Primária em Saúde (APS) tem como característica o acesso universal, mas esse não é gratuito e tem dificuldade de cobertura. A inadequação da assistência é real e deve-se a vários problemas como: faltam profissionais de saúde, equipamentos, material e instrumental; o financiamento é baixo e existem muitas dificuldades na gestão (Guerreiro *et al.*, 2017). Cerca de 40% da população encontram-se a uma distância superior a 5 km das unidades de prestação de cuidados primários de saúde; ou seja, tal barreira de acesso atinge 66% da população (Guerreiro, 2017; UN, 2020).

Para melhor entendimento, o Sistema Nacional de Saúde apresenta formato piramidal. O setor privado surgiu na década de 1990, na capital do país, para usuários com maior capital econômico (Guerreiro *et al.*, 2019), contudo não é expressivo. Está concentrado na capital, mas também se faz presente nas regiões de saúde, onde os médicos atuam nos hospitais regionais. Não há registros de existência de mecanismos reguladores, nem legais,

nem institucionais, que façam a integração e a coordenação deste setor, tampouco o acompanhamento de registros e a avaliação da real sobre a sua atuação (Guerreiro *et al.*, 2019).

O setor convencionado caracteriza-se pela parceria entre instituições confessionais (católicas e evangélicas) e ONGs (guineenses e internacionais) com o Ministério da Saúde Pública, mediante protocolos que preveem as responsabilidades. Ou seja, tal parceria pode acontecer na construção e na disponibilização de infraestrutura, na qualificação ou formação de profissionais, ou na oferta de equipamentos, materiais e mesmo de medicamentos. Nesses casos, o funcionamento e a manutenção dos serviços são assumidos pelas respectivas organizações; um exemplo disso é o Centro de Referência Nacional de Lepra de Cumura. Em que pese a literatura destacar a proximidade da atuação junto às comunidades mais vulneráveis – no caso das instituições confessionais e ONGs guineenses ou internacionais – tudo se dá de forma muito fragmentada. Como exemplo, registra-se que há casos em que quando termina o recurso financeiro as ONG encerram a atuação e se vão (Guerreiro *et al.*, 2019).

No entanto, Pereira (2015) constatou que há pouca credibilidade nas ações governamentais, uma vez que projetos, além de verticais, são temporários e acabam gerando dependência entre a ONG que lidera e as que estão sob sua liderança. Retomando a classificação dos setores de atuação no país, o foco agora é o setor da medicina tradicional. Para entender o apelo prioritário aos serviços desta medicina, Guerreiro *et al.* (2019) reportam-se ao entendimento de a sociedade guineense ser multiétnica – baseada

em estruturas sociais ancestrais – sugerindo que, por esse motivo, a população privilegia alternativas populares aquelas dispensadas na perspectiva biomédica.

## **A MEDICINA TRADICIONAL: PRÁTICAS CURATIVAS PERSISTENTES NO PAÍS**

---

A recorrência da medicina tradicional nesse país reflete a cultura e os aspectos da ancestralidade. Nos parágrafos anteriores foi explicitado que a medicina tradicional é um dos quatro setores do Sistema Nacional de Saúde do país. Estudos de autores guineenses e de outros países que pesquisaram o tema – além de relatórios de organismos globais que citam tais práticas – foram as fontes, tanto bibliográficas como documentais, que possibilitaram conhecer e entender o apelo de grande parte da população às práticas terapêuticas da medicina tradicional.

São diversas as justificativas da literatura para o apelo a essa medicina, ou seja, que ela decorre: da vulnerabilidade econômica, reveladora do “fraco poder aquisitivo da população” (Valente, 2019, p.26); do fato de a medicina oficial não ser acessível; do não acesso aos serviços de saúde (Diniz *et al.*, 2000); da distância entre a população e os serviços, e a incapacidade de darem respostas pela falta de profissionais (Turé, 2017); da expressão/do consenso de ser um hábito/costume até a atualidade; pela identificação da população e pela conseqüente proximidade com as tradições e o modo de vida dos agentes da cura tradicional (Pereira, 2015); porque o país apresenta “vegetação abundante” (Valente, 2019, p. 26).

Continuando as justificativas, sobre esse apelo: que seja resultante do fato de a sociedade guineense ser multiétnica, baseada em estruturas sociais ancestrais (Guerreiro *et al.*, 2019); que ocorre pela cultura da ancestralidade; pelo estabelecimento de relações de confiança – ser atendido por pessoa da comunidade, pois o médico é um profissional desconhecido e sem experiência. Outro motivo pode ser a barreira linguística: o fato de o português ser a língua oficial utilizada pelos profissionais de saúde, mas o crioulo ser a mais falada por ser a “língua interétnica” (Pereira, 2015, p. 37). Pereira (2019, p. 121) esclarece que o sistema de práticas terapêuticas da medicina tradicional na Guiné-Bissau está “alicerçado na cultura local no que diz respeito à saúde, causas de doenças, formas de cura e importância do grupo social para a cura”.

Isto faz com que a população tenha a sua forma explicativa – ou modelos explicativos – sobre a etiologia das doenças, que pode apresentar correspondentes maneiras para seu tratamento. Assim, essa visão da doença e da terapêutica-cuidado (tratamento para a cura) combina “profundamente os feitiços, a ervanária e os rituais mágico-religiosos (Pereira, 2015, p. 121) que são praticados, tendo origem remota (Diniz *et al.*, 2020, p. 127). Indjai *et al.* (2010, p. 4) informam que a ervanária é composta por folhas, raízes, cascas de árvores ou arbustos e mesmo ervas; os quais são preparados metodicamente por meio de “descasque, trituração, decocção e maceração”; sendo que em alguns casos não é necessária a manipulação. Dependendo da natureza das doenças apresentadas, a administração dos produtos terapêuticos pode se dar em formato

de bebida (via oral); de maneira tópica; preparado para o banho; ou mesmo inalações (absorção por inspiração do vapor).

Para a população, a constituição da doença traz consigo uma “experiência religiosa” (Diniz *et al.*, 2000, p. 144). Nesse sentido, Indjai *et al.* (2010, p. 22) dizem que agentes da cura e doentes partilham de valores culturais, uma vez que ambos estão inseridos na mesma comunidade, e a busca da cura, para ambos, “tem sentido holístico, no contexto sociocultural, natural e sobrenatural”. Dito isso, segue-se para o entendimento do tratamento de doenças – tanto físicas quanto mentais – realizadas pelo agente da cura da medicina tradicional como “prática ancestral que vigora na Guiné-Bissau” (Turé, 2017, p. 31). Estudo realizado no arquipélago de Bijagós, junto a 13 curandeiros, majoritariamente idosos e sem escolaridade, disseram que atendem até 50 pacientes/mês (Indjai *et al.*, 2010). Talvez essas características possam ser um parâmetro para delinear o perfil dos curandeiros, um levantamento representativo do fenômeno da medicina tradicional e dos seus agentes da cura. Detentores de poder que vão “além do simbólico [...] reconhecido como um poder mágico” (Pereira, 2015, p. 124) e estão legitimados socialmente para intervir sobre os acontecimentos – doenças ou outros infortúnios –, sobre a vida e o mundo.

As diferentes classificações dos denominados agentes da cura apresentam três categorias: aquela formada por especialistas em plantas medicinais ou em técnicas para serem “consertadores de ossos, dentistas, [e os que fazem] massagens”, que são os curandeiros; os especialistas na religião e na cura com cerimônias, que são denominados de *djambacones*, *balobeiros*, *mouros*; e os

que fazem uma combinação das duas categorias anteriores” (Indjaí *et al.*, 2010, p. 22). Também citam as matronas, denominação específica para mulheres. Por meio de rituais religiosos, consultas, rezas e oferendas (Turé 2017), buscam respostas a partir de uma farmacopeia, reveladora da arte e da habilidade dos curandeiros em preparar medicamentos.

Em relação a outras classificações – como a de curandeiros –, Pereira (2019, p. 131) alerta que não há como categorizar curandeiros a partir de referencial “ocidental”. Valente (2019, p. 25) afirma que a prática da medicina tradicional é “puramente empírica”, exercida por curandeiros que realizam “tratamentos de forma a equilibrar a parte emocional e social do doente e posteriormente a parte física, sempre com auxílio de plantas medicinais”. Tal tratamento se dá a partir dos sintomas verbalizados pelos doentes, sendo que as patologias apresentadas são muito variadas: dores de cabeça e no corpo, dores de dente, diarreias, inflamações, febre, tosse, gripe, malária, picada de animais peçonhentos, hipertensão, impotência sexual masculina, infertilidade feminina, facilitação do parto e dificuldades no aleitamento materno, distúrbios mentais, dentre outras (Indjaí *et al.*, 2010; Valente, 2019).

A esse respeito, Indjaí *et al.* (2010) mostram que as dores são as queixas mais referidas e formam um vasto leque de doenças, e que essa sintomatologia não permite estabelecer uma classificação, tendo como referência o que a medicina oficial define como patologias. Valente (2019) afirma que a Guiné-Bissau é o país africano que mais se vale da medicina tradicional, em que pese o fato de não contar com registros e documentação de sua flora. Turé

(2017, p. 36) salienta a necessidade de se fazer o registro desta flora, “a fim de garantir a preservação dos seus conhecimentos ancestrais”. Nessa direção, Diniz *et al.* (2000, p. 10) também demonstram preocupação, uma vez que esse conhecimento não pode ser esquecido e, com a morte de curandeiros, ou com as limitações da memória, corre-se o risco.

Trata-se de um conhecimento empírico, passado de geração em geração; contudo, são poucos os curandeiros que detêm conhecimento aprofundado sobre as propriedades terapêuticas das plantas (Valente, 2019). Nessa direção, ao fazer um levantamento etnomédico na Guiné-Bissau, Diniz (2000) alertou que plantas utilizadas pela medicina tradicional se revelaram tóxicas e podiam acarretar novas doenças. Outro aspecto a observar é que, a exemplo de outros países africanos, os curandeiros, atualmente, aproximaram-se da medicina oficial fazendo uso de símbolos associados a essa (jalecos brancos, ambiente higienizado, administração de injeções). Pereira (2019, p. 128) entende que esse movimento apresenta “um forte poder simbólico, pois associa ao processo de tratamento tradicional o poder curativo da medicina ciência, atribuindo um poder de cura superior ao dos curandeiros locais”.

Finalizando, pode-se dizer que, para os guineenses, a magia parece agir como uma esperança para viver, cujo papel é – dentre tantas tragédias, privações e adversidades – o de “ritualizar o otimismo do homem, aumentar a sua fé na vitória da esperança sobre o medo” (Pereira, 2015, p. 122). Esta autora se reporta aos estudos do antropólogo do século XIX, Malinowsk, sobre o fato de o pensamento mágico alimentar o otimismo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O texto aborda a limitada atuação na área da saúde entre os séculos XV e XIX por parte do Império Português, destacando que apenas no século XX surgiram iniciativas tímidas e seletivas voltadas para parte da população. Com a independência, em 1973, o Estado guineense começou a implementar políticas públicas voltadas para os problemas cotidianos da sociedade, em parceria com organizações globais e instituições internacionais e nacionais. No entanto, os 11 anos de luta pela independência deixaram ao país um legado de violência, que resultou em um ambiente marcado por guerra civil e disputas político-militares internas.

Esse contexto demonstra que o fenômeno da colonização e da dependência ainda não terminou, apenas são outros os países, com outra forma de dominação. Nessa perspectiva, destacam-se: a fragilidade do Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau; a atuação imprescindível de organismos internacionais/multilaterais, ONGs e demais instituições confessionais ou não; a baixa capacidade produtiva; a posição de dependência de recursos financeiros externos; os altos índices de analfabetismo; a prática da medicina tradicional; e outros aspectos que emergem em tal contexto econômico, político, social, religioso e cultural.

A persistência, no tempo, das práticas terapêuticas da medicina tradicional, para além de suprirem lacunas assistenciais do SNS – e de serviços de saúde oferecidos por outras organizações/instituições – pode ser explicada pela cosmovisão da população sobre a tríade doença-saúde-cuidado, que é mais próxima daquela

dos *djambacós* e outros agentes da cura; diferentemente da abordagem dos profissionais de saúde da medicina oficial, que são formados numa lógica biomédica.

Para grande parte da população, os profissionais da saúde da medicina oficial circulam, apenas, no mundo dos homens e mulheres e não dos espíritos; não apresentando a competência necessária para proporcionar a cura/cuidado, a partir do seu referencial cultural e religioso. Existem formas diferentes, linguagens diversas e saberes múltiplos que podem ser complementares desde que respeitadas as expressões da vida, os valores e a cultura ancestral, essa última que a medicina científica, aparentemente, tem dificuldade em reconhecer.

## REFERÊNCIAS

---

CASTRO, R. **A Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a Afirmação do Estado Português nas Colónias Africanas (1902-1935)**. Tese (Doutorado em História e Filosofia da Ciência), Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, 2013.

DINIZ, M. A. *et al.* Contribuição para o conhecimento de plantas medicinais da Guiné-Bissau. **Portugaliae Acta Biologica**, Lisboa, n.19, p. 417-427, 2000.

FIALHO, J. A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde. **Cadernos de Estudos Africanos: Desenvolvimento e Saúde em África**, n. 4, p.1-12, 2003.

GUERREIRO, C. *et al.* Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 16, n. 1, p. 47-60, 2017.

GUERREIRO, C. *et al.* 25 anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde. **Cadernos de Estudos Africanos**, n. 38, p. 1-21, 2019.

INDJÁI, B.; CATARINO, L.; MOURÃO, D. **Mezinhos de Orango**: plantas medicinais e pessoas na Ilha da Rainha Pampa. Bissau: Instituto da Biodiversidade e das Áreas Protegidas (IBAP), 2010.

PEREIRA, M. N. A. **Cosmovisão e Biomedicina na Guiné-Bissau**. Leituras à Depressão. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, 2015.

TURÉ, J. **Plantas Medicinais Utilizadas na Guiné Bissau para o Tratamento da Malária**. Coimbra, 2017. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/83637>. Acesso em: 08 dez. 2020.

UNITED NATIONS (UN). **Together, we build Peace**: a history of peacebuilding in Gueine-Bissu. Legacy Books. UNIIGIBS. 2020. Disponível em: [https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/legacy\\_book\\_uniogbis.pdf](https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/legacy_book_uniogbis.pdf). Acesso em: 09 abr. 2021.

VALENTE, C. **Fracionamento e identificação de composto de extrato de plantas medicinais da Guiné-Bissau com atividade biológica**. Dissertação (Mestrado em Parasitologia Médica). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2019.



# VIGILÂNCIA AMBIENTAL E CLIMÁTICA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO NÍVEL LOCAL E DESAFIOS INSTITUCIONAIS PARA A ÁREA DA SAÚDE

Alex Elias Lamas  
Aléxia Homem Nunes  
Ariane dos Santos Marques

## INTRODUÇÃO

---

Vive-se, em nível planetário, eventos climáticos extremos decorrentes do aumento da temperatura média global, associados aos gases de efeito estufa, que, por sua vez, advêm das atividades humanas e das emissões intensificadas desde a era industrial (Nações Unidas, 2024; Guterres, 2024). Em âmbito local, os danos climáticos globais somam-se às vulnerabilidades ambientais, gerando desastres com perda de vidas e ampliação do sofrimento humano.

Em outros termos, as questões globais se expressam na alteração nos padrões de morbimortalidade nos territórios das cidades, o que as tornam *loci* privilegiados e relevantes para a compreensão destes novos fenômenos e para a construção de novas dinâmicas de resiliência, de sobrevivência e de denúncia. As intensas chuvas que afetaram o Rio Grande do Sul entre os anos de 2023 e 2024, acabaram por estabelecer inundações recordes em maio de 2024.

A densa camada de fumaça, em setembro de 2024, proveniente das queimadas em diversas regiões do Brasil, afetou a região metropolitana em níveis críticos de qualidade do ar. Estes são exemplos que expõem as vulnerabilidades locais e a urgência de ações que respondam pela segurança da população frente às alterações climáticas. Este ensaio tem por objetivo realizar um breve resgate histórico sobre as iniciativas e os marcos institucionais relacionados à temática ambiental e climática no nível local, com foco no programa Vigiagua. A partir da experiência prática no âmbito da vigilância ambiental em saúde, destacam-se os desafios emergentes no que se refere à articulação intersetorial no Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentar essas questões.

## **VIGILÂNCIA AMBIENTAL, A CRISE CLIMÁTICA GLOBAL E A SAÚDE HUMANA**

---

As alterações ambientais locais e os eventos climáticos globais são conceitos evidentemente distintos, entretanto, estão entrelaçados ao potencializar os mais variados riscos e agravos à saúde humana. A importância do setor de vigilância ambiental se amplia enquanto as condições ambientais adversas nos países em desenvolvimento são reconhecidas como riscos significativos à saúde.

Esse reconhecimento gera a necessidade de investigar e intervir em novos problemas, além de reavaliar antigos desafios sob uma perspectiva mais integrada. Assim, surge a necessidade de superar o modelo tradicional de Vigilância à Saúde, que se baseia predominantemente na identificação e no controle de

agravos, para incluir a dimensão ambiental nas práticas de Saúde Pública (Rohlfs *et al.*, 2011).

Historicamente, Paim (2008) e Rohlfs (2011) indicam que o movimento pela Reforma Sanitária brasileira surgiu em resposta à necessidade de políticas públicas no enfrentamento dos danos causados por um modelo de desenvolvimento econômico insustentável. Esse modelo, ao priorizar apenas o crescimento econômico, gerou graves impactos ambientais e sociais, resultando em contaminação, poluição e aumento de desastres relacionados a fenômenos globais, como o aquecimento global (Rohlfs *et al.*, 2011). Assim, a Reforma Sanitária buscou abordar esses problemas ao integrar questões ambientais e de saúde pública.

A Vigilância em Saúde Ambiental foi consolidada no SUS, integrando-se ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental. Desde 2003, a integração das vigilâncias tem avançado, com foco na redução de doenças não transmissíveis, promoção da saúde e resposta a emergências de saúde pública. Essas emergências abrangem não apenas eventos infecciosos e transmissíveis, como surtos e epidemias, mas também problemas de saúde relacionados a fatores químicos, radionucleares e desastres ambientais, como terremotos, inundações, secas e acidentes com produtos perigosos (Rohlfs *et al.*, 2011).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), pactuados pela Organização das Nações Unidas (ONU), representam um apelo global à ação. A ONU apoia a implementação dos ODS no Brasil e destaca a mudança climática como um dos maiores desafios atuais, capaz de comprometer o progresso em direção ao desenvolvimento sustentável (Organização das Nações Unidas, 2024).

O Brasil vivenciou 31.909 eventos climáticos extremos entre 1991 e 2010, resultando em 2.475 óbitos (Xavier *et al.*, 2014). No entanto, não é possível afirmar que desastres climáticos, ocorridos nos últimos anos, de forma isolada, tenham sido causados por mudanças climáticas. Porém, é necessário afirmar que é por meio de seu monitoramento que se poderá apontar tendências de mudanças de magnitude, extensão e frequência dos desastres, bem como o aumento ao impacto da saúde das pessoas (Xavier *et al.*, 2014).

O relatório do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC) de 2023 evidencia que o aumento na frequência e intensidade de eventos climáticos extremos está causando danos significativos e perdas irreparáveis, confirmando a influência humana nas mudanças climáticas (Freitas *et al.*, 2023; IPCC, 2023). No Brasil, a maioria dos desastres naturais é causada por inundações (60%), seguida por estiagens (14%) e deslizamentos (11%), conforme apontado por Sobral *et al.* (2010).

Os desastres naturais, como inundações e deslizamentos, representam uma séria ameaça à saúde pública. Esses eventos, muitas vezes desencadeados por atividades humanas que desequilibram os ecossistemas, causam danos significativos e duradouros. Pessoas em situação de vulnerabilidade social, como as que vivem em áreas de risco, são as mais afetadas (Sobral *et al.*, 2010).

Nesse contexto, as consequências para a saúde vão além da tragédia imediata. Surtos de doenças e epidemias são comuns após desastres, e a magnitude desses problemas depende da capacidade da comunidade de se recuperar (Sobral *et al.*, 2010; Freitas *et al.*, 2023). Assim, os impactos das mudanças climáticas sobre a

saúde são complexos e dependem da saúde geral das populações expostas. O clima tropical do Brasil e as alterações nos ecossistemas favorecem a proliferação de vetores de doenças como dengue, zika, chikungunya e febre-amarela.

Eventos extremos como chuvas intensas aumentam o risco de doenças infecciosas, como leptospirose e hepatites (Artaxo, 2020). Para monitorar esses impactos, sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desempenham um papel crucial, coletando dados sobre doenças e agravos relacionados a desastres (Sobral *et al.*, 2010; Brasil, 2024).

De acordo com Moura (2024), um aspecto relevante relacionado às mudanças climáticas é a poluição do ar, pois esta impacta gravemente a saúde humana, desencadeando desde doenças respiratórias crônicas até problemas cardíacos. A exposição prolongada a poluentes atmosféricos, também, está associada a um aumento no número de nascimentos prematuros e de baixo peso, além de ser responsável por milhões de mortes prematuras anualmente em todo o mundo. Em relação às queimadas, o Brasil registrou, no primeiro quadrimestre de 2024, o maior número de ocorrências desde 2003.

Em setembro de 2024, diversos estados do país enfrentaram a chegada de fumaça, resultando na pior qualidade do ar (Peixoto; Vick, 2024). Essas queimadas têm gerado uma série de doenças relacionadas, incluindo infecções do sistema respiratório superior, asma, conjuntivite, bronquite, irritação nos olhos e garganta, tosse, falta de ar, nariz entupido, vermelhidão na pele e desordens cardiovasculares. Além disso, quanto mais próxima à fonte de queimada, mais intensos são os efeitos sobre a saúde (Uchoa *et al.*, 2019).

As mudanças climáticas também impõem efeitos psicológicos significativos sobre indivíduos e grupos, que são difíceis de quantificar, mas previsíveis, especialmente em relação às alterações no modo de vida. Isso leva a um aumento da vulnerabilidade climática entre as pessoas (Uchoa *et al.*, 2019).

Decorrente dos problemas apresentados e dos múltiplos determinantes da saúde, há a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares. O conceito de saúde, abrangendo o bem-estar físico, mental e social, engloba diversos aspectos, como paz, educação, habitação, acesso à água, alimentação, renda, ecossistemas estáveis, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Rohlfis *et al.*, 2011).

## SEGURANÇA HÍDRICA

---

O conceito de Segurança Hídrica é abrangente e se refere à universalização do acesso à água tratada para a população. Isso implica garantir a disponibilidade de água em quantidade e qualidade adequadas para o abastecimento público, mesmo em situações climáticas extremas (Formiga-Johnsson *et al.*, 2020).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e para o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), um quarto da população global carece de acesso à água potável. As mudanças climáticas e a rápida urbanização intensificam essa crise, cujos impactos na segurança hídrica ainda são incertos. No entanto, a proporção e a frequência dos eventos dirão o nível de insegurança dos locais, em regiões de seca severa, encontra-se

piora da qualidade das águas de mananciais de abastecimento (Formiga-Johnsson *et al.*, 2020). As populações mais afetadas pela insegurança hídrica são, na maioria, aquelas que habitam encostas e regiões vulneráveis a desastres naturais.

Conforme o IPCC, os maiores impactos das mudanças climáticas estão relacionados à água, e no Brasil esses eventos têm se tornado cada vez mais frequentes e intensos (Jacobi & Silva, 2023). Nesse contexto, a água emerge como um vetor de insegurança para a população, tanto pelo excesso quanto pela escassez, o que exige uma atenção especial às zonas de risco. Essas áreas estão particularmente sujeitas a desastres como cheias, inundações e deslizamentos de terra, o que agrava ainda mais a vulnerabilidade de seus habitantes (Jacobi; Silva, 2023).

Segundo Formiga-Johnsson e Britto (2020), áreas densamente urbanizadas pressionam fortemente os recursos hídricos, pois demandam grandes volumes de água para o abastecimento público e atividades produtivas, ao passo que provocam a deterioração da qualidade das águas. Desse modo, a intensificação e a extensão da urbanização tornam os sistemas urbanos de abastecimento mais vulneráveis em um cenário de mudança do clima, observado em várias metrópoles brasileiras.

Estudos indicam que a insegurança hídrica está intrinsecamente relacionada à insegurança alimentar, revelando que certos grupos populacionais são particularmente vulneráveis aos efeitos das mudanças climáticas (Young, 2023; Medeiros *et al.*, 2024). Nos municípios e domicílios com pessoas em situação de insegurança alimentar, independentemente da renda familiar,

aumentaram as chances de ocorrência de insegurança hídrica. A escassez de água ou inundações impedem que as pessoas cultivem seus próprios alimentos, levando a uma alimentação de pior qualidade e a um aumento dos gastos com água (Young, 2023; Medeiros *et al.*, 2024).

Cabe lembrar que, durante a Pandemia de covid-19, a Região Amazônica enfrentou – e continua enfrentando, com agravamento progressivo – insegurança alimentar e hídrica. A população local lida com fome e sede em um bioma que abriga a maior bacia hidrográfica de água doce do mundo, uma contradição que expõe as desigualdades estruturais e os desafios socioambientais da região. Além disso, a crise climática na Amazônia tem provocado a perda de habitats naturais, a redução da biodiversidade e a contaminação do solo e dos recursos hídricos (Medeiros *et al.*, 2024).

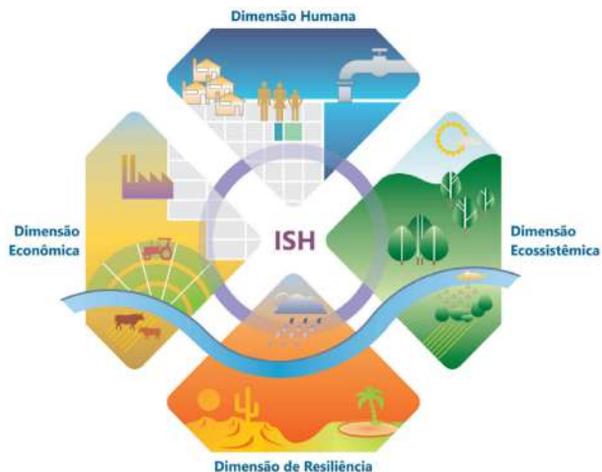
Assim, também centrado na perspectiva do desenvolvimento humano, Tomaz *et al.*, (2023) sugerem ir além das abordagens centradas na disponibilidade e na oferta de infraestruturas, apontando que é necessário ultrapassar essas questões, considerando os aspectos culturais e sociais. Os autores revelam diferentes contextos de insegurança hídrica e referem-se a problemas como “questões hidrossociais”, que abrangem a insegurança hídrica associada a deficiências na qualidade, na quantidade, no acesso, na confiabilidade, na acessibilidade e na equidade da água, na prestação de serviços.

Em 2019, foi lançado o Plano Nacional de Segurança Hídrica (PNSH), um instrumento voltado para orientar a tomada de decisão em relação aos principais problemas de insegurança hídrica no país. O plano teve como base uma análise criteriosa dos níveis de segurança

hídrica em todo o território nacional, definidos por meio do Índice de Segurança Hídrica (ISH) (PNSH, 2019), contemplando as diferentes dimensões a partir do conceito de risco associado aos usos da água.

O referido índice é classificado em quatro dimensões, conforme ilustrado na Figura 1. São elas: Dimensão Humana, que corresponde à garantia de acesso à água potável; Dimensão Ecológica, que enfatiza a gestão sustentável da água para usos naturais e a segurança de barragens; Dimensão de Resiliência, relacionada à capacidade de reserva e à variabilidade pluviométrica para enfrentar crises hídricas; e Dimensão Econômica, que aborda a viabilidade das atividades econômicas. Segundo o PNSH (2019), as variáveis e os indicadores que compõem o ISH derivam, em sua maioria, da base de dados do Sistema Nacional de Informações sobre Recursos Hídricos (SNIRH) e de estudos desenvolvidos pela ANA.

**Figura 1.** Dimensões da Segurança Hídrica, conforme o PNSH



Fonte: Plano Nacional de Segurança Hídrica (2022).

## AS ENCHENTES DE MAIO DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL E OS IMPACTOS DO DESASTRE CLIMÁTICO À REDE DE SAÚDE NO NÍVEL LOCAL

---

No dia 2 de maio foi publicado o Decreto n.º 22.647/2024, declarando estado de calamidade pública no município de Porto Alegre pelo evento adverso de Chuvas Intensas. As enchentes que atingiram a capital afetaram diretamente os serviços de saúde, ocasionando colapso importante na assistência. A rede de saúde ficou em alerta, devido à localização geográfica dos riscos de inundação e enxurrada. A ameaça fez com que hospitais referência no Estado alterassem seus serviços para restrição parcial e transferência de pacientes.

Além do impacto nos serviços de alta complexidade, a atenção básica foi severamente afetada, com a interrupção temporária dos serviços em 45 das 136 Unidades de Saúde existentes. Em decorrência do desastre, 16 serviços de atendimentos especiais foram suspensos e 17 Unidades de Saúde sofreram alagamentos diretos. De acordo com informações divulgadas pelos canais oficiais da Prefeitura, estima-se que cerca de 350 mil pessoas foram impactadas pela descontinuidade dos serviços.

Conforme a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2024), 9% da força de trabalho foi prejudicada pelas enchentes, o que equivale a aproximadamente 400 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos administrativos, entre outros. Além do impacto na assistência e na redução de recursos humanos, o evento gerou prejuízos financeiros significativos, com a perda de bens patrimoniais e insumos da rede de assistência. O Centro Histórico, principal acesso à cidade, ficou submerso por quase 30

dias, levando a Prefeitura a criar três corredores humanitários para permitir o acesso de caminhões, ambulâncias, carretas com doações e outros serviços de assistência. As imagens abaixo ilustram o cenário que impactou as principais vias da cidade.

A Figura 2 apresenta a Praça da Alfândega, completamente submersa pelas águas da enchente, localizada nas proximidades do Centro de Saúde Santa Marta. Já a Figura 3 ilustra o Cais Mauá, um espaço público emblemático de Porto Alegre (RS), situado às margens do Guaíba. Em maio de 2024, esse local foi severamente impactado pela enchente, que atingiu o Pórtico Central com um nível de água de 5 metros e 12 centímetros. Esse dado não apenas estabelece um novo recorde de inundação, mas também permite comparar essa cheia com a maior enchente da história da cidade, ocorrida em 1941.

**Figura 2.** Praça da Alfândega, Porto Alegre (RS)

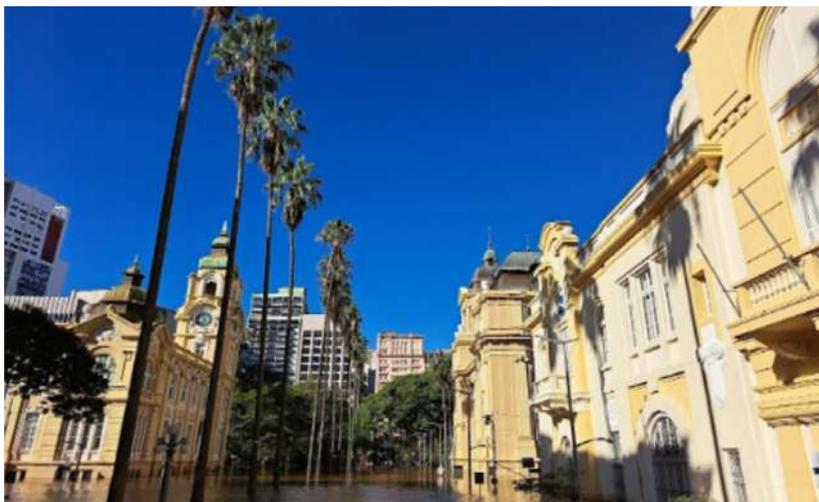


Foto: Alex Lamas / Equipe Vigiagua (2024)

**Figura 3.** Cais Mauá, Porto Alegre (RS)



Foto: Alex Lamas / Equipe Vigiagua (2024).

A base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), situada no Bairro Humaitá, na zona norte de Porto Alegre/RS (Figura 4), foi inundada durante as enchentes de maio de 2024. Essa base desempenha um papel crucial na prestação de serviços de emergência e saúde à população da região, assegurando um atendimento rápido e eficaz em situações críticas.

**Figura 4.** SAMU, Bairro Humaitá, Porto Alegre (RS)



Foto: Alex Lamas / Equipe Vigiagua (2024).

Para suprir a demanda de atendimento, foram instalados dois hospitais de campanha em regiões estratégicas, com capacidade para atender até 500 pessoas por dia. Além disso, para atender às necessidades da população mais atingida pelas enchentes, foram disponibilizadas oito unidades móveis de atendimento em conjunto com a Força Nacional do SUS, reforçando as estruturas públicas de saúde. A cidade também recebeu um volume significativo de doações e contou com a força de trabalho voluntário para organizar 176 abrigos geridos pela sociedade civil. Esses abrigos acolhem cerca de 13.594 pessoas, conforme divulgado nas mídias sociais da Prefeitura.

A Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) enfrentou um cenário repleto de desafios devido ao alagamento de sua sede. Com a criação de uma sala de situação, a continuidade das atividades

de investigação de rumores e a recepção de denúncias foram asseguradas. Além disso, novas equipes interdisciplinares foram formadas para orientar e vistoriar os abrigos organizados. O registro dessas intervenções resultou na publicação de informativos epidemiológicos da vigilância em saúde municipal sobre doenças e agravos relacionados às inundações.

Nesse contexto, destacam-se o papel e as ações da vigilância ambiental na resposta aos desastres, com ênfase no Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua). Aqui, apresenta-se uma linha do tempo da primeira semana das enchentes, evidenciando as intermitências no abastecimento de água potável para a população de Porto Alegre.

### **AÇÃO DO VIGIAGUA MUNICIPAL NO ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES DE INTERMITÊNCIA**

---

Na manhã de quinta-feira, 2 de maio, foi realizada a primeira reunião de emergência entre o Vigiagua (DVS), o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e o Departamento Municipal de Água e Esgotos (DMAE) para discutir a possível paralisação da Estação de Tratamento de Água (ETA) Moinhos de Vento e seu impacto na rede hospitalar e nas clínicas de hemodiálise abastecidas pelo Sistema de Abastecimento de Água (SAA). Em 3 de maio, a ETA Moinhos de Vento foi desligada, gerando alertas aos serviços de saúde e aos hospitais localizados na área do SAA, iniciando-se a estratégia de abastecimento via caminhões-pipa.

Devido ao aumento significativo da turbidez na água bruta captada, em 5 de maio, os serviços e clínicas de hemodiálise

foram notificados e orientados a realizar ajustes operacionais no monitoramento e controle de qualidade da água, conforme normativa vigente, além de requisitarem abastecimento por caminhões-pipa.

Na segunda-feira, 6 de maio, a população de Porto Alegre passou a ser abastecida exclusivamente pela ETA Belém Novo, que operava com vazão reduzida. A água tratada por essa estação foi priorizada para os serviços de saúde. Um Decreto Municipal determinou que a água distribuída pelo DMAE fosse destinada exclusivamente ao consumo humano e aos usos essenciais. O Vigiagua suspendeu a coleta de amostras de água e começou a formular estratégias para assegurar o abastecimento dos serviços essenciais, enquanto a população enfrentava a escassez tanto na rede de abastecimento quanto de água engarrafada no comércio local.

Diante disso, a população buscou alternativas em fontes públicas de água, o que levou à emissão de uma Nota Técnica pela equipe do Vigiagua, alertando sobre os riscos à saúde associados ao consumo dessas fontes, devido à falta de potabilidade e à presença de microrganismos. Para evitar doenças que poderiam sobrecarregar a rede de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu materiais informativos sobre purificação caseira da água com hipoclorito de sódio.

Em 8 de maio, quatro das seis ETAs retomaram suas operações, restabelecendo gradualmente o abastecimento na capital. Após 12 dias do desastre, a ETA Moinhos de Vento voltou a operar. Já a ETA da Ilha da Pintada, localizada na região das Ilhas,

cuja infraestrutura foi severamente danificada pelas enchentes, retomou suas operações 40 dias após a desativação.

Durante o evento climático, a equipe do Vigiagua realizou ações coordenadas com diversas entidades, como o CEVS, DMAE, Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Cruz Vermelha. Nas vistorias aos abrigos, verificaram-se as condições de água, saneamento e higiene. Além disso, foram realizadas oficinas junto às comunidades vulneráveis, abordando temas como higiene das mãos, limpeza de ambientes e desinfecção de reservatórios de água potável.

Embora as estratégias de preparação tenham sido limitadas diante da magnitude do evento, foi relevante a capacidade de adaptação das equipes de saúde diante do desastre vivenciado em maio de 2024. A partir dessa experiência, novos procedimentos e planos devem ser estruturados para o incremento da resiliência local.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CAMINHOS E PERSPECTIVAS

---

A produção científica e a evolução conceitual e institucional são pilares para mitigar, adaptar e reduzir vulnerabilidades. Novas concepções e experiências devem, urgentemente, deflagrar mudanças nas estruturas e práticas locais na mitigação dos efeitos das mudanças climáticas. Para estabelecer modelos de predição e adaptação nas cidades, cabe, no debate que se instaura no setor saúde, aprofundar a compreensão de algumas das características principais do problema enfrentado.

A primeira é que o fenômeno é efetivamente antropogênico, ou seja, decorrente da atividade humana nos mais distintos campos econômicos. Essa premissa impõe uma reflexão, por coerência, sobre cada processo que nos envolve, seja no âmbito profissional ou no privado, abrangendo desde a mobilidade urbana até a sustentabilidade, passando pela gestão de resíduos gerados na prestação de serviços, pelo consumo consciente e pela ecoeficiência das edificações.

Uma segunda característica das mudanças climáticas é que elas são intergeracionais. Suas raízes permeiam um amplo arco temporal, e seus resultados perpassam gerações. Isso significa que os atores atuais, envolvidos no seu enfrentamento, talvez não sejam testemunhas da efetividade ou do insucesso das medidas tomadas contemporaneamente. Ainda assim, é neste momento que se abre a janela para a transição energética e para a criação de resiliência para as comunidades potencialmente mais vulneráveis, no presente e no futuro.

Por fim, é peculiar ao fenômeno que seus indicadores e efeitos sejam globais, diferentemente dos agravos ambientais mais circunscritos, tradicionalmente enfrentados pelo setor saúde. A concentração dos gases de efeito estufa na atmosfera, a temperatura média dos oceanos, bem como o seu nível e sua acidificação, representam desafios para todos os governos e nações. O aspecto grave que se evidencia nas análises atuais desses indicadores é que se trata de um fenômeno em aceleração. As previsões mais pessimistas acabam por se impor também em termos de gravidade e frequência dos danos sentidos localmente. Assim, uma análise

do contexto climático global deve estar atrelada à qualificação da capacidade de resposta do setor saúde, à geração de resiliência nas comunidades locais e às contribuições (singelas ou não) para limitar seus efeitos ao nível planetário.

A ação climática global considera a criação de políticas de prevenção às doenças e de promoção da saúde no âmbito das cidades. Objetivamente, este panorama é bastante distinto de toda história que envolveu a estruturação da vigilância ambiental em saúde. Para além de fortalecimento de planos, programas e serviços existentes, novas concepções apontam para a criação na esfera municipal de uma efetiva *Vigilância Ambiental e Climática*. Fortalecer e estruturar as redes de saúde a partir dos determinantes sociais, considerando igualmente as temáticas globais, não é tarefa de fácil execução. Essa reestruturação percorre o caminho da maior conscientização da opinião pública, da influência na tomada de decisões políticas e da defesa constante do legado científico atual. Tais tarefas, destacadas por Carl Sagan em seu famoso discurso perante o Congresso Americano em 1985, representam, na verdade, escolhas entre um futuro marcado por riscos monumentais e o agravamento das desigualdades, ou uma perspectiva holística voltada para o bem-estar da nossa casa comum.

## REFERÊNCIAS

---

ARTAXO, P. As três emergências que nossa sociedade enfrenta: saúde, biodiversidade e mudanças climáticas. **Estudos avançados**, v. 34, p. 53-66, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.005>. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Plano Nacional de**

**Segurança Hídrica.** 2019. Disponível em: : <https://www.ppi.gov.br/wp-content/uploads/2023/04/pnsh.pdf>. Acesso em: 23 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima:** volume 1: estratégia geral: portaria MMA nº 150 de 10 de maio de 2016. Brasília: MMA, 2016. 2 v. 44 p., il. ISBN 978-85-7738-271-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).** Brasília, DF. 2024.

FORMIGA-JOHNSON, R. M; BRITTO, A. L. Segurança hídrica, abastecimento metropolitano e mudanças climáticas: considerações sobre o caso do Rio de Janeiro. **Ambiente & Sociedade**, v. 23, p. 1-15, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4422asoc20190207r1vu2020L6TD>. Acesso em: 17 set. 2024.

FREITAS, C. R.; YOUNG, C. E. F.; SANT'ANNA, A. A. Orçamento público e gestão de desastres climáticos. In: ENCONTRO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA ECOLÓGICA, 15., 2023, Santarém. **Anais... XV Encontro Nacional da Sociedade Brasileira de Economia Ecológica: Desafios e perspectivas para um futuro sustentável.** Santarém: SBEE, 2023. p. 123-135.

GRIGOLETTO, J.; NETTO, G; RANGEL, C.; ROHLFS, D. construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 391-398, 2011. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4306319/mod\\_resource/content/2/Texto%20.%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20Ambiental.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4306319/mod_resource/content/2/Texto%20.%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20Ambiental.pdf). Acesso em: 17 set. 2024.

GUTERRES, A. Ameaças existenciais impostas pelo aumento do nível do mar. **Discurso na Reunião de Alto Nível realizada na sede das Nações Unidas**, 25 set. 2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/279878-amea%C3%A7as-existenciais-impostas-pelo-aumento-do-n%C3%ADvel-do-mar>. Acesso em: 27 set. 2024.

IPCC - INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. **Mudança climática 2023:** impactos, adaptação e vulnerabilidade. Contribuição do Grupo de Trabalho II ao Sexto Relatório de Avaliação do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas. Genebra: IPCC, 2023.

MEHTA, L. Water and Human Development. **World Development**, v. 59, p. 59-69, 2014.

MEDEIROS, M. A. T.; MATA, M. M.; SANUDO, A. A. **Insegurança alimentar e insegurança hídrica domiciliar:** um estudo de base populacional em um município da bacia hidrográfica do Rio Amazonas, Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cybjZ6mjH7hSHD4TRRW77yp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2024.

MOURA, F. R. de. **Desfechos em saúde relacionados à poluição do ar em um município da região Centro-Oeste do Brasil**. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2024. 166 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande. 2024.

NAÇÕES UNIDAS. 25% da população mundial não tem acesso a água potável, alerta a ONU. **Centro de Imprensa**, 26 out. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/204766-25-da-populacao-mundial-nao-tem-acesso-agua-potavel-alerta-onu>. Acesso em: 20 set. 2024.

NAÇÕES UNIDAS. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>. Acesso: 20 set. 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 17 set. 2024.

PEIXOTO, R. Entenda por que o Brasil registrou uma taxa inédita de queimadas neste 1º quadrimestre do ano. **G1**, Rio de Janeiro, 02 mai. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/meio-ambiente/noticia/2024/05/02/entenda-por-que-o-brasil-registrou-uma-taxa-inedita-de-queimadas-neste-1o-quadrimestre-do-ano.ghtml>. Acesso em: 25 set. 2024.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Enchentes causam danos a 15 unidades de saúde em Porto Alegre. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/enchentes-causam-danos-15-unidades-de-saude-em-porto-alegre>. Acesso em: 30 set. 2024.

ROHLFS, D. A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. **Cad. Saúde Colet**, v. 19, n. 4, p. 391-398, 2011. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4306319/mod\\_resource/content/2/Texto%20.%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20Ambiental.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4306319/mod_resource/content/2/Texto%20.%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20Ambiental.pdf). Acesso em: 17 set. 2024.

SOBRAL, A. *et al.* Desastres naturais – sistemas de informação e vigilância: uma revisão da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 4, p. 389-402, out.-dez. 2010. Acesso em: 17 set. 2024.

UCHOA, M.; LUSTOSA, R. P.; UCHOA, F. N. M. Relação entre mudanças climáticas e saúde humana. **Revista Revinter**, v. 12, n. 1, p. 11-18, 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Romario-Lustosa/publication/331458409\\_Relacao\\_entre\\_mudancas\\_climaticas\\_e\\_saude\\_humana/links/5ea6092a299bf1125611d073/Relacao-entre-mudancas-climaticas-e-saude-humana.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Romario-Lustosa/publication/331458409_Relacao_entre_mudancas_climaticas_e_saude_humana/links/5ea6092a299bf1125611d073/Relacao-entre-mudancas-climaticas-e-saude-humana.pdf). Acesso em: 25 set. 2024.

VICK, M. Quais os responsáveis pelo fogo que toma o Brasil em 2024. **Nexo Jornal**, São Paulo, 12 set. 2024. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/>. Acesso em: 25 set. 2024.

WORKMAN, C. L.; UREKSOY, H. Water insecurity in a syndemic context: Understanding the psycho-emotional stress of water insecurity in Lesotho, Africa. **Social science & medicine**, v. 179, p. 52-60, 2017. Disponível em: 10.1016/j.socscimed.2017.02.026. Acesso em: 22 set. 2024.

XAVIER, D. R. *et al.* Organização, disponibilização e possibilidades de análise de dados sobre desastres de origem climática e seus impactos sobre a saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 9, set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.00992014>. Acesso em: 22 set. 2024.

YOUNG, S. L. *et al.* Concurrence of water and food insecurities, 25 low- and middle-income countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 101, p. 90-101, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.22.288771>. Acesso em: 19 set. 2024.





# A SAÚDE É COLETIVA ATÉ DEBAIXO D'ÁGUA: A EXPERIÊNCIA DE EQUIPES VOLANTES NO ENFRENTAMENTO ÀS INUNDAÇÕES EM SÃO LEOPOLDO/RS

Savannah Leitzke Carvalho  
Claudia Rodrigues de Oliveira  
Ana Paula Cappellari  
Kaciely de Lima Jacino  
Rafaela Ribeiro Machado Oliveira  
Marina Bisio Mattos

## INTRODUÇÃO

---

Alertas vêm sendo emitidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a respeito da necessidade imediata da organização do setor de saúde no enfrentamento dos desafios relacionados a mudanças climáticas, devido à elevação da frequência e da gravidade dos desastres naturais como, por exemplo, as inundações (World Health Organization, 2015). Esses eventos provocam danos estruturais que impactam diretamente a assistência, incluindo: danos às instalações prediais, interrupção de serviços de saúde, destruição de vias de conexão e comunicação, redução dos estoques de equipamentos de saúde e medicamentos, além do inesperado aumento de mortes e enfermidades, que sobrecarregam o sistema de saúde. Dada a gravidade e a amplitude dos danos causados

pelos enchentes, este texto foi escrito para relatar as vivências dos profissionais de saúde e da gestão pública no município de São Leopoldo. O foco está na organização inicial a partir da formação das equipes de saúde volantes, no posicionamento da gestão diante da situação catastrófica e na organização geral da rede de saúde municipal para atender às demandas dos usuários e profissionais afetados, especialmente nos abrigos e alojamentos do município. Trata-se de um relato descritivo baseado na experiência vivenciada pelas autoras.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), as catástrofes naturais têm sido uma das principais causas de problemas de Saúde Pública, com repercussões a nível social, econômico e ambiental. As consequências das enchentes e inundações abordadas neste texto não se limitam aos impactos imediatos. Os danos à população podem ser classificados com base no período de ocorrência, sendo de curto, médio e longo prazo. Os danos de curto prazo referem-se ao período de horas ou dias após a tragédia, incluindo mortes e ferimentos leves ou graves. No médio prazo, observa-se uma prevalência de doenças, especialmente as de transmissão hídrica e as transmitidas por vetores, como dengue e malária. Já os impactos de longo prazo incluem processos depressivos e danos psicossociais, frequentemente decorrentes da negligência em relação aos aspectos sociais e ao processo de reconstrução e recuperação do que foi perdido pelas populações afetadas pela calamidade (Freitas *et al.*, 2021).

Apesar das inundações provocarem danos em todo território atingido, as populações não são atingidas de maneira homogênea.

As populações com menor condição socioeconômica, sem acesso a saneamento básico, com nível educacional e financeiro baixo, tendem a sofrer mais os efeitos prejudiciais das mudanças climáticas e um maior risco a agravos em saúde (Gracie; Medonho, 2021).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde, é o modelo que reorienta as práticas de saúde. Exercem os atributos essenciais de porta de entrada principal do SUS: as Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e as Equipes de Atenção Primária (EAP) (Brasil, 2017). Além destes serviços, a Atenção Primária em Saúde (APS) conta com equipes multidisciplinares para o atendimento no território, como um suporte para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), chamadas atualmente de E-multi, conforme a Portaria n.º 635, de maio de 2023.

O município de São Leopoldo dispõe de 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Núcleo de Apoio Matricial da Atenção Básica, composto por uma equipe multiprofissional formada majoritariamente por profissionais de Saúde Mental, subdivididos em cinco equipes que atendem as macrorregiões da cidade. Atualmente, o município encontra-se em processo de implementação das E-multis, conforme previsto no chamamento do concurso público.

Além desses serviços, São Leopoldo conta com uma ampla Rede de Atenção à Saúde (RAS), composta por: Centro de Especialidades; Serviço de Atendimento Especializado (SAE); Farmácia Municipal e Farmácia Móvel; Hospital de Média Complexidade; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A gestão desses serviços é

realizada por meio de uma parceria entre a Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo (FMS-SL), responsável pela terceirização, e a Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo (SEMSAD).

Em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul foi devastado por inundações que deixaram 735,5 mil pessoas desalojadas. No município de São Leopoldo, estima-se que cerca de 180 mil pessoas ficaram fora de suas casas e tiveram seus pertences destruídos pela força da água. As equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) deslocaram-se de suas atividades habituais, realizadas dentro dos muros das Unidades de Saúde, para atuarem de forma itinerante nos alojamentos, garantindo assistência em saúde de maneira integral e longitudinal.

Esse estudo é guiado pela seguinte questão norteadora: de que forma foi conduzida a organização da assistência à saúde para a população afetada pelas inundações nos alojamentos provisórios?

Durante as inundações, com o objetivo de evitar uma assistência à saúde reducionista, pautada apenas no modelo biomédico e caracterizada por intervenções desnecessárias, adotou-se o cuidado baseado na concepção de Prevenção Quaternária (P4). A P4 parte da premissa de “primeiramente, não causar dano” e busca evitar iatrogenias. Nesse contexto, a P4 identifica pacientes em risco de sobremedicalização, sobrediagnóstico, sobretratamento e sobreprevenção, entre outros aspectos que denunciam uma prática invasiva e não uma assistência médica eticamente adequada (Tesser; Norman, 2021).

As equipes de saúde que atuaram nos alojamentos foram orientadas a refletir sobre o excesso de intervenções em saúde,

priorizando o uso de evidências científicas e a integralidade do cuidado. O objetivo era proporcionar um atendimento que transcende o aspecto puramente biológico, levando em conta o contexto de vivência e o trauma causado pela catástrofe climática.

Dada a escassez de estudos sobre essa temática e os alertas de grandes consensos científicos sobre a crescente recorrência de desastres climáticos, é fundamental ampliar as pesquisas, de modo a preparar o setor saúde tanto no âmbito da gestão quanto na assistência para situações de calamidade. Assim, este artigo tem como objetivo relatar a organização da gestão municipal na assistência em saúde para a população nos alojamentos durante as inundações de maio de 2024, no município de São Leopoldo/RS.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

---

Para melhor relatar a experiência da assistência à população nos alojamentos durante as inundações, o texto será dividido em três tópicos:

- O que a água levou?
- Como tudo começou: as dificuldades e a organização inicial da gestão municipal
- Assistência em saúde das equipes volantes nos alojamentos: a multidisciplinaridade e a escuta como focos principais de cuidado.

## O QUE A ÁGUA LEVOU?

---

São Leopoldo foi o quarto município mais impactado pelas inundações no Rio Grande do Sul, com 88.531 habitantes atingidos, o que corresponde a cerca de 40,7% da população da cidade. A cidade ficou dividida ao meio pelas águas: de um lado, a região Sul e Centro-Sul-Sudeste; do outro, a Região Norte, enquanto as Regiões Nordeste e Oeste permaneceram submersas. O dique que protegia a cidade do avanço do Rio dos Sinos extravasou, agravando ainda mais as inundações (Jardim, 2024).

Durante as inundações, grande parte dos serviços que não foram diretamente afetados tornou-se inacessível devido às dificuldades de deslocamento para esses locais, o que dificultou a busca por medicamentos, insumos e até mesmo o transporte de profissionais, já que muitas regiões do município estavam completamente inundadas. Além disso, houve uma perda significativa de serviços de saúde devido às enchentes. Ao todo, oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Farmácia Municipal (a única do município), o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e a sede da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Prefeitura Municipal de São Leopoldo, foram afetados, conforme mostram as Figuras 1 e 2.

Alguns serviços de saúde não sofreram danos diretos causados pelas enchentes, mas permaneceram fechados devido à dificuldade de acesso, como o Centro de Especialidades, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e grande parte das UBS.

**Figura 1.** Prefeitura Municipal inundada



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

**Figura 2.** UBS destruída pelas inundações



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

## COMO TUDO COMEÇOU: AS DIFICULDADES E A ORGANIZAÇÃO INICIAL DA GESTÃO MUNICIPAL

---

No dia 3 de maio de 2024 iniciou-se um alvoroço desde cedo. A chamada popularmente “enchente” já se avizinhava. Falavam que a cidade poderia ficar dividida ao meio, poucos acreditavam numa catástrofe tamanha. Em torno das 12h, o município de Porto Alegre anunciou que o acesso ao município seria fechado em função da grande quantidade de água nas entradas da cidade. Assim, os profissionais que residiam em Porto Alegre e estavam em São Leopoldo naquele momento foram orientados a retornar para suas casas. Trabalhadores que moravam em áreas de risco dirigiram-se para suas residências com um profundo sentimento de angústia, pois tudo o que possuíam, em termos materiais, foi construído ao longo

de muitos anos de trabalho, muitos deles dedicados integralmente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, havia grande preocupação com as populações vulnerabilizadas que residiam em áreas de risco e precisavam ser abrigadas em espaços seguros.

Desde o primeiro momento, aqueles que puderam permanecer a postos para oferecer cuidado presencial à população nos alojamentos – moradias improvisadas para acolher os afetados pelas inundações. Outros continuaram presentes de forma remota, organizando pessoas interessadas em se voluntariar, auxiliando na gestão dos alojamentos e elaborando escalas de trabalho com voluntários e profissionais do município.

Nesse cenário, o sentimento de angústia e tristeza era imenso. De um lado, havia trabalhadores que não conseguiram atuar, pois estavam lutando para salvar seus pertences e proteger suas famílias. Esses pertences, mais do que simples objetos, carregavam histórias e simbolizavam anos de esforço e dedicação. Alguns perderam tudo o que tinham e ficaram por um longo período sem um lugar para morar, focando inicialmente na organização de suas demandas pessoais para, posteriormente, contribuir com a assistência em saúde durante as inundações. Por outro lado, trabalhadores que não foram diretamente afetados, mas residiam em outros municípios, enfrentaram restrições à liberdade de ir e vir, com muitos incapazes de se deslocar para São Leopoldo.

Para os que moravam em Porto Alegre, a única via acessível era a RS-118, que atravessa os municípios de Gravataí e Viamão. O tempo médio de deslocamento era de 4 horas, mas alguns trabalhadores enfrentaram até 6 horas apenas no trajeto. O trem

que conecta Porto Alegre à região metropolitana estava inutilizável devido às inundações que afetaram o percurso.

Logo, percebeu-se que o trajeto diário dos trabalhadores seria inviável, tornando necessária a organização de alojamentos provisórios para acolhê-los. Inicialmente, utilizou-se a sede do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) como ponto de encontro. No entanto, devido ao espaço limitado da sede e ao aumento do número de trabalhadores envolvidos nas ações de cuidado aos alojamentos, foi necessário buscar um local maior que permitisse, além das reuniões, o armazenamento de medicações e também servisse como moradia provisória para os trabalhadores.

O novo espaço foi organizado em uma instituição religiosa, que cedeu o local provisoriamente. Nesse ambiente, foi possível uma melhor organização das ações. Uma sala foi preparada para reuniões de equipe, realizadas diariamente às 8 horas, com o objetivo de direcionar demandas, fornecer retornos ao nível de gestão e, ocasionalmente, promover atividades coletivas de autocuidado.

Um espaço maior foi destinado à organização de uma farmácia, estruturada a partir das doações de medicamentos. Essa farmácia contou com o apoio de profissionais como farmacêuticas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e assistentes administrativos. Todas as doações passavam por uma rigorosa conferência quanto ao prazo de validade e à qualidade, antes de serem cadastradas em uma planilha do Software Excel para controle das entradas e saídas de medicamentos e insumos.

Paralelo à organização relacionada a salvamentos e retiradas de pessoas das suas casas e também à atuação dos

profissionais de saúde nos cuidados primários, muitos alojamentos e abrigos temporários foram criados para as pessoas atingidas. Foram criados rapidamente mais de 100 alojamentos a partir do auxílio da população junto com os serviços da política pública de educação e assistência social. Há de se considerar também o esforço da sociedade civil para arrecadar alimentação, cobertores, roupas e demais suplementos para aqueles que nada tinham. Para a organização interna desses alojamentos/abrigos, inúmeros voluntários auxiliavam, sendo que cada local apresentava uma organização própria. O maior alojamento chegou a ter 3 mil pessoas refugiadas climáticas no auge da inundação. No município, além dos alojamentos para as pessoas atingidas, também havia locais para coleta e distribuição de doações.

Referente às inundações no estado, o município de São Leopoldo apresentava uma particularidade que tornava o deslocamento e a assistência às pessoas nos alojamentos ainda mais desafiadores: a cidade estava dividida ao meio pelas águas. As equipes de saúde e os principais atores da gestão municipal estavam concentrados na região sul, que tinha maior proximidade com a capital e com a região metropolitana. Essa área possuía o maior número de profissionais disponíveis para atuar nos alojamentos, recebia o maior volume de doações de medicamentos e insumos, e também abrigava o hospital da cidade, que inicialmente foi o principal ponto de atendimento municipal.

Na figura abaixo, destacada em azul, está representada a área de inundação no município, incluindo os principais bairros atingidos (Figura 3):

**Figura 3.** Mapa do município de São Leopoldo/RS



Fonte: Adaptação própria, 2024.

Nos primeiros dias de inundação, não havia contato com a região norte da cidade. Para lidar com essa situação, foram selecionadas pessoas de referência que residiam nas proximidades para iniciar o mapeamento das necessidades dos alojamentos da região. Com o mapeamento concluído, os profissionais identificaram medicamentos e insumos essenciais que poderiam ser transportados de barco. Esse transporte foi realizado com o

auxílio da população que dispunha desse meio. A imagem abaixo ilustra a primeira viagem de barco realizada para acessar a região norte da cidade, transportando insumos e medicamentos para unidades de saúde e alojamentos (Figura 4).

**Figura 4.** Insumos no barco para a região norte



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

## **ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DAS EQUIPES VOLANTES NOS ALOJAMENTOS: A MULTIDISCIPLINARIDADE E A ESCUTA COMO FOCOS PRINCIPAIS DO CUIDADO**

---

Toda vez que as equipes chegavam em um alojamento, muitas solicitações eram realizadas pela população de referência desses locais. Optou-se, no primeiro momento, por resolver as demandas de maior gravidade, referenciando as questões de saúde que necessitavam de uma avaliação no serviço de urgência e emergência, bem como aquelas que apresentavam desconforto importante, como dor aguda e crises de ansiedade. Tal medida foi

tomada devido à escassez de fármacos, à perda total da farmácia municipal e à inviabilidade de retirar os fármacos do local. Todas as medicações, nesse primeiro momento, provinham da farmácia móvel, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que ainda eram acessíveis, do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e do Centro de Especialidades. Os medicamentos doados e fornecidos emergencialmente pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde só chegaram ao município alguns dias após a catástrofe. Por esse motivo, foi fundamental acessar as unidades que mantinham algum estoque e que não haviam sido comprometidas pelas águas. Na região norte, o acesso a fármacos era mais escasso, pois havia apenas os estoques das unidades de saúde, os quais foram possíveis acessar com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que tinham as chaves das UBS. Além deste auxílio, os ACS e demais moradores locais da região norte foram essenciais para mapear os alojamentos que iam surgindo na região e para o levantamento das necessidades em saúde, para que a gestão se organizasse ao nível assistencial.

Inicialmente, as equipes volantes, compostas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, se concentraram de forma fixa somente nos três maiores alojamentos do município, devido ao baixo contingente de trabalhadores disponíveis naquele momento. Foram mantidas equipes 24 horas por aproximadamente duas semanas nesses três locais, sendo realizadas diariamente escalas médica e de enfermagem para a manutenção da assistência, devido ao alto número de pessoas desalojadas. Porém, ao passar dos dias, notou-se a necessidade de assistência em outros alojamentos, e

manter-se fixo gerava, em alguns casos, intervenções desnecessárias. Devido a isto, optou-se pela criação de novas equipes volantes para atuarem nos alojamentos. Já nas unidades de saúde que não foram atingidas e onde havia profissionais que residiam nas proximidades, formaram-se equipes fixas. Essas equipes eram compostas por uma equipe mínima de enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.

Para colocar a proposta de equipes volantes em prática, foi necessária uma articulação com a assistência social para informações sobre os alojamentos que estavam sendo criados em meio à catástrofe. A cada momento surgia um alojamento, e era extremamente complexo acompanhar e monitorar a quantidade de pessoas existentes em cada um. Assim, não havia um controle exato desses locais; alguns deles eram descobertos através das demandas dos próprios usuários, que se comunicavam por telefone ou através de outros usuários e solicitavam a ajuda das equipes de saúde.

Na tentativa de ter uma ideia aproximada do número de alojamentos, endereço, quantidade de pessoas no local e principais necessidades em saúde, foi construída uma tabela no Software Excel com o nome dos alojamentos, endereços, contato das lideranças comunitárias e principais necessidades em saúde. Após o mapeamento de todos os locais, os alojamentos foram divididos por regiões/proximidade e, na sequência, eram organizadas rotas, ou seja, os alojamentos que cada equipe volante iria passar no dia. O deslocamento era realizado com os carros contratados pela FMS-SL, que, naquele momento, contava com oito veículos à disposição das equipes. Devido à dificuldade de acesso à região norte da cidade, dois carros foram mantidos fixos na área, permitindo a formação de

duas equipes volantes. Na região sul, foram disponibilizados quatro carros para o transporte das equipes, enquanto os dois veículos restantes ficaram reservados para o transporte de medicações e para atender a demais intercorrências.

Para cada equipe volante, foi montada uma caixa com um kit de materiais de enfermagem e medicamentos básicos para assistência nos alojamentos. O atendimento era pautado na assistência integral ao usuário, considerando a escuta e o acolhimento como aspectos primordiais em meio à catástrofe. Caso houvesse necessidade de medicações, era solicitado à “farmácia provisória” — construída às pressas e organizada por uma equipe de farmacêuticos e demais profissionais da saúde — para verificar se o fármaco estava disponível e organizar a entrega do medicamento ao usuário no alojamento. Para fortalecer o vínculo, organizamos as rotas sempre com a mesma equipe de referência. Dessa forma, as equipes de saúde conheciam melhor as demandas locais e promoviam a continuidade do cuidado.

As demandas de saúde eram diversas, incluindo ferimentos provocados por animais (cachorro e gato), ferimentos ocorridos durante a inundação ao retirar objetos ou na pressa de se deslocar para o alojamento, síndromes respiratórias, descompensação de doenças crônicas, crises de ansiedade e abstinência por uso de substâncias. Além disso, havia demandas relacionadas ao tratamento de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, como HIV, tuberculose, diabetes, hipertensão e asma, entre outras. Também foram identificadas comorbidades psiquiátricas, como depressão, esquizofrenia e transtorno de humor bipolar.

Diante da alta demanda por questões de saúde mental, os trabalhadores do CAPS e do Núcleo de Apoio Matricial (E-multis) foram mobilizados para compor as chamadas equipes itinerantes de Saúde Mental. Essas equipes foram formadas por profissionais da equipe multidisciplinar, incluindo assistente social, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e educador físico. Dessa forma, foi possível ampliar o cuidado e atender às demandas de saúde mental mais complexas.

Durante a organização das equipes de trabalhadores locais, surgiu uma alta demanda de profissionais da saúde interessados em atuar como voluntários nos alojamentos. No entanto, muitas dessas pessoas não dialogavam com a gestão local e adentravam nos alojamentos com a intenção de auxiliar a população. Por vezes, o atendimento oferecido por esses voluntários era pautado em práticas reducionistas e fragmentadas, com foco na dispensação de medicações e no encaminhamento para especialidades, sem preocupação com a construção de uma rede integrada de serviços de saúde e assistência social do município, além de faltar compromisso com a continuidade do cuidado.

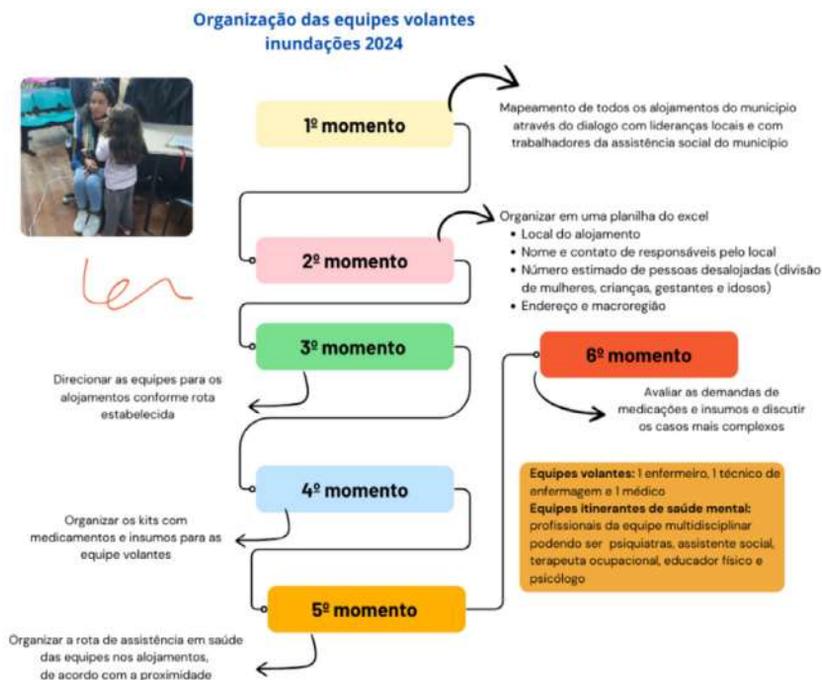
Nesse sentido, a gestão municipal começou a acompanhar os voluntários em suas ações, não no sentido de tolher suas ações, mas como forma de proteger a população de possíveis iatrogenias. Dessa forma, equipes da saúde que encontravam voluntários atuando nos abrigos se identificavam, solicitavam o número do conselho para conferência dos dados e agendavam uma reunião para explicar o modo que o município estava conduzindo as ações nos alojamentos e para garantir uma maior organização dos processos de trabalho

de forma semelhante em todos os locais de atendimentos. Assim, definiu-se a necessidade de contar com a representação de um trabalhador do município para orientar as equipes de voluntários. Na terceira semana pós-inundação, foram disponibilizados coletes para a identificação e segurança desses profissionais voluntários, além de ser pactuada com eles a importância de um cuidado multidisciplinar. Esse cuidado deveria ir além das ações curativas, considerando também a relevância de brincar com as crianças, escutar as dores das perdas vivenciadas e promover formas de sobrevivência e leveza, muitas vezes proporcionadas pela arte.

Quando as equipes de voluntários e profissionais do município retornavam ao QG, eram realizadas discussões sobre os casos mais complexos, com o objetivo de articular uma rede de apoio com outros serviços. Além disso, era feita a organização de medicações e insumos para serem entregues aos usuários nos alojamentos.

Na figura abaixo, é ilustrado em formato de esquema a organização das equipes volantes (Figura 5):

**Figura 5.** Etapas de organização das equipes volantes



Fonte: Adaptação própria, 2024.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização da gestão municipal demonstrou agilidade na organização da assistência à saúde nos alojamentos, de forma a realizar a captação de trabalhadores em saúde, mapear os locais, dialogar com a comunidade e construir o cuidado possível frente a uma situação de intenso sofrimento. O cuidado integral e multidisciplinar mostrou-se fundamental em um contexto de intenso sofrimento psíquico, relacionado ao trauma e à tristeza

pelas perdas geradas pela tragédia climática. Destaca-se também a necessidade de atendimento às doenças agudas decorrentes da aglomeração de pessoas em locais improvisados, aos acidentes com animais peçonhentos e domésticos, bem como à descompensação de doenças crônicas devido à falta de medicamentos. Em relação às demandas de saúde, observou-se que o cuidado prestado foi, em grande parte, baseado em tecnologias leves, abrangendo ações como orientação vacinal, administração de medicamentos, realização de curativos e coberturas para feridas traumáticas, consultas médicas e de enfermagem, além da escuta qualificada em saúde mental.

Dessa forma, evidencia-se que os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como dos serviços de base territorial de saúde mental, são os profissionais mais aptos para lidar com a população desalojada, proporcionando assistência integral à saúde, do recém-nascido ao idoso, sem distinção.

A assistência prestada por voluntários da saúde em meio à catástrofe climática foi de extrema importância. No entanto, observou-se a necessidade de cadastramento e acompanhamento desses profissionais por parte do poder público, com verificação e fiscalização dos conselhos de classe e organização da gestão do trabalho em saúde. Isso é essencial para identificar os locais com maior necessidade de assistência e direcionar o cuidado de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Notou-se, ainda, que muitos profissionais voluntários chegavam aos locais da catástrofe ansiosos por “salvar vidas”. Contudo, é fundamental que esses profissionais compreendam os fluxos da rede de saúde municipal, de modo a evitar

desentendimentos com os usuários, que, afetados emocionalmente, necessitavam, especialmente nos momentos iniciais da tragédia, de acolhimento, carinho e segurança.

Torna-se urgente que os municípios elaborem planos de contingência para situações de urgência, considerando aspectos que vão além da saúde. É necessário mapear locais protegidos com potencial para serem transformados em alojamentos provisórios e organizar previamente como se dará a assistência em saúde nesses espaços, com o objetivo de promover a proteção da população contra maiores agravos, minimizar os danos e construir um cuidado possível.

## REFERÊNCIAS

---

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

FREITAS, C. M. *et al.* Natural disasters and their costs for healthcare establishments in Brazil, 2000 to 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-12, 2020.

GRACIE, R; XAVIER, D. R; MEDRONHO, R. Floods and leptospirosis in Brazilian municipalities from 2003 to 2013: use of data mining techniques. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. 1-15, 2021.

JARDIM, F. T. Mudanças Climáticas e os Efeitos socioespaciais das enchentes em São Leopoldo: Observatório das Metrôpoles. **Brasil de Fato**, 2024. Disponível em: <https://www.brasildefatos.com.br/2024/07/03/mudancas-climaticas-e-os-efeitos-socioespaciais-das-enchentes-em-sao-leopoldo>. Acesso em: 20 nov. 2024.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Quaternary prevention and medicalisation: inseparable concepts. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1-15, 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Operational framework for building climate resilient health systems**. Geneva: World Health Organization; 2015.



# AS EQUIPES DE SAÚDE NÃO TÊM CITOTÉCNICOS! O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO E A INVISIBILIDADE SOCIAL DO TRABALHO NAS LINHAS DE CUIDADO MAIS RELEVANTES NO CONTEMPORÂNEO

William Pereira Santos  
Alcindo Antônio Ferla

## INTRODUÇÃO

---

O câncer de colo uterino é reconhecido como um problema de saúde pública desde o início do século XX, quando começaram a ser identificadas suas causas e fatores de risco, associados à infecção persistente por alguns tipos de HPV (papilomavírus humano), especialmente os tipos 16 e 18. Esses subtipos apresentam maior risco de progressão para lesões precursoras que, se não diagnosticadas e tratadas precocemente, podem evoluir para o câncer ao longo de vários anos. A partir da década de 1940, com a introdução do exame de Papanicolaou, responsável por desenvolver o teste homônimo, houve um aumento na detecção precoce da doença, tornando-se uma ferramenta indispensável

nos programas de saúde pública, com foco na prevenção do câncer de colo uterino (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2022; Medrado; Lopes, 2023).

O teste de Papanicolaou, também conhecido como teste citológico ou preventivo do câncer de colo do útero, tem como objetivo a detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo uterino, antes que se disseminem para os tecidos ao redor da lesão primária. Em muitos casos, porém, é possível identificar câncer em estágio invasivo. Embora não seja o ideal, já que o exame visa prevenir a malignidade e detectar alterações antes da invasão, essa possibilidade existe. O estágio avançado da doença é multifacetado, podendo ser consequência de fatores como baixa disponibilidade de recursos materiais e profissionais, infraestrutura ineficiente nos serviços de saúde, além de barreiras culturais, geográficas e financeiras.

No Brasil, há um objetivo secundário na aplicação da técnica citológica: detectar alterações celulares relacionadas a processos inflamatórios causados por bactérias, fungos, protozoários e herpesvírus. Essa abordagem é fundamental para identificar microrganismos que podem causar vaginites e outras condições ginecológicas, possibilitando direcionar as pessoas para tratamentos adequados das infecções identificadas (Brasil, 2016; Santos; Eleutério Junior, 2020).

Sob a perspectiva da educação permanente em saúde, a realização do exame pode expandir a prática do cuidado ao conscientizar as mulheres sobre a importância da prevenção e do acompanhamento regular. Nos serviços de saúde, essa abordagem não apenas visa a detecção precoce de alterações celulares, mas também promove

práticas proativas de saúde, incentivando a realização periódica de exames. Essa estratégia contribui para a redução da incidência de câncer de colo uterino no país ao fortalecer o conhecimento das pessoas sobre sua saúde, estimular hábitos de autocuidado e fomentar a busca por atendimento regular. Assim, cria-se um ciclo de prevenção e cuidado que beneficia as condições de vida da população (Medrado; Lopes, 2023; Santos; Eleutério Junior, 2024).

Atualmente, o exame citológico possui um acesso mais ampliado. Nas décadas de 1940 e 1950, o controle do câncer de colo uterino no Brasil era limitado a consultórios particulares, serviços de ginecologia de alguns hospitais públicos ou filantrópicos, e ambulatórios ginecológicos vinculados a universidades ou instituições de caráter não governamental. Com as transformações no processo de controle da neoplasia no país, que passou a ser conduzido por programas de prevenção, o rastreamento das lesões precursoras tornou-se uma atividade central na promoção da saúde (Medrado; Lopes, 2023; Teixeira; Gomes, 2013). Como forma de garantir a cobertura do exame à população, para manter o cuidado à saúde das mulheres<sup>2</sup>, o teste passou a ser ofertado nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016). No Brasil, o controle do câncer de colo uterino teve início com ações inovadoras de profissionais que introduziram o exame citológico e a colposcopia no país, a partir da década de 1940. O Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero, empregado atualmente, é um resultado do desenvolvimento de iniciativas que começaram

---

2 Atualmente, já se entende que o exame citológico de prevenção do câncer de colo uterino deve ser estendido a todas as pessoas com útero, independentemente da identidade de gênero.

a ser organizadas e consolidadas a partir do Programa de Saúde Materno-Infantil (1977) e que, desde a década de 1990, se expandiu consideravelmente (Brasil, 2011a).

Atualmente, o exame citológico é o mais empregado para a detecção precoce do câncer de colo uterino, visto que, com o avanço das tecnologias em saúde, outras técnicas foram desenvolvidas, ainda que não estejam implantadas no SUS. Com o aumento da procura pelo exame de Papanicolaou e a crescente conscientização sobre a importância do rastreamento do câncer de colo uterino, surgiu a necessidade de ampliar o quantitativo de profissionais qualificados para suprir a rotina de exames gerados pela ampliação do serviço no sistema público de saúde. Houve ênfase à formação de citotécnicos para análise das amostras citológicas (Medrado; Lopes, 2023; Santos; Eleutério Junior, 2020; Teixeira; Gomes, 2013; Teixeira, 2015). Com mais citotécnicos, é possível processar um maior número de exames, resultando em uma detecção precoce de lesões e câncer em maior volume de pessoas em diferentes territórios. Isso pode levar a intervenções mais eficazes e à redução das taxas de mortalidade associadas ao câncer de colo uterino, especialmente em contextos de falta de recursos e assistência (Santos; Eleutério Junior, 2020; Santos; Eleutério Junior, 2024; Teixeira, 2015). Assim, a formação de citotécnicos foi essencial para a saúde pública ao ampliar o quadro de profissionais de análise e, também, para apoiar e organizar os serviços assistenciais e a otimização do tempo entre a coleta e a emissão do diagnóstico (Brasil, 2011a). Entretanto, o trabalho do citotécnico se invisibiliza no interior dos laboratórios, restringindo-se à análise do material

recebido e a estruturação dos laudos. Como se verá, no caso da formação ofertada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), essa formação tem o Sistema Único de Saúde (SUS) como base contextual. Busca-se desenvolver capacidades profissionais ampliadas, que poderiam ser mais bem aproveitadas na ação matricial com os serviços de saúde responsáveis pela coleta dos materiais para análise. Nesse contexto, a formação dos citotécnicos está intrinsecamente ligada à história de implantação da política de prevenção do câncer de colo uterino no Brasil. A capacitação desses profissionais representa uma resposta essencial para garantir a qualidade do diagnóstico e o cuidado adequado à saúde da população (Santos; Ferla, 2020).

As formações iniciais em Citopatologia concentravam-se principalmente no treinamento para avaliação de esfregaços cérvico-vaginais, que atendiam à maior demanda dos serviços de saúde. Contudo, esse foco restrito poderia limitar uma formação mais abrangente, dificultando a atuação dos profissionais em diferentes contextos e tipos de análises citológicas. Com o passar do tempo, porém, a área de citopatologia começou a se expandir, incorporando novos conhecimentos e técnicas, o que ampliou as possibilidades de atuação dos citotécnicos (Santos; Ferla, 2020).

Mesmo com a relevância do citotécnico para a produção de saúde e para a saúde pública, os profissionais são invisibilizados no ambiente de trabalho e nas redes de serviços, de maneira geral. A falta de visibilidade do trabalho também oculta a autonomia profissional para desempenhar suas funções e, principalmente, limita a expansão

da participação do profissional em outras atividades importantes na saúde pública em várias regiões do país (Santos; Ferla, 2020).

O objetivo deste ensaio teórico é apresentar uma discussão sobre a formação e as atribuições dos citotécnicos, bem como as condições de trabalho na perspectiva da micropolítica nos serviços de saúde (Merhy, 2002). O texto enfatiza a necessidade de um sistema de saúde estruturado e bem capacitado para garantir o diagnóstico eficaz e o cuidado adequado das pessoas que têm risco de câncer de colo uterino. Também aborda a relevância da educação em saúde, visando à formação de profissionais críticos e atualizados quanto ao contexto da saúde. A importância dessa análise está na visibilidade da atuação de profissionais de formação técnica no processo de trabalho dentro de sistemas e serviços de saúde, uma vez que os citotécnicos são constantemente ameaçados a exercer funções que vão além de suas competências específicas devido à falta de regulamentação e à invisibilidade da profissão.

A escolha pelo tema é pragmática. Os autores transitam entre a assistência, a formação e o trabalho em saúde, refletindo sobre os arranjos na micropolítica do trabalho e os movimentos de integralidade. O primeiro autor possui formação técnica em Citopatologia e, como citotécnico, demonstra inquietação em relação às tensões enfrentadas pelos profissionais da área. Devido à invisibilidade do trabalho e da profissão, além da falta de cursos regulamentados para a formação de histotécnicos, muitos são levados a assumir atribuições relacionadas à histotecnologia.

As decisões sobre essas funções ficam a critério das instituições e empresas públicas e privadas que oferecem o cargo

de citotécnico, o que frequentemente resulta em sobrecarga de funções e precarização do trabalho. Apesar de terem formações e atribuições distintas, citotécnicos e histotécnicos costumam compartilhar os mesmos espaços em laboratórios de Anatomia Patológica (Citopatologia e Histopatologia).

Nesse sentido, ao analisar as condições atuais de trabalho dos citotécnicos, torna-se fundamental refletir sobre sua formação técnica e condições laborais. Essa análise deve incluir também os histotécnicos, profissionais que enfrentam desafios semelhantes de precarização tanto no trabalho quanto na formação (Medrado; Souza, 2013).

Nesse sentido, a contribuição do segundo autor reflete sobre a necessidade de uma abordagem mais integrada entre formação e prática profissional, enfatizando a importância de um reconhecimento efetivo das competências de cada categoria profissional e do trabalho em equipe, assentado na educação permanente em saúde, como forma de embasar ações mais resolutivas e avanços mais substantivos em relação à integralidade do cuidado. Ambos os autores, portanto, refletem a interface entre a formação e a atuação profissional no campo da saúde. Além disso, concordam que a regulamentação adequada dos profissionais técnicos em saúde é essencial para garantir a valorização e a efetividade do trabalho dos profissionais, promovendo melhores condições de trabalho e maior reconhecimento de suas competências.

Este ensaio teórico buscou sistematizar os registros na legislação e na bibliografia especializada acerca da formação e do trabalho do citotécnico. Neste capítulo, foi adotada uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo, fundamentada em uma revisão de

literatura baseada em pesquisas realizadas em artigos, teses e livros de acesso livre disponíveis na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme – Lilacs). Além disso, foram consultadas diretrizes e sítios governamentais. Para a seleção dos materiais, utilizaram-se os termos em português e suas variações em inglês: “citotécnico”, “citopatologia”, “histotécnico”, “histopatologia” e “formação em saúde”.

Dado o escasso registro histórico sobre a formação profissional e o exercício do trabalho nessas áreas, não foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, permitindo maior disponibilidade de materiais para ampliar as fontes de pesquisa.

Este capítulo também conta com uma contribuição empírica, considerando a experiência prática do primeiro autor, que atua no campo da Citotecnologia há mais de doze anos. Essa vivência proporciona uma compreensão mais profunda das realidades e desafios enfrentados por esses profissionais.

Como se trata de uma pesquisa documental, está isenta de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme as Resoluções n.º 466/2012 e n.º 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O trabalho não apresenta conflito de interesses.

## **A FORMAÇÃO EM CITOPATOLOGIA NO BRASIL: UM RECORTE DE ASPECTOS ATUAIS**

---

Historicamente, a educação profissional em anatomia patológica se baseou principalmente na formação em serviço, com pouca estruturação dos conteúdos e foco na repetição de procedimentos para qualificação (Medrado, 2010). Em alguns casos, há, no inferior

dos serviços, o treinamento de profissionais de determinadas funções para realização das atividades nessa área, desvalorizando a categoria profissional e fragilizando o processo de formação.

O campo da educação técnica em Citopatologia se distingue do modelo de hierarquia/dependência, sendo reconhecido como crucial para o combate ao câncer. Essa valorização levou à criação de cursos com currículos e carga horária adequados, buscando minimizar as disparidades no Brasil. Contudo, iniciativas nesse sentido enfrentaram descontinuidades, impedindo a consolidação de uma formação consistente na área.

Um marco importante para a formação dos citotécnicos foi a parceria entre o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que já ofertava o curso de qualificação, e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A parceria entre as duas instituições foi por considerar a atuação do INCA no controle do câncer, sendo uma referência na pesquisa oncológica, contribuindo para o desenvolvimento de novas terapias e tecnologias no combate de diversos tipos de câncer. Além disso, a instituição participa do processo de formação de profissionais de saúde, ofertando cursos de formação técnica e pós-graduação (residência, mestrado e doutorado) e projetos de pesquisa. A EPSJV é alinhada às demandas do SUS e uma referência na formação de profissionais de saúde no Brasil, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento e da saúde da população. A instituição é também certificadora de cursos, garantindo a qualidade e a relevância das formações ofertadas (Brasil, 2015; Medrado; Lopes, 2023). A integração entre a educação

e o mercado de trabalho, na perspectiva da formação de citotécnicos, é uma proposta da cooperação que responde às necessidades reais do programa de controle do câncer de colo uterino.

A cooperação reestruturou o curso de Citopatologia. As disciplinas do curso foram aprimoradas e complementadas com outras que expandiram o escopo formativo dos citotécnicos, proporcionando uma compreensão mais abrangente de seu papel como trabalhadores da saúde e do SUS. O primeiro curso técnico de nível médio em Citopatologia, oferecido por meio dessa parceria, foi realizado entre 2011 e 2012, e as atividades continuam até os dias atuais. O esforço da cooperação interinstitucional permitiu a certificação do curso, com reconhecimento pelo Ministério da Educação (MEC) (Brasil, 2015). A cooperação interinstitucional reflete a evolução das teorias do trabalho e as mudanças no mercado, englobando também a capacidade de adaptação a novas tecnologias e formas de organização do trabalho. Essa transformação não apenas responde às novas demandas do mercado, mas também busca integrar aspectos subjetivos e interativos do trabalhador, como a capacidade de cooperação e a iniciativa (Chinelli; Vieira; Deluiz, 2013).

A prática e a formação dos técnicos em citopatologia é orientada, no Brasil, por três documentos, principalmente. O Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, do Ministério da Educação (Brasil, 2022); as diretrizes e orientações para a formação do técnico em Citopatologia, do Ministério da Saúde (Brasil, 2011b); e a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego, que aponta o Citotécnico (código 3242-15), Citotecnologista (código 3242-15) e o Técnico em Citopatologia

(código 3242-15) como ocupações associadas (Brasil, 2024), sem sugerir os histotécnicos e as funções dessa categoria profissional às responsabilidades dos citotécnicos.

A proposta de formação visa capacitar citotécnicos como profissionais críticos, dotados de conhecimentos essenciais para o exercício da profissão. Dessa forma, eles poderão responder de maneira qualificada às demandas do enfrentamento do câncer de colo uterino, contribuindo para a ampliação da força de trabalho nos serviços de saúde e no SUS. Essa formação abrange o processo de desenvolvimento das habilidades e conhecimentos dos trabalhadores (Chinelli; Vieira; Deluiz, 2013).

A mais recente atualização do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação, realizada em 2020, apresenta significativos avanços na compreensão sobre esse profissional e sua relevância para os serviços de saúde. Isso contribui para a elaboração de modelos curriculares e cursos técnicos mais apropriados para esses trabalhadores e os desafios que enfrentam no mercado de trabalho (Brasil, 2022).

## O TRABALHO TÉCNICO EM CITOPATOLOGIA

---

A função do técnico em Citologia (ou Citopatologia), historicamente conhecido como citotécnico, consiste em atuar em laboratórios que são categorizados como serviços de diagnóstico de Citopatologia/Anatomia Patológica, vinculados ou não a clínicas e hospitais. O citotécnico tem suas atribuições divididas em duas categorias. Uma delas envolve o processamento técnico

das amostras, que abrange a preparação e a coloração de lâminas, sempre com atenção aos protocolos que garantem o trabalho eficaz e seguro. E a outra, na análise e na emissão de diagnóstico baseadas em sistemas que visam à precisão e à uniformidade do diagnóstico (Santos; Eleutério Junior, 2020; Teixeira, 2015).

Amostras de citologia não ginecológica, como fluidos orgânicos, líquidos, raspados e secreções, são processadas no laboratório de citologia para análise detalhada. O processamento envolve etapas como: recepção e identificação, garantindo a rastreabilidade; preparação da lâmina, que consiste na etapa de confecção de lâminas que serão analisadas ao microscópio, fixação e coloração dos espécimes com corantes específicos. Além disso, análise microscópica das características celulares, permitindo a identificação e a interpretação de alterações (Caputo; Mota; Gitirana, 2010).

No caso de citologias ginecológicas, as amostras podem ser convencionais ou de base líquida. As amostras convencionais são, geralmente, coletadas por meio de métodos como raspagens do colo do útero e dispostas em lâminas de vidro apropriadas. No laboratório de Citopatologia, o processamento é mais simples, consistindo na recepção e na identificação da amostra, fixação e coloração dos espécimes com corantes específicos e análise microscópica para rastreamento das lesões precursoras do câncer de colo uterino. Nesse caso, não há reserva de material para reprocessamento e reanálise, como ocorre com as amostras de base líquida (Caputo; Mota; Gitirana, 2010; Santos; Eleutério Junior, 2024).

A outra técnica aplicada para citologia é a de base líquida. Com os avanços na ciência e na tecnologia, promovendo a automação

do exame, a citologia de base líquida melhorou a eficiência no processamento de amostras. Essa técnica foi adotada por proporcionar benefícios, como a reserva de material biológico para a repetição do próprio teste celular e a realização de testes adicionais, como os moleculares. Além disso, a citologia de base líquida reduz artefatos (excesso de hemácias e elementos inflamatórios, sobreposição celular e dessecação), melhorando a qualidade da amostra e facilitando a identificação e a interpretação celular (Santos; Eleutério Junior, 2020; Santos; Eleutério Junior, 2024).

A etapa de trabalho posterior do citotécnico corresponde à análise e à interpretação das amostras citológicas. Durante a microscopia, é responsável por realizar a análise detalhada de materiais citológicos para identificar possíveis alterações. Considerando a realidade no Brasil, a maior parte dos citotécnicos vinculados aos Laboratórios de Citopatologia realiza a análise microscópica de esfregaços cérvico-vaginais, devido ao volume desses exames nas unidades e à ênfase durante a formação dos profissionais, um reflexo, ainda, das formações mais antigas, que priorizavam a formação do profissional para o rastreamento do câncer de colo uterino em detrimento de outras áreas da Citopatologia (Santos; Eleutério Junior, 2020; Santos; Eleutério Junior, 2024; Teixeira, 2015).

A análise dos esfregaços é uma etapa de trabalho de responsabilidade exclusiva dos citotécnicos. Na categoria de profissionais técnicos em saúde, o citotécnico é um dos poucos técnicos com competência para emitir laudos, embora o façam compartilhando a responsabilidade com citopatologistas e, atualmente, com biomédicos e outros profissionais da saúde,

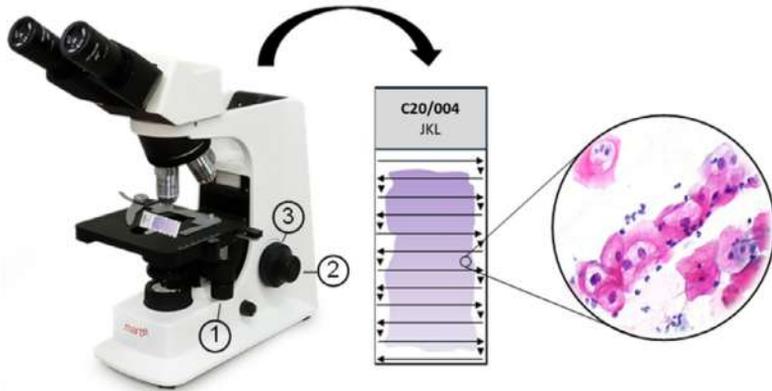
conforme regulamentações, formação e especialização de cada profissional (Brasil, 2024; Teixeira, 2015). A análise de amostras citológicas, a microscopia, consiste em analisar os elementos celulares presentes na lâmina, permitindo a identificação de elementos normais para comparar com elementos cuja morfologia esteja alterada, indicando a presença de infecções e alterações sugestivas de câncer ou câncer. Dessa forma, durante a análise, o citotécnico observa características celulares, como tamanho, forma, densidade nuclear, coloração, disposição das células (se isoladas ou agrupadas). O fundo de base, em algumas situações, pode ser indicativo de alterações, como a presença de hemácias. A observação desses elementos pode sugerir lesões ou inflamações. A análise cuidadosa do fundo de base, portanto, não deve ser descartada para a interpretação correta e para o diagnóstico adequado (Figura 1) (Brasil, 2015; Koss; Gompel, 2006; Santos; Ferla, 2020).

Além de comparar elementos normais e anormais durante a análise citológica, o citotécnico deve também se atentar ao diagnóstico diferencial. Alguns achados podem ser visualmente semelhantes e gerar dúvidas, tornando essencial uma avaliação cuidadosa das características celulares para evitar interpretações equivocadas. Na prática, alterações celulares benignas podem se assemelhar a alterações malignas, exigindo um olhar atento aos detalhes citomorfológicos e ao contexto clínico para a emissão de um diagnóstico mais assertivo. Esse fato evidencia a complexidade da análise celular e da elaboração de laudos, além de reforçar a necessidade de constante atualização e consulta à literatura especializada (Figura 2).

Durante a análise, os citotécnicos também correlacionam as alterações celulares observadas nas lâminas com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Para a etapa de análise e emissão de diagnósticos, os citotécnicos utilizam o Sistema de Bethesda, que estabelece um padrão categórico para a classificação de normalidade e anormalidade dos esfregaços citológicos cérvico-vaginais (Barros *et al.*, 2012; Santos; Eleutério Junior, 2020; Solomon; Nayar, 2005).

O citotécnico realiza suas atividades de análise em microscópio de luz. As ferramentas mecânicas desse equipamento permitem os movimentos, enquanto a parte óptica possibilita a visualização das imagens. O *charriot* permite o deslocamento da lâmina sobre a mesa do microscópio, enquanto o movimento no macrométrico possibilita ajustes amplos, facilitando a busca rápida por áreas de interesse para análise. Por sua vez, o movimento no micrométrico realiza ajustes finos, permitindo um foco mais detalhado no campo observado (Caputo; Mota; Gitirana, 2010; Teixeira; Gomes, 2013). Durante essa observação, portanto, é recomendado, ao identificar as áreas de interesse para análise na lâmina, realizar uma marcação para localização e posterior análise em caso de revisão. Isso ajuda a diminuir o tempo atribuído na busca por campos específicos, permitindo uma avaliação mais eficiente e focada. Além disso, facilita a comunicação com outros profissionais que possam precisar revisar os mesmos dados, que todos estejam alinhados nas observações realizadas (Figura 1) (Teixeira, 2015).

Figura 1. Análise microscópica de lâminas de citologia cervico-vaginal (Coloração Papanicolaou).



Elaborado por: William Pereira Santos, 2024.

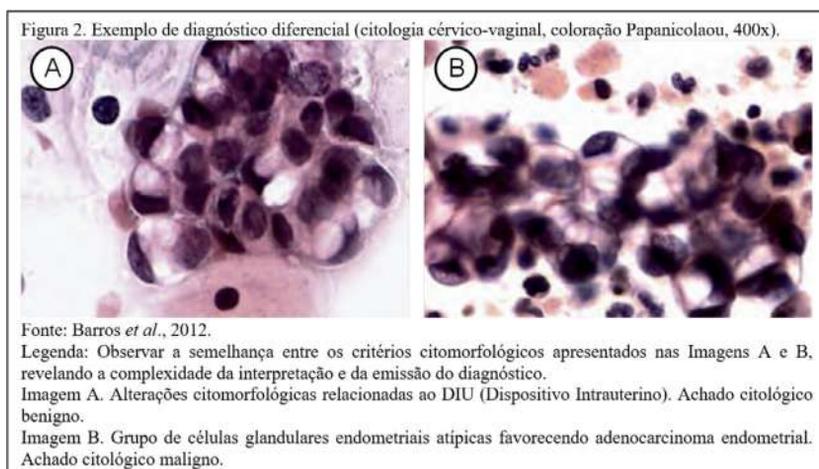
Legenda: 1. Chariot. 2. Micrométrico. 3. Macrométrico.

Notas:

1. Representação da etapa de microscopia. Na lâmina, o caminho indicado pelas setas demonstra a varredura sobre a amostra durante a análise microscópica. Para realizar essa técnica de observação é necessário movimentar os três botões do microscópio indicados na legenda. O campo com as células (à direita) exemplifica um dos achados durante a análise, a Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL).
2. A representação celular (LSIL) foi extraída de IARC (2024).
3. Escolha aleatória do número do exame e iniciais do(a) paciente para fins de ilustração.

É recomendado, portanto, que os citotécnicos e patologistas estabeleçam uma comunicação direta, criando um espaço de discussão no ambiente de trabalho sobre os casos compartilhados, que podem gerar entendimentos diferentes entre as partes. A colaboração interdisciplinar colabora para o diagnóstico e o tratamento de doenças. Na prática, porém, nem sempre essa dinâmica é possível, considerando que muitos profissionais (citotécnicos e patologistas) acumulam mais de um vínculo e/ou a rotina de trabalho nos laboratórios é extensa e os prazos para emissão de resultados são curtos.

Os citotécnicos, como já mencionado, se ocupam a maior parte do tempo com a rotina de casos de citologia cérvico-vaginal. Nesse caso, a análise microscópica das lâminas inclui a busca de células atípicas que possam sugerir ou indicar infecção pelo HPV, considerado o principal fator de risco biológico para o desenvolvimento do câncer de colo uterino e de suas lesões precursoras. Esse, aliás, é o objetivo da citologia cérvico-vaginal: detectar as alterações precoces do HPV, evitando a evolução para lesões graves ou câncer (Koss; Gompel, 2006; Santos; Eleutério Junior, 2020; Solomon; Nayar, 2005), veja na Figura 2.



No Brasil, há um objetivo secundário com a aplicação da técnica citológica. Apesar de se tratar de uma técnica que não é específica para diagnóstico de agentes infecciosos diferentes de HPV, oportunamente, é possível identificar bactérias, protozoários (*trichomonas vaginalis*) e ação citopática de herpesvírus. Nesse caso, o citotécnico registra, no laudo, esses achados e a relação

destes com os quadros de inflamação (Koss; Gompel, 2006; Santos; Eleutério Junior, 2020; Solomon; Nayar, 2005).

Essa é uma forma de o laboratório se conectar com o clínico, confirmando, inclusive, o que já pode ter sido observado durante a análise e coleta do material preventivo realizada durante a consulta. O diagnóstico completo, aliás, contribui para um tratamento adequado, promovendo uma abordagem mais integrada e colaborativa no cuidado à saúde do(a) paciente. Além disso, facilita o acompanhamento das alterações detectadas e a adoção de intervenções necessárias de forma oportuna (Santos; Eleutério Junior, 2020).

Por meio da avaliação do padrão citomorfológico, como alterações nucleares e citoplasmáticas, e correlação desses aspectos com a história clínica do(a) paciente, o citotécnico avalia o que é normal e anormal, emitindo, finalmente, um laudo técnico que orientará a determinação diagnóstica. Casos sugestivos ou positivos para lesões intraepiteliais e malignidade são direcionados para avaliação do responsável técnico, além de um quantitativo de amostras negativas para lesão intraepitelial e malignidade. Dessa forma, geralmente, o responsável técnico examina uma parte da rotina de cada citotécnico, que compreende de 10% a 30% do total de exames. Essa etapa é denominada controle de qualidade, e o percentual de amostras para revisão pode variar entre os laboratórios, que podem adotar padrões diferentes (Brasil, 2015; Medrado; Lopes, 2023).

No contexto da vigilância, o citotécnico apoia as campanhas de prevenção do câncer de colo uterino do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (Brasil, 2016). A sua atuação

apoia a proposta de cobertura da população com os exames de prevenção, contribuindo para a efetividade do programa e a melhoria da saúde das pessoas no Brasil. A respeito da análise de citologia de base líquida, assim como das análises biomoleculares, existem desafios para os profissionais da área (Medrado; Lopes, 2023; Santos; Eleutério Junior, 2024). Um dos desafios é a formação dos profissionais, que deve corresponder aos avanços tecnológicos de coleta e análise de materiais, garantindo a atualização, portanto, no processo de formação profissional. Alguns critérios citomorfológicos a serem interpretados nas lâminas são sutis, reforçando a necessidade de formação e educação continuada adequadas, devido à variabilidade nas técnicas de coleta e processamento das amostras. Quando se trata de citotécnicos já com formação concluída e inseridos nos laboratórios de Citopatologia, é fundamental a prática de educação continuada, garantindo que os profissionais se mantenham atualizados sobre as novas tecnologias, técnicas e diretrizes clínicas para a realização de trabalhos mais precisos.

## **O TRABALHO DO CITOTÉCNICO TENSIONADO PELA DESVALORIZAÇÃO E INVISIBILIDADE PROFISSIONAL**

---

Apesar da formação técnica exigida para os citotécnicos, há uma negligência histórica em relação à regulamentação e à formação desses trabalhadores que se perpetua. Mesmo com os avanços na regulamentação da formação, o nome dos citotécnicos, responsáveis pela primeira análise das amostras citológicas, não consta nos laudos, corroborando o processo histórico de invisibilidade profissional. Os laudos são formados apenas pelo responsável

técnico do laboratório e/ou patologista, um profissional de formação graduada. Este é um ponto de contradição que nos conecta à questão da valorização da categoria profissional. Ainda na saúde, o reconhecimento social da produção do cuidado é mais direcionado a algumas categorias profissionais em detrimento de outras. Além disso, não é raro observar serviços públicos e privados exigindo que os citotécnicos realizem atribuições não compatíveis à sua formação e às orientações legais referentes à formação e à profissão (Santos; Eleutério Junior, 2020). Estes são os dois pontos de discussão nesta seção. Aqui, duas questões se associam à invisibilidade: a alienação no trabalho, pois o citotécnico perde a conexão consigo mesmo ao realizar tarefas que são reconhecidas apenas como um trabalho técnico de menor relevância; e o baixo investimento na formação e, também, na educação permanente em saúde. Isso se deve à lógica produtivista e hierárquica que governa os processos de trabalho, onde a atualização é oferecida aos trabalhadores técnicos apenas como adestramento de capacidades operacionais. Como se aos citotécnicos – e aos diversos trabalhadores de formação técnica e elementar, tratados da mesma forma – interessasse apenas a capacidade manual de preparar o ambiente para a realização do trabalho. Essa concepção é duplamente falsa: não apenas essa é a função do citotécnico, mas seu envolvimento em outros fluxos de apoio nas redes de atenção nos territórios poderia ser ampliado, conectando os materiais em análise às características do território e à condição clínica da pessoa sob cuidado.

É pertinente fazer uma breve apresentação dos técnicos em Histologia, ou histotécnicos, como são historicamente conhecidos,

pois, nos laboratórios de Anatomia Patológica e Citopatologia, o equívoco quanto ao entendimento acerca das atribuições ocorre entre estas duas categorias profissionais: citotécnicos e histotécnicos. O equívoco não ocorre, via de regra, entre ambos, mas por parte dos empregadores, sejam da esfera pública ou privada, que têm entendimentos inadequados sobre as formações, competências e legislações de cada um desses profissionais (Brasil, 2011b; Medrado; Souza, 2013).

Diferentemente dos citotécnicos, os histotécnicos não realizam análise microscópica das amostras que manipulam e não emitem diagnósticos. As atribuições incluem, conforme as fontes recuperadas, a realização de técnicas histológicas nos laboratórios de anatomia patológica ou laboratórios de histopatologia, ou anatomopatologia, como também podem ser denominados. Com relação à preparação da amostra, os histotécnicos são responsáveis pela recepção, identificação e triagem das amostras que serão processadas. Isso inclui a avaliação das condições de acondicionamento das amostras para garantir que não comprometam os resultados. E com relação à execução das técnicas histológicas, os profissionais realizam uma série de procedimentos técnicos, como a macroscopia, etapa em que as amostras são descritas e clivadas, e o processamento técnico, que é a principal estrutura laboratorial na qual as amostras são preparadas para análise microscópica (Medrado; Souza, 2013).

A categoria de histotécnicos ainda não possui regulamentação junto aos órgãos competentes. Essa situação tem sido utilizada como justificativa por empregadores das esferas

públicas e privadas para a contratação de citotécnicos com a finalidade de desempenharem atribuições diferentes das previstas na formação regulamentada e nas atribuições estabelecidas pelo Ministério do Trabalho e pelo Ministério da Educação. Não é raro, inclusive, observar editais de concursos públicos em que, para a contratação de citotécnicos, a descrição do cargo apresenta apenas funções relacionadas à histotecnologia. Nos últimos dez anos, diversas instituições de saúde têm adotado essa prática.

Segundo os documentos do Ministério do Trabalho e do Ministério da Educação, não há nenhuma menção à realização de atividades no campo da histotecnologia por parte dos citotécnicos. O que há, ao contrário disso, é a indicação da necessidade de formar histotécnicos para a atuação na sua área específica de atuação (Medrado; Lopes, 2023; Medrado; Souza, 2013). Destaca-se a importância de uma formação que considere a história e a cultura do trabalho, bem como a identidade profissional dos trabalhadores da saúde, respeitando as diferenças entre as atribuições que caracterizam cada profissão, promovendo a ética no trabalho (Chinelli; Vieira; Deluiz, 2013).

O único documento que sugere a realização das atividades mais básicas que caracterizam o campo da histotecnologia pelos citotécnicos é o do Ministério da Saúde, que não apresenta especificações, carecendo de críticas e contestações por reduzir tanto o trabalho dos histotécnicos quanto dos citotécnicos às suas atribuições mais básicas, esquecendo a constante introdução de novas tecnologias e saberes nestas áreas técnicas (Brasil, 2011b). Considerando o exposto, os documentos do Ministério do Trabalho e

do Ministério da Educação são mais relevantes para a determinação das questões relacionadas aos citotécnicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O avanço da biotecnologia ressignificou a prática de identificar e tratar doenças, bem como os métodos de coleta e análise de materiais, além de demandar uma reorganização das escolas de formação de profissionais de saúde para atuarem no âmbito da análise, que não se trata apenas em emitir diagnósticos, mas também ao reconhecimento da importância desse trabalho nas redes de atenção à saúde. A formação, por sua vez, não deve se basear apenas na realidade do serviço, como serviços técnicos, mas ampliar a estrutura dos conteúdos que contribuem com a formação integral do profissional e, muito fortemente, as características legais e organizativas do sistema de saúde e das características sociais e sanitárias dos territórios. Isso inclui a compreensão dos aspectos éticos e práticos da produção do cuidado, bem como da organização dos serviços de saúde para garantia de cuidado às pessoas nos processos de cuidado.

Os cursos de formação, portanto, devem oferecer currículos e carga horária adequados que permitam contemplar os conhecimentos biomédicos para o desenvolvimento de competências práticas e habilidades para a atuação profissional, bem como disciplinas que abordem as tecnologias e os sistemas de saúde para compreensão da educação e trabalho em saúde. Esse componente de formação sugerido conecta a micropolítica do

trabalho, que se refere às tecnologias e às relações que ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde, influenciando as práticas e a organização do trabalho (Merhy, 2002).

Por várias conexões, mas aqui resumimos na oportunidade e na consistência de um trabalho em equipe ampliada. Na ação territorial, para além do laboratório, existem fluxos de matriciamento, que envolvem a oferta de estatísticas de resultados de exames, a avaliação da qualidade do material coletado, um amplo espectro de diagnósticos possíveis com materiais bem coletados, a análise das limitações de especificidade dos exames solicitados, as técnicas empregadas, entre outros aspectos. Esses fluxos também englobam a caracterização dos territórios e a atuação descentralizada junto às equipes de atenção básica, com ênfase em regiões remotas e de difícil acesso. A invisibilidade do trabalho tem impactos negativos significativos, como a despriorização das atualizações técnicas e operacionais, bem como da participação em ações de educação permanente em saúde. Além disso, prejudica a capacidade de compreender a relevância do próprio trabalho, uma vez que a alienação no ambiente laboral é uma causa reconhecida de sofrimento mental, baixo reconhecimento técnico e desvalorização profissional. Por fim, a indiferenciação entre a capacidade técnica e organizativa do profissional resulta na projeção de expectativas de trabalho incompatíveis, em vez de promover a expansão de sua inserção no sistema e nos serviços de saúde.

Atribuir aos citotécnicos funções diferentes das previstas em sua formação profissional envolve a análise das ocupações de profissionais e gestores de saúde, considerando, aspectos como processos de trabalho e relações de poder, que, por sua vez, afeta

a tomada de decisões e as práticas cotidianas nos processos de trabalho. A baixa valorização dos citotécnicos colaborou com a morosidade no processo de regulamentação profissional. A ausência de regulamentação resulta na falta de normas e padrões que assegurem tanto a qualidade do trabalho quanto a proteção dos profissionais. Por outro lado, essa lacuna submete os trabalhadores a uma lógica de exploração capitalista, na qual a busca por maior produtividade compromete a qualidade do trabalho, desrespeitando as atribuições das profissões e a formação recebida.

Não se trata de introduzir uma pauta sindical para o debate, inclusive porque os citotécnicos são invisíveis também para as organizações sindicais. Reconhecer o trabalho técnico, como o do citotécnico, para além da perspectiva das hierarquias profissionais, pode tornar o cuidado e a prevenção de agravos mais efetivos, considerando que essas questões estão presentes no território e não apenas nas lâminas com material coletado. Esse material, ao ser encaminhado ao laboratório, é inicialmente analisado pelo citotécnico, que frequentemente se vê alienado de seu trabalho devido à invisibilidade e à subtração hierárquica de sua atuação. No entanto, sua contribuição poderia ser mais visível no ciclo do trabalho coletivo, ampliando sua participação e impactando positivamente a dinâmica micropolítica do cuidado.

Enfim, parece-nos que a denúncia da expansão de atribuições para os citotécnicos, indiferenciando a formação recebida e invisibilizando o trabalho realizado e o trabalho possível, em equipes ampliadas, e atravessam as linhas de cuidado, coloca no debate temas que já são bem familiares à saúde coletiva, como a

interprofissionalidade, a desalienação do trabalho e a aprendizagem em ato no exercício do trabalho – condições que fazem falta para enfrentar os problemas complexos no cotidiano do SUS.

## REFERÊNCIAS

---

BARROS, A. L. S. *et al.* (orgs). **Caderno de referência 1:** Citopatologia Ginecológica. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: CEPESC, 2012. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico\\_citopatologia\\_caderno\\_referencia\\_1.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_citopatologia_caderno_referencia_1.pdf). Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes\\_para\\_o\\_rastreamento\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_do\\_uterio\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf). Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf). Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Catálogo nacional de cursos técnicos:** versão 2022. Disponível em: <http://cnct.mec.gov.br/cursos/curso?id=3>. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Educação Profissional Técnica de Nível Médio:** formação em citopatologia - plano de curso. Rio de Janeiro: Inca, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_profissional\\_tecnica\\_citopatologia\\_plano\\_curso.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_profissional_tecnica_citopatologia_plano_curso.pdf). Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Técnico em citopatologia:** diretrizes e orientações para a formação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico\\_citopatologia\\_diretrizes\\_orientacoes.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_citopatologia_diretrizes_orientacoes.pdf). Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **CBO – Descrição da Família Ocupacional 3242.** 2024. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/>

pages/pesquisas/ResultadoFamiliaHistoricoOcupacoes.jsf. Acesso em: 12 out. 2024.

CAPUTO L. F. G.; MOTA, E. M.; GITIRANA, L. B. Técnicas citológicas. In: MOLINARO, E. M. *et al.* (Orgs.). **Conceitos e métodos para formação de profissionais em laboratórios de saúde**. 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8659#collapseExample>. Acesso em: 11 out. 2024.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M.; DELUIZ, N. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* (Orgs.). **Trabalhadores técnicos em saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 23-48. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13865>. Acesso em: 20 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 11 out. 2024.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Citopatologia do colo uterino**: atlas digital. 2024. Disponível em: [https://screening.iarc.fr/atlascyto\\_list.php?cat=F1b&lang=4](https://screening.iarc.fr/atlascyto_list.php?cat=F1b&lang=4). Acesso em: 24 set. 2024.

KOSS, L. G.; GOMPEL, C. **Introdução à citopatologia ginecológica**: com correlações histológicas e clínicas. São Paulo: Roca; 2006.

MEDRADO, L.; LOPES, R. M. Conexões históricas entre as políticas de rastreamento do câncer de colo do útero e a educação profissional em citopatologia no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, 2023, e00969206. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/KL6YKhGyV3Lhrdx7LBs3B7r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

MEDRADO, L.; SOUZA, D. S. O processo de constituição histórica e social dos técnicos em histologia e seus reflexos na qualificação deste grupo. In: MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* (Orgs.). **Trabalhadores técnicos em saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 235-265, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13411>. Acesso em: 25 out. 2024.

MEDRADO, L. **Levantamento dos conhecimentos fundamentais à construção de novos referenciais curriculares para a educação profissional na área da histotecnologia**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8898>. Acesso em: 19 out. 2024.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145)

SANTOS, W. P.; ELEUTÉRIO JUNIOR, J. Conhecimento para apoio aos profissionais responsáveis pelo diagnóstico de citologia anal: revisão narrativa e interpretação de critérios citomorfológicos **Revista Saúde em Redes**, v. 10, n. 1, 2024.

Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4332>. Acesso em: 12 out. 2024.

SANTOS, W. P.; ELEUTÉRIO JUNIOR, J. Nova nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos: o que muda na rotina do SUS? **Revista Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior**, v. 4, n. 3, p. 30-35, 2020.

SANTOS, W. P.; FERLA, A. A. Técnico em citopatologia: um ensaio sobre a formação profissional e a atuação no controle do câncer de colo do útero. **Saúde em Redes**, v. 6, supl. 3, p. 6345-6347, 2020. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=10493>. Acesso em: 11 out. 2024.

SOLOMON, D.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para citopatologia cervicovaginal: definições, critérios e notas explicativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

TEIXEIRA, V. M. F. **Citotécnico**: análise do processo de trabalho em laboratórios de Citopatologia e Anatomopatologia no Estado do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado), Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/4735/1/TESE%20FINAL%20Vania%20Teixeira%20completo.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

TEIXEIRA, V. M.; GOMES, F. M. O processo de constituição histórica e social dos Técnicos de Nível Médio em Citologia e seus reflexos na qualificação destes trabalhadores. In: MOROSINI, M. V. *et al.* (Orgs.). **Trabalhadores técnicos em saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 267-293.



# VIGILÂNCIA AMBIENTAL AO *TITYUS SERRULATUS*: RESGATE HISTÓRICO DO PROGRAMA E ESTRATÉGIAS DA SAÚDE COLETIVA NA PREVENÇÃO AO ACIDENTE ESCORPIÔNICO ENVOLVENDO CRIANÇAS VULNERABILIZADAS

Alex Elias Lamas  
Alexandre Companhia  
Fabiana Reis Ninov  
Gisele Martins Gomes  
Luis Fernando Lopes

[...] pois as várias memórias de uma mesma coisa produzem finalmente a capacidade de uma única experiência. E a experiência parece muito com a ciência e a arte, mas na verdade a ciência e a arte vêm através da experiência (*Metafísica*, Livro A, Aristóteles).

## RELATO INICIAL E QUESTÕES SOBRE O TEMA

---

Em outubro de 2017, o menino “B” de cinco anos, morador da região leste da cidade, ingressou na emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre com importante comprometimento das suas

funções cardiorrespiratórias, com sialorreia e vômito. O quadro grave decorreu de acidente escorpiónico com o *Tityus Serrulatus* em seu domicílio. A mãe, que o acompanhava, carregava em suas mãos um folheto. Naquele material informativo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, eram descritos o artrópode e a conduta a ser tomada diante desse tipo de acidente. A informação foi utilizada pela responsável para mobilizar rapidamente a vítima e para garantir o auxílio dos profissionais de saúde, que prestaram atendimento em tempo hábil. A atenção oportuna ao menino “B” (uma das cinco vítimas de acidente escorpiónico notificadas naquele ano) reflete toda a organização prévia deste programa de saúde.

O relato inicial permite tecer algumas reflexões sobre as estruturas e processos do Sistema Único de Saúde (SUS) diante dos acidentes com animais peçonhentos. Evidencia igualmente que as iniciativas necessárias perpassam o campo da comunicação, da educação em saúde, dos sistemas de informação, georreferenciamento etc. O caso se refere à eficiência da assistência hospitalar especializada e das ações da vigilância ambiental em saúde. Remete, por fim, aos temas de saneamento ambiental, habitação, urbanização e “vulnerabilização” de determinados grupos humanos, principalmente nas áreas periféricas das grandes cidades brasileiras.

Para aprofundar a compreensão deste programa de enfrentamento ao escorpionismo, foram estabelecidas três perguntas de pesquisa:

1. Como se instituíram historicamente as diferentes estratégias para as distintas realidades e momentos da infestação?

2. Quais populações e comunidades apresentam maiores riscos de acidentes escorpiônicos graves?
3. Quais são as melhores práticas registradas pela literatura para o enfrentamento ao escorpionismo na esfera municipal?

O objetivo é responder às perguntas de pesquisa com vistas à qualificação do programa, contribuindo no aprofundamento da intersectorialidade das suas ações. O método utilizado para responder aos problemas de pesquisa postos consiste em:

1. Revisão de literatura;
2. Pesquisa documental tendo por base os relatórios de gestão anuais produzidos pela vigilância em saúde municipal e os informes públicos ou ofícios do Centro de Informações Toxicológicas do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/SES-RS) relativos ao tema entre 2001 e 2023;
3. Coleta de depoimentos de informantes-chave. São estes pacientes de Porto Alegre e trabalhadores da rede municipal – sejam da assistência ou da unidade ambiental da DVS/SMS – que participaram da estruturação do programa ou de eventos de acidente escorpiônico.

## **BREVE HISTÓRICO DA INFESTAÇÃO NA CIDADE DE PORTO ALEGRE E O MONITORAMENTO AO RISCO DE ACIDENTE ESCORPIÔNICO**

---

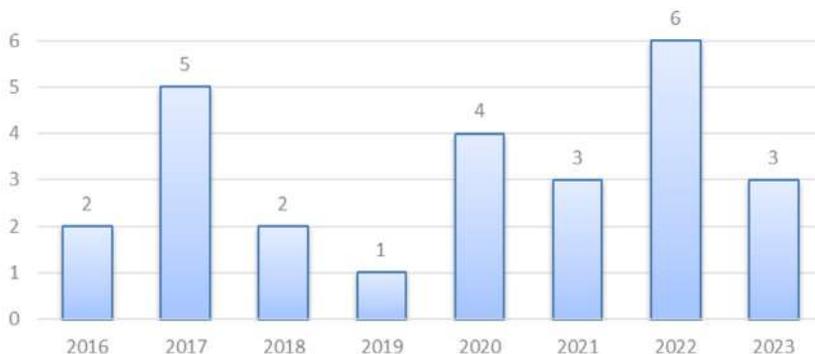
No ano de 2001 foi documentado o primeiro caso de acidente escorpiônico na cidade de Porto Alegre provocado pela

espécie *Tityus Serrulatus* (TS). A localidade do primeiro acidente, um entreposto comercial da zona norte da cidade, sugere que a infestação teria como origem as cargas de hortifrutigranjeiros advindas do sudeste do país. A segunda região de infestação monitorada pela Vigilância em Saúde Municipal foi a zona leste em 2016. Este território recebe o transbordo dos resíduos sólidos de toda cidade. A provável correlação entre as áreas se dá pelo transporte de dejetos variados e realocação passiva do TS entre os dois pontos, do bairro Anchieta à Lomba do Pinheiro. Posteriormente, o bairro Centro Histórico demonstrou ser local de grande adaptação do TS pela oferta de alimento, de abrigo e pela inexistência de inimigos naturais. Atualmente, uma nova microárea, no limiar da região leste, é o quarto território de preocupação. O adensamento habitacional, a vulnerabilidade econômica e o saneamento ambiental inadequado são características das áreas adjacentes onde, mais uma vez, se identifica a atividade de triagem de resíduos.

Esse panorama impõe ao Sistema Único de Saúde o desafio de lidar permanentemente com uma realidade muito dinâmica e de estabelecer respostas articuladas ao agravo na esfera municipal. Em síntese, as políticas de saúde para a prevenção de acidentes escorpiônicos devem priorizar as crianças (pela gravidade característica), atender às situações de acidente de trabalho (pela sua recorrência) e promover intervenções ambientais em diversos cenários. É o caso das intervenções mais recentes planejadas para a quarta área de preocupação. As iniciativas de prevenção foram direcionadas aos trabalhadores

da unidade de triagem e aos moradores do perímetro. As articulações para melhorar as condições ambientais ou oferecer socorro imediato às vítimas foram realizadas dentro da unidade básica de referência, em colaboração com outros órgãos do poder público, como as áreas de segurança, governança, saneamento e educação. Um aspecto relevante para compreender a dispersão do escorpião amarelo é o uso de resíduos como geração de renda ou mesmo como forma de aterro, o que transforma os peridomicílios em um verdadeiro *solo escorpionífero*. Foi em um contexto territorial com tais características que o menino “B” sofreu, em 2017, o acidente relatado.

**Gráfico 1.** Número de acidentes escorpiônicos com *Tityus Serrulatus* entre julho de 2016 e março de 2023 em Porto Alegre



Fonte: Banco de dados Equipe de Fiscalização Ambiental e relatórios anuais de gestão/Vigilância Ambiental em Saúde, DVS/SMS.

Em Porto Alegre foram registrados 26 acidentes entre os anos de 2016 e 2023. Não se configura até o momento um crescimento exponencial de acidentes e não existem óbitos registrados

decorrente destes. Por outro lado, ao longo dos anos, observa-se uma ampliação dos bairros infestados e um adensamento de capturas nas áreas onde são visualizados os escorpiões. Em 2023, dos 81 bairros oficiais da cidade de Porto Alegre, 18 têm registro de acidente ou visualização do escorpião-amarelo. A densidade de escorpiões nestas áreas também é crescente. A técnica de captura noturna com lanternas ultravioleta e a reestruturação das equipes buscam acompanhar essa realidade. Em 2016, foram visualizados ou capturados menos de duas dezenas de animais. Entre janeiro de 2022 e janeiro de 2023, esse número já ultrapassa 472 escorpiões.

**Imagem 1.** Mapa de calor detalhando áreas com maior captura e visualizações de TS entre janeiro de 2022 e março de 2023.



Fonte: DVS/SMS. Acesso em: <https://earth.google.com/web/data=MjYKNAoyCiAxSmxiOFI0U0FuQjlqUnU3Rm56SnBkdF8wOUQyQXI1YxIMCgoyMTkxMTg0OV8wIAI?authuser=0>. Disponível em: 17 jan. 2025.

## DIMENSÕES E INTERVENÇÕES DO PROGRAMA: O ENFRENTAMENTO AO ESCORPIONISMO COMO PROGRAMA TRANSVERSAL

---

Sendo problema de saúde pública de incidência variada entre as regiões do país, a letalidade pode ser elevada em determinados estados, e é nas crianças que se manifestam os piores quadros clínicos (Nunes *et al.*, 2022). Dentre os acidentes com diferentes espécies animais, “os óbitos por escorpionismo estão mais fortemente associados à faixa pediátrica e a envenenamento por *Tityus serrulatus*” (Brasil, 2021, p. 51). O uso oportuno do soro antiescorpiônico com classificação adequada da gravidade do caso é definidor da sua eficácia em reduzir o número de óbitos, principalmente em crianças (Guerra *et al.*, 2008; Almeida *et al.*, 2021).

A larga expansão do artrópode no país e a magnitude crescente do escorpionismo deflagrou, por parte do Ministério da Saúde, a publicação do *Manual de Controle de Escorpiões* em 2009, reeditado em 2021 (Brasil, 2021). Voltado aos serviços municipais de vigilância em saúde e controle de animais peçonhentos, o material instrucional estabeleceu “normas e procedimentos para o manejo correto desses animais”, de forma complementar ao *Manual de Diagnóstico e Tratamento dos Acidentes* (Brasil, 1998), voltado, por sua vez, à assistência do acidentado.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul pactuou, em 2013, com o ente municipal as ações de vigilância pertinentes ao tema. Um relatório técnico da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde informava que o plantão de urgências do Centro de Informações Toxicológicas do RS (CIT/RS)

registrou 4.029 acidentes com escorpiões no Estado do Rio Grande do Sul entre 2005 e 2015 (SES/RS, 2016). Em junho de 2016, o CIT enviou à DVS uma lista com 9 acidentes ocorridos com pacientes entre 19 e 59 anos, atendidos em diferentes serviços de saúde. No primeiro semestre de 2016, o problema foi discutido entre a DVS SMS e a Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre (MP/RS, 2016).

A investigação realizada pela Equipe de Fiscalização Ambiental e pela Unidade Epidemiológica da DVS verificou a inexistência de registros no Sistema Nacional de Notificações Compulsórias para a mesma data e período. A Vigilância em Saúde, então, entrou em contato com todas as Coordenações de Unidades de Saúde das regiões Partenon-Lomba do Pinheiro e Pronto Atendimento, orientando sobre os procedimentos em caso de acidente escorpiônico. Em 2016, a DVS, em conjunto com a área de fiscalização ambiental, estruturou as linhas de ação voltadas ao controle de infestação e à prevenção de acidentes. A articulação com a rede assistencial se intensificou tanto com a atenção primária quanto com o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e as unidades de pronto-atendimento. Estratégias como reuniões, capacitações e atividades de sala de espera buscavam dar capilaridade às informações sobre o escorpião amarelo nos diferentes distritos sanitários. Concomitantemente, em um fluxo de retroalimentação, surgiu a necessidade de garantir a notificação oportuna e qualificada dos casos (Santos *et al.*, 2010). Naquele momento, foi estimulada, junto aos profissionais da rede, a notificação de qualquer tipo de acidente com animal peçonhento, constituindo assim uma base de dados municipal a

ser analisada e registrada nos relatórios de gestão das unidades epidemiológica e ambiental.

A expansão dos territórios infestados e o risco crescente de acidentes graves geram a necessidade de iniciativas de manejo ambiental e comunicação em saúde como programa. Uma das inovações tecnológicas do programa foi o uso de lanternas ultravioleta em ações noturnas. A partir da experiência de captura noturna, os técnicos identificam que as caixas de condução de cabos de telefonia ou de rede elétrica são mais intensamente povoadas pelo TS. As condições ideais de umidade, calor, disponibilidade de presas e defesa aos predadores naturais podem ser mencionadas como hipóteses para esta predileção e infestação, ao menos na região central da cidade.

A alta adaptabilidade do artrópode é definidora ao planejar seu controle, tornando sua erradicação inviável em termos práticos. A referência ao “controle” remete à necessidade de manter a espécie em um nível que represente risco sanitário limitado em determinada região e período. Pelas suas características sinantrópicas, mesmo esta abordagem tem limitações nas grandes cidades e resulta em medidas de controle baseadas primariamente em impedir o contato “indivíduo-escorpião” (Roodt *et al.*, 2021).

Por esse motivo, os trabalhadores das áreas de telefonia, saneamento (no manejo das redes de esgoto pluvial e cloacal), higienização e operação da rede elétrica subterrânea devem ser alvo de campanhas específicas para o uso de equipamentos adequados de proteção individual. As atividades laborais nessas áreas críticas não podem prescindir do uso de luvas grossas,

calçados apropriados e vestimentas que diminuam as chances de contato inadvertido com o escorpião.

Na área de vigilância ambiental, o enfrentamento ao escorpionismo se estruturou em torno da Equipe de Fiscalização Ambiental. Os técnicos e agentes de fiscalização estão voltados à captura e à destinação dos espécimes recolhidos. Posteriormente, agentes de combate às endemias têm a atribuição de monitorar as áreas infestadas (Brasil, 2018). Concomitantemente, aquela equipe passou a realizar capacitações para diversas categorias profissionais da rede básica de assistência (enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e endemias, motoristas, médicos) e da rede escolar. Esta estratégia foi amplamente utilizada para permear as comunidades com informações cientificamente embasadas sobre o tema. Foi esta abordagem comunitária que apresentou à mãe do menino “B” o folheto mencionado inicialmente.

**Figura 2.** Dimensões do programa municipal de enfrentamento ao acidente escorpiônico



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Em 2018, a rede escolar foi objeto de pesquisa, inspeção e orientação aos professores e alunos. Entre agosto e novembro de 2018, 323 escolas da rede pública e privada de ensino infantil e básico receberam a visita da Fiscalização Ambiental em Saúde. A iniciativa alcançou crianças e adolescentes em todas as áreas e regiões sanitárias do município. Os resultados dessa intervenção sugerem que a estratégia de educação deve ser inserida nos projetos do Programa Saúde na Escola (PSE).

A partir de julho de 2022, após um curso de capacitação para identificação de escorpiones promovido pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, servidores do Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores passaram a realizar o reconhecimento dos aracnídeos coletados pela população e pelos agentes de combate a endemias.

### **PERSPECTIVAS DO ESCORPIONISMO NO MUNICÍPIO E CON- TEXTO ESPECIAL DAS ÁREAS PERIURBANAS: UMA QUESTÃO DE RAÇA/COR**

---

O escorpionismo é um problema de saúde pública no Brasil e no município de Porto Alegre. A dinâmica de infestação atinge bairros periféricos que, ao analisarmos os dados de raça/cor, apresentam a maior concentração de população negra na cidade. Bairros como Lomba do Pinheiro, Restinga e áreas da zona norte são locais que receberam um importante deslocamento da população negra, devido à gentrificação a que foram submetidos no início do século XX.

[...] são os domicílios chefiados por indivíduos negros ou por mulheres aqueles que se encontram sempre em piores condições, seja no tocante à maior probabilidade de estarem localizados em assentamentos subnormais, seja no que diz respeito à existência de esgotamento sanitário, abastecimento de água ou coleta de lixo (Relatório UNIFEM, IPEA, 2003, p. 27).

Essa desigualdade se reproduz associada ao racismo, reforçando-o pela identificação estigmatizadora da negritude, que, por conseguinte, a coloca nos estratos mais desiguais e vulneráveis da sociedade. A vulnerabilidade é uma categoria fundamental para compreender os problemas de habitação. As vulnerabilidades que perpetuam as desigualdades se estendem a todas as dimensões, resultando em menor acesso a oportunidades, condições habitacionais e urbanas precárias e dificultando o acesso a serviços. Estudos apontam que os acidentes escorpiônicos estariam associados a baixos índices socioeconômicos, falta de infraestrutura urbana, inadequação da infraestrutura domiciliar e desequilíbrio ambiental.

Os óbitos confirmados por escorpionismo no estado do Rio de Janeiro, concentram-se em municípios entre os mais pobres, com os maiores índices de desigualdade, altas taxas de mortalidade infantil e com modelos de ocupação do solo que resultaram no favorecimento à infestação e proliferação de espécies perigosas de escorpiões. As famílias que vivenciaram os óbitos que investigamos, possuem, em sua grande maioria escolaridade baixa, renda menor que um salário-mínimo, não têm vínculo formal de trabalho e declararam não ter tido acesso a

conhecimento ou informação segura sobre escorpiões e escorpionismo antes ou depois dos eventos. Continuam vivendo expostas às mesmas condições determinantes de risco para a ocorrência do agravo. Percebem que seu direito à Saúde não foi garantido e que são invisíveis aos olhos das políticas públicas (Souza, 2018, p. 157).

Diante deste quadro, indivíduos socialmente vulnerabilizados e a população negra são os mais suscetíveis, pois vivem em locais onde a presença das políticas públicas é limitada. Os fatores de risco para acidentes e gravidade são múltiplos, sendo o mais relevantes a faixa etária e o peso corpóreo. As crianças apresentam os quadros mais graves, pois a inoculação do veneno resulta em maior concentração, podendo levar à letalidade, dependendo do tempo entre o acidente e o atendimento oportuno. Como o acesso a bens e serviços na periferia é escasso, podemos inferir que as crianças negras estarão mais expostas aos riscos e terão maiores taxas de letalidade. A exemplo da juventude negra, elas também são alvo de um genocídio sustentado por uma sociedade que tem no cerne o racismo estrutural.

O estabelecimento de ações sistemáticas de educação popular, uma melhor estrutura de atendimento e a locomoção adequada de pacientes se tornam imprescindíveis, sob pena de testemunharmos riscos cada vez maiores para a população negra periférica. Novos centros de assistência, com disponibilidade de soro antiescorpiônico e a prioridade máxima nos serviços de atendimento móvel de urgência, são exemplos dessas iniciativas urgentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTA DE DIMENSÕES DO PROGRAMA

---

As mais distintas especificidades territoriais sugerem que sejam pensadas outras tantas categorizações de risco. São áreas de alto risco, que merecem maior atenção, evidentemente, as regiões com acidentes recorrentes sendo notificados. Merecem uma abordagem específica as áreas de atenção com visualizações e capturas, mas ainda sem acidentes. Mesmo nas áreas sem infestação registrada, a ampla comunicação por meio das novas mídias deve ser considerada pelos gestores. É desejável, a seu tempo, constituir intervenções participativas do poder público para cada topografia, em diálogo com cada comunidade. A partir dos registros disponíveis e do resgate histórico, delineamos três dimensões preliminares para um modelo lógico do programa, com vistas à subsequente avaliação e monitoramento dessas intervenções:

1. O atendimento oportuno em caso de acidente escorpiônico;
2. O controle da infestação e georreferenciamento das áreas críticas;
3. As ações de comunicação e saneamento ambiental.

A dispersão do escorpião-amarelo ocorre, portanto, no território municipal de forma acelerada, associada às dinâmicas sociais e econômicas locais. Uma cartografia, realizada com atenção às populações expostas e às especificidades topográficas correspondentes, é central para o enfrentamento realizado pelo poder público. Essa cartografia deve ser coordenada pela

vigilância em saúde em seus eixos epidemiológico, ambiental e de saúde do trabalhador.

O planejamento para áreas tão distintas quanto a região central e os bairros populares permitirão, inclusive, verificar o recrudescimento ou (idealmente) a remissão da infestação. Cabe ressaltar que, com o banco de dados constituído e os processos instituídos de captura e georreferenciamento, já é possível compreender a dispersão nessas áreas, por superfície afetada ao longo do tempo, com os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde.

A dinâmica da infestação pode ser sintetizada em Porto Alegre nessas últimas décadas como um “movimento centrífugo do artrópode na malha urbana” e resulta, portanto, na “periferização do risco ao acidente escorpiônico”. Nas comunidades mais vulneráveis economicamente, em territórios com menor acesso aos serviços básicos, piores condições de moradia e sob determinantes históricos relacionados à questão raça/cor, a prevenção aos acidentes assume maior relevância. Nessas áreas, as estratégias deverão ser repensadas, e a presença dos órgãos envolvidos deverá ser constante. Os novos desafios para o programa incluem não apenas garantir sua continuidade, mas também a especialização das ações, o investimento em infraestrutura, pesquisa, incorporação tecnológica, uso eficiente dos recursos disponíveis e uma ampla articulação das mais diversas políticas públicas frente ao agravo.

## REFERÊNCIAS

---

ALMEIDA, A. C.; CARVALHO, F. M.; MISE, Y. F. Risk factors for fatal scorpion envenoming among Brazilian children: a case-control study. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 115, n. 9, p. 975-983, 2021. Disponível em: <https://academic.oup.com/trstmh/article/115/9/975/6342521>.

Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual de controle de escorpiões**. 1. ed. 1 reimp. Brasília, DF, 2021.

DE ROODT, A. R. *et al.* Control y prevención de los accidentes causados por *Tityus trivittatus* (Scorpiones: Buthidae). **Acta toxicológica argentina**, v. 29, n. 1, p. 11-29, 2021. Disponível em: [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-37432021000100011&script=sci\\_abstract&tlng=en](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-37432021000100011&script=sci_abstract&tlng=en). Acesso em: 19 nov. 2023.

GUERRA, C. M. N. *et al.* Análise de variáveis relacionadas à evolução letal do escorpionismo em crianças e adolescentes no estado de Minas Gerais no período de 2001 a 2005. **Jornal de Pediatria**, v. 84, p. 509-515, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/FcJk6S4Z3DyhxGKdxDWPgkC/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Brasil, Retrato das desigualdades de gênero e raça. 2003. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/primeiraedicao.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL. **Promotoria Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre**. Ofício DI: 01128.02311 de 25 de maio de 2016.

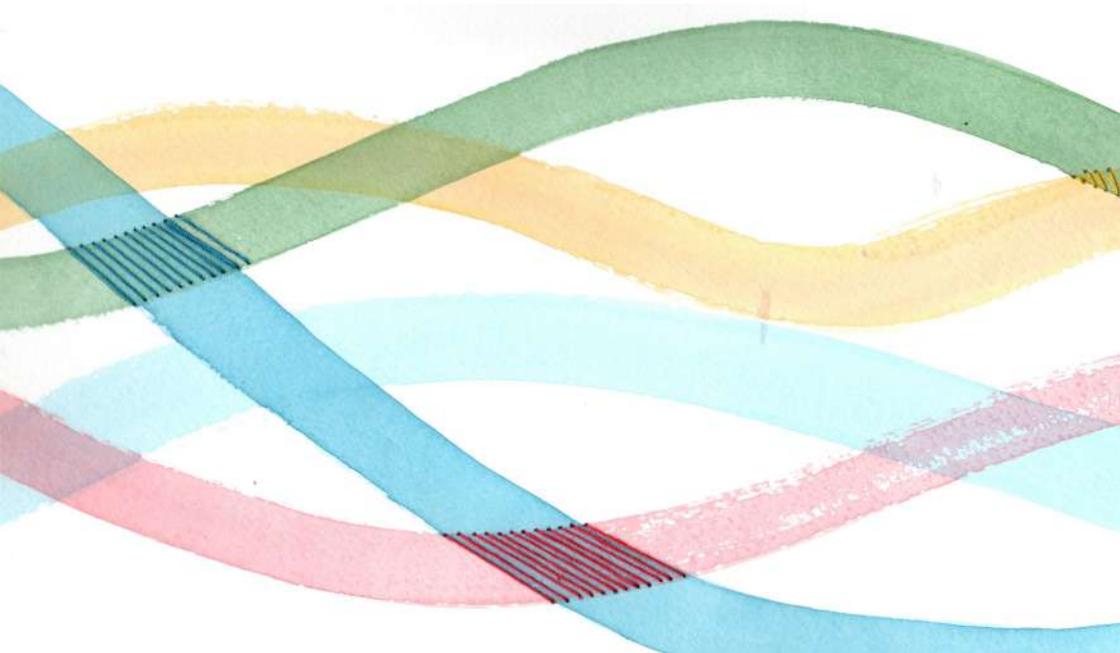
NUNES, M. L. C.; FARIAS, J. A. C. R.; ANSELMO, D. A.; ANSELMO, M. A.; ANDRADE, R. F. V. Acidentes com animais peçonhentos no Brasil: Uma Revisão Integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [s. l.], v. 26, n. 2, 2022. DOI: 10.25110/arqsaude.v26i2.2022.8262. Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/8262>. Acesso em: 19 nov. 2023.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Rio Grande do Sul. **Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde**, CIT. Ofício nº 07 de 31 de março de 2016.

SOUZA, C. M. V. **Escorpionismo no Brasil com ênfase no Rio de Janeiro: Subsidiando políticas públicas para populações expostas**. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde)-Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

# SEÇÃO 2

SAÚDE MENTAL, SEUS  
ENFRENTAMENTOS E  
DESDOBRAMENTOS NA  
CONTEMPORANEIDADE





# DESAFIOS E IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DO NEOLIBERALISMO NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL PÚBLICA

Helena Palavro Basso  
Igor Sastro Nunes

## INTRODUÇÃO

---

O presente capítulo é um recorte de um trabalho mais abrangente intitulado *Saúde Mental dos Trabalhadores da Saúde Mental: cuidando de quem cuida*, apresentado ao final da Residência em Saúde Mental Coletiva na Escola de Saúde Pública (ESP), departamento da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES). O objetivo deste estudo foi analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a saúde mental dos profissionais que atuam em serviços de saúde mental, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), compreendendo como a organização dos processos de trabalho os afeta. Tal pesquisa foi motivada após a vivência do trabalho cotidiano dos CAPS.

A pesquisa original utilizou as bases de dados: SciELO, PePsic, LILACS e Periódicos CAPES com os descritores “Saúde Mental”, “Trabalhadores” e “CAPS”. Foram selecionados 19 artigos, analisados por meio da Análise Temática, que gerou duas categorias: “O trabalhador no olho do furacão neoliberal” e “Como cuidar do trabalhador que cuida?”.

Evidenciou-se que o contexto socioeconômico e a precarização das condições de trabalho afetam diretamente os profissionais, agravados pelas dificuldades inerentes ao campo da saúde mental. Diante desse cenário, a promoção de ações voltadas ao cuidado da saúde mental dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) torna-se essencial. Assim, este texto visa expandir a reflexão sobre o contexto socioeconômico e cultural do neoliberalismo em relação à saúde mental dos trabalhadores. Destaca-se a importância de olhar para a saúde mental dos profissionais que lidam com questões tão complexas e sensíveis, buscando compreender como se encontra a saúde desses trabalhadores e como isso afeta os processos de trabalho e de cuidado.

## O NEOLIBERALISMO NA SAÚDE MENTAL

---

A saúde é entendida atualmente como um estado completo de bem-estar físico, psíquico, social e econômico, influenciado por diversas condições, como alimentação, moradia, meio ambiente, lazer e trabalho. Esses fatores são determinantes tanto para a saúde individual quanto coletiva, conforme estabelece o artigo 3º da Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990). O trabalho, em particular, desempenha um papel fundamental no processo saúde-doença, impactando os indivíduos de forma física, psíquica e social. As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde, são consideradas determinantes sociais da saúde (Brasil, 1988).

A globalização e o neoliberalismo, com suas múltiplas nuances, trouxeram novos modelos de trabalho para atender às

demandas do capitalismo radicalizado. O termo “uberização” surge como um estágio avançado de exploração, modificando profundamente a condição dos trabalhadores, a estrutura das empresas e as formas de controle e expropriação do trabalho. Esse processo de precarização é multidimensional e institucionaliza a instabilidade, afetando o Estado, a legislação e a economia, tornando os empregos mais frágeis e inseguros, o que resulta na perda de direitos trabalhistas. Assim, o trabalho se torna instável e temporário, afetando a saúde mental dos trabalhadores. A desregulamentação, privatização, terceirização e subcontratações, como formas de flexibilização, visam tornar os contratos e normas trabalhistas mais voláteis, favorecendo a produtividade em detrimento do bem-estar do trabalhador. O Estado, com papel reduzido, tem menor interferência nas políticas públicas, afetando setores como a saúde. O neoliberalismo, portanto, vai além de uma doutrina econômica, precarizando as relações de trabalho, comprometendo direitos, estabilidade, salários e aumentando a competitividade e os conflitos (Piobelo; Mota, 2021).

O neoliberalismo, além de uma política econômica de mercado aberto, é uma filosofia social que transforma as relações de trabalho, priorizando o individualismo e a redução do papel do Estado. Isso precariza as condições de trabalho, impactando direitos, estabilidade, salários e fomentando competitividade e conflitos. No setor público, essa lógica valoriza a produtividade e a redução de gastos com recursos humanos, em detrimento da qualidade do trabalho. O avanço do neoliberalismo nas políticas sociais brasileiras tem gerado retrocessos nos indicadores sociais, nas condições de

trabalho e na qualidade dos serviços de saúde. O neoliberalismo, como expressão do capitalismo global contemporâneo, caracteriza-se pela primazia do mercado, pela competição, pela mínima intervenção estatal e pela busca da eficiência no setor privado, promovendo a lógica de “fazer mais com menos”. Isso tem fragmentado o cuidado em saúde, visto que as Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas para garantir a integralidade do atendimento, na prática, se tornam diferentes serviços, cada um gerido por Organizações Sociais (OS) distintas, com prioridades, metas e sistemas divergentes. A saúde e a educação, sob a influência do neoliberalismo, têm se convertido em mercadorias, o que impacta diretamente a Saúde Pública, que vem seguindo uma lógica similar à do setor privado (Barros; Bernardo, 2017; Gonçalves *et al.*, 2015; Nunes; Brito, 2023).

A precarização do trabalho, resultante da flexibilização, do desemprego e da informalidade, traz prejuízos tanto objetivos quanto subjetivos ao trabalhador. Marcada por baixos salários, ausência de segurança social e falta de reconhecimento profissional, essa precarização resulta em desgaste emocional e ameaça à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores. Envolve vínculos trabalhistas instáveis, a diminuição de benefícios como plano de saúde, transporte e alimentação, além da perda salarial. A intensificação do ritmo de trabalho e a competitividade entre colegas prejudicam a identidade profissional e o reconhecimento social, enfraquecendo a mobilização coletiva e as organizações sindicais, o que aumenta a vulnerabilidade dos trabalhadores (Barros; Bernardo, 2017; Gonçalves *et al.*, 2015).

Além da precarização objetiva do trabalho, aponta-se a precarização subjetiva, caracterizada pela sensação de incapacidade

para realizar o próprio trabalho e pela constante adaptação às exigências laborais sem apoio, que resulta em um desgaste mental significativo. Esse processo pode levar ao sofrimento psíquico, afetando tanto aspectos emocionais quanto cognitivos e físicos dos trabalhadores. A dificuldade financeira aumenta em um cenário de terceirização e leis que favorecem empresários, enquanto o potencial criativo dos trabalhadores é prejudicado, comprometendo sua realização profissional. Para entender essa relação entre saúde mental e trabalho, é essencial considerar o contexto sócio-histórico, os modos de organização do trabalho e as exigências impostas pela lógica neoliberal (Barros; Bernardo, 2017; Cruz; Coelho, 2020).

Rezio e colaboradores (2022) apontam que, nas sociedades ocidentais, o capitalismo e a política neoliberal impactaram negativamente os sistemas públicos de saúde e as formas de organização do trabalho. As privatizações, a desregulamentação das relações de trabalho e as políticas de ajuste fiscal resultaram em alterações na legislação trabalhista, com a flexibilização de normas, a redução de custos e salários, a intensificação do trabalho e o aumento da terceirização. No Brasil, o neoliberalismo enfraqueceu o SUS ao reduzir investimentos, precarizando tanto o sistema quanto às condições de trabalho, dismantando estruturas que asseguravam a segurança dos trabalhadores. A Emenda 95/2016, como exemplo, ao estabelecer o teto de gastos públicos, agravou o subfinanciamento do SUS, restringindo investimentos essenciais para a manutenção dos serviços, a melhoria das condições de trabalho e a contratação de novos profissionais. Mesmo após sua revogação, o financiamento do SUS

continua sob ameaça, com a maioria dos recursos direcionada para serviços privados (Brasil, 2016).

A precarização do trabalho é um grande obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, comprometendo a relação dos profissionais com o sistema e afetando negativamente a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS. Entre os principais desafios, destacam-se a desvalorização dos trabalhadores, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em educação permanente e os modelos de gestão centralizados, que alienam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. No contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a precarização do trabalho se manifesta de diversas formas, como nas condições de contratação, no excesso de horas trabalhadas, na falta de equipamentos adequados e no número insuficiente de profissionais para atender à demanda. Esses fatores, combinados com o desgaste emocional associado ao cuidado de usuários de saúde mental, comprometem a qualidade dos serviços e a saúde dos trabalhadores (Barros; Bernardo, 2017; Gois; Medeiros; Guimarães, 2010; Rezio *et al.*, 2022).

A precarização do trabalho também impacta progressivamente a saúde mental, gerando desamparo existencial e desgaste sob pressões políticas e econômicas. Injustiças e incertezas no ambiente laboral violam valores éticos, esvaziando o sentido do trabalho, com ritmos incompatíveis aos biorritmos dos trabalhadores, agravando transtornos mentais como depressão e, em casos extremos, levando ao suicídio. A terceirização aumenta a rotatividade e a sobrecarga, resultando em absentéismo, adoecimento físico e mental, como distúrbios

do sono, ansiedade e depressão, afetando a qualidade do cuidado. O neoliberalismo, além de não revitalizar o capitalismo, gerou maior desigualdade e enfraqueceu a solidariedade e a ação coletiva, precarizando ainda mais o trabalho e os direitos dos trabalhadores. Privatizações no setor de saúde agravam a sobrecarga, a competitividade e o sofrimento psíquico, e pioram a qualidade do atendimento devido à falta de recursos e metas inadequadas (Gonçalves *et al.*, 2015; Nunes; Brito, 2023; Piobelo; Mota, 2021; Rezio *et al.*, 2022; Santos; Freitas, 2009).

As questões mencionadas acima impõem obstáculos ao cuidado de qualidade, levando a ações individuais de resistência por parte dos trabalhadores. Essa resistência se expressa em práticas cotidianas que contestam as imposições neoliberais, valorizando um 'cuidado empático' – que garante acolhimento adequado, compromisso com o paciente e uma postura transformadora, na qual os interesses dos profissionais e dos pacientes convergem. Esse cuidado empático, por vezes, contraria as normas vigentes, tornando-se um ato político de resistência ao modelo neoliberal de saúde, que prioriza eficiência e rapidez em detrimento da integralidade do cuidado (Nunes; Brito, 2023).

O trabalho é central na vida dos indivíduos, e a falta de sentido no trabalho resulta em insatisfação, que também impacta a vida fora do ambiente laboral. No caso dos profissionais de saúde, a constante exposição ao sofrimento dos pacientes, especialmente no sistema público, onde os vínculos com os usuários são mais fortes, agrava essa insatisfação. A ausência de direitos trabalhistas e o acúmulo de responsabilidades aumentam o desgaste dos

profissionais. Além disso, as próprias características do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), voltado para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico extremo, são uma fonte de desgaste, agravada pelas condições precárias de trabalho (Barros; Bernardo, 2017; Gois; Medeiros; Guimarães, 2010).

O trabalho, essencial para a sociabilidade e a reprodução social, não pode ser separado do contexto social e histórico. No entanto, as políticas neoliberais impactam negativamente a saúde mental dos trabalhadores. De acordo com Marx (1867/2013), o trabalho pode se tornar alienante quando passa a ser a atividade central do ser humano, sobrepondo-se à sua essência e humanidade. Nesse contexto, o trabalho transforma-se em algo prejudicial, estranho à natureza e à consciência do trabalhador, subordinando-o ao capital e resultando em autoestranhamento e perda de autonomia. Sob essa perspectiva, o trabalho converte-se em uma fonte de sacrifício, mortificação e alienação, fazendo com que o indivíduo perca sua essência e trabalhe apenas para atender às demandas do capital e satisfazer suas necessidades básicas.

No contexto capitalista, o trabalho é frequentemente associado à infelicidade e ao sofrimento social, físico e psicológico. As transformações no mundo do trabalho afetam diretamente a classe trabalhadora, revelando determinantes sociais que influenciam sua saúde. O neoliberalismo intensifica essas mudanças, resultando em sobrecarga de trabalho, baixos salários, falta de recursos e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados. Essa organização laboral aliena o trabalhador, reduzindo o trabalho a uma mera forma de sobrevivência e gerando incertezas permanentes.

Conseqüentemente, isso impacta a saúde mental dos trabalhadores, levando ao sofrimento psíquico, como tristeza, medo, irritabilidade e angústia (Cruz; Coelho, 2020; Rezio *et al.*, 2022).

Por outro lado, o trabalho é também considerado a base da sociedade e a característica fundamental do ser humano, sendo por meio dele que as pessoas se realizam, constroem a sociedade e transformam a história. Trata-se de uma atividade essencial, que permite ao homem entender o mundo, antecipar o futuro e propor práticas transformadoras para a criação de uma nova sociedade. O trabalho, portanto, é vital, pois materializa as ideias e sentimentos do homem, produzindo bens materiais necessários à existência e à riqueza social, além de demarcar seu lugar de pertencimento na sociedade e no mundo (Andery *et al.*, 2014; Astrada, 1968; Bordalo, 2013).

Werlang e Mendes (2013) destacam que o conteúdo do trabalho pode ser uma fonte de satisfação e desalienação, desde que faça sentido para o trabalhador. O trabalho contribui para a construção da identidade, ocupando um lugar significativo na vida das pessoas e podendo ser uma fonte de prazer e satisfação. Além de garantir a sobrevivência, é também mencionado como um elemento que dá sentido à vida dos profissionais, sendo essencial para a saúde mental, promovendo autorrealização e equilíbrio psíquico a partir da identificação com as atividades realizadas.

Nesse sentido, o trabalho possibilita que os indivíduos se tornem seres sociais, participando da construção da sociedade e da história. Durante esse processo, eles expressam seu potencial e materializam a riqueza social gerada pelo trabalho. Contudo, o significado do trabalho pode variar conforme a percepção de

cada pessoa, sendo influenciado tanto pela satisfação quanto pela sobrecarga experimentadas em suas atividades (Bordalo, 2013; Oliveira, 2010). O desgaste físico, emocional e mental decorrente do trabalho pode gerar apatia, desânimo, hipersensibilidade emocional, irritabilidade, raiva e ansiedade, além de causar despersonalização e inércia, diminuindo a produtividade e a satisfação do trabalhador.

É necessário pensar não apenas na remuneração, mas também em fatores como a carga horária e as condições de trabalho que visem à melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores. As inseguranças relacionadas à nova “modernidade” do trabalho – contratos temporários, subcontratação, desemprego e a redução dos postos formais – refletem um retorno a condições análogas ao escravismo. Portanto, é fundamental reconhecer os trabalhadores, assim como os usuários dos serviços, como sujeitos inseridos nas complexas relações sociais (Gois; Medeiros; Guimarães, 2010).

A XIII Conferência Nacional de Saúde destacou a importância de melhorar a saúde dos trabalhadores por meio do aumento e atualização dos recursos financeiros para a saúde, além de criar políticas que garantam direitos trabalhistas e a efetivação de profissionais em todos os níveis de atenção. Propôs isonomia salarial, teto salarial, adicionais de insalubridade e o pagamento do 13º salário para todos. Também defendeu a implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR-SUS), concursos públicos e a regulamentação da jornada de 30 horas semanais. Além disso, sugeriu a implementação de políticas de saúde do trabalhador, com foco em condições adequadas de trabalho e uma gestão democrática.

A 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2022, deu continuidade às discussões sobre a valorização da saúde mental e a formação dos trabalhadores de saúde, contextualizada com a realidade e diretrizes do SUS. Além disso, reivindicou o piso salarial dos trabalhadores do SUS, maior valorização dos profissionais e o fortalecimento dos concursos públicos, garantindo vínculos empregatícios seguros e a permanente qualificação dos profissionais por meio da educação permanente em saúde (Brasil, 2009, 2022).

## A SAÚDE MENTAL NO NEOLIBERALISMO

---

No final da década de 1970, seguindo influências internacionais, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil propôs uma revisão do modelo hospitalocêntrico, denunciando as violações dos direitos das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. Esse movimento culminou na luta antimanicomial, que, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, visou à reorganização da atenção à saúde mental por meio de serviços abertos, territorializados e comunitários (Pinheiro *et al.*, 2022).

Assim, faz-se necessário refletir sobre o conceito de saúde, que, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), é compreendido de forma integral, levando em conta os determinantes sociais e o ambiente em que o indivíduo se desenvolve. Nesse sentido, saúde não se trata de um estado fixo de bem-estar, mas de um processo dinâmico e em constante transformação (Lunardi, 1999). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), a saúde mental é um direito humano básico, definido como o estado

de bem-estar que permite ao indivíduo lidar com os estresses da vida, realizar seu potencial e contribuir para a comunidade. A saúde mental, portanto, é determinada por uma complexa interação entre fatores sociais, individuais e estruturais, sendo fundamental para o desenvolvimento pessoal e coletivo.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), principal dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), surgiu como substitutivo às internações psiquiátricas, proporcionando cuidado em liberdade e no território, com foco na reabilitação psicossocial e na promoção da cidadania (Brasil, 2017). No entanto, o cenário atual, caracterizado por retrocessos nas políticas públicas, tem fragilizado a saúde mental dos próprios trabalhadores, em um contexto neoliberal que acentua a precarização do trabalho. A luta pela Reforma Psiquiátrica e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é contínua e requer reafirmação diária, enfrentando desafios e desmontes constantes. A saúde mental, atualmente, passa por um processo de contrarreforma, o que fragiliza tanto os serviços quanto os trabalhadores, que são os responsáveis pela implementação da rede.

Os trabalhadores da saúde, além de não serem apenas recursos humanos, são atores sociais na produção do cuidado. Organizar os processos de trabalho e cuidar da saúde mental desses profissionais qualifica o atendimento aos usuários, que, por sua vez, dão sentido ao trabalho em saúde (Brotto; Dalbello-Araujo, 2012). A potência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) reside em seus trabalhadores, que são o principal dispositivo de cuidado. O trabalho em saúde é, conforme Feuerwerker (2014), um “trabalho

vivo em ato”, em que o encontro entre o profissional e o usuário é central para a produção do cuidado.

Merhy (2013) descreve o CAPS como o “olho do furacão” da luta antimanicomial, sendo o local em que emergem conflitos e desafios. Estar nessa posição implica desafiar o sistema manicomial e se comprometer com práticas alternativas e substitutivas. No CAPS, a vida é produzida por meio do vínculo como forma de cuidado, com o trabalhador de saúde mental atuando como agente do trabalho vivo em ato, utilizando a micropolítica de maneira transdisciplinar.

Merhy (2014) destaca que, nos CAPS, a principal ferramenta utilizada são as “tecnologias leves”, isto é, o cuidado que emerge do vínculo e da escuta do usuário. Esse tipo de abordagem reconhece a singularidade e o contexto de cada indivíduo, permitindo um cuidado mais amplo e contextualizado. O cuidado em saúde mental, portanto, se desenvolve na relação entre trabalhadores, usuários, familiares e outros agentes do território, com o objetivo de aliviar o sofrimento, promover autonomia e valorizar as subjetividades individuais e coletivas.

O trabalho em saúde mental apresenta desafios específicos relacionados ao público atendido. Embora o trabalho em si não seja uma causa direta de adoecimento, certos contextos, condições e relações laborais podem impactar negativamente a qualidade de vida dos trabalhadores. O ambiente de trabalho não é neutro, sendo ao mesmo tempo singular e coletivo, criativo e angustiante, gratificante e desgastante. Além dos riscos biológicos e ergonômicos, comuns ao trabalho em saúde, os profissionais de saúde mental

enfrentam riscos psicossociais, agravados pela falta de recursos materiais e humanos, dificuldades no trabalho em equipe e pela sobrecarga emocional decorrente do contato com transtornos mentais e crises dos usuários (Glazner *et al.*, 2011; Rammingner; Brito, 2008; Silva; Costa, 2008).

Os trabalhadores de saúde mental, além de lidarem com questões mobilizadoras e com o sofrimento psicossocial dos usuários, enfrentam a precarização dos serviços, a falta de recursos e o distanciamento da rede de apoio. Esses fatores resultam em sobrecarga, agravada pela desvalorização da área, escassez de investimentos e uma formação profissional ainda centrada no modelo clínico-biológico, que se contrapõe às necessidades da atenção psicossocial (Ribeiro, 2015).

A prática em saúde mental é constantemente renovada nas relações de cuidado, sendo o aspecto relacional central para essa atividade. Contudo, os profissionais de saúde muitas vezes são vistos como figuras onipotentes, afastando-se de sua própria vulnerabilidade, o que contribui para o adoecimento físico e mental. Isso impacta não apenas os profissionais, mas também os serviços, os usuários e a sociedade. Assim, é imprescindível priorizar a saúde dos trabalhadores, reconhecendo que eles também necessitam de cuidado (Senço *et al.*, 2016; Frenkiel *et al.*, 2016; Merçom; Constantinidis, 2020).

Nos estudos analisados (Alves; Filho, 2021; Arantes; Sousa; Almeida, 2016; Barbosa; Buesso, 2019; Barbosa *et al.*, 2021; Clementino *et al.*, 2018; Fidelis *et al.*, 2021; Guimarães; Jorge; Assis, 2011), o trabalho em saúde mental é valorizado por seu

impacto social, sendo fonte de satisfação pessoal e profissional para os trabalhadores, principalmente pelo reconhecimento dos usuários e pelos vínculos formados. O trabalho é considerado recompensador e inspirador, com destaque para fatores protetivos como o aprimoramento contínuo, as relações interpessoais, o apoio mútuo e a autonomia. Os trabalhadores enfatizam o apego aos ideais do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o suporte da equipe e o reconhecimento do trabalho prestado à comunidade, sempre com empatia, humanização e acolhimento. Ao lidar com as adversidades, os trabalhadores amadurecem e aprendem a gerenciar os limites de suas intervenções.

As dificuldades intrínsecas ao trabalho em serviços substitutivos, que lidam com o sofrimento psíquico diariamente, levam os trabalhadores a enfrentarem desgaste e sobrecarga mental ao conviver com crises imprevisíveis e situações-limite dos usuários. No CAPS, a ausência de rotina desafia e desestabiliza os profissionais. O contato com o sofrimento alheio pode provocar uma reflexão sobre o próprio sofrimento dos trabalhadores, gerando estranhamento e até receio, dada a proximidade com a loucura. Apesar disso, os profissionais de saúde mental são essenciais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que exige compromisso ético, técnico e político com o projeto antimanicomial. No entanto, o despreparo e o desgaste mental podem favorecer a reprodução de práticas manicomiais.

Ribeiro (2015), enfatiza a diferença entre as relações estabelecidas no CAPS e as práticas asilares anteriores à Reforma Psiquiátrica, que eram marcadas pelo distanciamento entre

profissionais, pacientes e familiares. As relações nos CAPS promovem trocas intersubjetivas que geram tensões e desafios. Enquanto o modelo manicomial se centrava na doença, a Reforma Psiquiátrica foca na humanização e no respeito à subjetividade dos sujeitos, exigindo que o trabalhador lide com a diversidade subjetiva humana, promovendo o cuidado em ato e criando práticas que visam ao desenvolvimento dos usuários.

Para enfrentar os desafios na saúde mental dos trabalhadores, é fundamental investir na capacitação profissional, na educação permanente e na criação de grupos de supervisão clínica e institucional que valorizem abordagens transdisciplinares. Também é necessário oferecer suporte psicológico, facilitando o acesso à psicoterapia e ao apoio terapêutico, promovendo o fortalecimento dos trabalhadores e das equipes de saúde. A valorização dos CAPS, do SUS e de seus trabalhadores, juntamente com o investimento contínuo em saúde mental, é crucial para a qualidade dos serviços e o bem-estar dos profissionais. Processos de trabalho que cuidem tanto dos usuários quanto dos cuidadores são essenciais (Merhy, 2013).

O neoliberalismo impacta não apenas a economia, mas também as formas de subjetividade e as relações sociais. O trabalhador de saúde mental se vê pressionado pela autocobrança, pela frustração e pela angústia, levando à exaustão e a sintomas de ansiedade e depressão. As condições de trabalho precarizadas e a sobrecarga impactam negativamente a identidade profissional e a saúde mental desses trabalhadores, resultando em altos índices de *burnout* e outros sintomas psicossomáticos (Safatle; Junior; Dunker, 2021; Kolhs; Olschowsky; Ferraz, 2019).

Andrade, Carvalho e Oliveira (2022) discutem o impacto do neoliberalismo, que enfraquece o papel do Estado na saúde pública, incentivando a privatização e precarizando a saúde pública, incluindo o SUS. Essa lógica neoliberal afeta as relações de trabalho e a organização da saúde, trazendo consequências como a precarização e a terceirização dos serviços de saúde mental (Hirsch, 2010; Safatle; Junior; Dunker, 2021). Além disso, são apontadas as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, como infraestrutura inadequada, falta de materiais e condições mínimas de trabalho, além da ausência de apoio e reconhecimento, o que compromete a execução do serviço e afeta a saúde mental dos próprios profissionais. A precarização do trabalho em saúde, especialmente nos serviços de saúde mental, com contratações temporárias, terceirizações e vínculos trabalhistas frágeis, agrava a lógica econômica neoliberal que afeta a saúde pública, priorizando a eficiência e a produtividade em detrimento da qualidade do serviço. A desvalorização da saúde mental, em comparação com outras áreas da saúde, e a falta de reconhecimento dos trabalhadores impactam a qualidade da assistência prestada e levam ao absenteísmo, à rotatividade e ao estresse (Alves; Filho, 2021; Barbosa; Buesso, 2019; Clementino *et al.*, 2018; Fidelis *et al.*, 2021).

O recente contexto histórico, caracterizado pela pandemia, crise econômica, desinvestimento em políticas públicas, ampliação da pobreza e aumento das vulnerabilidades sociais, intensificou os desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde mental. A precarização dos serviços coloca esses profissionais no centro das disputas por modelos de atenção, tornando essencial um enfoque

nas políticas de recursos humanos alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, a contrarreforma psiquiátrica e a expansão da lógica neoliberal representam obstáculos significativos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e para a manutenção da saúde mental no território. O desmonte do SUS e o desfinanciamento das redes de cuidado territorial contribuem para o enfraquecimento dos serviços e o retrocesso ao modelo de institucionalização. Um exemplo desse fenômeno é o aumento significativo nas contratações e investimentos em Comunidades Terapêuticas, muitas das quais enfrentam graves denúncias de violações de direitos humanos. Essas instituições, frequentemente influenciadas por um forte viés neopentecostal e religioso, recebem recursos e incentivos públicos, o que contradiz o discurso de falta de financiamento para outros setores (Chiabotto; Nunes; Aguiar, 2022). Assim, os desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde mental impactam não apenas sua saúde, mas também a qualidade da atenção prestada aos usuários, comprometendo o próprio projeto de cuidado (Zanatta; Lucca, 2021).

## PARA NÃO CONCLUIR

---

A discussão sobre a saúde mental dos trabalhadores na área de saúde mental revela a complexidade e os desafios que esses profissionais enfrentam em seu cotidiano. Embora o trabalho nesse campo possa ser uma fonte de realização pessoal e profissional, fatores como a falta de recursos, a precarização dos serviços e a carga emocional envolvida comprometem a qualidade de vida desses trabalhadores.

A constante contrarreforma na saúde mental, agravada por crises econômicas e sociais, bem como por violências relacionadas a gênero e raça, evidencia a necessidade urgente de fortalecer políticas públicas que protejam e valorizem tanto os trabalhadores quanto os serviços oferecidos. É fundamental considerar a interseccionalidade nesse contexto, pois expõe populações vulneráveis a um maior risco de adoecimento. Além disso, a formação dos profissionais de saúde mental é frequentemente influenciada pela lógica neoliberal, que não os prepara adequadamente para atuar conforme os princípios do SUS, limitando sua capacidade de enfrentar essas questões de maneira integral e inclusiva.

A reforma psiquiátrica brasileira, iniciada na década de 1970, buscou substituir o modelo asilar por um modelo de atenção que prioriza a reinserção social e o cuidado no âmbito da saúde pública. No entanto, a terceirização da gestão dos serviços, justificada pela lentidão das contratações via concurso público, compromete os princípios dessa reforma e afeta a qualidade do atendimento em saúde mental. A construção do SUS ainda está em andamento, e sua efetivação depende das práticas cotidianas nos serviços de saúde. A coexistência de diferentes vínculos empregatícios em uma mesma instituição, a lógica de maximização da produtividade com gastos mínimos, a insuficiência de equipamentos e o desgaste mental dos profissionais resultam em adoecimento, dificuldades no manejo clínico e na prestação de cuidados. Assim, o sofrimento psíquico dos trabalhadores é intensificado pelas condições de trabalho, somando-se ao impacto emocional do contato diário com a dor e o sofrimento dos pacientes (Barros; Bernardo, 2017).

Investir na capacitação contínua e na educação permanente dos profissionais de saúde, junto com a criação de espaços de apoio, é fundamental para garantir boas condições de trabalho e saúde mental. Medidas como concursos públicos, planos de carreira, redução da carga horária, isonomia salarial e investimento em práticas de cuidado alternativas são essenciais para valorizar e proteger os trabalhadores, assegurando seus direitos e qualificações em conformidade com as diretrizes do SUS. Além disso, é crucial reconhecer o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do SUS, valorizando suas práticas e garantindo investimentos que promovam uma rede de atenção integral e humanizada. A história do SUS revela as dificuldades em garantir um financiamento público adequado para assegurar o direito constitucional à saúde. O neoliberalismo, ao desfinanciar e introduzir valores contrários aos princípios constitucionais, fragiliza o sistema, comprometendo sua universalidade, equidade e integralidade.

Por fim, é vital que os processos de trabalho sejam desenhados para cuidar tanto dos usuários quanto dos cuidadores, promovendo um ambiente de suporte mútuo e desenvolvimento coletivo. Isso não só fortalece a saúde mental dos trabalhadores, mas também melhora a qualidade dos serviços prestados, refletindo positivamente em toda a rede de atenção à saúde mental.

## REFERÊNCIAS

---

ALVES, W. L.; FILHO, T. L. L. Impactos psicossociais do trabalho na saúde mental de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial no interior do Ceará. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 429-441, 2021. Disponível em; <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v15n1/v15n1a04.pdf>.

Acesso em: 24 set. 2023

ANDERY, M. A. *et al.* **Para compreender a ciência**: uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ANDRADE, H. S.; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320116, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320116>. Acesso em: 21 out. 2023

ARANTES, I. S.; SOUSA, I. F.; ALMEIDA, R. J. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em Saúde Mental. **Espaço Para A Saúde** – Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, v. 17, n. 1, p. 92-100, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2016v17n1p93>. Acesso em: 24 set. 2023.

ASTRADA, C. **Trabalho e alienação**. São Paulo: Paz e Terra, 1968.

BARBOSA, G. C.; BUESSO, T. S. O impacto da sobrecarga de trabalho e a satisfação do trabalhador em saúde mental. **Saúde (Santa Maria)**, v. 45, n. 2, p. 1-13, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583429678>. Acesso em: 02 out. 2023

BARROS, A. C. F. de; BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, n. 1, 2017.

BORDALO, K. B. O trabalho na concepção de Marx. In: **XI Congresso Nacional de Educação Educere**, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2013. Disponível em: [http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2013/13169\\_6614.pdf](http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2013/13169_6614.pdf). Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **17ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. Brasília, DF: Editora Unida, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde** – Saúde e qualidade de vida. 2009. p. 70-124.

BRASIL. **Portaria de Consolidação Número 3, de 2017**. Anexo V - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#ANEXOV](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOV). Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BROTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200011>. Acesso em: 03 out. 2023,

CHIABOTTO, C. C.; NUNES, I. G.; AGUIAR, K. S. P. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cotidiano ao usuário e à família. **Em Pauta**, n. 49, v. 20, p. 81-94, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63478>. Acesso em: 17 set. 2023.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N.; MARTINIANO, C. S.; MARCOLINO, E. C.; JÚNIOR, J. M. P.; FERNANDES, N. M. S. Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Fund. Care. Online**, v. 10, n. 1, p. 153-159, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.153-159>. Acesso em: 01 out. 2023.

CRUZ, K. de S.; COELHO, M. C. P. A saúde do trabalhador frente às reformulações do mundo do trabalho e a ofensiva neoliberal: um breve estudo com profissionais de serviço social de Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Mundo Livre**, Campos dos Goytacazes, v. 6, n. 2, p. 400-420, jul./dez. 2020.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

FIDELIS, F. A. M.; BARBOSA, G. C.; CORRENTE, J. E.; KOMURO, J. E.; PAPINI, S. J. Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0309>. Acesso em: 12 set. 2023.

FRENKIEL, S.; VERDE, A. A.; FERRAZ, D. C. Q.; SANTOS, D. B. R.; MOURA, M. S. M.; FRANZOLIN, S. N.; NEVES, T. M. G.; SILVA, V. S.; CORDEIRO, Q. Relato de assistência em saúde mental para profissionais da saúde: a experiência do SESMT da Santa Casa de São Paulo. In: **Trabalho e Saúde Mental dos Profissionais da Saúde**. São Paulo: CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 716-721, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300024>. Acesso em: 10 set. 2023

GOIS, P. S. de; MEDEIROS, S. M. de; GUIMARÃES, J. Neoliberalismo e programa saúde da família: a propósito do trabalho precarizado. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 4, n. esp, p. 1204-1210, 2010. DOI: 10.5205/reuol.1098-7735-2-LE.0403esp201037.

GONÇALVES, F. G. de A.; SOUZA, N. V. D. de O.; PIRES, A. da S.; SANTOS, D. M. dos; BRECHT D'OLIVEIRA, C. A. F.; RIBEIRO, L. V. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 519-525, jul./ago. 2014.

GONÇALVES, F. G. de A.; SOUZA, N. V. D. de O.; ZEITOUNE, R. C. G.; ADAME, G. F. P. L.; NASCIMENTO, S. M. P. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 646-653, jul.-set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000420014>.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>. Acesso em: 02 out. 2023.

HIRSCH, J. **Teoria materialista do Estado**. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

KOLHS, M.; OLSCHOWSKY, A.; FERRAZ, L. Sofrimentos e defesas no trabalho em um serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 954-961, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0140>. Acesso em: 02 out. 2023

LUNARDI, V. L. Problematizando o conceito de saúde, a partir do tema da governabilidade do sujeito. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/303964063.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2023

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 16. ed. São Paulo: Boitempo, 1867/2013.

MERÇOM, L. N.; CONSTANTINIDIS, T. C. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 2, mai./ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14>. Acesso em: 10 set. 2023.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. (Orgs.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 213-225.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NUNES, J.; BRITO, C. A vida cotidiana do neoliberalismo: os cuidados de saúde à população em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33030, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333030>. Acesso em: 10 set. 2023.

OLIVEIRA, R. A. A concepção de trabalho na filosofia do jovem Marx e suas implicações antropológicas. **Kínesis**, v. 2, n. 3, p. 72-88, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/1984-8900.2010.v2n03.4337>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental: fortalecendo nossa resposta**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 22 out. 2023.

PINHEIRO, E. M. N.; BORGES, F. A.; LIMA, M. N. F. V.; SEVERO, A. K. S. Análise das implicações profissionais de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial do interior do Nordeste brasileiro. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 26, p. e210449, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210449>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PIOBELO, F. P.; MOTA, D. C. B. A precarização do trabalho no contexto neoliberal: impactos na saúde mental. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 107-125, jul./dez. 2021. ISSN 2674-9483.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 36-49, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572008000100005>. Acesso em: 23 set. 2023.

REZIO, L. A.; OLIVEIRA, E.; QUEIROZ, A. M.; SOUSA, A. R.; ZERBETTO, S. R.; MARCHETTI P. M.; NASI, C.; NÓBREGA, M. P. S. S. Neoliberalism and precarious work in nursing in the COVID-19 pandemic: repercussions on mental health. **Rev Esc Enferm USP**, n. 56, p. e20210257, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0257>. Acesso em: 10 nov. 2022.

RIBEIRO, M. C. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 52, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0151>. Acesso em 10 nov. 2022.

SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S.; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2021.

SANTO, E. E.; FREITAS, F. Q. B. A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho. **Revista Intersaberes**, Curitiba, v. 4, n. 8, p. 150-169, jul./dez. 2009.

SENÇO, N. M.; VENEZIAN, J. A.; ABDUCH, M.; CORDEIRO, Q.; GOUVÊA, E. S. A saúde mental dos profissionais de saúde. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: CREMESP, 2016. p. 143-155.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 83-106, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v14n1/v14n1a06.pdf>. Acesso em: 02 out. 2023

WERLANG, R.; MENDES, J. M. R. Sofrimento social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 116, p. 743-768, out./dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000400009>. Acesso em: 17 set. 2023.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Síndrome de Burnout nos trabalhadores da Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial. **Mundo da Saúde**, v. 45, p. 390-399, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145390399>. Acesso em: 10 nov. 2022.



# TRABALHO, SAÚDE MENTAL E AS RELAÇÕES FRENTE À NECROPOLÍTICA, RACISMO E PACTO DA BRANQUITUDE

Maíra Brandli Oliveira  
Carolina Araujo Londero  
Amanda Ferreira de Carvalho

## APRESENTAÇÃO

---

O mundo do trabalho tem experimentado significativas transformações nas últimas décadas, marcando uma transição histórica da sociedade industrial para a sociedade da informação. As novas tecnologias introduzidas nesse contexto resultaram em mudanças nas características das ocupações e demandaram novas habilidades das trabalhadoras, ao mesmo tempo, em que acentuaram diversas desigualdades sociais.

Diversas(os) estudiosas(os) têm debatido essas mudanças, com destaque para Filho (2004), que aponta que a globalização provocou a segmentação das cadeias produtivas, contribuindo para a alteração das características do trabalho e do emprego, com claras repercussões na saúde das trabalhadoras. O autor Antunes (2023) merece ênfase quando argumenta que o capitalismo de plataforma, exemplificado por empresas como Uber, cria um modelo de trabalho no qual as trabalhadoras são tratadas como “parceiras”

ou “colaboradoras”, sem vínculos formais de emprego e sem acesso a direitos trabalhistas tradicionais. Esse modelo aprofunda a precariedade para reduzir a autonomia e a dignidade das trabalhadoras, que se veem controladas por algoritmos e sistemas tecnológicos que determinam suas atividades e pagamentos.

Antunes (2023), também aponta que esse processo representa uma nova fase do capitalismo, em que a exploração do trabalho atinge novos níveis por meio do uso intensivo de tecnologias digitais, que transformam as trabalhadoras em meras executoras de tarefas, controladas remotamente pelas plataformas. A desantropomorfização do trabalho, neste sentido, reflete a alienação crescente, em que a trabalhadora perde sua centralidade e se torna uma engrenagem facilmente substituída na lógica capitalista.

É inegável que o processo de inovação tecnológica tem gerado impactos significativos e benéficos, como a automação de tarefas, aumento da eficiência produtiva e necessidade contínua de adaptação das trabalhadoras para o novo cenário que se apresenta. Em contrapartida, Silveira (2009) destaca algumas consequências negativas desse processo: as novas tecnologias têm eliminado postos de trabalho, ocasionando um aumento no desemprego, o que se configura como uma preocupação global. Exemplos emblemáticos desse processo incluem caixas eletrônicas que substituem a função das bancárias, robôs que assumem o lugar de soldadoras na indústria automobilística, e máquinas de autosserviço que realizam a venda de alimentos e bebidas, substituindo vendedoras, entre diversas outras atividades que passaram a ser desempenhadas por sistemas automatizados (Silveira, 2009).

Esses problemas são intensificados em um contexto globalizado e competitivo, no qual a busca por novos mercados e pela redução de custos leva as empresas a adotar mudanças gerenciais que resultam na intensificação do trabalho, caracterizada por longas jornadas, ritmos acelerados e acúmulo de funções, além da redução do número de trabalhadoras. Paralelamente, governos, visando aumentar a competitividade de suas economias, têm flexibilizado as legislações de proteção ao trabalho, reduzindo direitos trabalhistas para tornar a força de trabalho “mais barata” para as empregadoras, atraindo novos investimentos e estimulando a criação de empregos.

A partir de 2013, o Brasil passou a ressignificar seu período político de uma forma no mínimo cabulosa e marcada pela revogação de direitos. Uma das consequências mais marcantes para a democracia do país foi o chamado *impeachment*, mas também entendido como Golpe, da então presidenta reeleita em 2014 com mais de 51 milhões de votos diretos, Dilma Rousseff. A partir da gestão do então vice-presidente substituto Michel Temer, o país passou a experimentar um período de contrarreformas na Legislação Trabalhista e Previdenciária.

Em relação à reforma trabalhista, foram sancionadas duas leis que tiveram consequências drásticas na vida das trabalhadoras: a Lei 13.467/2017 e a Lei 13.429/2017. A primeira versa sobre alterações importantes nos artigos que tratam sobre jornada de trabalho, férias, compensação de horas, pagamento de horas extras e salários; já a segunda libera a terceirização e amplia o contrato temporário, ou seja, legaliza-se condutas já existentes no mercado de trabalho e

possibilita-se um novo “cardápio” de opções às empregadoras para manejar a força de trabalho conforme as suas necessidades.

No que diz respeito à reforma da Previdência, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n.º 287/2016, inicialmente apresentada no governo de Michel Temer, previa a aposentadoria contando com a idade mínima de 65 anos para ambos os gêneros. Contudo, uma emenda aglutinativa global eliminou essas alterações, estabelecendo aposentadoria de homens com 65 anos e mulheres aos 62 anos. No que diz respeito à população urbana, a redação original da reforma prevê a extensão da aposentadoria por tempo de contribuição. Além disso, a aposentadoria especial para professoras também foi extinta. A idade mínima de aposentadoria aumentaria em um ano sempre que houvesse um acréscimo correspondente na expectativa de sobrevida aos 65 anos. Essas mudanças surgiram sob o pretexto de garantir a sustentabilidade financeira da Previdência Social, aumentando a idade mínima para aposentadoria, assim como ajustando o tempo de contribuição e criando um cálculo mais rigoroso para o ganho de benefícios.

Essas transformações impactaram significativamente a saúde das trabalhadoras, especialmente em um país vasto e desigual como o Brasil. Nesse contexto, formas antigas e modernas de trabalho coexistem, gerando um perfil de adoecimento que inclui problemas característicos das formas tradicionais de trabalho, como intoxicações agudas por produtos químicos, acidentes com máquinas perigosas e doenças pulmonares causadas pela inalação de poeiras. O trabalho escravizado no século XXI é uma demanda urgente, com denúncias cada vez mais frequentes ao Ministério

Público do Trabalho. O trabalho escravizado afeta milhões de pessoas em diversas partes do mundo. Essa prática é caracterizada pela exploração extrema, na qual indivíduos são forçados a trabalhar sob ameaças, coerção ou engano, sem a possibilidade de deixar suas condições de trabalho. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2019), mais de 40 milhões de pessoas são vítimas de trabalho forçado em todo o mundo, com uma parte significativa sujeita a condições de trabalho análogas à escravidão.

Além disso, como destaca Silveira (2009), no mesmo território e setor produtivo, pode haver doenças associadas às novas formas de organização do trabalho, marcadas por uma intensa pressão por produtividade e uma cada vez mais limitada autonomia para o trabalhador. Exemplos dessas novas doenças incluem transtornos mentais, doenças osteomusculares e disfonias relacionadas ao trabalho. A Pandemia de covid-19, embora não tenha sido reconhecida como doença relacionada ao trabalho, trouxe consequências drásticas de cunho físico e mental às trabalhadoras em caráter mundial, enquanto enfrentaram diversos riscos à sua própria saúde, impactos econômicos, sociais e psicológicos, condições de trabalho deterioradas, falhas na segurança do trabalho, entre outros. Em suma, as transformações no mundo do trabalho trazem consigo uma série de desafios para a saúde das trabalhadoras, exigindo abordagens integradas e multidisciplinares para a prevenção e tratamento dessas condições.

Sendo assim, o presente escopo teve por objetivo apresentar e introduzir a interação entre trabalho, saúde mental

e as relações frente à necropolítica, ao racismo e ao pacto com a branquitude na contemporaneidade.

## MODERNIDADE LÍQUIDA

---

Além das questões já mencionadas, estamos imersos em uma transformação que o filósofo Zygmunt Bauman (2004) denomina “modernidade líquida”. Essa fase é caracterizada pela mobilidade, fluidez e velocidade. Sua origem remonta à Revolução Industrial, que alterou profundamente a quantidade e a velocidade de produção de mercadorias, desencadeando mudanças decisivas que consolidaram o sistema capitalista. A Revolução Francesa, por sua vez, rompeu com as estruturas sociais e políticas do antigo regime, estabelecendo as bases da política moderna. Para Bauman, a modernidade é, por definição, líquida, pois tem como característica “derreter os sólidos”, ou seja, dismantelar estruturas e formas de vida estabelecidas para recriá-las sob novos moldes.

Bauman (2004) discute dois conceitos centrais: modernidade sólida e modernidade líquida. A modernidade sólida, anterior à Segunda Guerra Mundial, era marcada pela lógica da moral, em que as pessoas eram valorizadas pelo “ser” em detrimento do “ter”. A sociedade se pautava pela estabilidade e constância, com um compromisso com a verdade e as tradições. Já a modernidade líquida, que se intensificou após a Segunda Guerra Mundial, sobretudo a partir da década de 1960, tem como principal característica a supremacia das relações econômicas sobre as relações sociais e humanas. A lógica do hiperconsumo enfraquece

os laços entre as pessoas e as instituições. Nesse contexto, as mudanças ocorrem de forma rápida e imprevisível.

A volatilidade da liquidez desorganiza todas as esferas da vida social, como o amor, a cultura e o trabalho. O consumo tornou-se um imperativo na modernidade líquida, com um aparato capitalista que avança por meio do consumo irracional. Segundo Marx (1996, p. 18), “desde que os homens trabalham uns para os outros, independentemente da forma como o fazem, o seu trabalho adquire também uma forma social”. Esse “fetichismo da mercadoria” emerge na modernidade líquida, em que o valor do produto não reside mais no trabalho humano, mas na marca e no preço. As interações entre indivíduos, muitas vezes, tornam-se superficiais e fragmentadas, refletindo o próprio caráter das mercadorias que consumimos. Em vez de cultivar vínculos profundos e significativos, os indivíduos se veem motivados a buscar a validação por meio de bens de consumo, resultando em uma dinâmica na qual a economia é sacrificada em prol de uma imagem construída e mantida por meio do que se possui. Essa superficialidade das relações sociais reforça o fetichismo da mercadoria.

Embora o consumo sempre tenha estado associado à posição de poder e prestígio na modernidade líquida, esse vínculo assume uma carga simbólica muito mais intensa do que na modernidade sólida. As conexões são frequentemente efêmeras, refletindo uma cultura de consumo que valoriza a novidade e a variedade, mas não a profundidade e a permanência (Bauman, 2004). O capitalismo e a modernidade líquida transformam o indivíduo em objeto, definindo-o não pelo que ele é, mas pelo que ele consome.

## O TRABALHO E A NECROPOLÍTICA

---

A discussão também permite fazer relações com o conceito de necropolítica, que se interconecta com os conceitos de ultracapitalismo, racismo e políticas de extermínio. A necropolítica é um termo que, em tempos difíceis e de exceção, tem se feito mais presente em nossa sociedade. Achille Mbembe (2016) discute como o poder social e político é utilizado para determinar quem tem o direito de viver e quem é condenado à morte. Conecta-se à necropolítica uma extensão do conceito de biopolítica de Michel Foucault, que se centra no controle da vida e das populações pelo Estado. Mbembe argumenta que, no contexto da modernidade líquida, o poder soberano é exercido não apenas através da vida, mas também através da morte.

A necropolítica analisa como Estados e outras entidades de poder determinam quem é considerado descartável, quem está sujeito à violência e à morte, e como essas decisões são influenciadas por fatores como raça, classe e geopolítica. Este conceito é especialmente relevante para entender situações de guerra, genocídio, colonialismo e outros contextos de violência extrema e exploração. Mbembe destaca como, em muitos casos, a vida de certos grupos é sistematicamente desvalorizada, resultando em políticas de aniquilamento e sofrimento prolongado. A necropolítica não se limita à instrumentalização da vida; envolve também a destruição dos corpos. Não é apenas sobre “deixar morrer”, mas também sobre “fazer morrer” (Mbembe, 2016).

No contexto da saúde da trabalhadora, a necropolítica se manifesta por meio da exploração excessiva e das condições de

trabalho precárias, em que determinados grupos de trabalhadoras são mais vulneráveis a acidentes, doenças ocupacionais e morte (Mbembe, 2016). A lógica da necropolítica permite que essas trabalhadoras, muitas vezes pertencentes a minorias raciais, étnicas ou econômicas, sejam submetidas a ambientes insalubres e perigosos, sem as proteções e direitos necessários. Outro aspecto da necropolítica é o acesso desigual aos serviços de saúde. Trabalhadoras em empregos precarizados ou informais frequentemente têm acesso limitado, ou inexistente, a cuidados médicos adequados, seguros de saúde e benefícios trabalhistas. Isso leva a uma maior incidência de problemas de saúde não tratados, agravamento de doenças e, em última instância, mortes evitáveis (Silveira, 2009).

Além disso, a necropolítica introduzida na modernidade líquida também se manifesta na invisibilidade e marginalização de determinados grupos de trabalhadoras, como, por exemplo, as trabalhadoras informais e as trabalhadoras imigrantes. Muitas vezes sem proteção legal, essas trabalhadoras não têm acesso a direitos trabalhistas básicos, como férias, transporte, alimentação e aposentadoria. Elas são frequentemente expostas a condições de trabalho perigosas e inseguras, e essa invisibilidade perpétua a precariedade e amplifica os riscos à saúde dessas trabalhadoras.

## **O RACISMO E O PACTO DA BRANQUITUDE NO MUNDO DO TRABALHO**

---

Falando em invisibilidade e grupos minoritários, é indispensável versarmos sobre o racismo no mundo do trabalho em nosso país. O racismo no mundo do trabalho é um

fenômeno persistente e multifacetado que continua a moldar as experiências de trabalhadoras de diversas origens raciais e étnicas (Schucman, 2012). Apesar de avanços significativos em legislação antidiscriminatória e em políticas de inclusão, como, por exemplo, a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, que se refere ao acesso de pessoas pretas e pardas às universidades públicas federais, a discriminação racial permanece uma barreira significativa para a equidade e a justiça no ambiente de trabalho. Segundo Schucman (2012), o racismo no ambiente de trabalho pode se manifestar de várias formas, desde discriminação explícita até microagressões sutis. Entre as manifestações mais comuns estão: segregação ocupacional, discriminação na contratação e promoção, microagressões, ambiente hostil, entre outros.

O racismo vivenciado há tantos séculos advém de um conceito muito bem elaborado por Cida Bento (2022), que aborda o conceito de Pacto Narcísico e também discute a branquitude e a colonização europeia. A autora argumenta que, em todas as regiões ocupadas pelos europeus durante o período de expansão colonial, houve a introjeção e o desenvolvimento de fundamentos ideológicos essenciais para a constituição da branquitude. A partir da análise da visão europeia sobre os não europeus, pode-se afirmar que os europeus consolidaram sua identidade e poder ao estabelecer o branco como sujeito universal e ao racializar o não europeu, definindo-o como “outro” dentro dessa estrutura.

Mesmo no período em que o Brasil enfrentava pressões para abolir o trabalho escravizado, a principal preocupação residia na preservação dos interesses dos brancos e na garantia das riquezas

acumuladas nos séculos anteriores. Um exemplo ilustrativo dessa dinâmica é a Lei do Ventre Livre, promulgada em 1871, que declarava livres todas as crianças nascidas de mães escravizadas a partir daquela data. Contudo, essas crianças permaneciam sob custódia dos senhores, que poderiam exigir indenização do Estado ou forçar a própria criança a trabalhar sob um regime de escravidão até os 21 anos, mantendo assim a exploração e a manutenção da supremacia branca.

Assim, a colonização europeia, ao articular a apropriação da terra, a divisão do trabalho e a racialização, forneceu a base para a dominação e inaugurou um modo de produção capitalista global, que a autora denomina de capitalismo racial. Este termo, originalmente cunhado por ativistas sul-africanos durante as lutas contra o apartheid, expressa o funcionamento do regime capitalista na exploração do trabalho assalariado. Esse sistema se fundamenta simultaneamente em lógicas de raça, etnia e gênero, intensificando e operacionalizando os processos de expropriação.

Essa constatação nos permite refletir sobre como a predominância de pessoas brancas nos níveis mais altos das hierarquias institucionais e nos cargos de maior prestígio e poder revela a continuidade do regime político brasileiro, que historicamente enfrentou grandes desafios para se consolidar como uma democracia plena. Ou seja, enquanto a população branca não se sensibilizar a respeito dos seus privilégios, não teremos avanços; ou como diz a autora Cida Bento (2022, p. 24) “enquanto houver racismo, não haverá democracia”.

## ADOCIMENTOS GERADOS PELO TRABALHO NA NOVA ERA DO CAPITAL

---

Saúde e trabalho, que são categorias estruturantes na vida das trabalhadoras e trabalhadores, vêm, contraditoriamente, sofrendo um desmoronamento diante da ofensiva capitalista, que, além de impor uma nova sociabilidade à sua identidade enquanto classe social, atinge profundamente sua saúde, seus modos de viver e morrer (Vargas *et al.*, 2022). Diante da “nova normalidade” do capital a partir da pandemia de 2020, presenciamos a catástrofe de civilização, isto é, mudanças históricas radicais que promoveram a virada de expectativas do desenvolvimento humano. Aliás, o conceito de catástrofe tem se consolidado com frequência na vida dos brasileiros nos últimos tempos: devemos ter a consciência de que vivemos em tempos catastróficos. Nada mais será como antes.

Desde 2016, o contexto brasileiro, que já era caracterizado como uma periferia neocolonizada do capitalismo ocidental liberal, tem sido marcado pela convergência de eventos críticos, como o Golpe de Estado de 2016, de orientação neoliberal; a eleição de Jair Bolsonaro, identificado como representante do neofascismo, em 2018; e a pandemia de covid-19, em 2020. Esses acontecimentos ocorrem em um cenário marcado pelo aprofundamento das contradições sociometabólicas do capital, como o colapso ecológico, e das contradições estruturais do modo de produção capitalista no século XXI. A questão da “saúde do trabalho” não é apenas uma problemática brasileira, mas sim um conjunto de problemas de dimensões globais. Ela se entrelaça com novas problemáticas

impostas pela evolução destrutiva do capital: o poder alavancado da manipulação da subjetividade humana, o colapso ecológico com o aquecimento global e a ameaça de novos patógenos infecciosos. Tais forças de destruição do trabalho vivo devem percorrer o século XXI (Merhy, 2002). Não se trata de mudanças de conjuntura, mas a “nova normalidade estrutural” do capital.

O trabalho formal enfrenta ataques de regressão de direitos, como a Reforma Trabalhista e Previdenciária, ao mesmo tempo, em que o trabalho via plataforma e desregulamentado se expande, por meio do fenômeno da uberização do trabalho (Antunes, 2018). As políticas sociais, que deveriam atender às necessidades humanas, são submetidas a contrarreformas, nas quais se legitima uma sociabilidade de consumo.

Segundo Gaulejac (2007), o emprego vem sendo administrado por gestões gerencialistas, que se caracterizam por avaliações individuais e quantitativas, bem como pela responsabilização da trabalhadora por seu próprio desenvolvimento profissional, visando à construção de uma “carreira de sucesso”. Esse sistema promove a captura da subjetividade da trabalhadora, que é incentivada a se identificar com a missão da empresa. Essa abordagem, de natureza altamente individualista, enfraquece os laços de solidariedade entre as trabalhadoras e legitima o lucro como o objetivo final do trabalho.

Se anteriormente o adoecimento atingia expressivamente o estado físico do indivíduo, com o aumento das Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) no século XX, no século XXI o adoecimento mental

se mostra cada vez mais presente na vida das trabalhadoras, principalmente do setor de serviços (Vargas *et al.*, 2022).

Considerando a categoria bancária, uma das ocupações mais atingidas pelas questões de saúde mental, dados do Observatório de Saúde e Segurança no Trabalho revelam que, no ano de 2021, 53% dos afastamentos de bancárias caracterizados como adoecimentos decorrentes do trabalho pela Previdência Social foram devido a transtornos mentais, e 24% por lesões osteomusculares. Se compararmos com dados de 2012 do mesmo observatório, aproximadamente dez anos atrás, 39% dos afastamentos da categoria bancária foram decorrentes de lesões osteomusculares, exemplificando que o modo de gestão do trabalho se alterou e a condição de saúde mental das trabalhadoras teve alto impacto.

No setor industrial, os dados do observatório ainda revelam as condições precárias às quais as trabalhadoras são submetidas no âmbito da segurança de maquinários, evidenciando que, no ano de 2021, 51% dos afastamentos do INSS reconhecidos como acidentários no setor da indústria ocorreram devido a fraturas nos corpos das trabalhadoras (Observatório de Saúde e Segurança no Trabalho, 2021). O trabalho constitui um determinante e condicionante fundamental da saúde (Brasil, 1980), pois, ao mesmo tempo em que proporciona os meios necessários para a sobrevivência, também possui um potencial de causar adoecimento, dada sua íntima relação com o corpo humano. Nesse sentido, a priorização da saúde da trabalhadora emerge como uma necessidade urgente, abrangendo a eliminação de toda forma de exploração e violência no ambiente laboral.

## CONSIDERAÇÕES

---

Retoma-se aqui, que as novas dinâmicas do capitalismo contemporâneo, como a uberização do trabalho, ampliam os desafios, trazendo novas formas de exploração e aprofundando as desigualdades. Diante desse cenário, é fundamental que se adote uma abordagem crítica e multidisciplinar, que englobe desde a defesa de direitos trabalhistas até políticas de saúde pública que priorizem a saúde mental das trabalhadoras.

As transformações no mundo do trabalho, impulsionadas pela modernidade líquida e pelo avanço tecnológico, têm gerado profundas implicações para a saúde das trabalhadoras, especialmente no que diz respeito à saúde mental. A flexibilização das legislações trabalhistas, o aumento da precarização e a crescente pressão por produtividade expõem as trabalhadoras a condições insalubres e exaustivas, resultando em altos índices de adoecimento físico e mental.

Dessa forma, a crise do capitalismo avançado nos impõe, como pesquisadores e pesquisadoras, a tarefa de revelar de maneira crítica a natureza premente do desconforto no ambiente de trabalho, abrangendo não apenas a saúde física, mas também a mental, e afetando diversas categorias sociais no contexto laboral. Nossa função como intelectuais públicos engajados com a transformação social deve ir além do academicismo e do particularismo identitário, atuando na formação de educadoras e organizadoras da classe trabalhadora, visando à luta social e política pela emancipação humana.

## REFERÊNCIAS

---

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviço na era digital. Boitempo editorial, 2018.

ANTUNES, R. Uberização do trabalho e capitalismo de plataforma. **Análise Social**, v. 58, n. 3, p. 512-532, 2023.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL. Lei n.º 13.429, de 31 de março de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, e dispõe sobre a terceirização. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF 31 mar. 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm)

BRASIL. Lei n.º 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, e dispõe sobre a reforma trabalhista. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF 13 jul. 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm). Acesso em 01 nov. 2024.

BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição n. 287, de 2016**. Altera os arts. 37, 40, 109, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá outras providências. Brasília, DF. 2016.

CRUZ, V. L. *et al.* O impacto da covid-19 no trabalho informal e as perspectivas pós-pandemia. **Revista Reuna**, v. 27, n. 2, p. 77-94, 2022.

FILHO, V. W. Perfil epidemiológico dos Trabalhadores. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2. p. 103-117, abr-jun, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0180.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012. p. 143-170.

GAUJELAC, V. de. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e

fragmentação social. Aparecida, SP; Ideias e Letras, 2007.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Nova Cultura, 1996. cap. I, p. 165-175; 197-208.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & ensaios**, n. 32, p. 122-151, 2016.

OBSERVATÓRIO DIGITAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO. 2019, online. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>. Acesso em: 05 ago 2024

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Observatório da erradicação do trabalho escravo e do tráfico de pessoas**. Brasília: OIT, 2019. Disponível em: <https://smartlabbr.org/trabalhoescravo>. Acesso em: 01 nov. 2024.

SCHUCMAN, L.V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial sobre a branquitude paulistana. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 83-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/10.pdf>. Acesso em: 20 ago 2024.

SILVEIRA, A. M. **Saúde do Trabalhador**. Belo Horizonte, Nescon/UFGM: Coopmed, 2009. 100 p. v. 1. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1771.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SOUZA, P. *et al.* Efeitos redistributivos da Reforma da Previdência. **Estudos Econômicos**, São Paulo; v. 51, p. 565-600, 2021.

VARGAS, S. G. *et al.* Assédio Moral em Organizações Públicas: Análise da produção científica no Brasil com recorte temporal de 2010 a 2019. **Revista Gestão e Organizações**, v. 7, n. 3, p. 60-74, 2022.

VIANA, A. L. A; SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2107-2118, July 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000702107&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702107&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 ago. 2024.



# A SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA: UM ESTUDO DE REVISÃO

Gabriela Sampaio Rodrigues  
Marina Soares Buralde  
Carolina Araujo Londero  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Luciane Maria Pilotto

## INTRODUÇÃO

---

A saúde mental pode ser entendida como um estado de bem-estar que permite que o indivíduo explore seu potencial e responda de maneira eficaz aos desafios da vida, ao mesmo tempo que contribui para o bem-estar da comunidade. Esse estado de bem-estar não se limita apenas ao âmbito psicológico, pois está intrinsecamente associado a várias condições essenciais, como saúde física, apoio social e condições de vida. Além disso, é fundamental reconhecer que a saúde mental não é apenas uma questão individual, sendo diretamente impactada pelas circunstâncias sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais. Nesse sentido, considera-se que os transtornos de saúde mental, apesar de também terem causas genéticas, são de natureza coletiva e, portanto, exigem políticas públicas, redes de proteção, segurança alimentar, melhores condições de vida e apoio comunitário (Brasil, s.d.).

A Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão (CID-11), caracteriza transtorno mental como uma condição marcada por uma perturbação clinicamente relevante na forma como um indivíduo pensa, regula suas emoções ou se comporta. Essa perturbação reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento que fundamentam o funcionamento mental e comportamental. Comumente, essas perturbações estão ligadas a sofrimento ou prejuízo nas esferas pessoal, familiar, social, educacional, profissional ou em outras áreas essenciais do funcionamento (World Health Organization [WHO], 2022).

Ao analisarmos o contexto brasileiro, observa-se que os transtornos mentais são a terceira maior causa de carga de doenças, contribuindo significativamente para o aumento das taxas de doenças crônicas não transmissíveis e afetando a saúde e o bem-estar de pessoas de todas as idades. Os transtornos mentais estão presentes em cerca de 10 a 12% da população, manifestados com sintomas leves a moderados, que necessitam de cuidados na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (Barros *et al.*, 2021).

A importância desses quadros tem sido frequentemente negligenciada nos estudos sobre os motivos do aumento do adoecimento psíquico, resultando em uma relação pouco evidente entre as condições de vida e de trabalho e o sofrimento ou adoecimento mental. O estabelecimento de um “nexo causal” entre trabalho e adoecimento é complicado pela intangibilidade do sofrimento psíquico, que o torna menos visível em comparação com as condições exclusivamente biológicas. Portanto, para entender o

sofrimento e o adoecimento psíquico, é fundamental compreender a determinação social do processo de adoecimento, o que exige uma análise de como a cultura, a história e a sociedade influenciam e subordinam a saúde (Viapiana; Gomes; Albuquerque, 2018).

As condições de vida/trabalho e adoecimento mental estão intrinsecamente ligadas, mas isso ficou ainda mais evidente durante e após a Pandemia de covid-19, que teve início em 2020. Com alta taxa de contágio e mortalidade, os profissionais de saúde que tiveram contato direto com pacientes infectados experimentaram muito sofrimento psíquico, como medo, ansiedade, depressão, angústia, problemas de sono e outros sentimentos associados à exposição ao vírus. Um estudo, por exemplo, que analisou cinco pesquisas, constatou índices de estresse moderado a grave em 59% dos profissionais de saúde, depressão variando de 12,7% a 50,4%, e ansiedade entre 20,1% e 44,6% (Prado *et al.*, 2020).

Ainda, em momentos críticos da vida, pode se desenvolver uma variedade de comportamentos potencialmente prejudiciais, como o aumento ou o abuso de substâncias (remédios, álcool, cigarro ou drogas), violência e agitação, além de emoções adversas como medo, tristeza, raiva, solidão, ansiedade ou estresse. No entanto, é necessário distinguir entre a manifestação dessas emoções perturbadoras e o real adoecimento mental causado pela ansiedade, estresse ou depressão, pois a falta de atenção aos primeiros sinais e sintomas pode resultar no agravamento das condições patológicas (Gonçalves; Bisol; Luz, 2020).

O período de graduação pode ser um momento crítico de vida e desencadear sofrimento emocional, pois os estudantes

acabam ficando inseridos em instituições de ensino superior por longos períodos, muitas vezes longe de seus familiares, com dificuldades de adaptação social e financeira, preocupação com o desempenho escolar e com grande carga de disciplinas (Facundes; Ludermir, 2005). Ibrahim e colaboradores (2013) observaram que uma das complicações de saúde mais usual entre estudantes universitários foi a depressão, e que refletiu em danos nas relações interpessoais, sociais e ocupacionais. Para os estudantes da área da saúde, pode haver uma carga de estresse maior devido à busca pela excelência nos treinamentos práticos e pelas interações diretas com os pacientes (Pinto *et al.*, 2018).

Essas informações demonstram a importância de estudar sobre a saúde mental da população, em especial dos estudantes, e identificar locais que ofertam cuidado, visto que o diagnóstico precoce de transtornos mentais comuns (TMC) e de seus fatores associados podem ajudar a evitar que a condição se agrave e melhorar a qualidade de vida. Com isso, o objetivo deste texto é trazer a saúde mental para a discussão, mostrando como esta se apresenta na população e entre estudantes universitários. O texto também se propõe a identificar algumas causas que levam ao sofrimento mental e apresentar locais disponíveis para o cuidado. Este capítulo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Gabriela Sampaio Rodrigues, que, por meio de uma revisão narrativa na literatura, apresenta alguns resultados encontrados nesta pesquisa. No primeiro e segundo tópico estão descritos dados sobre a saúde mental na população e entre os estudantes universitários. No terceiro tópico são descritos os fatores identificados na literatura,

que levam os universitários ao sofrimento mental. Na sequência, são apresentados os locais de cuidado em saúde mental ofertados na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e dentro da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

## SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO

---

Brito e colaboradores (2022) mostram em seu trabalho a prevalência de depressão autorreferida na população brasileira adulta a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), na qual destaca que em 2019 10,2% dos adultos no Brasil tinham depressão autorrelatada, registrando um aumento da prevalência quando comparado com a PNS 2013, que correspondia a 7,6%. A Região Sul registrou a maior taxa entre as regiões, com o estado do Rio Grande do Sul liderando. Por outro lado, a prevalência foi menor na Região Norte, particularmente no estado do Pará. As mulheres, pessoas de cor branca e os residentes de áreas urbanas tiveram as taxas mais altas de depressão autorrelatada em 2019. Em termos de nível de escolaridade, aqueles sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto, bem como aqueles com ensino superior completo, apresentaram as maiores prevalências; já os jovens adultos com idade entre 18 e 29 anos apresentaram a menor incidência de depressão autorrelatada. Os autores ainda nos trazem que os indivíduos, especialmente jovens adultos entre 18 e 29 anos, e moradores de áreas urbanas, que procuraram atendimento nos 12 meses anteriores à entrevista, foram mais propensos a buscar assistência médica em consultórios, clínicas

e ambulatórios de hospitais privados. Apesar de uma redução na proporção de atendimentos nesses estabelecimentos em 2019, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram o segundo local mais frequente de busca.

No estudo de Barros e colaboradores (2021), com dados da PNS de 2019, foram examinados 65.803 adultos com idade entre 18 e 59 anos, e observou-se que 10,9% dos adultos tinham a probabilidade de sofrer de depressão. Aproximadamente 8,0% da população acumulavam cinco ou mais comportamentos não saudáveis. E, ao contrário dos indivíduos sem depressão, os adultos brasileiros com depressão apresentaram comportamentos como fumar, fumar passivamente e ser ex-fumante, consumo frequente de álcool, episódios de consumo excessivo de álcool, inatividade física e sedentarismo, escolha de lanches rápidos em vez do almoço e consumo frequente de refrigerantes e doces, indicando uma associação significativa entre fatores de estilo de vida e depressão entre adultos brasileiros. Dessa forma, torna-se crucial promover comportamentos saudáveis para diminuir a prevalência e as mortes prematuras causadas por doenças crônicas não transmissíveis, por meio da implementação de estratégias abrangentes e integradas que considerem a ligação entre depressão e estilo de vida.

## **A SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE**

---

Indivíduos expostos constantemente as situações emocionalmente desafiadoras, especialmente aqueles que desempenham funções intensamente interativas em contextos

de fragilidade emocional, como médicos, dentistas, enfermeiros ou professores, e também outros que atuam em ambientes com grande demanda ou extensas jornadas de trabalho, como hospitais ou escolas, enfrentam níveis significativos de estresse emocional (Santos-Filho; Barros, 2007). Tais eventos diários de estresse podem causar efeitos físicos, manifestando-se em condições musculoesqueléticas crônicas, queda na autoestima, ansiedade e até mesmo depressão. Recentemente, a compreensão do estresse ocupacional tem sido ampliada para incluir também os estudantes universitários, visto que muitos graduandos, particularmente aqueles da área da saúde, enfrentam uma carga considerável de estresse, e tais experiências podem impactar negativamente na saúde mental, levando, em casos extremos, ao abandono do curso (Pinto *et al.*, 2018).

Nesse sentido, Carvalho e colaboradores (2017) pontuam que é indubitável que os profissionais de saúde constituem um dos grupos mais suscetíveis aos impactos do estresse, devido a algumas características singulares de sua atividade profissional. Além das particularidades inerentes a essa profissão, ambientes de trabalho emocionalmente exigentes e a realização frequente de jornadas extensas de atividades desempenham um papel significativo no agravamento desse problema. O estudo realizado pelos autores com uma amostra de 178 acadêmicos matriculados no curso de Odontologia, em uma instituição de ensino superior privada do sul de Minas Gerais, mostrou que 50% manifestavam sintomas de ansiedade, com maior índice entre o sexo feminino. O estudo também avaliou a ocorrência de sintomas depressivos nos

acadêmicos, identificando o percentual da ocorrência 12,4%, com prevalência maior entre o sexo masculino. Apesar dos importantes dados fornecidos pelo estudo, ele não foi capaz de determinar se os estudantes que ingressam no curso de Odontologia apresentam uma predisposição maior à ansiedade e à depressão ou se tais condições surgem como resultado da própria natureza do curso.

Silva e colaboradores (2021) realizaram um estudo avaliando detalhadamente 14 artigos, publicados entre os anos de 2011 e 2019, que fizeram a avaliação de 6.136 indivíduos. Esses trabalhos apontaram que a incidência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em estudantes de Odontologia apresentou variações entre 30% e 45%. Quanto ao estresse, a prevalência oscilou entre 54% e 79%, enquanto a ansiedade foi relatada em percentuais de 50% a 65%, e a depressão apresentou variação de 12% a 62%, tendo esta última uma prevalência de 60,64% entre estudantes do curso de Odontologia.

Para Ibrahim *et al.* (2013), uma das complicações de saúde mais usual entre estudantes universitários é a depressão, sendo uma condição que gera danos nas funções interpessoais, sociais e ocupacionais. O autor ainda afirma que apesar do crescente interesse em abordar a depressão em alguns grupos como adolescentes e idosos, a problemática da depressão entre estudantes universitários tem recebido pouca atenção, mesmo diante de evidências que apontam para um aumento constante no número de estudantes universitários enfrentando esse transtorno. Aponta, também, que os estudos têm revelado amplas variações nas taxas de estudantes identificados com depressão, apresentando

desde índices consideravelmente baixos, em torno de 10%, até números mais elevados, situando-se entre 40% e 84%, podendo essa disparidade ser influenciada por diversos fatores, como os métodos de avaliação empregados, a localização geográfica e aspectos demográficos, incluindo o *status* socioeconômico.

A relação entre a escolha de uma carreira na área da saúde e a vivência de estresse crônico é amplamente reconhecida em escala global, dado que esse campo demanda habilidades específicas e expõe os candidatos a situações frequentemente estressantes (Lima *et al.*, 2019). Entretanto, torna-se essencial identificar e compreender os desafios enfrentados pelos acadêmicos que podem desencadear prejuízos na saúde mental, visando o desenvolvimento de abordagens eficazes para minimizar esses danos.

### **IDENTIFICANDO ALGUNS FATORES ASSOCIADOS AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM UNIVERSITÁRIOS**

---

Os estudantes universitários da área da saúde enfrentam uma carga expressiva de estresse, que pode ser causada por diversos motivos, dentre eles, a busca pela excelência em treinamentos práticos, avaliações rigorosas, interações diretas com pacientes, relacionamentos com professores e funcionários, além das incertezas inerentes ao futuro profissional. A pressão intensa sofrida durante longas horas de estudo, marcadas por elevados padrões de perfeccionismo, também contribui para essa sobrecarga, que por muitas vezes leva a uma síndrome de Burnout ainda no início da vida acadêmica e profissional (Pinto *et al.*, 2018). Outros elementos do percurso acadêmico, como a sobrecarga de

pressão, a carga extensa de conteúdos, a escassez de tempo para o lazer e a competitividade entre colegas, são reconhecidos como elementos adversos para o bem-estar (Ibrahim *et al.*, 2013).

Facundes e Ludermir (2005) apontam também para os obstáculos que incluem o receio de cometer erros, a gestão do tempo diante de uma carga extensa de tarefas, a ausência de motivação para os estudos, o desempenho acadêmico inferior e a dificuldade em integrar diferentes disciplinas. Adicionalmente, destacam a falta de suporte e orientação por parte dos professores, problemas nas relações com colegas e familiares, além de dificuldades de adaptação social e financeira. Já o estudo de Lima e colaboradores (2019) identificou como fatores associados aos transtornos mentais comuns, ser do sexo feminino, ter desempenho acadêmico abaixo do esperado, dificuldades financeiras, falta de tempo para atividades de lazer, desafios para equilibrar vida pessoal e acadêmica, pertencimento a classes econômicas mais baixas, conflitos familiares e dificuldades de adaptação ou de estabelecer novas amizades. Os mesmos pesquisadores também destacam que, durante a formação, aspectos como a busca pela excelência em treinamentos práticos, avaliações rigorosas, interações diretas com pacientes, relacionamentos com professores e funcionários, além das incertezas sobre o futuro profissional, são fatores relevantes. Para amenizar essas situações durante o período de formação, os educadores podem transmitir a mensagem de que cometer erros é algo natural para todos os alunos, encorajando-os a não se fixarem excessivamente em expectativas externas e a estabelecerem suas próprias metas (Ey; Henning; Shaw, 2000).

Contudo, há também sinais como falta de motivação, insegurança, desempenho acadêmico insatisfatório, questões financeiras e carência de apoio emocional que são estressores passíveis de modificação, sendo o entendimento desses casos, crucial para implementar medidas de suporte e prevenção relacionadas às condições psicológicas e emocionais desses futuros profissionais (Lima *et al.*, 2019). É fundamental que os coordenadores dos cursos, professores, acadêmicos e toda comunidade acadêmica estejam atentos para identificar e abordar a presença de problemas mentais antes que estes impactem negativamente no desempenho acadêmico e pessoal dos estudantes, bem como na vida futura profissional.

### **ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: POLÍTICAS E SERVIÇOS**

---

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a aprovação da Lei n.º 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, concretizaram profundas mudanças na lógica de cuidado em saúde mental. Visando à substituição do modelo hospitalocêntrico, foram implementados diversos serviços e dispositivos que compõem as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e que trabalham de forma integrada para atender às necessidades da população em diferentes níveis de atenção. O atendimento para problemas relacionados ao uso de drogas ou álcool, por exemplo, é fornecido diretamente no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD), sem a necessidade de encaminhamento prévio pela Unidade Básica de Saúde (UBS) (Pohlmann; Sarmiento, 2024).

Em outras circunstâncias, o cuidado em saúde mental é organizado a partir da atenção primária, em que o indivíduo deve procurar a UBS correspondente ao seu endereço de residência e verificar meios para agendamento de consulta. A equipe de saúde da UBS fará uma avaliação inicial e pode seguir em duas direções: para casos classificados como leves ou comuns, pode ser iniciado o tratamento e/ou solicitado exames, sem a demanda de encaminhamento para um especialista ou, dependendo da complexidade do quadro, pode ser necessário direcionar o paciente para um serviço especializado, como as Equipes Multiprofissionais e Unidades Ambulatoriais Especializadas, ou para o CAPS (Pohlmann; Sarmiento, 2024).

Para ampliar o cuidado a questões de saúde mental com alta prevalência, como ansiedade e depressão, é fundamental incorporar a saúde mental nos serviços de saúde em geral, incluindo profissionais não especializados e destinando recursos específicos para a saúde mental nas atenções primária e secundária. A Atenção Primária em Saúde (APS) pode, portanto, contribuir significativamente para o cuidado em saúde mental, aumentando a cobertura de tratamento para essas condições prioritárias e tornando-o mais acessível e eficaz para a população, por isso quadros de menor complexidade podem e devem ser atendidos por profissionais da saúde generalistas (World Health Organization, 2022).

Por estar presente em todos os territórios e manter uma relação mais próxima com a comunidade, o fortalecimento do cuidado na APS é uma estratégia importante na promoção, prevenção e recuperação no que tange à saúde mental. A prática

de acolhimento, realizada nas Unidades de Saúde, é um importante dispositivo para ofertar um primeiro espaço de escuta ao usuário, identificando demandas e direcionando o atendimento a um profissional de referência. Outra ferramenta com grande potencial de promoção do cuidado é a oferta de atividades coletivas que promovam a saúde, sejam elas por meio de grupos específicos com a temática de saúde mental ou outros que também promovem a saúde, como grupos de caminhada, grupos de pessoas idosas, entre outros (Brasil, 2013). Para que os serviços de saúde consigam ser resolutivos diante da crescente demanda, é fundamental fortalecer e qualificar os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como ampliar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses centros, além de oferecerem cuidado especializado a usuários com transtornos mentais graves, também desempenham um papel essencial no apoio às equipes de APS (Brasil, 2005).

Todos os serviços de saúde ofertados no SUS podem ser acessados por qualquer pessoa, incluindo os estudantes universitários. Entretanto, o acesso aos serviços de saúde mental no sistema público ainda é muito complexo, com serviços sobrecarregados e pouco investimento para ampliar a oferta. Além disso, o horário de funcionamento dos serviços de APS, geralmente em horário comercial, costuma conflitar com os horários de aula dos estudantes, dificultando o acesso ao atendimento e agravando os desafios para cuidar da saúde mental durante a formação acadêmica.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) tem alguns programas e ações ofertados pela Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), que compreende uma série de iniciativas voltadas

para a promoção da saúde dos estudantes da universidade, tanto da graduação quanto da pós-graduação. Estes integram diversas políticas, serviços e atividades desenvolvidas pela UFRGS, com potencial de proporcionar melhorias significativas na qualidade de vida e no desempenho acadêmico dos estudantes (UFRGS, s.d.).

Programas desta natureza são encontrados também em outras instituições de ensino superior. É fundamental que estes programas nas universidades disseminem informações que desmistificam a busca por tratamento em saúde mental. As universidades e outros centros de formação profissional, também, ofertam cuidados em saúde mental por meio de suas clínicas-escola. Essas clínicas-escola de Psicologia desempenham um papel fundamental ao proporcionar aos alunos a oportunidade de aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula (Peres; Santos; Coelho, 2003). Essa prática contribui para a formação de profissionais qualificados, capazes de adaptar suas práticas psicológicas às necessidades e desafios contemporâneos. Além de promover o desenvolvimento acadêmico dos alunos, essas clínicas também desempenham um papel social crucial ao oferecer serviços psicológicos acessíveis à população, oferecendo assistência gratuita ou a um valor mais acessível à realidade de cada indivíduo.

Retoma-se que o acesso à saúde mental é um direito fundamental e, embora o SUS ofereça serviços para todos, a realidade é que esses serviços ainda enfrentam diversos desafios, como sobrecarga, falta de investimento e o estigma associado à saúde mental. Para os estudantes universitários, a situação é especialmente delicada, pois muitos não têm conhecimento dos

recursos disponíveis, tanto no SUS quanto nas universidades. Portanto, é importante que as instituições de ensino continuem a investir e a expandir esses programas, no caso da UFRGS, promovendo uma cultura de saúde mental que valorize o cuidado, a inclusão e a formação de profissionais capacitados para atender às necessidades da população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Este trabalho mostrou que as presenças de transtornos mentais têm alta prevalência na população brasileira e entre estudantes universitários. E que há uma gama de fatores que interferem na produção da saúde mental e que precisam ser enfrentados. Apesar disso, pouco ainda tem sido feito para proporcionar saúde mental aos cidadãos, e os serviços disponíveis para o cuidado ainda são insuficientes.

No SUS, o cuidado de saúde mental é organizado a partir da atenção primária, em que qualquer cidadão pode buscar atendimento nas unidades de saúde e dependendo da complexidade pode ser encaminhado aos serviços especializados. Porém, o acesso aos serviços ainda é muito complexo no sistema público, pois há pouca oferta de serviços e muitos estão sobrecarregados e com poucos profissionais disponíveis. É necessária a ampliação da rede de cuidado em saúde mental no SUS com ampliação dos serviços e também com equipes profissionais que estejam capacitadas e atentas aos sinais e sintomas relacionados a este tipo de agravo, a fim de realizar o manejo da doença em um local próximo à residência

do indivíduo e onde ele possa estabelecer vínculos e desenvolver o autocuidado apoiado.

Outros serviços estão disponíveis para o cuidado em saúde mental, principalmente para os universitários, como os programas criados nas instituições de ensino para atender a demanda dos estudantes. Para além do cuidado, esses programas são importantes para enfrentar o estigma que ainda persiste sobre os tratamentos psicológicos. Nas universidades também tem as clínicas-escola que ofertam serviços para os cuidados em saúde mental acessíveis à população, gratuitos ou com a menor custo, e que possibilitam a formação de novos profissionais qualificados para atender as necessidades e os desafios do cotidiano.

Ainda, é fundamental a criação de políticas públicas que promovam bem-estar e fomentem a construção de comportamentos saudáveis para haver uma diminuição na prevalência do adoecimento e sofrimento ocasionado por transtornos mentais. Iniciativas relacionadas à prática de atividade física, alimentação saudável, espaços para a socialização, entre outros, são dispositivos capazes de promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas. E para além destas questões, é necessário interferir sobre as condições de trabalho e de vida da população, entendendo que a saúde mental não é um problema apenas dos indivíduos; ela reflete as condições sociais em que estes estão inseridos, precisando de ações da sociedade e do estado para o enfrentamento.

Além disso, em relação ao sofrimento mental relacionada à formação universitária, o estudo evidenciou que há uma necessidade de mudanças nos currículos dos cursos de graduação e nas políticas

de apoio aos estudantes universitários. Os acadêmicos dificilmente conseguem combinar atividades acadêmicas obrigatórias com programas de apoio psicológico e outras atividades de lazer, com a elevada carga horária obrigatória dos cursos. Portanto, é fundamental que as instituições de ensino superior, especialmente aquelas que oferecem cursos com elevada carga horária, devem considerar incorporar estratégias de suporte psicológico ao processo de planejamento acadêmico, promovendo uma cultura de saúde mental e garantindo a formação de profissionais que sejam não apenas competentes, mas também emocionalmente saudáveis e resilientes.

## REFERÊNCIAS

---

BARROS, M. B. A *et al.* Association between health behaviors and depression: findings from the 2019 Brazilian National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210010, 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 08 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, n. 34, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 07 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z**. Saúde Mental. [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 03 nov. 2023.

BRITO, V. C. A. *et al.* Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2021384, 2022.

CARVALHO, M. C. P. *et al.* Levantamento da situação de saúde mental e uso de ansiolíticos e antidepressivos por acadêmicos do curso de odontologia de uma universidade do sul de Minas Gerais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 1, p. 489-496, 2017.

DALEN, R.; GANDIN, L. A. Estado, globalização, justiça social e educação: reflexões contemporâneas de Roger Dale. **Currículo sem fronteiras: revista para uma educação crítica e emancipatória**, v. 14, n. 2, p. 5-16, maio/ago. 2014.

EY, S.; HENNING, K. R.; SHAW, D. L. Attitudes and factors related to seeking mental health treatment among medical and dental students. **Journal of College Student Psychotherapy**, v. 14, n. 3, p. 23-39, 2000.

FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, p. 194-200, 2005.

GONÇALVES, S. K. **Bem viver: saúde mental no Ministério Público/Sandra Krieger Gonçalves, Jairo Bisol, Rafael Meira Luz.** Brasília: CNMP, 2020.

HASHIZUME, C. M.; ALVES, M. D. F. Políticas afirmativas e inclusão: formação continuada e direitos. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v. 38, p. 218, 2022.

IBRAHIM, A. K. *et al.* A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of psychiatric research**, v. 47, n. 3, p. 391-400, 2013.

LIMA, S. O. *et al.* Prevalência da depressão nos acadêmicos da área de saúde. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 39, p. e187530, 2019.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A.; COELHO, H. M. B. Atendimento psicológico a estudantes universitários: considerações acerca de uma experiência em clínica-escola. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 20, p. 47-57, 2003.

POHLMANN, R. S.; SARMENTO, T. F. **Como funciona o SUS e onde buscar atendimento?** Orientações à comunidade da UFRGS sobre o acesso a cuidados em saúde e saúde mental na rede pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Divisão de Promoção da Saúde Discente. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/saberviver/wp-content/uploads/2024/03/COMO-FUNCIONA-O-SUS-ONDE-BUSCAR-ATENDIMENTO-COM-ISBN.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2024.

PINTO, P. S. *et al.* Síndrome de Burnout em estudantes de Odontologia, Medicina e Enfermagem: uma revisão da literatura. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 238-248, 2018.

PRADO, A. D. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128-e4128, 2020.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. Trabalhador da saúde, muito prazer: Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. In: Santos-Filho, S. B.; Barros, M. E. B. de. **Trabalhador da Saúde, muito prazer: Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. p. 265-265, 2009.

SILVA, J. L. *et al.* Transtornos mentais comuns em estudantes de Odontologia: Revisão de literatura. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 2, p. 325-338, 2021.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em debate**, v. 42, p. 175-186, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS. **Programa de Extensão Movimento Educação e Saúde Mental – MEDUSA** [s.d.c]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/medusa/>. Acesso em: 03 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World mental health report: transforming mental health for all**. 296 p. Geneva, 2022.





# ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO EM CAMPO GRANDE/MS

Luiz Felipe Faria Rodrigues  
Geovana Weis Stralioetto  
Emilli Caroline Silva Souza  
Elódia Hermínia Maldonado  
Alberto MESAQUE Martins

Durante séculos, as pessoas com transtornos mentais graves, entendidas como loucas, foram submetidas a processos de exclusão social, sendo depositadas em instituições, como os manicômios e os hospitais psiquiátricos, devido à estigmatização em relação à loucura. Estes dispositivos foram construídos com o objetivo de afastar pessoas que representavam alguma forma de alteridade à sociedade, além de perpetrar diversas formas de violências contra esses sujeitos, mascaradas como forma de tratamento (Foucault, 2008).

Presas em hospitais psiquiátricos, essas pessoas foram institucionalizadas e privadas de sua liberdade e impossibilitadas de exercerem a cidadania, passando a ser vistas como pessoas perigosas

e incapazes de viver em sociedade, o que favoreceu a segregação social desses grupos (Amarante, 2015). Nesse sentido, o modelo manicomial fortaleceu uma representação social da loucura atrelada ao perigo e à irracionalidade, colaborando para a exclusão da loucura e do louco do convívio social (Amarante; Torre, 2018).

No Brasil, no início da década de 1980, a assistência em saúde mental passou por importantes mudanças, destacando-se a construção de uma proposta de cuidado pautada na desinstitucionalização desses sujeitos, preconizando o tratamento em liberdade e garantindo a inclusão social (Amarante, 2015). Os movimentos da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica foram precursores nas críticas ao modelo manicomial e hospitalocêntrico da assistência em saúde mental, propondo, além da liberdade para as pessoas em sofrimento psíquico, novos dispositivos extra-hospitalares para o cuidado em saúde mental, bem como o resgate dos direitos desses indivíduos (Amarante, 2015). Paralelamente às novas propostas assistenciais, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial propunham o rompimento com o modelo manicomial enquanto racionalidade, exigindo que os profissionais de saúde, assim como toda a sociedade, construíssem novos modos de pensar, sentir e agir em relação aos “loucos”, promovendo um novo lugar social para a loucura (Amarante; Torre, 2018).

Dentre os marcos mais importantes para a saúde mental, no contexto brasileiro, destaca-se a promulgação da Lei n.º 10.216, em 2001, que regulamentava os direitos das pessoas com transtornos mentais e propunha a extinção progressiva dos manicômios. Essa nova legislação também instituiu a Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), composta por diferentes serviços substitutivos ao modelo manicomial, ampliando a assistência em saúde mental e oferecendo um cuidado integral aos usuários (Amarante; Torre, 2018). Dessa maneira, os novos serviços indicavam formas adequadas de cuidado em relação à loucura, englobando o âmbito familiar, social e cultural, nos diferentes níveis de atenção à saúde (Amarante, 2015; Lancetti; Amarante, 2006).

Nessa perspectiva, um dos serviços substitutivos implementados foi o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), criado em 2004, com o objetivo de fornecer alternativas de moradia para pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas, que não encontravam mais vínculos familiares. O serviço busca promover a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e a inserção social dos usuários, além da moradia, almejando o resgate da cidadania e a inserção no meio social e comunitário (Brasil, 2004).

Desde as primeiras experiências de cuidado nas SRTs, diferentes estratégias de cuidado em saúde mental vêm sendo desenvolvidas, como uma alternativa às práticas manicomialistas. Uma dessas estratégias, pautada no cuidado em liberdade, é o Acompanhamento Terapêutico (AT), entendido como uma prática clínica executada na rua, possibilitando o contato social, envolvendo o usuário em novas situações, novos espaços e auxiliando na construção de autonomia desses sujeitos. Além de envolver o sujeito nos diferentes setores da cidade, a prática também busca reconhecer as necessidades de cada pessoa e garantir um olhar que supere o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, contribuindo para a reinserção e a reabilitação psicossocial (Acioli Neto; Amarante, 2013).

A seguir, apresentaremos uma análise de um relato de experiência de desenvolvimento do AT junto a moradores de uma SRT, localizada em Campo Grande – Mato Grosso do Sul. As ações foram desenvolvidas por meio do Projeto DelirARTE e encontram-se atreladas aos preceitos da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, com o objetivo de construir atividades em saúde mental coletiva que fortaleçam a importância da liberdade e do acesso ao meio social e cultural.

### **PROJETO DELIRARTE: CONSTRUÇÃO COLETIVA E DIALÓGICA ENTRE USUÁRIOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ESTUDANTES**

---

O projeto DelirARTE foi desenvolvido entre os anos de 2021 e 2024, em uma SRT do município de Campo Grande (MS), que integra a RAPS da capital sul-mato-grossense, da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU). O serviço atende pacientes com diversos diagnósticos em saúde mental, sendo a maioria composta por psicóticos graves e com significativos comprometimentos psicossociais, decorrentes do processo de institucionalização em manicômios. As ações foram realizadas por meio de um projeto de extensão universitária, executado em parceria por seis discentes de Psicologia, do segundo ao quinto ano, e um docente orientador, integrantes da Liga Acadêmica em Psicologia da Saúde (LAPS) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em conjunto com os profissionais de saúde atuantes no serviço.

As atividades incluíram intervenções no campo, realizadas no SRT escolhido, além de encontros de estudo e supervisão que ocorreram tanto na universidade quanto no próprio serviço.

Durante a execução do projeto, residiam na casa, em média, 11 pessoas. As atividades tiveram início em maio de 2021, em um contexto marcado pela pandemia de covid-19 e pelas medidas de distanciamento social, que já se encontravam mais flexíveis devido ao avanço na produção e distribuição de vacinas.

O projeto foi iniciado com a apresentação dos estudantes aos profissionais e moradores do SRT, buscando o consentimento para que os discentes pudessem frequentar o local e apresentando a proposta das atividades. Essa abordagem foi uma postura fundamental, que se manteve ao longo de todo o projeto, com o objetivo de preservar o caráter dialógico das ações desenvolvidas, reconhecendo os moradores como sujeitos capazes de pactuar e contribuir para a construção coletiva das ações em saúde mental, respeitando sua autonomia em todas as etapas.

Em seguida, os moradores puderam escolher livremente um estudante para ser o seu Acompanhante Terapêutico (AT) e, aqueles que não desejaram um, tiveram seu direito respeitado. Nesse sentido, os moradores podiam escolher quais atividades tinham interesse em desenvolver junto com o AT, além de estabelecer os dias e horários dos encontros. De imediato, os moradores manifestaram diferentes interesses, como o de frequentar espaços e serviços da cidade (por exemplo: shopping, mercado, parques etc.), conhecer outros espaços do bairro onde a casa estava localizada (por exemplo: comércio, praças, serviços de saúde), e até mesmo uma conversa na própria residência, quando não desejassem sair dela.

Como mencionado anteriormente, as atividades foram propostas no momento de flexibilização das medidas de distanciamento

social, devido à pandemia de covid-19. Assim como grande parte da população brasileira, os moradores também enfrentaram angústias, medos e sofrimentos com a reclusão social necessária nesse período. Além disso, se antes da pandemia as pessoas com transtornos mentais graves já se deparavam com dificuldades de acesso aos diferentes espaços sociais e culturais das cidades, com as medidas de distanciamento social, isso se agravou. Desse modo, os moradores manifestaram seu desejo de retomar o acesso à cidade, como, por exemplo, mediante o retorno às atividades físicas, idas ao centro para compra de itens pessoais, frequência a cultos e instituições religiosas, dentre outros. Diante de tais demandas, o AT se apresentou como uma importante ferramenta de auxílio na retomada do convívio social e reinserção nos espaços públicos.

## O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E A REINserÇÃO NA CIDADE

---

Diante dos diferentes interesses dos moradores, foram sendo construídas diversas maneiras de se realizar o AT, envolvendo atividades em dupla e até mesmo atividades coletivas com mais de um morador. Todas as ações eram pactuadas, mas não rígidas, permitindo mudanças de planos, de modo que os estudantes respeitavam os desejos dos moradores, sem impor a eles seus próprios interesses ou ritmos. Da mesma forma, os moradores também respeitavam os horários e a disponibilidade dos estudantes. Ademais, cada estudante e morador tinha liberdade para construir um modo singular de desenvolver e vivenciar o AT, respeitando assim suas necessidades e particularidades.

Nessa direção, essa construção se deu, por exemplo, quando uma das moradoras manifestou à sua AT o desejo de frequentar aulas de zumba que ocorriam na praça próxima à SRT. Assim, semanalmente, a estudante ia ao encontro da moradora e a auxiliava em sua participação na aula coletiva, realizada juntamente com outras mulheres do bairro. Após algumas semanas de participação nas aulas, essa mesma moradora começou a reconhecer novos desejos, como o de retornar à escola e o de realizar produções artesanais independentes, como panos de prato pintados por ela, que, posteriormente, passaram a ser expostos e vendidos.

Outra atuação ocorreu junto a um jovem morador, na faixa etária de 30 anos, que apresentava características introvertidas e um certo grau de isolamento social, manifestado pela reclusão em seu quarto. Durante os encontros, sua AT o acompanhava no “mundo” silencioso de sua preferência, respeitando seu espaço e pactuando, com o morador, atividades que pudessem fortalecer a construção do vínculo. Ações como caminhadas pelo bairro, idas ao mercado, uso de serviços de aplicativos de transporte para locomoção e compras no centro da cidade foram estratégias pactuadas entre ambos, conforme o desejo do morador.

Outro morador começou a produzir e imprimir fotografias dos momentos vivenciados durante as saídas da SRT, construindo, em conjunto com outros moradores, uma espécie de mural fotográfico. As fotografias foram então colocadas na parede do quarto do jovem, acompanhadas de frases que descreviam suas memórias e sentimentos em relação aos momentos registrados. Essas ações trouxeram benefícios significativos, tanto para o

morador, com o fortalecimento de sua comunicação, autoconfiança e autonomia, quanto para a AT, ao exercitar a compreensão das singularidades do morador. Ao final de cada encontro, o jovem expressava sua gratidão pela presença da AT, dizendo sempre: “obrigado por ficar aqui” no momento da despedida.

Outra atuação de AT desenvolvida foi a de uma moradora de aproximadamente 60 anos, que inicialmente preferia permanecer a maioria do tempo no espaço da SRT, conversando, assistindo TV, ouvindo música ou realizando outras atividades, sempre acompanhada pelo seu AT. Somente após algumas semanas, ela manifestou o desejo de sair da residência acompanhada pelo AT. Nessas saídas, gostava de comprar itens variados, como roupas, utensílios para casa e móveis, podendo agora contar com uma companhia de confiança para compartilhar esses momentos. Assim, é notório que, independentemente da forma como se realiza o AT, a construção de vínculo, respeitando as individualidades de cada morador, é essencial para uma boa execução da prática. Isso consolida a confiança do morador nos estudantes, ampliando as possibilidades de conduzir as atividades.

Outro morador, um senhor de cerca de 50 anos, sorridente e atencioso, destacava-se por usar muitos anéis e pulseiras. Logo no primeiro dia, ele presenteou uma das estudantes com uma pulseira feita por ele mesmo. Esse gesto simples deu início à construção de um vínculo entre os dois, o que posteriormente possibilitou a realização do AT. Ele compartilhava longas histórias sobre sua vida e trabalho na roça, mencionando atividades como cortar lenha e capinar quintais. Associava essas experiências ao hábito de varrer

o quintal da SRT onde vivia. Amante da música e apaixonado pela alegria da dança, ele sempre carregava um rádio nos momentos de AT. A interação entre eles ocorria de diversas formas, como conversas, passeios pelas praças e pelo centro da cidade, ou oficinas de arte realizadas em grupo. No entanto, era nas oficinas de culinária que ele mais se expressava, lembrando a infância e as lições que aprendera com sua mãe.

Nesse contexto, aliado ao AT, o projeto também englobava a realização de diferentes oficinas, incluindo as de culinária. Em uma delas, enquanto produzia-se um pão, o morador ensinou ao grupo uma técnica para verificar se a massa estava pronta para ser sovada, sugerindo colocar um pedaço da massa em um copo com água. Segundo ele, aprendeu com sua mãe que, se o pedaço flutuasse, a massa estaria pronta. Naquele momento, o grupo não apenas aprendeu e observou uma nova técnica culinária, como também conheceu um aspecto ainda não apresentado da história de vida do morador.

Diferentemente dos outros moradores da casa, esse senhor havia passado pela ala psiquiátrica do sistema prisional, estando institucionalizado e sem acesso a cuidados psicossociais por muitos anos antes de chegar à SRT. Falando sobre isso com a AT, em determinado momento, compartilhou que seu super-herói favorito era o Wolverine. Segundo ele, o herói “perdeu a consciência e fez coisas que não faria, e por isso, sempre se arrependeria e mereceria cuidado”, evidenciando a importância do cuidado em saúde mental em liberdade, pautado no diálogo e na possibilidade de expressão e ressignificação da sua história.

A retomada do espaço urbano realizada com os moradores foi duplamente importante, uma vez que, além de ser uma maneira de se retornar ao contexto social após um período de pandemia, foi uma possibilidade de reivindicar o uso do espaço urbano e o exercício da cidadania por usuários dos serviços de saúde mental. Aliado a isso, outras atividades realizadas no espaço residencial, como as oficinas artísticas, também se mostraram alternativas eficazes para a construção de vínculos, o compartilhamento de histórias afetivas e a promoção de trocas intergrupais entre estudantes, profissionais e usuários. Para Acioli Neto e Amarante (2013, p. 971):

reinsere é construir possibilidades, entrando nos universos da vida cotidiana através de vivências e de práticas partilhadas pela sociedade, não por meio de práticas alternativas, excludentes, voltadas unicamente para pessoas com problemas similares.

No entanto, as atividades externas enfrentavam desafios, principalmente relacionados aos estigmas associados à loucura e à utilização dos serviços da RAPS. Esses desafios envolviam, em sua maioria, olhares desconfiados e, por vezes, comentários e atitudes preconceituosas. Por exemplo, a comunidade frequentemente não reconhecia os moradores como capazes de tomar decisões sozinhos, recorrendo sempre ao AT. Além disso, guiada por preconceitos e desinformação, a vizinhança desconhecia o funcionamento da RAPS e do SRT, chegando a realizar diversas denúncias às autoridades policiais sobre a presença da SRT no bairro e a livre circulação

dos moradores. Em algumas dessas denúncias, os vizinhos questionavam a ausência de seguranças, grades ou trancas que restringissem a saída dos moradores.

Nesses momentos, cabia aos estudantes exercer a função política e educadora de um AT, redirecionando a atenção da comunidade para o morador e possibilitando a expressão livre dos sujeitos. Contudo, era essencial que essas intervenções contribuíssem para a autonomia dos moradores, afastando-se de uma atuação de “tutela”, que negaria a capacidade de pensamento e expressão desses indivíduos diante dos diferentes desafios e violências (Amarante; Torre, 2018). Dessa forma, o papel do AT se diferencia dos padrões tradicionais das práticas clínicas, pois acontece em diversos espaços e exige diferentes posturas, sempre considerando os aspectos subjetivos dos usuários. Assim, o AT se apresenta como uma importante estratégia de cuidado em saúde mental, permitindo o reconhecimento das especificidades dos usuários e ressaltando a importância de um cuidado realizado em liberdade (Anciulli Neto; Amarante, 2013; Lancetti; Amarante, 2006).

## A INCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA

---

A consolidação dos diferentes serviços substitutivos ao modelo manicomial, presentes na RAPS, foi um importante fator para a construção de um novo modelo de assistência em saúde mental. Com esses serviços, surgiram alternativas de atuação que têm como objetivo um cuidado em liberdade, respeitando e promovendo a autonomia dos usuários, de modo a construir um

novo lugar social para a loucura (Amarante; Torre, 2018). Nesse sentido, diferentes intervenções em saúde mental, como o AT, podem auxiliar os SRT a promover uma atuação que proporcione, além do espaço de moradia, o resgate da cidadania e o acesso ao meio social e cultural dos usuários do serviço (Acioli Neto; Amarante, 2013).

Além disso, por meio do AT, a proposta do DelirARTE possibilitou a construção de novos sentidos para a experiência delirante, deixando de restringi-la apenas ao adoecimento e à alienação, passando a considerá-la como um canal de expressão da subjetividade, da identidade e da criatividade artística individual e grupal dos moradores. Isso possibilitou um novo olhar sobre a loucura e o fortalecimento do vínculo entre os moradores e os estudantes que realizavam o AT. Conforme destacam Acioli Neto e Amarante (2013, p. 967):

um agente que permite novas formas de sociabilidade apoiadas na interação dialógica, desenvolvendo posicionamentos que saem da interdição para assumirem a interlocução, o livre trânsito e para reposicionar os sujeitos dentro da dimensão subjetiva, sociocultural e histórica. Essas ações tornam o sujeito agente produtor e transformador, mobilizando-o como protagonista do seu tratamento.

Desse modo, as atividades desenvolvidas no projeto se mostraram como favoráveis para uma atuação em saúde mental focada no sujeito, em contraposição às práticas psiquiátricas tradicionais, focadas somente em um diagnóstico psiquiátrico e na medicalização (Amarante; Torre, 2018; Lancetti; Amarante, 2006).

O retorno à cidade permite às pessoas em sofrimento psíquico um espaço de convivência e circulação social, além de um novo espaço de expressão, proporcionando uma nova forma da loucura e dos sujeitos entendidos como “loucos” de ocuparem os espaços urbanos (Amarante; Torre, 2018). Nessa perspectiva, o AT auxilia nessa ocupação, desde uma caminhada pelo bairro ou uma ida ao centro da cidade. É importante que os usuários tenham o direito de acesso pleno ao meio social e cultural, que já lhe foi negado historicamente.

Assim, mesmo com a consolidação de novos serviços, é necessário ir além da transformação do modelo assistencial, repensando constantemente a prática clínica, incluindo a promoção da autonomia e a reinserção social e cultural das pessoas em sofrimento psíquico. Surge, assim, a necessidade de formar profissionais de saúde mental com um olhar ampliado sobre o louco e a loucura (Amarante, 2015; Amarante; Torre, 2018). Para isso, é imprescindível combater a exclusão social e o apagamento subjetivo dos sujeitos em sofrimento psíquico, elaborando novos conceitos, práticas e formas de lidar com a loucura e a diversidade no meio social (Amarante; Torre, 2018).

Nessa perspectiva, as intervenções em saúde mental, como as realizadas ao longo do projeto, podem contribuir significativamente para a formação acadêmica dos estudantes da área da saúde, envolvendo-os em uma atuação prática pautada pela luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica. Reconhece-se, cada vez mais, que a formação dos estudantes para uma atuação crítica e comprometida com os direitos humanos exige ir além dos conteúdos ministrados em sala de aula. As práticas de extensão têm se mostrado

estratégias potentes, permitindo que os estudantes vivenciem os desafios de atuação na RAPS e experimentem a construção de novas práticas alinhadas ao modelo da reforma psiquiátrica.

Espera-se que, cada vez mais, novas formas de atendimento em saúde mental sejam elaboradas, fortalecendo a promoção da reinserção social e cultural, além de contribuírem para novos entendimentos sobre a loucura e o sujeito denominado “louco”. É fundamental evidenciar os aspectos subjetivos dos usuários e a importância de sua presença ativa no espaço social.

## REFERÊNCIAS

---

ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 33, p. 964-975, 2013.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090-1107, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade**. Comunicação e Educação em Saúde, 2004

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. pp. 615-633.

# SEÇÃO 3

EDUCANDO E PROMOVENDO  
SAÚDE: A SAÚDE COLETIVA EM ATO





# UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O INCENTIVO À VACINAÇÃO A PARTIR DA PEDAGOGIA HISTÓRICO- CRÍTICA E DA PEDAGOGIA DAS ENCRUZILHADAS EM UMA ESCOLA PÚBLICA DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Carlos Luís Jaquissone  
Guilherme Runge

## INTRODUÇÃO

---

O presente capítulo é um relato de experiência interdisciplinar desenvolvido durante a disciplina “Ciranda do Aprender a Educar”, oferecida no primeiro semestre de 2024 pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A atividade relatada envolve uma sequência didática intitulada “A importância da vacinação na primeira fase de vida e na adolescência”, que foi aplicada em duas turmas do oitavo ano da Escola Municipal de Educação Básica Tiradentes. Essa instituição de ensino está localizada na Vila Anair, periferia da zona norte do município de Cachoeirinha/RS. A proposta metodológica se propõe a dialogar com as diretrizes da Estratégia de Vacinação na Escola 2024 do Ministério da Saúde, além

do Programa Saúde na Escola 2023-2024, e tem como referência a pedagogia histórico-crítica. Ao mesmo tempo, traz elementos didáticos e pedagógicos vinculados à Educação das Relações Étnico-Raciais. A realização dessa experiência, assim como a escrita deste capítulo, entrelaça os pontos de vista de dois profissionais com formações e origens distintas: um sanitarista de Moçambique e um professor das áreas de Geografia e História do sul do Brasil. Em relação aos aspectos éticos envolvendo seres humanos, os estudantes voluntários e suas respectivas imagens e som presentes nas etapas de problematização e prática social final estão vinculados à pesquisa “Rádio Comunitária e Interseccionalidade na Encruzilhada do Ensino de História em Cachoeirinha/RS”, que possui aprovação ética pelo sistema CEP/CONEP, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética sob número 74758623.4.0000.5347.

## JUSTIFICATIVA

---

As vacinas são uma das maiores criações da humanidade, pois são responsáveis por salvar vidas e contribuírem com a erradicação de diversas doenças. No entanto, mesmo com inúmeros benefícios, surge, a partir dos anos 2000, nos Estados Unidos, um forte movimento antivacina nomeado antivax. A internet se mostra como um forte fator de propagação dessas ideias e, no Brasil, a disseminação do movimento antivacina se deu fortemente no contexto da Pandemia de covid-19 (Hotez, 2021).

Na realidade brasileira, apesar das infundadas críticas voltadas às vacinas que surgiram no combate à covid-19, o legado

antivacina não se restringiu apenas aos imunizantes que faziam frente no combate à pandemia. Infelizmente, as vacinas obrigatórias que compõem o calendário vacinal do Sistema Único de Saúde (SUS) passaram a ter uma adesão menor da população, principalmente no que se refere à proteção de crianças e adolescentes (Iamarino, 2020).

Conforme os gráficos a seguir, elaborados respectivamente pelo Governo do Estado do Ceará e pelo portal de notícias R7, tendo como fonte de dados o Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), podemos verificar uma tendência de queda na cobertura vacinal no Brasil. Observa-se uma sensível diminuição desde a ascensão conservadora, iniciada com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016, intensificada por uma queda significativa durante a pandemia, marcada pelo negacionismo propagado pelo presidente Jair Bolsonaro (2019-2022):

**Gráfico 1.** Queda na cobertura vacinal – Brasil



Fonte: DataSUS, 2023.

**Gráfico 2.** Cobertura vacinal no Brasil



Fonte: DataSUS, 2023.

Diante dessa realidade, torna-se imprescindível o cumprimento da estratégia de vacinação na escola como uma forma de elevar a cobertura vacinal na população de crianças e adolescentes. De forma operacional, o propósito da *Estratégia de Vacinação na Escola 2024*, por exemplo, é “fortalecer os vínculos entre educação e saúde para o desenvolvimento de ações relacionadas à vacinação” (Brasil, 2024, p. 6).

No entanto, ao analisarmos a ordem das orientações para a implementação da estratégia de vacinação nas escolas, a lógica da política pública obedece a uma hierarquia em que a realidade concreta da escola propriamente dita, ou mais especificamente do estudante, torna-se o último lugar em termos de ações a serem planejadas. No tópico “Outras ações recomendadas”, por exemplo, consta a seguinte redação nos últimos cinco itens subsequentes:

[...] envolver as famílias na discussão da importância da imunização e da vacinação dos escolares; envolver professores com apoio dos profissionais de saúde para realizar ações de educação em saúde; construir ações pedagógicas: rodas de conversa, oficinas, teatros, gincanas, possibilitando a reflexão e a problematização do que é a imunização, sua importância, formas de prevenção das doenças, benefícios da vacinação, dentre outras; construir ações pedagógicas com a caderneta de vacinação das crianças e dos jovens (teatro, gincanas), enfocando sua importância e seu conteúdo, dentre outras; estimular o protagonismo juvenil para a discussão da caderneta do adolescente, a reflexão e a problematização do HPV (tanto para meninas quanto para meninos): rodas de conversa, jogos, gincanas (Brasil, 2024, p. 10).

Conforme podemos verificar, as últimas recomendações presentes no documento *Estratégia de Vacinação na Escola 2024* referem-se aos vínculos com a realidade social concreta desse cruzamento entre saúde e educação. Ou seja, envolvem o engajamento das famílias, dos professores, a construção de ações pedagógicas e o estímulo ao protagonismo nesse processo.

## **METODOLOGIA**

---

Na presente experiência apresentada a partir da proposta da pedagogia histórico-crítica, essas “outras ações recomendadas” tornam-se ponto de partida e de chegada numa lógica circular, ao invés de apenas estarem no fim da hierarquia. Ainda do ponto de vista didático e metodológico, agregamos nessa experiência os ensinamentos trazidos pela pedagogia das encruzilhadas. Nesse

sentido, a proposta é inverter a estrutura colonizadora presente nas políticas públicas e questionar a sua lógica autoritária, reivindicando as virtudes de Exu nas práticas do sanitarista e do professor. Exu, na tradição das religiões de matriz africana, também conhecido como Elegbara para os iorubás e Legba para os povos fon-ewe que habitam atualmente a Nigéria e o Benin, é um deus ou orixá mensageiro. Ele é responsável pela comunicação e, por essa razão, deve ser saudado sempre em primeiro lugar (Silva, 2022). “Exu nas escolas”, por sua vez, não é ensino religioso, mas uma proposta educativa antirracista potencializadora de vidas para podermos desenvolver uma educação transgressora, decolonial e emancipatória, com a ação direta de desnudar as práticas cotidianas conteudistas e bancárias ainda muito presentes na escola (Pereira, 2021).

Exu nas Escolas apresenta uma perspectiva prática de desenvolvimento de ações que não só transformam como democratizam a educação. Fazer da sala de aula uma encruzilhada, isto é, um ponto de reflexão e convergência, espelha a possibilidade de uma nova metodologia e reconecta professores e estudantes a uma dinâmica pautada na circularidade, que concebe a teoria do conhecimento como um espiral inacabado, interminável e (im)perfeito (Pereira, 2021, p. 17).

Considerando a realidade da escola e do município em que foi desenvolvida a experiência relatada neste texto, não foram registradas sequer iniciativas por orientação da Secretaria Municipal de Saúde e tampouco pela Secretaria Municipal de Educação no sentido de adesão à *Estratégia de Vacinação nas*

*Escolas.* Em 2024, ano da escrita deste capítulo, foram publicadas pela Assessoria de Comunicação da Prefeitura Municipal de Cachoeirinha apenas duas ações, incluindo a atualização da caderneta de vacinação do Programa Saúde na Escola (PSE), realizada entre 18 de março e 19 de abril, período reservado pela Estratégia de Vacinação nas Escolas em âmbito federal. A rede municipal de educação em Cachoeirinha conta com 21 escolas de educação básica, 15 escolas de educação infantil e um centro municipal de educação especial. Ao todo, são 37 instituições escolares sob responsabilidade direta da prefeitura; no entanto, apenas 14 escolas estão pactuadas para o Programa Saúde na Escola 2023-2024. Nesse sentido, em tempos de disputa simbólica sobre a ciência e a produção de saúde, a omissão governamental também representa uma adesão às vertentes negacionistas, negligenciando o risco à vida e à saúde das pessoas.

Dessa forma, considerando o distanciamento, na prática, entre a Estratégia de Vacinação na Escola e o PSE, o presente texto analisa o relato de uma experiência sobre a importância da vacinação a partir da pedagogia histórico-crítica e da pedagogia das encruzilhadas em uma escola pública municipal da periferia da cidade. O roteiro inicial apresentado a seguir adota como hipótese de trabalho as etapas da proposta metodológica desenvolvida por Gasparin (2007), organizadas em cinco partes: prática social inicial, problematização, instrumentalização, catarse e prática social final.

É importante salientar que as imagens e os sons utilizados nas etapas de problematização e prática social final estão devidamente

autorizados e foram submetidos à apreciação ética, conforme mencionado na introdução. A conclusão do trabalho propõe uma reflexão sobre as contribuições da pedagogia das encruzilhadas, que foram fundamentais para viabilizar essa experiência a partir de uma perspectiva decolonial.

## RELATO

---

A atividade de ensino intitulada “A importância da vacinação na primeira fase de vida e na adolescência” envolveu uma sequência didática interdisciplinar voltada para as turmas de oitavo ano do ensino fundamental. A experiência foi planejada para 10 períodos do tempo escolar, com uma carga horária de 5 aulas, com 1h50min de duração (equivalente a dois períodos de 55 minutos). A sequência didática teve como ponto de partida a análise da adesão vacinal dos estudantes para o desenvolvimento do trabalho sobre a importância da vacinação. O objetivo da atividade foi incentivar os adolescentes a aderirem às vacinas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O conteúdo programático e curricular das aulas foi o seguinte: papel das vacinas na imunização ativa; *fake news* e movimentos antivacinas; conhecendo as doenças preveníveis; ações práticas em educação para a saúde.

**Quadro 1.** Roteiro e síntese das etapas da atividade sobre a importância da vacinação na primeira fase de vida e na adolescência

| <b>ROTEIRO – SÍNTESE DAS ETAPAS</b>     |                               |                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SEMANA/<br/>PERÍODOS</b>             | <b>ETAPAS</b>                 | <b>ATIVIDADES/CONTEÚDOS</b>                                                                                                                                                                     |
| Primeira semana<br>(2 períodos de aula) | <b>Prática social inicial</b> | * Tema de casa – cópia da carteira de vacinação<br>* Entrega e avaliação dos dados das turmas                                                                                                   |
| Segunda semana<br>(2 períodos de aula)  | <b>Problematização</b>        | * Papel das vacinas na imunização ativa<br>*Problematizar a diminuição da cobertura vacinal – dados do SUS<br>*Avaliar situação da realidade das turmas<br>* Fake news e movimentos antivacinas |
| Terceira semana<br>(2 períodos de aula) | <b>Instrumentalização</b>     | * Trabalhos em grupos – conhecendo as doenças                                                                                                                                                   |
| Quarta semana<br>(2 períodos de aula)   | <b>Catarse</b>                | * Continuação dos trabalhos em grupos para preparar a apresentação com cartazes                                                                                                                 |
| Quinta semana<br>(2 períodos de aula)   | <b>Prática social final</b>   | * Entrevista na rádio comunitária<br>* Colagem dos cartazes na escola                                                                                                                           |

Fonte: Elaboração dos autores, 2024.

## **ETAPA 1. PRÁTICA SOCIAL INICIAL**

O primeiro passo do método caracteriza-se por uma preparação, uma mobilização do aluno para a construção do conhecimento escolar. É uma primeira leitura da realidade, um contato inicial com o tema a ser estudado (Gasparin, 2007, p. 15).

No dia 19 de abril de 2024, na escola, durante os períodos da aula de História de duas turmas do oitavo ano do ensino fundamental, foi solicitado como tema de casa a realização da seguinte atividade: “TRAGA UMA CÓPIA DAS PÁGINAS DA SUA CARTEIRA DE VACINAÇÃO. VOCÊ NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR COM O NOME, MAS APENAS INFORMAR O ANO DE NASCIMENTO (IDADE) E SE É MENINO OU MENINA (SEXO BIOLÓGICO). A PARTIR DESSAS INFORMAÇÕES SERÁ FEITA UMA ATIVIDADE COM UM PROFISSIONAL SANITARISTA DE MOÇAMBIQUE DA ÁFRICA QUE FARÁ UMA EXPLICAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DAS VACINAS”.

Ao mesmo tempo em que essa orientação do trabalho era formalizada por escrito, foi promovido um diálogo com os alunos sobre a importância de participarem dessa atividade, destacando que ela contava com a parceria de um profissional sanitário vindo de outro país. No entanto, enfatizou-se que a presença desse profissional junto aos estudantes estaria condicionada ao empenho deles em realizar a atividade proposta como prática social inicial.

Dos 55 alunos matriculados, cerca de 20% participaram voluntariamente da atividade. Entre as 11 carteiras de vacinação entregues, 9 pertenciam a meninas e 2 a meninos, com idades variando entre 13 e 16 anos. A vacina contra a covid-19 foi escolhida como exemplo para avaliar a adesão vacinal desses adolescentes, além de fornecer um panorama sobre a adesão às vacinas obrigatórias da primeira infância. A partir disso, foram identificadas as seguintes questões:

- Quase a totalidade – 10 das 11 – está dentro da faixa etária do público alvo da estratégia de vacinação nas

escolas;

- Identificado 1 caso de ausência de adesão às vacinas obrigatórias na primeira infância;
- Vacinas da covid-19: 5 estudantes não apresentaram comprovantes das doses da vacina em suas cadernetas, nenhum estudante tinha apenas uma dose, 4 estudantes tomaram duas doses e apenas 2 estudantes estavam com o quadro vacinal completo das três doses.

## ETAPA 2. PROBLEMATIZAÇÃO

---

A problematização é um desafio, ou seja, é a criação de uma necessidade para que o educando, através de sua ação, busque o conhecimento (Gasparin, 2007, p. 35).

**Figura 1.** Roda de conversa da etapa de problematização



Fonte: Arquivos dos autores, 2024.

Esta etapa inicia após o término do prazo de recebimento das cópias das cadernetas de vacinação dos estudantes das turmas. O recebimento das cópias das cadernetas de vacinação ficou combinado entre os dias 22 e 26 de abril. A problematização estava inicialmente agendada para a aula do dia 29 de abril; entretanto, devido às enchentes, a atividade acabou sendo realizada no mês de junho. Nessa ocasião, foi apresentado à turma um levantamento sobre a quantidade de estudantes que participaram e os que não participaram da atividade. Para os participantes, com base nas cópias das carteiras de vacinação entregues, foram apresentados os dados obtidos, incluindo idade, sexo biológico e a média de cobertura vacinal referente às vacinas contra a covid-19 e às vacinas obrigatórias da primeira infância analisadas.

Após essa apresentação, é feita para a turma as seguintes perguntas:

- A VACINAÇÃO É IMPORTANTE? POR QUÊ?
- A VACINAÇÃO ESTÁ SENDO LEVADA A SÉRIO? POR QUÊ?

As respostas apresentadas pelos alunos foram anotadas no quadro, valorizando a participação da turma e, ao mesmo tempo, colocando essas ideias em discussão. Quando não houve mais contribuições por parte dos estudantes, os educadores apresentaram imagens e informações baseadas nas referências bibliográficas:

- Primeira apresentação, dialogada com os estudantes sobre “Como era a vida antes das vacinas?”;
- Segunda apresentação, dialogada com os estudantes sobre a pandemia a partir da referência paradidática *Coronavírus*: explorando a pandemia que mudou o mundo.

### ETAPA 3. INSTRUMENTALIZAÇÃO

---

[...] o caminho pelo qual o conteúdo sistematizado é posto à disposição dos alunos para que o assimilem e o recriem e, ao incorporá-lo, transformem-no em instrumento de construção pessoal e profissional (Gasparin, 2007, p. 53).

Nesta etapa, foi oferecido aos estudantes um material intitulado *A importância da vacinação na infância*. Com base nesse material de consulta, os alunos responderam, em uma folha de exercícios, algumas questões sobre a vacinação. A título de exemplo, apresentamos abaixo duas questões que integraram um questionário mais amplo:

- Logo que uma criança nasce, quais vacinas ela deverá tomar e por quê?;
- A família de uma criança que já tinha completado 2 anos, percebeu que ela não conseguia ficar de pé e engatinhava sem movimentar as pernas. Ao levar a criança ao médico, foi diagnosticada paralisia infantil. Explique detalhadamente como essa doença poderia ter sido evitada.

### ETAPA 4. CATARSE

---

Neste momento, o educando é instigado a expressar e assumir uma nova posição mental sobre determinado conteúdo, permite compreender a teoria e a prática social em uma nova visão, totalidade concreta do pensamento (Guerin, 2014, p. 222).

Na penúltima etapa, os estudantes fizeram um trabalho em grupos em que produziram cartazes sobre a importância da vacinação. Os grupos tiveram à disposição materiais diversos para consulta. Cada cartaz continha, no mínimo, três mensagens de conscientização sobre o assunto, por exemplo:

1. Por que devemos nos vacinar? – elaboração de um breve texto de convencimento sobre a importância da vacinação;
2. Cuidado com as fake news! – alertas sobre a desinformação e a existência de notícias falsas em relação às vacinas;
3. Propagandas elaboradas pelos próprios estudantes sobre uma das vacinas oferecidas pelo SUS, destacando seus benefícios, com base no seguinte roteiro de perguntas a serem respondidas:
  - Qual vacina?
  - Quem deve tomar?
  - Quando?
  - Por quê?

## ETAPA 5. PRÁTICA SOCIAL FINAL

---

O último passo deste processo é a prática social final, onde se pretende que o educando traduza em atos o nível de desenvolvimento alcançado. Por meio desta prática social final, o educando será capaz de desenvolver novas experiências, problematizações, construindo um caminho intenso de busca que se fará em um processo dialético

de conhecimento, ultrapassando a sala de aula para uma prática social efetiva e constante (Guerin, 2014, p. 222).

A prática social final consistiu na colagem dos cartazes produzidos pelos estudantes nos murais da escola. Além disso, para complementar essa etapa, foi organizada uma entrevista na rádio comunitária com um profissional sanitarista, cujo objetivo foi dialogar com a comunidade sobre a importância da vacinação. A Rádio Comunitária Integração 87.9FM, local da entrevista, está situada em frente à escola, unindo ambas no mesmo ponto de encontro, na encruzilhada das ruas Amazonas e Santa Catarina, no bairro Vila Anair, em Cachoeirinha/RS.

**Figura 2.** Prática social final no estúdio da rádio comunitária



Fonte: Arquivos dos autores, 2024.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O presente relato teve como objetivo trabalhar, junto aos estudantes da escola, a questão da importância da vacinação, e avaliamos que esse propósito foi cumprido com a devida participação e protagonismo dos jovens nesse processo. A iniciativa buscou mobilizar adolescentes em torno do tema da saúde no ciclo de vida, com o intuito de desmistificar o atendimento vacinal. Além disso, é importante destacar que a experiência foi realizada em um período posterior à Pandemia de covid-19, marcado por uma disputa enunciativa que incluiu a negação da ciência e, por consequência, da vacinação, impactando negativamente os indicadores de cobertura vacinal. Esse problema foi agravado pela omissão e, em alguns casos, pelo estímulo de autoridades governamentais que fortaleceram redes de desinformação, sustentadas por grupos religiosos e políticos tradicionais.

A experiência teve como ponto de partida a escola e chegou até a intervenção na comunidade por meio da entrevista na rádio comunitária. Destacamos que o cenário ideal para a efetivação da proposta de incentivo à vacinação seria a coordenação das ações a partir da Unidade Básica de Saúde localizada em frente à escola, ou seja, na mesma encruzilhada que promove o encontro com a rádio comunitária. No entanto, a burocracia não atendeu à necessidade imediata de aplicação da proposta. Além disso, em conversa direta com trabalhadores da saúde dessa unidade, descobrimos que na comunidade ocorreram articulações de movimentos contrários à vacina do Papilomavírus Humano (Human Papillomavirus

[HPV]), cujas pressões chegavam à Secretaria Municipal de Saúde, prejudicando, de alguma forma, as ações de vacinação na escola.

Apesar da burocracia e das dificuldades enfrentadas no combate ao negacionismo, tivemos relatos de que os estudantes das duas turmas mobilizaram seus responsáveis para acompanhá-los no esforço de atualização das cadernetas de vacinação. Avaliamos que a interrupção das aulas no mês de maio, em virtude das enchentes, influenciou na baixa adesão dos estudantes à prática social inicial de entrega voluntária das cópias das cadernetas de vacinação. Além disso, muitas famílias foram afetadas pelas chuvas, enfrentando problemas como a perda de documentos, incluindo a danificação das cadernetas de vacinação dos filhos. Contudo, os resultados apresentados sobre a adesão vacinal ofereceram uma amostragem da realidade que permitiu a realização da experiência relatada.

Destacamos ainda que as rodas de conversa com o profissional sanitário de Moçambique, assim como a entrevista na rádio comunitária, foram devidamente aproveitadas na aprendizagem de conteúdos diversos, como a História e a Geografia da África, especialmente de Moçambique, além das discussões relacionadas à educação das relações étnico-raciais.

Nesta experiência relatada, vivenciou-se uma integração prática entre as questões de saúde e educação, mas é necessário que essa forma de intervenção seja potencializada em sua relação com as políticas públicas. É imprescindível lutar para integrar, de fato, o município às diretrizes da Estratégia de Vacinação na Escola e ampliar a adesão das escolas municipais ao Programa Saúde na Escola.

A atuação de um profissional sanitарista nessa atividade foi de fundamental importância, trazendo sua experiência adquirida em Moçambique, onde as atribuições da profissão incluem “realizar palestras e outras ações de educação para a saúde nas escolas”. No Brasil, a profissão foi regulamentada apenas em 2023, apesar de sua forte ligação com a tradição em saúde pública no país. Na experiência relatada, ficou evidente a relevância desse profissional como exemplo prático de articulação entre educação popular e comunicação. Por isso, o sanitарista é fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo significativamente para sua consolidação e desenvolvimento (Morais, 2021).

Além disso, a aplicação da pedagogia histórico-crítica, utilizando suas cinco etapas, demonstrou ser um importante instrumento prático de intervenção na realidade. As reflexões trazidas por profissionais e pesquisadores das áreas de saúde e educação, a partir do encontro de suas experiências, reforçam a pertinência da pedagogia das encruzilhadas como uma abordagem necessária para potencializar esse trabalho e projetar um novo contexto civilizatório. Reafirmamos, conforme Pereira (2021) e os ensinamentos dos povos de terreiro, que as encruzilhadas, sob a regência de Exu, são espaços de reinvenção e transformação, constituindo cenários potentes para a construção de uma nova convivência planetária.

Ao término dessa experiência, entendemos que a produção de conhecimentos e o exercício pedagógico de uma cidadania ativa precisam estar associados à aprendizagem voltada para a superação da crise civilizatória multidimensional que enfrentamos. Além

disso, é essencial demonstrar vínculos de solidariedade e respeito às culturas dos territórios, possibilitando avanços nas políticas públicas que estruturam a vida em contextos de vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

---

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Estratégia de vacinação na escola**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 20 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_vacinacao\\_escola.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_vacinacao_escola.pdf). Acesso em: 20 nov. 2024.

GASPARIN, J. L.; PETENUCCI, M. C. Pedagogia histórico-crítica: da teoria à prática no contexto escolar. **Dia a dia Educação**, 2012. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2289-8.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

GUERIN, G. F. Teoria e Prática: Notas Sobre Didática e a Pedagogia Histórico Crítica. **Unopar Científica: Ciências Humanas e Educação**, v. 15, p. 219-223, 2014. Disponível em: <https://revistaensinoeducacao.pgskroton.com.br/article/view/481/449>. Acesso em: 20 nov. 2024.

HOTEZ, P. J. **Prevenindo a próxima pandemia**: diplomacia das vacinas em tempos de anticiência. tradução: André Garcia Islabão. Porto Alegre: Artmed, 2021.

IAMARINO, Á. **Coronavírus**: explorando a pandemia que mudou o mundo / Átila Iamarino, Sônia Lopes. São Paulo: Moderna, 2020.

MORAIS, I. A. Regulamentação da profissão de sanitarista e sua importância para a saúde pública no Brasil (2021). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/03-08-2021-profissao-de-sanitarista-indyara>. Acesso em: 20 nov. 2024.

PEREIRA, L. J. A. **Exu nas Escolas**: Uma Proposta Educacional Antirracista. Contagem: Editora Escola Cidadã, 2021.

SILVA, V. G. **Exu**: um Deus Afro-Atlântico no Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2022.

UNIMED/Paraná. A importância da vacinação na Infância. Disponível em: [https://www.unimed.coop.br/portal/conteudo/materias//1491574402708manual\\_vacinacao\\_na\\_infancia.pdf](https://www.unimed.coop.br/portal/conteudo/materias//1491574402708manual_vacinacao_na_infancia.pdf). Acesso em: 20 abr. 2024.



# PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS PARA OS ESTUDANTES NO CONTEXTO DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

Cristiane Kenes Nunes  
Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro

## INTRODUÇÃO

---

Em meados de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre a ocorrência de vários casos de pneumonia, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, provocados por uma nova cepa de coronavírus, até então não identificada em seres humanos (OPAS, 2020). A doença causada pelo coronavírus (covid-19) rapidamente se transformou em uma emergência de saúde pública de alcance internacional, caracterizada por sua alta taxa de transmissão e responsável pela morte de milhares de pessoas ao redor do mundo (Lovato; Filippis, 2020).

No contexto brasileiro, foram implementadas algumas medidas de contenção: o isolamento social, a suspensão das atividades presenciais nas instituições de ensino, tanto nas escolas quanto nas universidades, além do fechamento de serviços considerados não essenciais, naquele momento, à saúde da população (Ramos Junior; Monhoz; Batke *et al.*, 2020).

Esse distanciamento e o isolamento social repercutiram na população, geraram distúrbios psicológicos e emocionais, os quais envolviam o grande receio de adoecer, ficar desempregado, desamparado, ser estigmatizado socialmente caso viesse a se infectar e, por fim, o medo de morrer (Lima *et al.*, 2020). Para atenuar os impactos causados pela Pandemia de covid-19, foram recomendadas medidas de apoio psicossocial, e alguns governos implementaram plataformas *on-line* e aplicativos para oferecer aulas, atividades complementares e suporte psicopedagógico (Wang *et al.*, 2020).

O campo educacional também sofreu os impactos da pandemia e precisou se reorganizar e se reestruturar nesse novo cenário. As aulas presenciais foram interrompidas, e professores, pais e alunos tiveram que adotar, de forma repentina, estratégias de ensino remoto. Nesse contexto, os docentes sentiram-se compelidos a intensificar o trabalho com a educação em saúde, visando colaborar para a prevenção da covid-19 (Miranda; Lima; Oliveira; Telles, 2020).

A escola, como instituição social, desempenhou um papel fundamental durante a pandemia. Diante desses desafios, foi necessário ajudar a minimizar o impacto psicológico negativo que o confinamento provocou nos estudantes e oferecer práticas de promoção da saúde que os auxiliassem a compreender o momento que estavam vivenciando.

As práticas de promoção da saúde vão muito além da realização de procedimentos e ações no âmbito clínico, pois abrangem acolhimento, escuta qualificada e “atitudes psicoterapêuticas”, ou

seja, a dimensão relacional e o encontro no cuidado em saúde. Além disso, incluem ações de comunicação, diálogo e interação social com os usuários (Souza *et al.*, 2015).

As práticas de promoção da saúde devem integrar ações voltadas tanto para os indivíduos quanto para a coletividade e o ambiente, aqui compreendido como os diferentes âmbitos da vida cotidiana – comunidade e escola – promovendo incentivo, proteção e apoio.

A partir do exposto, surge a seguinte questão: *Quais práticas de promoção da saúde foram implementadas pelas instituições de ensino para os estudantes no contexto da covid-19?* Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é sistematizar e identificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas instituições de ensino para os estudantes durante a Pandemia de covid-19.

O presente estudo se justifica pela necessidade de mapear pesquisas que promovam práticas de saúde voltadas aos estudantes no contexto da covid-19. Pretende-se evidenciar a potencialidade dessas práticas e do trabalho multiprofissional, assim como as intervenções realizadas para promover a saúde e a qualidade de vida dos estudantes durante a pandemia.

## MÉTODOS

---

A presente revisão integrativa foi realizada em seis etapas: 1) formulação da questão de pesquisa; 2) escolha das bases de dados; 3) determinação das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008, 2019; Estrela, 2018).

Para direcionar a busca, foi elaborada a questão de pesquisa, utilizando-se a estratégia PICO (População, Interesse e Contexto): P – Estudantes; I – Práticas de promoção da saúde; Co – Pandemia de covid-19. Esse acrônimo permite realizar uma busca eficaz, ao facilitar a formulação de uma questão de pesquisa clara e precisa, que orienta o estudo conforme os objetivos estabelecidos (Peters *et al.*, 2015).

Essa estratégia permitiu formular a seguinte questão norteadora: *Quais práticas de promoção da saúde foram implementadas pelas instituições de ensino para os estudantes no contexto da covid-19?*

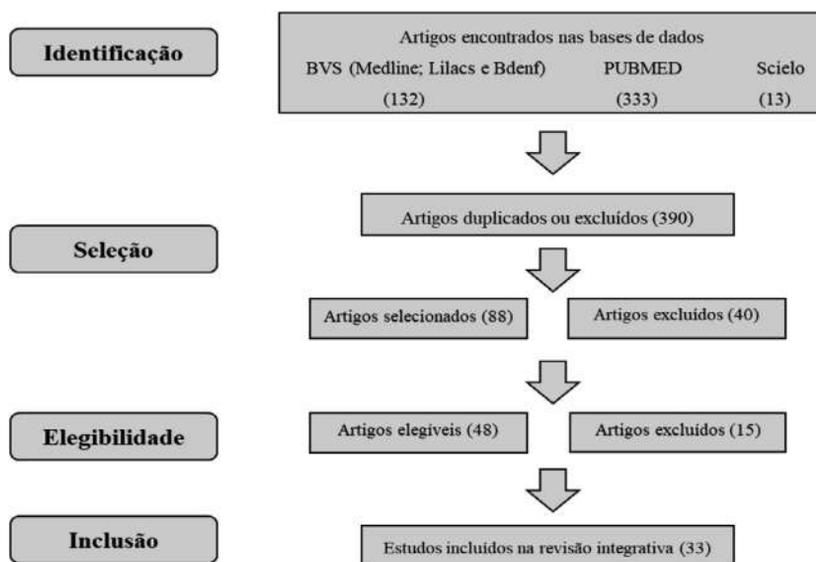
Três descritores foram selecionados para uso, com base na consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e no Medical Subject Headings (MeSH) para os termos em inglês, “Estudantes” “Students”, “Promoção da Saúde”, “Health Promotion”, “Covid-19”. Foram realizados cruzamentos dos termos utilizando a combinação com o operador booleano “AND”.

A busca foi realizada em setembro de 2022, por meio do Portal de Periódicos da CAPES. A pesquisa abrangeu bases de dados de portais de informação públicos e restritos, entre os quais o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e suas principais bases de dados – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Também foram incluídas as bases *Medical Literature, Analysis, and Retrieval System On-line* (MEDLINE), *PubMed Central* (PMC), da *National Library of Medicine*, e a *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO).

Os critérios de inclusão adotados foram: estudos em formato *Open Access* que abordassem a temática do estudo. O

recorte temporal foi estabelecido a partir do surgimento da covid-19, abrangendo o período de 2020 até setembro de 2022, sem restrições de idiomas ou grupos específicos de estudantes, incluindo todos os níveis educacionais. Foram excluídos artigos que não respondessem à questão de pesquisa, que se limitassem à fisiopatologia da doença ou que não apresentassem relevância para a pergunta da revisão ou para o objetivo do estudo. Na sequência, a Figura 1 apresenta a seleção dos estudos.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado com base nas diretrizes da recomendação PRISMA



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A análise dos resultados foi realizada mediante organização e síntese das publicações em um quadro sinóptico, utilizando as

plataformas Drive/Excel, de acordo com suas características: título da publicação, autor(es), ano de publicação, periódico, objetivo, tipo de estudo e principais resultados. Em sequência, procedeu-se à análise e interpretação dos dados, com a leitura das sínteses, o que possibilitou a criação de categorias emergentes dessa análise e o agrupamento em temas semelhantes, resultando na definição de três categorias temáticas.

Por fim, destaca-se que o presente estudo não recebeu financiamento e não exigiu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, porque foi conduzido exclusivamente com base em textos científicos para revisão da literatura, conforme estipulado pela Resolução 510/16.

## RESULTADOS

---

Com base no período previamente definido, a estratégia de busca identificou inicialmente 478 títulos. Após a leitura dos resumos e a aplicação dos critérios de elegibilidade, 390 títulos foram excluídos por não atenderem ao escopo do estudo. O total de estudos selecionados para leitura completa foi de 88, dos quais 55 foram excluídos após análise detalhada. Assim, 33 artigos compuseram o corpus final desta revisão.

Após a leitura das publicações selecionadas, foram elaborados dois quadros para a sistematização dos dados extraídos. No primeiro quadro, destacam-se os autores, ano de publicação, título, objetivo, idioma e periódico. No segundo quadro, a distribuição dos estudos em relação à metodologia

e principais resultados, identificando-se três categorias: (1) **Práticas de Educação em Saúde e de Proteção Social no contexto da covid-19**, visando compreender iniciativas voltadas à disseminação de informações sobre prevenção, autocuidado e controle da covid-19, além da adaptação de políticas de proteção social para minimizar o impacto da pandemia nas populações mais vulneráveis. Essa categoria envolveu estratégias de comunicação, campanhas educativas e intervenções para assegurar o acesso à saúde e promover conscientização e segurança; (2) **Práticas Expressivas e de Bem-Estar no enfrentamento da covid-19**, visou compreender o bem-estar emocional e psicológico, podendo incluir as atividades de arteterapia, meditação, exercícios físicos e expressão cultural, importantes para auxiliar no enfrentamento do estresse e da ansiedade, promovendo a saúde mental e o fortalecimento da resiliência, na adaptação e no enfrentamento de crise sanitária e social; e (3) **Práticas de Acompanhamento Terapêutico e Construção de Redes de Apoio**, envolveu recursos digitais, conhecidos por Tecnologias da Informação e Comunicação para o acompanhamento psicossocial e fortalecimento de redes comunitárias e familiares, fundamentais para garantir o apoio emocional e terapêutico, especialmente em contextos de isolamento social.

**Quadro 1.** Síntese dos estudos analisados de acordo com os autores, ano de publicação, título, objetivo, idioma e periódico, 2022

| Estudos | Autores/<br>ano         | Título                                                                                                          | Objetivo                                                                                                                                                                                | Idioma    | Periódico                             |
|---------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| A1      | Wenceslau et al. (2022) | Atenção plena e equilíbrio emocional: experiência de uma disciplina durante a pandemia de Covid-19.             | Relatar a experiência de uma disciplina optativa sobre atenção plena e equilíbrio emocional oferecida a estudantes universitários.                                                      | Português | Revista Brasileira de Educação Médica |
| A2      | Bubadué et al. (2022)   | Ações educativas com adolescentes sobre a prevenção da COVID-19: relato de experiência.                         | Descrever a experiência acadêmica, na realização de ações educativas com adolescentes, sobre a prevenção da COVID-19.                                                                   | Português | Revista Enfermagem da UFSM            |
| A3      | Silva et al. (2020)     | Construção de cartilha educativa sobre cuidados com crianças frente à pandemia COVID-19: relato de experiência. | Relatar a experiência da produção e divulgação de tecnologia, em forma de cartilha educativa, para informar e orientar sobre os cuidados com as crianças frente à pandemia da COVID-19. | Português | Revista Baiana de enfermagem          |
| A4      | Lourenço et al. (2021)  | Esperança e Bem-Estar Psicológico durante a Crise Sanitária pela COVID-19: estudo com estudantes de Enfermagem. | Analisar as relações entre esperança e bem-estar psicológico de estudantes de enfermagem portugueses durante a crise pandêmica pela COVID-19.                                           | Português | Revista de enfermagem Anna Nery       |

|    |                                 |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |           |                                                          |
|----|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------|
| A5 | Souza et al. (2020)             | Estratégia musical para cuidar de discentes de Enfermagem: experiência no enfrentamento da COVID-19.                                                           | Relatar a experiência do uso de estratégia musical para cuidar de discentes de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19.                                                | Português | Revista Baiana de enfermagem                             |
| A6 | Urrego-Betancourt et al. (2022) | Influência do bem-estar psicológico e subjetivo no enfrentamento, hábitos de estudo e uso das TIC em estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19. | Avaliar a influência do bem-estar, dos hábitos e do uso de novas TIC em estudantes de duas universidades privadas de Bogotá no contexto da pandemia de COVID-19.       | Espanhol  | MedUNAB - revista de la facultad de ciencias de la salud |
| A7 | Felisberto et al. (2020)        | O Caminho se faz ao Caminhar: novas perspectivas da Educação Médica no contexto da pandemia.                                                                   | Relatar a estratégia desenvolvida por meios digitais para mitigar os impactos no processo formativo de promoção à saúde de futuros residentes da medicina.             | Português | Revista Brasileira de Educação Médica                    |
| A8 | Souza et al. (2021)             | Repercussões da COVID-19 e as possibilidades para promover saúde: reflexões com estudantes de enfermagem.                                                      | Compreender as repercussões da COVID-19 e as possibilidades para promover a saúde no enfrentamento da pandemia, na percepção de estudantes de graduação em enfermagem. | Português | Revista de enfermagem da UERJ                            |

|     |                       |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                |           |                                       |
|-----|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| A9  | Santos et al. (2021)  | Práticas de manejo de estresse em tempos de Covid-19.                                                 | Analisar as percepções da comunidade acadêmica sobre as práticas de manejo de estresse em tempos de pandemia ofertadas pelo grupo de Promoção e Prevenção à Saúde da Universidade de Brasília. | Português | Revista Saúde em Redes                |
| A10 | Borges et al. (2021)  | Promoção da saúde e redução de vulnerabilidades por meio da prática da atividade física.              | Incentivar a prática desportiva em prol do bem-estar físico e mental dos(as) estudantes. Relatar a experiência com a realização de um desafio esportivo virtual entre suas equipes.            | Português | Revista Brasileira de Educação Médica |
| A11 | Borges et al. (2020)  | Representatividade LGBT+ na Educação Médica e Covid-19: construindo redes de cuidado e solidariedade. | Analisar a ação de estudantes de Medicina que buscaram promover a representatividade, caracterizada por uma afirmação de identidade dos(as) LGBT+ por meio do uso das mídias e redes sociais.  | Português | Revista Brasileira de Educação Médica |
| A12 | Antúnez et al. (2021) | Rodas de conversa na universidade pública durante a pandemia covid-19: educação e saúde mental.       | Relatar o apoio psicológico através do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em estudantes de graduação e pós-graduação.                                                      | Português | Revista Construção Psicopedagógica    |

|     |                       |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                         |           |                                       |
|-----|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| A13 | Marquez et al. (2022) | Rodas de conversa remotas: ensino-aprendizagem e vivência da promoção da saúde na pandemia da Covid-19.                  | Relatar a experiência de adaptação de uma unidade do componente curricular de Saúde Coletiva III ao ambiente online em uma universidade federal brasileira, mantendo a coerência entre o aprendizado e a vivência da promoção da saúde. | Português | Revista Brasileira de Educação Médica |
| A14 | Torres et al. (2020)  | Saúde mental das juventudes e COVID-19: discursos produtores do webcuidado educativo mediados na webrádio.               | Analisar os discursos das juventudes como produtores do webcuidado clínico e educativo sobre saúde mental no contexto da COVID-19.                                                                                                      | Português | Revista Nursing                       |
| A15 | Braga et al. (2021)   | Tecnologia Educacional sobre limpeza e desinfecção de brinquedos para ambientes escolares frente à pandemia da COVID-19. | Descrever a construção e validação do conteúdo e aparência de tecnologia educacional sobre limpeza e desinfecção de brinquedos para ambientes escolares e creches no contexto de pandemia do coronavírus.                               | Português | Revista Escola Anna Nery              |

|     |                             |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |        |                                     |
|-----|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| A16 | Layeghiasi et al. (2022)    | Components affecting the promotion of COVID-19. Disease Prevention Behaviors among Iranian Students: a Qualitative Study by Using the PRECEDE Model. | Determinar e identificar os fatores que afetam a promoção de comportamentos de prevenção do COVID-19 em escolas (sétima e oitava séries) com a cooperação dos alunos, bem como de seus pais e professores. | Inglês | BioMed Research International       |
| A17 | Renjan e Fung. (2020)       | Debate: COVID-19 to the under 19 – a Singapore school mental health response.                                                                        | Descrever o impacto do COVID-19 pandemia nas escolas de Cingapura e a resposta e adaptação dos serviços de saúde mental da comunidade escolar.                                                             | Inglês | Child and Adolescent Mental Health  |
| A18 | Kwan et al. (2021)          | Evaluating the impact of Archway: a personalized program for 1st year student success and mental health and wellbeing.                               | Avaliar o sofrimento na pandemia e como pode influenciar a saúde mental e bem-estar dos alunos.                                                                                                            | Inglês | BMC Public Health                   |
| A19 | Badura-Brzoza et al. (2022) | Life Satisfaction and Perceived Stress versus Health Promoting Behavior among Medical Students during the COVID-19 Pandemic.                         | Avaliar os comportamentos promotores de saúde como fator de apoio e fator de proteção contra o estresse em um grupo de estudantes de medicina poloneses durante a terceira onda da pandemia de SARS-CoV-2. | Inglês | Int. J. Environ. Res. Public Health |

|     |                         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |        |                                  |
|-----|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------|
| A20 | Marrapese et al. (2021) | Reimagining School Nursing Lessons Learned From a Virtual School Nurse.                                                                 | Descrever a função, descrição do trabalho e outras práticas relacionadas à enfermagem escolar em um mundo essencialmente virtual.                                                                | Inglês | NASN School Nurse                |
| A21 | Cherak et al. (2021)    | Wellness in medical education: definition and five domains for wellness among medical learners during the COVID-19 pandemic and beyond. | Descrever resultados da avaliação de domínios de bem-estar em diversos alunos de medicina para identificar intervenções viáveis potencialmente associadas a melhorias no bem-estar do estudante. | Inglês | Medical Education Online         |
| A22 | Goddard et al. (2020)   | The Future of Telehealth in School-Based Health Centers: Lessons from COVID-19.                                                         | Avaliar o conhecimento sobre a resposta dos sistemas organizacionais durante a pandemia de COVID-19 e proporcionar benefícios para os médicos e administradores no campo da saúde escolar.       | Inglês | Journal of Pediatric Health Care |
| A23 | Terepka et al. (2021)   | Schools on the Front Lines: School Based Health Centers Amidst COVID-19.                                                                | Descrever recomendações, implicações, práticas e oportunidades para estratégias preventivas, terapêuticas e intervenções em estabelecimentos de saúde na escola.                                 | Inglês | School Psychology                |

|     |                          |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                          |
|-----|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| A24 | Barbee-Lee et al. (2021) | School Nursing in a Pandemic Striving for Excellence in Santa Fe Public Schools.                                                     | Relatar o planejamento e implementação de procedimentos de segurança, testes e triagem, além de encontrar novas maneiras seguros de fornecer serviços de enfermagem escolar, incluindo administração de imunização, triagem auditiva e visual, ensino e promoção do bem-estar e da saúde mental. | Inglês    | NASN School Nurse        |
| A25 | Pattison et al. (2021)   | National Survey of School Employees: COVID-19, School Reopening, and Student Wellness.                                               | Avaliar o nível de preocupação dentro da escola - dados demográficos dos participantes, status de fechamento da escola e características (localidade, status público/privado).                                                                                                                   | Inglês    | Journal of School Health |
| A26 | Barboza et al. (2020)    | Os conceitos de Florence Nightingale em tempos de pandemia da COVID-19 retratados em histórias em quadrinhos: relato de experiência. | Descrever a experiência do processo de elaboração de uma história em quadrinhos acerca das medidas de prevenção para o combate ao novo coronavírus a partir do legado de Florence Nightingale e da Teoria Ambientalista.                                                                         | Português | Revista Escola Anna Nery |

|     |                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |           |                                          |
|-----|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------|
| A27 | Gundim et al. (2020)      | Transtornos Mentais Comuns e rotina acadêmica na graduação em Enfermagem: impactos da pandemia de COVID-19.                                                                                                                                | Descrever formas de alívio/ manejo em saúde mental na percepção desses estudantes.                                                                                                                         | Português | Revista Portuguesa de Saúde Mental       |
| A28 | Morais Neto et al. (2020) | Ensino em saúde LGBT na pandemia da COVID-19: oportunidades e vulnerabilidades. 2020.                                                                                                                                                      | Descrever experiências de educação de saúde LGBT no formato de ensino remoto emergencial, analisando as possibilidades e vulnerabilidades encontradas no processo.                                         | Português | Revista Brasileira de Educação Médica    |
| A29 | Liu et al. (2022)         | Priorities for addressing the impact of the COVID-19 pandemic on college student mental health.                                                                                                                                            | Destacar duas prioridades urgentes para atender às necessidades atuais de saúde mental de estudantes universitários e o desenvolvimento de estratégias para garantia de acesso a serviços de saúde mental. | Inglês    | Journal of American College Health       |
| A30 | Chinwe Obuaku Igwe (2020) | 'umuntu ngumuntu ngabantu' (a person is a person because of other people): reflections on student's experiences of social isolation and the impact of a peer to peer mental health support group during covid-19 lockdown in South africa. | Refletir sobre a teoria e a prática de rede/apoio social e saúde.                                                                                                                                          | Inglês    | Young people's voice in in public policy |

|     |                      |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |        |                           |
|-----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------|
| A31 | Giusti et al. (2020) | Everything will be fine. Duration of Home Confinement and "All-or-Nothing" Cognitive Thinking Style as Predictors of Traumatic Distress in Young University Students on a Digital Platform During the COVID-19 Italian Lockdown. | Analisar os aspectos emocionais, experiências cognitivas e os sintomas psicopatológicos de jovens universitários durante o confinamento do covid-19.                                                                                 | Inglês | Frontiers in Psychiatry   |
| A32 | Perry et al. (2021)  | Utilizing academic-community partnerships with nursing students to improve hand hygiene in elementary students to reduce transmission of COVID-19.                                                                               | Descrever a parceria colaborativa que ampliou o acesso à educação na promoção da saúde nas escolas para aumentar o conhecimento sobre a redução da propagação de doenças infecciosas, como a COVID-19 para estudantes de enfermagem. | Inglês | NASN School Nurse         |
| A33 | Bohn e Hogue (2020)  | Changing the Game: College Dance Training for Well-Being and Resilience Amidst the COVID-19 Crisis                                                                                                                               | Proporcionar um ambiente saudável para ajudar estudantes e outras pessoas da comunidade a lidar com o estresse, depressão e ansiedade durante a pandemia.                                                                            | Inglês | HEALTH PROMOTION PRACTICE |

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

**Quadro 2.** Distribuição dos estudos em relação à metodologia e principais resultados, 2022.

| <b>(1) Práticas de Educação em Saúde e de proteção social no contexto da COVID-19</b> |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estudos</b>                                                                        | <b>Delineamento</b>                          | <b>Principais resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| A2                                                                                    | Relato de Experiência                        | Ações educativas que permitam uma consciência crítica sobre prevenção e cuidado com a COVID-19.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| A3                                                                                    | Relato de experiência                        | Elaboração da cartilha por estudantes de enfermagem, cuja divulgação foi ampla e resultou em um feedback positivo sobre as orientações oferecidas de maneira lúdica, confiável e acessível.                                                                                                                                                                                                                           |
| A12                                                                                   | Relato de Experiência                        | A Roda de Conversa, com foco na abordagem socioemocional, teve como objetivo sensibilizar, construir e fortalecer redes de apoio entre estudantes, professores e funcionários, promovendo um espaço de escuta e colaboração mútua.                                                                                                                                                                                    |
| A13                                                                                   | Relato de experiência                        | As rodas de conversa foram organizadas em pequenos grupos e adaptadas para o formato remoto, utilizando a plataforma Microsoft Teams®. O ambiente on-line facilitou a interação entre estudantes e professores, oferecendo ferramentas, entre as quais chamadas de vídeo, chat, armazenamento e compartilhamento de arquivos, criação colaborativa de documentos e aplicação de testes, entre outras funcionalidades. |
| A15                                                                                   | Pesquisa descritiva e abordagem quantitativa | A cartilha educativa foi validada quanto ao conteúdo e à aparência, sendo considerada uma ferramenta relevante para contribuir para as práticas educativas em escolas infantis, especialmente no contexto atual da pandemia da COVID-19.                                                                                                                                                                              |
| A23                                                                                   | Relato de Experiência                        | A necessidade de treinamento e colaboração entre os setores da comunidade para auxiliar nas preocupações de saúde mental existentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A24                                                                                   | Pesquisa de coorte                           | Foi entregue panfleto intitulado “Porque nós nos importamos”, realizando-se contato por e-mail ou mensagem de texto para proporcionar conforto e educação aos indivíduos com resultado positivo. A criação de infográficos foi fundamental para uma educação clara e consistente com os indivíduos afetados.                                                                                                          |
| A26                                                                                   | Relato de experiência                        | A produção de materiais tecnológicos durante a pandemia da COVID-19, como a história em quadrinhos elaborada por alunos e docentes, foi desenvolvida com o propósito de transmitir informações de forma simples e lúdica sobre as medidas de prevenção contra infecções por coronavírus (COVID-19).                                                                                                                   |

|                                                                             |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A29                                                                         | Relato de Experiência                  | Aulas de dança improvisadas, gratuitas, oferecidas por meio de uma plataforma de vídeo virtual para a Faculdade e comunidade. É uma oportunidade para os participantes fortalecerem o bem-estar mental e reduzir a ansiedade, dado o isolamento experimentado durante o período de pandemia de COVID-19.                                                                                                                                                                                               |
| A32                                                                         | Relato de experiência                  | Destaque para os benefícios das parcerias entre programas de enfermagem e escolas como uma forma eficaz de proporcionar acesso ao ensino de lavagem das mãos em instituições com poucos recursos e alta vulnerabilidade. Essas colaborações e a abordagem adotada proporcionaram oportunidades para o desenvolvimento de uma educação voltada à promoção da saúde, focada tanto no conhecimento e nas habilidades relacionadas à saúde quanto nas necessidades de aprendizagem dentro da sala de aula. |
| <b>(2) Práticas Expressivas e de Bem-Estar no enfrentamento da COVID-19</b> |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Estudos</b>                                                              | <b>Delineamento</b>                    | <b>Principais resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| A1                                                                          | Relato de experiência                  | A atenção plena pode oferecer ferramentas para enfrentar os desafios e desenvolver o equilíbrio emocional, aprender práticas para enfrentar experiências difíceis, perdas e enfrentamento de uma pandemia global.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| A4                                                                          | Estudo descritivo, questionário online | A criação e validação de programas de intervenção da esperança como preditora do bem-estar psicológico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| A5                                                                          | Relato de experiência                  | O vídeo musical foi criado para destacar a importância dos alunos na rotina da Universidade. A canção expressou os sentimentos que precisaram ser compartilhados durante a pandemia, evidenciando, em momentos específicos, as mudanças drásticas que foram vivenciadas.                                                                                                                                                                                                                               |
| A8                                                                          | Estudo qualitativo, ação-participante  | As possibilidades apontadas para promover a saúde incluem: praticar exercícios físicos, estudar, plantar, fotografar, fazer chamadas de vídeo com familiares, dialogar, participar de projetos de extensão, conectar-se com a natureza em busca de equilíbrio e produzir artesanatos.                                                                                                                                                                                                                  |
| A9                                                                          | Pesquisa-ação qualitativa              | O relaxamento como método é um recurso terapêutico significativo para a saúde e o bem-estar durante a pandemia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A10 | Relato de experiência                                                                                                          | Proposto uma competição entre as equipes esportivas do curso de Medicina, por meio do WhatsApp®, no qual as equipes com grupos próprios deveriam enviar fotos ou vídeos realizando atividades físicas.                                                                                                                                                                                 |
| A14 | Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa                                                                     | O uso da WebRádio como ferramenta digital na formação e cuidado em saúde se mostrou relevante, especialmente na promoção da saúde mental. O canal on-line permitiu desenvolver estratégias de aproximação, escuta e interação, auxiliando as pessoas a lidarem com o isolamento social causado pela pandemia.                                                                          |
| A16 | Estudo qualitativo                                                                                                             | Programas educacionais e de intervenção que buscam o sucesso podem ser desenhados e implementados com base no reconhecimento dos componentes que afetam a mudança de comportamento.                                                                                                                                                                                                    |
| A19 | Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), Inventário de Comportamentos de Saúde (IZZ), e a Escala de Estresse Percebido (PSS-10) | A terceira onda da pandemia foi avaliada por estudantes de medicina como moderadamente satisfatória. Intensidade significativa de estresse correlacionada negativamente com a satisfação de vida. Comportamentos de promoção da saúde, e especialmente atitudes mentais positivas, parecem desempenhar um papel protetor em situações estressantes e melhorar a satisfação com a vida. |
| A21 | Estudo qualitativo                                                                                                             | As intervenções de bem-estar podem ajudar a identificar necessidades de bem-estar não atendidas entre indivíduos em programas de educação médica que podem incluir isolamento social, incerteza geral e angústia, entre outros. A falta de preparação em relação à mudança para a aprendizagem on-line foi especialmente importante durante o COVID-19.                                |
| A27 | Estudo descritivo, quantitativo                                                                                                | O manejo em saúde mental, percebido como terapêutico por meio de estratégias que envolveram apoio psicológico, uso de psicofármacos e musicoterapia, serviu de base para a elaboração de iniciativas de prevenção ao sofrimento psíquico e promoção da saúde mental nas universidades.                                                                                                 |
| A30 | Reflexão sobre dois estudos de casos                                                                                           | Plataformas no WhatsApp e aplicativo Discord para discussões e suporte, nas quais os participantes podiam falar sobre desafios, usando apelidos e pseudônimos. As plataformas foram criadas para gerar confiança e gerenciar a vulnerabilidade entre os indivíduos que desejavam falar sobre suas vulnerabilidades na pandemia.                                                        |

|                                                                       |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A33                                                                   | Relato de experiência              | Oportunidade virtual para a construção de conexões sociais e melhoria do bem-estar entre indivíduos que sofriam de estresse e ansiedade. Pode servir de modelo para outras comunidades e instituições com grande valor experiencial, criativa, simples, mas inovadora para ajudar pessoas necessitadas.                                                                                                                                                                  |
| Praticas de Acompanhamento Terapêutico e Construção de Redes de Apoio |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Estudos                                                               | Delineamento                       | Principais resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| A6                                                                    | Pesquisa quantitativa, transversal | Foram identificadas relações positivas e significativas entre bem-estar e enfrentamento adequado, além de hábitos de estudo e uso das TIC, enquanto foram observadas relações negativas com o enfrentamento inadequado.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A7                                                                    | Relato de Experiência              | Realização de webinários multiprofissionais utilizando ferramentas digitais; ações de extensão por meio de redes sociais; e uso de um aplicativo para monitorar e mitigar os impactos no processo formativo.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| A11                                                                   | Relato de experiência              | A necessidade de representatividade, encorajamento e empoderamento LGBT+ levou à identificação de ações, como a produção de um vídeo, para que os acadêmicos mais vulneráveis encontrassem em seus colegas de curso uma rede de apoio, solidariedade e empoderamento, ajudando-os a mitigar os efeitos do distanciamento e isolamento social durante esse período.                                                                                                       |
| A17                                                                   | Carta Debate                       | Utilização (REACH) Resposta, Intervenção Precoce e Avaliação no serviço de Saúde Mental Comunitária para apoiar os alunos com problemas mentais, problemas de saúde para melhorar a saúde mental dos jovens através da avaliação e intervenção; aumentar a capacidade de escolas e parceiros comunitários para detectar e gerenciar problemas de saúde mental por meio de treinamento e apoio; e construir uma rede de apoio à saúde mental para jovens da comunidade.   |
| A18                                                                   | Pesquisa avaliativa                | Programa inovador para apoiar os alunos, denominado Archway. Esta iniciativa foi desenvolvida para ajudar a prevenir e intervir precocemente problemas que os alunos vivenciam e podem influenciar a saúde mental e o bem-estar. Archway é um programa que pretende ajudá-los a desenvolver e cultivar um sentimento de pertencimento, fornecendo a cada aluno informação e serviços necessários, em especial atenção à sua saúde mental e bem-estar durante o COVID-19. |

|     |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A20 | Relato de experiência | Integra recursos apropriados e disponíveis em Telessaúde e tecnologias móveis de saúde, na prática, para promover interação entre os alunos e suas famílias e cuidadores.                                                                                                                                                                                       |
| A22 | Estudo qualitativo    | Implementação do programa “Ouvir e Aprender”, em reuniões on-line oferecidas gratuitamente. As sessões realizadas tinham como foco a telessaúde e saúde mental. Os alunos puderam continuar recebendo serviços de saúde primários e comportamentais necessários, nos meses relacionados ao COVID e ao fechamento de escolas.                                    |
| A25 | Survey                | As preocupações da escola (ressurgimento do COVID-19, gestão inadequada de doenças crônicas, disponibilidade de suprimentos de saúde para aplicar precauções padrão/universais e capacidade para atender). A pesquisa levou os entrevistados a selecionar recursos que eles desejavam que sua escola fornecesse e como se preparar para a reabertura da escola. |
| A28 | Relato de Experiência | Foram desenvolvidas diversas ferramentas de ensino – podcasts e vídeos – que flexibilizaram as abordagens de ensino e facilitaram a disseminação de informações.                                                                                                                                                                                                |
| A31 | Pesquisa quanti-quali | A implementação de intervenções psicológicas para melhorar a saúde mental de subgrupos jovens vulneráveis durante uma emergência de saúde global.                                                                                                                                                                                                               |

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

## DISCUSSÃO

### PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DA COVID-19

No contexto da pandemia do novo coronavírus tornou-se necessário ampliar o debate voltado à saúde no âmbito educacional. A promoção da saúde tem como estratégia dar visibilidade aos fatores de risco e aos problemas de saúde da população, centrando-se no cuidado ao indivíduo (coletivo e ambiental) e desenvolvendo mecanismos para diminuir as situações de exposição e os danos à saúde.

Com a suspensão das atividades escolares devido à pandemia, tornou-se difícil para os profissionais de educação tratar da temática da covid-19 com os escolares e seus responsáveis, especialmente nos bairros da periferia e de populações mais vulneráveis, em que o acesso aos meios tecnológicos – internet, computadores e tablets que permitiriam o contato com escola-famílias e, conseqüentemente, o recebimento de informações durante esse período – foi mais difícil.

Nesse ínterim, *fake news* influenciaram fortemente a busca por tratamentos ineficazes ou perigosos. A promoção de terapias não comprovadas, entre as quais a automedicação, o uso de substâncias sem eficácia cientificamente comprovada e a resistência em buscar tratamentos reconhecidos, contribuiu para um impacto negativo na saúde pública (Terepka; Torres-Pagán; De La Fuente, 2021; Barbee-Lee; Seymour; Herbert *et al.*, 2021; Pattison *et al.*, 2021; Perry; McClure; Palmer; Neal, 2021).

Em decorrência desses casos, buscou-se estratégias para combater a desinformação e promover fontes confiáveis de informação e enfrentar a crise de saúde e de desinformação, garantindo a continuidade do cuidado a partir de recomendações terapêuticas, com cartilhas e ações educativas, em uma ação colaborativa importante para atender às necessidades de saúde identificadas e definidas pela comunidade (Terepka; Torres-Pagán; De La Fuente, 2021; Barbee-Lee *et al.*, 2021; Pattison *et al.*, 2021; Perry; McClure; Palmer; Neal, 2021).

A educação em saúde é um processo que deve promover reflexões e possibilitar aprendizagens significativas. Nesse sentido,

a criação de materiais educativos claros e didáticos tornou-se um recurso essencial e valioso para a educação em saúde, pois facilitava os processos de ensino e aprendizagem, além de incentivar práticas de autocuidado. Com o objetivo de atender a essas demandas e abordar os cuidados, esses materiais foram elaborados com uma linguagem acessível e lúdica, fundamentados no conhecimento científico. Essa construção levou em consideração as principais características da covid-19, as formas de prevenção e os cuidados necessários, visando desmistificar tabus, esclarecer dúvidas e combater possíveis informações falsas que poderiam comprometer o acesso a dados corretos. Assim, esses materiais contribuíram para a saúde pública e para a promoção da saúde e do cuidado (Barboza *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020; Braga; Romano; Gesteira, 2021; Bubadué *et al.*, 2022).

Neste contexto, destaca-se a oportunidade de explorar novos recursos pedagógicos e criar materiais tecnológicos durante a Pandemia de covid-19 e o período de distanciamento social. Muitos alunos enfrentaram estresse psicológico e dificuldades de adaptação. Assim, identificou-se a necessidade de garantir o acesso dos estudantes aos serviços de saúde mental, especialmente via teleatendimento, com foco em estratégias de resiliência, ajudando-os a lidar com as mudanças e a se prepararem para possíveis desafios futuros (Liu *et al.*, 2022).

Outro exemplo é o estudo de Barboza, Silveira e Leite (2020), que relata a experiência de desenvolver uma história em quadrinhos voltada para crianças e jovens. Essa iniciativa foi reconhecida como uma poderosa ferramenta de comunicação em massa para a

disseminação do conhecimento, além de destacar a importância de medidas de prevenção no combate ao novo coronavírus.

A realização de rodas de conversa foi outra estratégia de promoção da saúde e do bem-estar, gerando benefícios significativos para a saúde mental dos alunos de uma instituição de ensino superior, por meio de encontros remotos e interativos. Essas rodas proporcionaram, além de um espaço para o compartilhamento de experiências, angústias e dificuldades comuns, uma comunicação colaborativa, fortalecendo os vínculos entre os participantes e facilitando a construção e consolidação de redes de apoio entre os estudantes. Além disso, os professores estimularam conexões com colegas que não se viam há tempos devido ao distanciamento social imposto pela pandemia (Antunez *et al.*, 2021; Marquez *et al.*, 2022).

### PRÁTICAS EXPRESSIVAS E DE BEM-ESTAR NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

---

Os sentimentos de ansiedade, frustração e medo provocados pelo novo coronavírus resultaram em um aumento do desconforto emocional, afetando negativamente a saúde mental da população em geral e dos estudantes. É, portanto, fundamental identificar estratégias que ajudem a minimizar esses impactos, pois podem servir como ferramentas valiosas para promover o bem-estar mental dessa população.

Estudo realizado por Obuaku-Igwe (2020) com universitários sul-africanos durante o isolamento social imposto pela covid-19, com foco nos desafios de saúde mental e a partir de um projeto participativo de apoio entre pares, revelou que os estudantes

encontraram uma forma de enfrentar a solidão e o estresse, compartilhando apoio emocional, informações e opiniões por meio de redes sociais. Esse grupo de suporte mostrou-se eficaz em promover um senso de comunidade e resiliência, ajudando os participantes a lidarem com o isolamento e problemas de saúde mental.

Outra iniciativa destacada em um dos estudos desta revisão foi o relato de experiência em uma disciplina que ofereceu treinamento em atenção plena e regulação emocional, considerada uma ferramenta eficaz para a promoção da saúde mental (Wenceslau, Souza e Sousa, 2022). A música também se mostrou um instrumento poderoso, permitindo ao público universitário refletir sobre a relevância dos estudantes no cotidiano da universidade, como relatado na pesquisa de Souza e colaboradores (2020).

O fortalecimento de estratégias de promoção e prevenção, por meio de práticas expressivas, criativas e inovadoras, constitui novas formas de acolhimento, diálogo, convivência e acompanhamento. Essas práticas foram observadas em um estudo desenvolvido por um membro do corpo docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade do Sul da Flórida, que ofereceu aulas de dança improvisadas e gratuitas em uma plataforma de vídeo virtual para alunos e a comunidade. As aulas tiveram como objetivo proporcionar um ambiente saudável e envolvente, ajudando os participantes a lidar com o estresse, a depressão e a ansiedade durante o confinamento imposto pela pandemia (Bohn; Hogue, 2020).

Outros estudos, conduzidos com métodos variados para examinar as relações entre a esperança e o bem-estar psicológico de estudantes durante a crise pandêmica, utilizaram questionários

*on-line*, com escalas de medidas. Lourenço e colaboradores (2021) aplicaram um questionário para avaliar a satisfação dos estudantes com a vida e com as mudanças ocasionadas pela pandemia, pedindo que os participantes classificassem sua vida naquele momento em uma escala de 1 (pior vida possível) a 10 (melhor vida possível). Esse estudo apresentou resultados consistentes com outros dois estudos *on-line* que utilizaram escalas de Satisfação com a Vida, Inventário de Comportamentos de Saúde e a Escala de Estresse Percebido. O primeiro, realizado por Badura-Brzoza e colaboradores (2022), foi aplicado a um grupo de estudantes de medicina poloneses, com o objetivo de avaliar comportamentos de promoção da saúde como fatores de apoio à satisfação com a vida e de proteção contra o estresse durante a terceira onda da pandemia. O segundo estudo, conduzido por Layeghiasi e colaboradores (2022), investigou, entre estudantes iranianos, os fatores que influenciam a adoção de comportamentos preventivos contra a covid-19, identificando três principais categorias: predisponentes (percepção de ameaça e crenças pessoais), facilitadores (apoio familiar e de professores, além da disponibilidade de recursos de proteção) e reforçadores (influência social e motivação para seguir as normas).

Os resultados indicam que a compreensão dos fatores de estresse e dos comportamentos voltados à promoção da saúde pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções educativas mais eficazes, capazes de incentivar o cumprimento de protocolos de prevenção em ambientes universitários.

Outro estudo de natureza qualitativa, realizado mediante entrevistas telefônicas, avaliou o bem-estar de alunos de medicina

para validar cinco domínios, incluindo bem-estar social, mental, físico, intelectual e ocupacional. Os participantes definiram bem-estar como uma sensação geral [holística] de bem-estar pessoal e uma oportunidade de ser e fazer o que eles mais precisam e valorizam. E reconheceram a necessidade de uma estrutura holística adotável e adaptável para o bem-estar e redução de manifestações de estresse (Cherak *et al.*, 2021).

É amplamente reconhecido que o distanciamento social imposto pela pandemia resultou em restrições ao convívio e à circulação, alterando significativamente a rotina de todos. Para os estudantes, isso implicou a interrupção das aulas e das atividades práticas, exigindo adaptação a novas formas de estudar e aprender, bem como a exploração de novas possibilidades para promover cuidado e bem-estar. Quando questionados sobre os métodos de alívio e manejo da saúde mental, além das estratégias para promoção da saúde durante a pandemia, os estudantes mencionaram, entre outras abordagens terapêuticas, o apoio psicológico, o uso de psicofármacos e a musicoterapia. Também destacaram algumas atividades, como praticar exercícios físicos, estudar, plantar, fotografar, realizar videochamadas com familiares, conversar com eles mesmo que virtualmente, conectar-se com a natureza em busca de equilíbrio e produzir artesanato (Gundim *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2021).

Outra tecnologia utilizada como canal *on-line* foi o *web* rádio, construído com o objetivo de promover a saúde mental, promover a escuta e interações das pessoas no contexto do isolamento social. Neste estudo, os autores procuraram analisar os discursos das juventudes

produtores do webcuidado clínico e educativo sobre saúde mental no contexto da covid-19, suas implicações emocionais e a segurança das informações sobre prevenção dessa pandemia (Torres *et al.*, 2020).

Nesse contexto, observa-se a necessidade de práticas de promoção da saúde que vão além de simplesmente orientar e capacitar, mas que também estimulem a autonomia e o autoconhecimento dos estudantes sobre suas práticas e as consequências para sua saúde. Com o intuito de alcançar uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma melhoria em sua saúde geral, torna-se uma estratégia fundamental a realização de ações voltadas para o cuidado em saúde mental, conforme evidenciado em alguns estudos brasileiros. Um exemplo é o realizado pela Universidade de Brasília (UnB), que estabeleceu um Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial, além de um Grupo de Trabalho (GT) voltado para a Promoção e Prevenção à Saúde. O objetivo dessas iniciativas é auxiliar na adaptação aos impactos sobre a saúde mental. Nesse contexto, o GT oferece espaços on-line para orientação sobre autocuidado à comunidade acadêmica, incorporando práticas como meditação, relaxamento, hipnose e manejo do estresse, com foco na promoção do autocuidado (Santos *et al.*, 2021).

No outro estudo desenvolvido na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), os autores refletiram sobre a importância de incentivar e promover a prática esportiva e o convívio social no ambiente acadêmico, propondo um desafio virtual realizado por meio do aplicativo de mensagens *WhatsApp*, envolvendo equipes esportivas de estudantes de Medicina. Esse esforço tinha o objetivo

de incentivar as equipes, mesmo distantes nesse período, a fortalecerem a autonomia, manterem um estilo de vida mais ativo e realizarem atividades físicas regulares, ressaltando a importância das relações sociais para a saúde integral do indivíduo e para a redução de sua vulnerabilidade durante a pandemia (Borges *et al.*, 2021).

### PRÁTICAS DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E CONSTRUÇÃO DE REDES DE APOIO

---

A pandemia impôs desafios não apenas ao setor saúde, mas também aos educadores, porque exigiu pensar criticamente sobre o campo pedagógico, transcendendo os espaços físicos da escola para operar mediante outras opções metodológicas.

Conforme as orientações estabelecidas de isolamento social e fechamento das atividades escolares com a finalidade de que houvesse o distanciamento físico, as atividades educacionais passaram a ocorrer no formato remoto, com o auxílio dos recursos digitais, conhecidos por Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs).

Com a suspensão das atividades presenciais, tornou-se fundamental criar ambientes de aprendizagem colaborativa nas plataformas escolhidas para o ensino remoto. Isso demandou uma reorganização para garantir a operação eficaz nesse espaço virtual.

A Pandemia de covid-19 causou grandes interrupções e exigiu inovações nos setores de educação e saúde, entre as quais as tecnologias digitais que desempenharam papel central nesse contexto, tanto de maneira assíncrona (aplicativos, *bots* de inteligência artificial e plataformas de autoajuda *on-line*) quanto síncrona (linhas de apoio, *chats* e atendimentos de crise) (Renjan; Fung, 2020).

O uso de plataformas virtuais para a saúde, especialmente a telessaúde, tornou-se cada vez mais relevante, principalmente em contextos de crise, como a Pandemia de covid-19. Essas tecnologias ofereceram uma ampla gama de serviços, que incluíram não apenas o atendimento médico, mas também cuidados com a saúde mental, serviços sociais, atendimento oftalmológico e odontológico, além de educação em saúde e webinários voltados para a promoção da saúde. Essas iniciativas contribuíram para promover acessibilidade, conveniência e continuidade dos cuidados de saúde. Além disso, foram implementadas estratégias digitais que abrangeram avaliações de saúde por meio da telessaúde (Urrego-Betancourt; Castro-Muñoz; Garavito-Ariza, 2022; Felisberto *et al.*, 2020; Marrapese *et al.*, 2021; Goddard *et al.*, 2020).

Para isso, uma universidade do Rio Grande do Norte adaptou a disciplina optativa de Atenção à Saúde da População LGBT, que passou do formato presencial para o modelo remoto de maneira síncrona. Essa iniciativa foi inspirada nas metodologias participativas da educação popular em saúde, realizadas duas vezes por semana por meio da plataforma Google Meet. Além de utilizarem plataformas virtuais, os alunos eram incentivados a fazer comentários semanais nos fóruns do site da universidade sobre sua compreensão dos conceitos apresentados em aula, complementados por materiais sugeridos pelo docente, como textos, vídeos e filmes (Moraes Neto *et al.*, 2020).

Em estudo realizado com estudantes universitários italianos, durante a Pandemia de covid-19, os autores analisaram os aspectos emocionais, cognitivos e os sintomas psicopatológicos, além dos

preditores de sofrimento psíquico que poderiam influenciar o bem-estar relacionado à sua condição sociodemográfica e clínica pela “exposição” ao distanciamento social. Os autores demonstraram que os alunos consideraram o confinamento uma experiência traumática, apontando como fatores estressantes a adaptação às novas atividades acadêmicas, a falta de autonomia e os conflitos familiares. Esses aspectos resultaram em alterações no padrão de sono, dificuldade de concentração, perda de energia e sintomas de ansiedade. A partir desses resultados, foram ofertados aconselhamento psicológico por meio de dispositivos eletrônicos digitais e aplicativos (*smartphones* e *chat*) para ajudar pessoas afetadas (Giusti *et al.*, 2020). Essa iniciativa representa uma oportunidade para melhorar a acessibilidade a serviços psicológicos e de saúde mental.

O isolamento social decorrente do atual contexto pandêmico agravou diversas vulnerabilidades, incluindo aquelas relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero. Diante disso, alunos do curso de medicina de uma universidade brasileira desenvolveram um vídeo com o objetivo de proporcionar aos acadêmicos mais vulneráveis a possibilidade de encontrar uma rede de cuidado, apoio, solidariedade e empoderamento entre seus colegas de curso. Em seguida, foi estabelecido um grupo na plataforma de mensagens *WhatsApp*, no qual todos os participantes dessa iniciativa foram incluídos. Essa estratégia de trabalho digital favoreceu o desenvolvimento de habilidades de colaboração, como comunicação empática, manejo de divergências e criação de um ambiente de cuidado, apoio e encorajamento (Borges *et al.*, 2020). Dessa forma,

ressalta-se a importância de promover a saúde, especialmente em contextos de fragilidade social.

Também foi destacada a implementação do sistema de prontuários eletrônicos como uma prática educativa, que possibilitou maior agilidade na gestão de casos, além de melhorias na qualidade e segurança do atendimento, qualificando o acesso à saúde da comunidade. No âmbito da gestão, foram realizadas a contratação de novos profissionais e a capacitação das equipes com foco na prevenção e redução de problemas de saúde mental durante e após a pandemia. Houve, ainda, preocupação com as disparidades enfrentadas por populações jovens vulneráveis, o que levou à elaboração de um plano de contingência para estabelecer estratégias de resposta às comunidades. Esse plano incluiu ações de ensino remoto, o uso de plataformas digitais para disseminação de informações e o engajamento de professores na confecção de equipamentos de proteção e no desenvolvimento de recursos voltados à mitigação de riscos e à reabertura segura das escolas (Terepka; Torres-Pagán; De La Fuente, 2021; Barbee-Lee *et al.*, 2021; Pattison *et al.*, 2021).

O *Microsoft Teams* foi selecionado como plataforma de comunicação intuitiva, acessível e segura, na qual os alunos também puderam se envolver com outros alunos e em diferentes Comunidades do *Teams*. É importante citar a capacidade de rastrear a participação e o engajamento usando-se o *Teams*. Outras plataformas virtuais – *Twitch for, eGaming* – foram usadas para complementar as atividades da comunidade quando apropriado (Kwan *et al.*, 2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Os artigos incluídos nesta revisão integrativa abordaram as práticas de promoção da saúde implementadas por instituições de ensino voltadas aos estudantes no período entre março de 2020 e setembro de 2022.

A partir da revisão integrativa, foi possível identificar o desenvolvimento de diversas ações voltadas para a educação em saúde e proteção social, como a construção de cartilhas educativas, histórias em quadrinhos e a realização de rodas de conversa. Também foi constatada a oferta de práticas expressivas e de bem-estar, como atividades musicais, atividades lúdicas e a reelaboração de disciplinas que atendessem às necessidades e demandas dos estudantes. Além disso, práticas de acompanhamento e a construção de redes de apoio foram desenvolvidas para oferecer suporte não apenas às questões de saúde, mas também às necessidades emocionais e de saúde mental.

As tecnologias digitais e de comunicação desempenharam um papel crucial, tanto para garantir o acesso dos estudantes quanto para promover sua saúde. A pandemia trouxe desafios significativos para a saúde mental dos estudantes, tornando essencial o fornecimento de apoio emocional e recursos voltados para a saúde mental, como aconselhamento virtual, grupos de suporte e programas de bem-estar, que foram fundamentais para promover a resiliência e o autocuidado. O incentivo à prática de atividade física, música, dança e alimentação saudável, mesmo em formato virtual, também se mostrou importante, pois manter um estilo de vida saudável é essencial para o bem-estar geral dos estudantes.

O presente estudo apresentou como limitação a utilização de estudos com um recorte temporal definido pelo surgimento da covid-19, abrangendo o período de 2020 até a data de busca dos estudos, em setembro de 2022, e restringiu-se às bases de dados de saúde. Além disso, houve a exclusão de artigos indisponíveis para leitura. Essas restrições evidenciam a necessidade de realizar mais pesquisas sobre o tema, com o objetivo de aprimorar a atenção à saúde dos estudantes em face dos impactos da pandemia. Esses estudos poderiam oferecer novas estratégias para abordar e resolver questões relacionadas às políticas públicas de saúde, com ênfase na educação.

Considerando que vivenciamos o pós-pandemia e que as evidências científicas indicam que a covid-19 se tornará uma doença endêmica, os aprendizados e experiências adquiridos nos últimos dois anos forneceram subsídios valiosos para preservar vidas e garantir a continuidade das atividades presenciais, tão essenciais para a instituição educacional. Essa reflexão baseia-se na noção de que a transição para um cenário de pós-normalidade exigirá uma abordagem adaptativa e o aproveitamento das lições aprendidas durante a pandemia para aprimorar práticas e políticas públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

---

ANTUNEZ, A. E. A. *et al.* Rodas de conversa na universidade pública durante a pandemia covid-19: educação e saúde mental. **Construção psicopedagógica**, v. 30, n. 31, p. 6-18, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37388/CP2021/v30n31a01>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BARBEE-LEE, M. *et al.* School Nursing in a Pandemic: Striving for Excellence

in Santa Fe Public Schools. **NASN Sch Nurse**, v. 36, n. 5, p. 276-83, sep. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1942602X211005166>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BARBOZA, L. E. M. *et al.* Os conceitos de Florence Nightingale em tempos de pandemia da COVID-19 retratados em história em quadrinhos: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. (spe), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0200>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BADURA-BRZOZA, K. *et al.* Life Satisfaction and Perceived Stress versus Health Promoting Behavior among Medical Students during the COVID-19 Pandemic. **IJERPH, MDPI**, v. 19, n. 11, p. 1-12, May, 2022. Disponível em: 10.3390/ijerph19116706. Acesso em: 21 nov. 2024.

BRAGA, P. P. *et al.* Tecnologia Educacional sobre limpeza e desinfecção de brinquedos para ambientes escolares frente à pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. (spe), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0023>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 98, p. 44-6, 24 maio 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fmmKeD>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BORGES, I. S. C. *et al.* Promoção da saúde e redução de vulnerabilidades por meio da prática da atividade física. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200378>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BORGES, I. S. C. *et al.* Representatividade LGBT+ na Educação Médica e Covid-19: Construindo Redes de Cuidado e Solidariedade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200339>. Acesso em: 21 nov. 2024.

BUBADUÉ, R. de M. *et al.* Ações educativas com adolescentes sobre a prevenção da COVID-19: relato de experiência. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 12, n. e27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769269588>. Acesso em: 21 nov. 2024.

CHERAK, S. J. *et al.* Wellness in medical education: definition and five domains for wellness among medical learners during the COVID-19 pandemic and beyond. **Medical education online**, v. 26, n. 1, 2021. Disponível em:

DOI: 10.1080/10872981.2021.1917488. Acesso em: 21 nov. 2024.

ESTRELA, C. **Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018.

FELISBERTO, L. C. da C. *et al.* O Caminho se Faz ao Caminhar: Novas Perspectivas da Educação Médica no Contexto da Pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. (supl.1). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200422>. Acesso em: 21 nov. 2024.

GIUSTI, L. *et al.* #Everything Will Be Fine. Duration of Home Confinement and “All-or-Nothing” Cognitive Thinking Style as Predictors of Traumatic Distress in Young University Students on a Digital Platform During the COVID-19 Italian Lockdown. **Front Psychiatry**, v. 15, n. 11, p. 574-12. 2020. Disponível em: 10.3389/fpsyt.2020.574812. Acesso em: 21 nov. 2024.

GODDARD, A.; SULLIVAN, E.; FIELDS, P; MACKEY, S. The future of telehealth in school-based health centers: Lessons from COVID-19. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 35, n. 3, p. 304-309, 2021. Disponível em: 10.1016/j.pedhc.2020.11.008. Acesso em: 21 nov. 2024.

GUNDIM, V. A. *et al.* Transtornos Mentais Comuns e rotina acadêmica na graduação em Enfermagem: impactos da pandemia de COVID-19. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 27, p. 21-37, 2022. Disponível em: [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602022000100021&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602022000100021&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 nov. 2024.

KWAN, M. Y. W. *et al.* Evaluating the impact of Archway: a personalized program for 1st year student success and mental health and wellbeing. **BMC Public Health**, v. 21. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10057-0>. Acesso em: 21 nov. 2024.

LAYEGHIASL, M.; KAVEH, M. H.; KARIMI, M.; MIRAHMADIZADEH, A. Components Affecting the Promotion of COVID-19 Disease Prevention Behaviors among Iranian Students: A Qualitative Study by Using the PRECEDE Model. **BioMed Research International**, 2022. Disponível em: BMRI\_7807401 1..8. Acesso em: 21 nov. 2024.

LIMA, C. K. T. *et al.* The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry research**, v. 287, p. 112915, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120305163>. Acesso em: 21 nov. 2024.

LIU, C. H.; PINDER-AMAKER, S.; HAHM, H. C.; CHEN, J. A. Priorities for addressing the impact of the COVID-19 pandemic on college student mental health. **Journal of American College Health**, v. 70, n. 5, p. 1356-1358, 2022. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.2020.1803882>.

Acesso em: 21 nov. 2024.

LOURENÇO, T. M. G. *et al.* Esperança e Bem-Estar Psicológico durante a Crise Sanitária pela COVID-19: Estudo com Estudantes de Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. spe, p. e20200548, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0548>. Acesso em: 21 nov. 2024.

LOVATO, A.; FILIPPIS, C. Clinical Presentation of COVID-19: A Systematic Review Focusing on Upper Airway Symptoms Ear. **Nose and Throat Journal**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145561320920762>. Acesso em: 21 nov. 2024.

MARRAPESE, B.; GORMLEY, J. M.; DESCHENE, K. Reimagining School Nursing: Lessons Learned From a Virtual School Nurse. **NASN Sch Nurse**, v. 36, n 4, p. 218-225, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1942602X21996432>. Acesso em: 21 nov. 2024.

MARQUEZ, L. V. *et al.* Rodas de conversa remotas: ensino-aprendizagem e vivência da promoção da saúde na pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210292>. Acesso em: 21 nov. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto: Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. **Texto & contexto: Enfermagem**, n. 28, p. e20170204, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>. Acesso em: 21 nov. 2024.

MIRANDA, K. K. C. de O. *et al.* Aulas remotas em tempo de pandemia: desafios e percepções de professores e alunos. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Maceió. **Anais: Educação como (re)Existência: mudanças, conscientização e conhecimentos**. Maceió: Centro Cultural de Exposições Ruth Cardoso, 2020. Disponível em: [https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO\\_EV140\\_MD1\\_SA\\_ID5382\\_03092020142029.pdf](https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA_ID5382_03092020142029.pdf). Acesso em: 21 nov. 2024.

MORAIS NETO, A. C. de *et al.* Ensino em Saúde LGBT na Pandemia da Covid-19: Oportunidades e Vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. e157, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200423>. Acesso em: 21 nov. 2024.

OBUAKU-IGWE, C. C. Umuntu ngumuntu ngabantu' (a person is a person because of other people): reflections on student's experiences of social isolation and the

impact of a peer to peer mental health support group during covid-19 lockdown in South Africa. **Youth Voice Journal**, p. 58-71, 2020.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa – COVID-19. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus>. Acesso em: 21 nov. 2024.

PATTISON, K. L. *et al.* National Survey of School Employees: COVID-19, School Reopening, and Student Wellness. **Journal of School Health**, v. 91, n. 5, p. 376-383, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33655549/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

PETERS, M. *et al.* **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015:** methodology for JBI scoping reviews. 2015. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/5e8cac53-d709-4797-971f-263153570eb5/SOARES%2C+C+B+doc+150.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2024.

PERRY, J.; MCCLURE, N.; PALMER, R.; NEAL, J. L. Utilizing Academic-Community Partnerships With Nursing Students to Improve Hand Hygiene in Elementary Students to Reduce Transmission of COVID-19. **NASN Sch. Nurse**, v. 36, n. 6, p. 333-338. 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1942602X20986958>. Acesso em: 21 nov. 2024.

RAMOS JUNIOR, A.; MUNHOZ, O. L.; BADKE, M. R. *et al.* Experiência de enfermeiros docentes frente ao contexto da pandemia da COVID-19. **O Social em Questão**, v. 23, n. 48, p. 385-401, 2020. Disponível em: OSQ\_48\_SL3.pdf. Acesso em: 21 nov. 2024.

RENJAN, V.; FUNG, D. S. S. Debate: COVID-19 to the under 19—a Singapore school mental health response. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 25, n. 4, p. 260-262, 2020. Disponível em: Debate: COVID&#x02010;19 to the under 19 &#x02013; a Singapore school mental health response. Acesso em: 21 nov. 2024.

SANTOS, J. E. dos *et al.* Práticas de manejo de estresse em tempos de Covid-19. **Saúde em Redes**, v. 7, n. (Supl.1). 2021. Disponível em: praticas-de-manejo-de-estresse-em-tempos-de-covid-19.pdf. Acesso em: 21 nov. 2024.

SILVA, R. de C. R. *et al.* Construção de cartilha educativa sobre cuidados com crianças frente a pandemia covid-19: relato de experiência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37173>. Acesso em: 21 nov. 2024.

SOUZA, J. B. *et al.* Estratégia musical para cuidar de discentes de enfermagem: experiência no enfrentamento da COVID-19. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, n. e37097. 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S217886502020000100607&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217886502020000100607&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 nov. 2024.

SOUZA, J. B. *et al.* Repercussões da COVID-19 e as possibilidades para promover saúde: reflexões com estudantes de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. e60256-e60256, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/60256>. Acesso em: 21 nov. 2024.

SOUZA, L. G. S. *et al.* Intervenções psicossociais para promoção da saúde

do homem em unidade de saúde da família. **Psicologia**: ciência e profissão, Brasília, v. 35, n. 3, p. 932-945, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001562013>. Acesso em: 21 nov. 2024.

TEREPKA, A.; TORRES-PAGÁN, L.; DE LA FUENTE, A. Schools on the front lines: School based health centers amidst COVID-19. **School Psychology**, v. 36, n. 5, p. 398, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/spq0000432>. Acesso em: 21 nov. 2024.

TORRES, R. A. M. *et al.* Saúde mental das juventudes e COVID-19: discursos produtores do webcuidado educativo mediados na webrádio. **Revista Nursing**, v. 23, n. 270, p. 4887-489, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4887-4896>. Acesso em: 21 nov. 2024.

URREGO-BETANCOURT, Y.; CASTRO-MUÑOZ, J. A.; GARAVITO-ARIZA, C. E. Influencia del bienestar psicológico y subjetivo en el afrontamiento, los hábitos de estudio y uso de TICS en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19. **MedUNAB**, v. 25, n2, p. 176-192. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.29375/01237047.4426>. Acesso em: 21 nov. 2024.

WANG, C. *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environ. Research Public Health*, v. 17, n. 5, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7084952/pdf/ijerph-17-01729.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2024.

WENCESLAU, L. D.; SOUZA, P. R.; SOUSA, G. L. Atenção plena e equilíbrio emocional: experiência de uma disciplina durante a pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210466>. Acesso em: 21 nov. 2024.



# CONHECIMENTO SOBRE O HPV NA REDE PÚBLICA DE ENSINO E A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO ESCOLA-ATENÇÃO PRIMÁRIA NA VACINAÇÃO

Greizielle Barroso  
Inês Aparecida Tozetti  
Alda Maria Teixeira Ferreira  
Cacilda Tezelli Junqueira Padovani

## INTRODUÇÃO

---

O Papilomavírus humano (HPV) é causador de uma infecção sexualmente transmissível, a qual pode evoluir para o câncer de colo de útero com certos tipos de HPV. Atualmente são conhecidos mais de 200 tipos de HPV, caracterizados de acordo com seu potencial de oncogenicidade, e entre estes pelo menos 14 deles têm alto risco oncogênico. Estes, quando associados a outros fatores de risco, como, tabagismo, uso de contraceptivos orais, multiparidade, imunossupressão, têm relação com o desenvolvimento de neoplasias do colo uterino, da vulva, da vagina, pênis, da orofaringe e da região anal (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2023).

A maioria dos casos se manifesta na forma assintomática, ou seja, sem o aparecimento de lesões, o que dificulta o diagnóstico e a

busca por um tratamento precoce. O período de latência pode variar de meses a anos. Na maioria das pessoas, a infecção é autolimitada, ou seja, o sistema imunológico consegue eliminar o vírus de maneira autônoma, em que aproximadamente 70% das infecções regridem em até um ano e 30% em 2 anos. No entanto, alguns tipos de alto risco oncogênico são capazes de causar lesões que evoluem para neoplasia intraepitelial e câncer, além de verrugas ou condilomas, para os tipos de HPV de baixo risco oncogênico. Estima-se que 5% das pessoas infectadas pelo HPV desenvolverão alguma forma de manifestação, seja ela clínica, por meio dos condilomas acuminados na região genital e ânus, ou subclínica, com lesões intraepiteliais invisíveis a olho nu (Medrado; Santos; Moraes Filho, 2017; Silva *et al.*, 2018a; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2022).

O câncer de colo de útero é o terceiro mais incidente na população feminina do Brasil, ficando atrás apenas do câncer de mama e do câncer colorretal. Estima-se que para cada ano do triênio 2023-2025, haverá 17.010 casos novos de câncer de colo uterino, com uma taxa bruta de incidência de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres no Brasil, e 21,71 casos a cada 100 mil mulheres no estado de Mato Grosso do Sul, superando a média nacional. O câncer de colo uterino apresentou uma taxa de mortalidade de 4,51 óbitos a cada 100 mil mulheres em 2021, e 5,61 óbitos a cada 100 mil mulheres na Região Centro-Oeste. Assim, percebe-se a relevância da discussão do HPV no presente contexto (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2023).

Devido à alta incidência de HPV entre os jovens, é necessário adotar estratégias que explorem o perfil e o conhecimento dos adolescentes sobre o tema. Além disso, a adesão insuficiente à vacina contra o HPV, muitas vezes associada à vinculação da doença à atividade sexual, dificuldades de acesso ao serviço de saúde, falta de informação, desinteresse ou conceitos equivocados sobre a vacina, agrava o cenário. Portanto, é fundamental repensar as estratégias, incorporando iniciativas como a oferta de vacinação nas escolas e ações de educação em saúde (Carvalho *et al.*, 2021; Ramos *et al.*, 2018).

A falta ou limitação do conhecimento sobre os fatores relacionados à infecção pelo HPV e a baixa cobertura vacinal dos estudantes fazem com que a situação seja um problema de saúde pública, sendo necessárias intervenções e esclarecimentos a respeito do vírus, visando o controle da transmissão do HPV e o resgate dos estudantes ainda não vacinados, especialmente entre os estudantes do ensino fundamental, o público-alvo para a vacina contra o HPV.

O objetivo geral do trabalho foi verificar o nível de conhecimento sobre a infecção por Papilomavírus humano e incentivar a vacinação contra o HPV em estudantes do sexto ao nono ano do ensino fundamental da rede pública de ensino.

Para o alcance do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: proceder à caracterização sociodemográfica e econômica dos estudantes do sexto ao nono ano do ensino fundamental da rede pública de ensino e suas famílias; analisar o conhecimento prévio dos estudantes sobre aspectos relacionados

à definição, modos de transmissão, prevenção e diagnóstico relacionados à infecção por HPV; comparar o nível de conhecimento sobre o tema entre os alunos das escolas selecionadas para a pesquisa; e analisar os dados de cobertura vacinal entre os estudantes do sexto ao nono ano do ensino fundamental da rede pública de ensino.

Trata-se de um trabalho de pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, com coleta de dados primários, no período de setembro a abril de 2023, considerando o conhecimento sobre os aspectos relacionados à infecção por HPV e a vacina contra o HPV entre os estudantes do sexto ao nono ano (dentro da faixa de contemplação da vacina contra o HPV) das escolas municipais EM Professor Luiz Cavallon e EM Domingos Gonçalves Gomes.

As escolas participantes do estudo foram selecionadas por serem compostas por estudantes de diferentes perfis socioeconômicos, embora situadas na mesma região, a fim de avaliar o nível de conhecimento entre os estudantes das escolas selecionadas.

Todos os alunos matriculados e presentes nas salas das séries supracitadas foram convidados a participar do projeto de pesquisa, sendo 308 alunos da Escola Municipal Domingos Gonçalves Gomes e 423 alunos da Escola Municipal Professor Luiz Cavallon. O convite foi feito de forma verbal no horário de aula, com a entrega de um convite impresso para que fosse levado para os pais e/ou responsáveis, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deveria ser lido e assinado pelo responsável pelo participante menor.

A coleta de dados foi realizada por entrevista estruturada, feita de forma individual em local reservado disponível na escola,

durante o horário de aula, em um curto intervalo de tempo para que não atrapalhasse as atividades em sala de aula.

Antes da entrevista, ao participante que aceitou ser incluído na pesquisa e que entregou o TCLE assinado pelo responsável, foi apresentado e lido o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), elaborado em linguagem acessível no “Google Forms”, para que fosse feito o aceite para participação da pesquisa pelo aluno. Concluído o aceite, dava-se início à entrevista por perguntas objetivas, de múltipla escolha, que primeiramente buscavam investigar os dados sociodemográficos e econômicos do adolescente e da sua família. Na segunda parte da entrevista, abordava-se o conhecimento dos participantes sobre o HPV e a vacina contra o HPV.

Finalizada a coleta de dados, foram desenvolvidas palestras de educação, com distribuição de folder sobre o tema, em sala de aula, em cada uma das turmas do sexto ao nono ano em ambas as escolas, durante as aulas de Ciências, com a participação de todos os alunos presentes, independentemente de terem participado ou não das entrevistas, para conscientização dos alunos envolvidos sobre os aspectos relacionados ao HPV e sobre a importância da vacinação contra o HPV.

Aqueles que não haviam sido vacinados, com até 14 anos ou que estivessem com o esquema incompleto, independentemente da participação na fase de entrevistas, foram convidados a se vacinar em uma ação de vacinação realizada nas escolas, em parceria com as unidades de saúde parceiras do projeto, mediante autorização dos pais ou responsáveis, através da assinatura do Termo de Autorização para Vacinação de Menores.

O estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Educação (OFÍCIO Nº 1.980/CEFOR/SEMED, de 13/05/22), pela Secretaria Municipal de Saúde (Termo de Responsabilidade e Autorização/SESAU nº 060/22) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CAAE nº 60894022.4.0000.0021 - Parecer nº 5.596.389, emitido em 22 de agosto de 2022).

## RESULTADOS

---

Dos 731 alunos convidados, 194 participaram, 107 (55,2%) da EM Domingos Gonçalves Gomes e 87 (44,8%) da EM Professor Luiz Cavallon. A maioria era do sexo feminino (63,4%; N=123), e a maior parte dos participantes (91,8%) estava na faixa entre 11 a 14 anos (Tabela 1).

Os dados mostraram que 70,1% (N=136) já ouviram falar sobre o HPV, no entanto, 76,2% (N=148) não souberam responder o que o vírus causa. Nesse sentido, 38,1% (N=74) associou o HPV ao câncer e apenas 11,3% (N=22) ao vírus que causa verrugas.

Foi verificada associação para as variáveis sexo, série e escolaridade da mãe do aluno, ao fato de os adolescentes já terem ouvido falar sobre o HPV, demonstrando que as meninas ( $p=0,0098$ ), os participantes de séries mais avançadas ( $p=0,0324$ ) e aqueles cuja mãe tinha maior nível de escolaridade ( $p=0,0146$ ), possuíam mais conhecimento acerca do HPV.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos alunos das escolas EM Domingos Gonçalves Gomes e EM Professor Luiz Cavallon, Campo Grande, 2022

| <b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS</b> |               |                                             |               |
|-------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------|---------------|
| <b>Cor/Raça</b>                                       |               | <b>Renda familiar (em salários-mínimos)</b> |               |
|                                                       | <b>% (Nº)</b> |                                             | <b>% (Nº)</b> |
| Parda                                                 | 54,1 (105)    | Entre 1 e 3 salários                        | 41,8 (81)     |
| Branca                                                | 35,6 (69)     | Não soube responder                         | 28,9 (56)     |
| Preta                                                 | 8,2 (16)      | Entre 3 e 5 salários                        | 14,4 (28)     |
| Amarela                                               | 1,5 (03)      | Mais de 5 salários                          | 9,3 (18)      |
| Indígena                                              | 0,5 (01)      | Menos de 1 salário                          | 5,7 (11)      |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                            |               | <b>Escolaridade do pai</b>                  |               |
|                                                       | <b>% (Nº)</b> |                                             | <b>% (Nº)</b> |
| Ensino Médio                                          | 37,6 (73)     | Não soube responder                         | 38,1 (74)     |
| Ensino Fundamental                                    | 23,7 (46)     | Ensino Fundamental                          | 24,7 (48)     |
| Não soube responder                                   | 19,1 (37)     | Ensino Médio                                | 22,7 (44)     |
| Ensino Superior                                       | 17,5 (34)     | Ensino Superior                             | 12,9 (25)     |
| Pós-graduação                                         | 1,0 (02)      | Pós-graduação                               | 1,0 (02)      |
| Alfabetizado                                          | 0,5 (01)      | Alfabetizado                                | 0,5 (01)      |
| Analfabeto                                            | 0,5 (01)      | Analfabeto                                  | 0,0 (00)      |
| <b>Moram na mesma casa</b>                            |               | <b>Quantidade de irmãos</b>                 |               |
|                                                       | <b>% (Nº)</b> |                                             | <b>% (Nº)</b> |
| 5 ou mais pessoas                                     | 40,2 (78)     | 2 irmãos                                    | 28,4 (55)     |
| 4 pessoas                                             | 30,9 (60)     | 1 irmão                                     | 27,8 (54)     |
| 3 pessoas                                             | 22,7 (44)     | Não tenho irmãos                            | 12,4 (24)     |
| 2 pessoas                                             | 3,2 (12)      | 3 irmãos                                    | 12,4 (24)     |
| <b>Saneamento Básico</b>                              |               | 5 ou mais irmãos                            | 9,8 (19)      |
|                                                       | <b>% (Nº)</b> | 4 irmãos                                    | 9,3 (18)      |
| Água tratada                                          | 97,9 (190)    |                                             |               |
| Coleta de lixo                                        | 97,9 (190)    |                                             |               |
| Rede de esgoto                                        | 92,8 (180)    |                                             |               |
| Não soube responder                                   | 2,1 (04)      |                                             |               |

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

Quando perguntado aos alunos se sabiam o que é colo uterino, a maioria negou (73,2%, N=142). Com relação ao exame colpocitológico, 84% (N=163) relatou não conhecer a finalidade do exame (Tabela 2). Quase 40% não sabem que o HPV é uma IST. A falta de conhecimento pela maioria dos adolescentes sobre as vias de transmissão do HPV, diferentes do contato sexual, como pele, mucosa da boca e até mesmo por fômites, não apresentou distinção significativa entre as séries. Não houve associação entre a resposta do aluno sobre ter se vacinado ou não e as variáveis escola, série, sexo, raça, renda e escolaridade dos pais.

**Tabela 2.** Níveis de conhecimento acerca da infecção por HPV entre os alunos das escolas participantes EM Domingos Gonçalves Gomes e EM Professor Luiz Cavallon, Campo Grande/MS, 2022

| <b>NÍVEIS DE CONHECIMENTOS SOBRE O HPV</b>                           |               |               |                 |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-----------------|
|                                                                      | <b>SIM</b>    | <b>NÃO</b>    | <b>NÃO SABE</b> |
|                                                                      | <b>% (Nº)</b> | <b>% (Nº)</b> | <b>% (Nº)</b>   |
| Você sabe se a infecção por HPV causa doença?                        | 76,8 (149)    | 23,2 (45)     | —               |
| Você acha que o HPV pode estar relacionado com algum tipo de câncer? | 61,3 (119)    | 19,6 (38)     | 19,1 (37)       |
| Você sabe se a infecção por HPV tem tratamento                       | 80,4 (156)    | 5,7 (11)      | 13,9 (27)       |
| <b>Transmissão do HPV</b>                                            |               |               |                 |
|                                                                      | <b>% (Nº)</b> |               |                 |
| Contato íntimo genital                                               | 61,9 (120)    |               |                 |
| Contato íntimo pela boca                                             | 35,6 (69)     |               |                 |
| Roupas íntimas, banho de piscina                                     | 33,0 (64)     |               |                 |
| Transfusão sanguínea                                                 | 27,3 (53)     |               |                 |
| Não sabe                                                             | 21,6 (42)     |               |                 |
| Contato com a pele                                                   | 20,1 (39)     |               |                 |

| <b>Sintomas relacionados ao HPV</b>              |               |
|--------------------------------------------------|---------------|
|                                                  | <b>% (Nº)</b> |
| Ardência, dor                                    | 57,7 (112)    |
| Sangramento                                      | 37,1 (72)     |
| Verrugas genitais                                | 34,5 (67)     |
| Cansaço                                          | 33,0 (64)     |
| Perda de apetite                                 | 28,9 (56)     |
| Corrimento                                       | 28,4 (55)     |
| Não sei                                          | 23,7 (46)     |
| Não tem sintomas                                 | 0,5 (01)      |
| <b>Como prevenir o câncer de colo do útero</b>   |               |
|                                                  | <b>% (Nº)</b> |
| Vacinação contra o HPV                           | 69,6 (135)    |
| Exame preventivo do colo uterino                 | 58,8 (114)    |
| Não compartilhar itens de higiene pessoal        | 54,6 (106)    |
| Não sei                                          | 14,4 (28)     |
| Outras formas                                    | 10,3 (20)     |
| <b>Onde adquiriu conhecimentos acerca do HPV</b> |               |
|                                                  | <b>% (Nº)</b> |
| Na televisão                                     | 36,1 (70)     |
| Nunca tinha ouvido falar                         | 32,5 (63)     |
| Com amigos ou familiares                         | 30,9 (60)     |
| Redes sociais, internet                          | 20,6 (40)     |
| Na escola                                        | 16,5 (32)     |
| Com médicos ou enfermeiros                       | 16,0 (31)     |
| Outro lugar                                      | 5,2 (10)      |

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

As maiores fontes de informação sobre o HPV foram a televisão e as redes sociais (Tabela 3), contudo, a parcela relacionada ao papel da escola foi mencionada por 16,5% dos participantes. Quando consultados os dados do sistema e-SUS e carteiras de vacinação, foi observada uma cobertura vacinal superior àquela

relatada pelos alunos durante as entrevistas, concluindo que muitos deles estavam vacinados e não sabiam. Entre os alunos, 62,3% (N=121) estavam vacinados com pelo menos uma dose. Dentre os vacinados, 65,3% (N=79) receberam duas doses, e 34,7% (N=42) receberam uma dose.

Dentre os 121 vacinados com pelo menos uma dose, a maior parte estava no 6º ano (N=35, com cobertura de 62,5%), seguidos pelo 7º ano (N=33, com cobertura de 63,5%), 8º ano (N=32, com cobertura de 71,1%) e o 9º ano (N=21), com menos participantes vacinados, o que gera preocupação, pois, apesar de ser a série com menos participantes, totalizou uma taxa de cobertura de 51,2% entre seus alunos. Este dado é preocupante, pois esses alunos estavam na última faixa etária de contemplação da vacina pelo SUS ou até mesmo já perderam a oportunidade devido à distorção idade-série.

**Tabela 3.** Níveis de conhecimento acerca da vacina contra o HPV e distribuição dos participantes segundo o status vacinal nas escolas participantes EM Domingos Gonçalves Gomes e EM Professor Luiz Cavallon, Campo Grande/MS, 2022

| VACINA CONTRA O HPV                                                                                            |            |           |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-----------|
|                                                                                                                | SIM        | NÃO       | NÃO SABE  |
|                                                                                                                | % (Nº)     | % (Nº)    | % (Nº)    |
| Você sabia que existe vacina contra o HPV?                                                                     | 84,5 (64)  | 15,5 (30) | -         |
| Você acha que essa vacina é importante?                                                                        | 89,7 (174) | -         | 10,3 (20) |
| Você sabia que esta vacina está disponível gratuitamente para adolescentes na sua faixa etária até os 14 anos? | 57,7 (112) | 42,3 (82) | -         |
| Você já tomou a vacina contra o HPV?                                                                           | 49,0 (95)  | 38,7 (75) | 12,4 (24) |

| <b>Status vacinal</b>                                    |                             |                                                           |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                          | <b>Informado pelo aluno</b> | <b>Confirmado via sistema E-SUS ou carteira vacinação</b> |
|                                                          | <b>% (Nº)</b>               | <b>% (Nº)</b>                                             |
| Não tomei nenhuma dose                                   | 41,2 (80)                   | 32,5 (63)                                                 |
| Duas doses                                               | 25,3 (49)                   | 40,7 (79)                                                 |
| Uma dose                                                 | 19,1 (37)                   | 21,6 (42)                                                 |
| Não sei quantas doses/sem dados                          | 14,4 (28)                   | 5,2 (10)                                                  |
| <b>Motivos de não ter completado o ciclo vacinal*</b>    |                             |                                                           |
|                                                          | <b>% (Nº)</b>               |                                                           |
| Não conseguiu retornar à unidade de saúde                | 32,6 (14)                   |                                                           |
| Esqueceu a data marcada                                  | 30,2 (13)                   |                                                           |
| A família achou que não fosse necessário                 | 4,6 (02)                    |                                                           |
| Outro motivo                                             | 32,6 (14)                   |                                                           |
| <b>Motivos de não ter se vacinado*</b>                   |                             |                                                           |
|                                                          | <b>% (Nº)</b>               |                                                           |
| Não conhecia essa vacina                                 | 59,4 (66)                   |                                                           |
| Não tive como ir a unidade de saúde                      | 16,2 (18)                   |                                                           |
| Não sabia que meninos poderiam se vacinar                | 9,0 (10)                    |                                                           |
| Medo de injeção                                          | 9,0 (10)                    |                                                           |
| Medo dos efeitos colaterais                              | 5,4 (06)                    |                                                           |
| Meus pais não aceitaram me vacinar                       | 0,9 (01)                    |                                                           |
| <b>Motivo de recusa dos pais*</b>                        |                             |                                                           |
|                                                          | <b>% (Nº)</b>               |                                                           |
| Necessidade de conhecer melhor sobre o vírus e/ou vacina | 75,0 (06)                   |                                                           |
| Não sabem se a vacina é segura                           | 12,5 (01)                   |                                                           |
| Preocupação com os efeitos colaterais                    | 12,5 (01)                   |                                                           |
| Crença religiosa                                         | - -                         |                                                           |
| Outro motivo                                             | - -                         |                                                           |

\*Questões de resposta não obrigatória.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

O resultado das ações de vacinação foi a imunização de 79 alunos, 34 na EM Professor Luiz Cavallon e 45 na EM Domingos Gonçalves Gomes, sendo que 70,9% (N=56) receberam a primeira dose e 29,1% (N=23) receberam a segunda dose, refletindo que a maioria dos alunos nunca havia sido vacinado contra o HPV.

Analisando o impacto da ação de vacinação, foi verificado que na USF Jardim Botafogo, que possuiu uma média mensal de 19,7 doses em 2022, no mês de março de 2023, quando foi realizada a ação, foram administradas 57 doses, sendo 34 feitas pela ação na escola. Já na UBS Pioneira, com uma média mensal de 15,7 doses em 2022, foi possível administrar 45 doses durante a ação de um total de 49 doses no mês de abril de 2023 (E-SUS, 2023), concluindo que a quantidade de doses administradas foi praticamente triplicada.

O estudo contribuiu ainda para a elaboração de uma cartilha voltada para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destacando a importância deste profissional na busca ativa pelo adolescente não vacinado ou com esquema vacinal incompleto, para ser obtida uma maior adesão à vacinação.

## DISCUSSÃO

---

Diante dos objetivos propostos neste estudo, ressalta-se a importância do conhecimento entre os adolescentes sobre o HPV e da vacina contra esse vírus, para promover a adesão à vacinação e impactar positivamente na cobertura vacinal e, conseqüentemente, na prevenção do câncer de colo uterino. Neste estudo, foi possível afirmar que as meninas, os participantes de séries mais avançadas

e aqueles cuja mãe apresentava maior nível de escolaridade possuíam maior conhecimento acerca do HPV, confirmando que as mulheres normalmente demonstram maior interesse nas questões relacionadas à saúde.

Assim como em outros estudos, a maioria dos participantes relatou já ter ouvido falar sobre o HPV. Porém, 44,8% deles não sabiam dizer exatamente o que ele causava, não associando o termo HPV ao vírus que pode ocasionar câncer de colo uterino e verrugas (Farias; Paz, 2020; Pereira; Braga; Silva, 2017). Esses dados apontam para a necessidade de estratégias que promovam o conhecimento entre os adolescentes, considerando que a maioria das infecções por HPV é assintomática e pode permanecer em latência por um longo período.

Como em outras pesquisas, a maioria dos adolescentes reconhece como via de transmissão principal a via sexual através do contato íntimo genital (Goetz; Andrade, 2018; Silva *et al.*, 2018b); no entanto, embora não tenha sido avaliado comportamentos de risco neste estudo, outro estudo declara que os adolescentes se colocam em situação de vulnerabilidade à infecção e afirmam que o preservativo perde a utilidade quando há confiança e relacionamentos estáveis, baseando a prevenção da infecção pelo HPV e do câncer do colo do útero à prática de exames ginecológicos, que são formas de prevenção secundária (Van der Sand *et al.*, 2017).

No âmbito da profilaxia primária, embora o preservativo não garanta a proteção ideal, considerando a possibilidade de transmissão pelo contato com áreas expostas ou até mesmo por fômites, a baixa frequência de uso durante as relações sexuais

(Arruda; Miranda, 2022), somada à cobertura vacinal inadequada, leva a uma alta incidência de IST (Infecção Sexualmente Transmissível), câncer cervical ou outras lesões por HPV, bem como uma alta taxa de gestação na adolescência.

Assim como no estudo de Pereira, Fernandes e Carneiro (2021), as principais fontes de informação sobre o HPV foram a televisão e as redes sociais. Contudo, a parcela relacionada ao papel das instituições de ensino foi pouco mencionada, assim como nesta análise, em que apenas 16,5% dos participantes relataram ter adquirido conhecimentos gerais sobre o HPV na escola. No mesmo estudo, 55% dos alunos abordados afirmaram nunca ter estudado sobre o Papilomavírus humano na escola, enquanto 46% relataram ter ouvido falar da vacina no ambiente escolar. Em contrapartida, o estudo de Oliveira *et al.* (2020) descreve a escola e os profissionais de saúde como as principais fontes de informação confiável sobre HPV, o que sugere a necessidade de investimento em campanhas educativas e informação em ambientes escolares e de saúde, sobre principalmente os sintomas e as consequências da infecção (Ferreira *et al.*, 2020).

Sob esse prisma, além de conteúdos educativos na internet e na televisão, é necessário que outros canais de comunicação sejam disponibilizados com o objetivo de expandir o conhecimento sobre o HPV e a vacina, como ações nas escolas, nas unidades de saúde, durante consultas e visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde (ACS).

No estudo realizado por Moura e Teixeira (2019), o acesso às redes sociais também aparece entre os instrumentos no quais

o conhecimento sobre o HPV foi acessado, demonstrando uma nova possibilidade de democratização da educação em saúde. No entanto, é necessário atentar-se à divulgação de notícias falsas, chamadas *fake news*, que são empecilho para o aumento da cobertura vacinal do HPV, uma vez que questionam, sobretudo, a segurança da vacina.

Em um estudo denominado “Conhecimento e atitudes sobre o Papilomavírus humano e a vacinação”, (Silva *et al.*, 2018b) observaram que a maioria dos pesquisados ouviu falar da vacina contra o HPV. No estudo, questionou-se como seria possível incentivar outras pessoas a se vacinarem contra o HPV e, entre os relatos, as ações educativas foram citadas como estratégias eficazes, com destaque para atividades realizadas em ambientes escolares, envolvendo a participação dos pais ou responsáveis pelos menores. O objetivo seria ampliar o conhecimento e promover mudanças de comportamento que aumentem a adesão à imunização. Esse resultado corrobora a presente pesquisa ao evidenciar a lacuna de conhecimento sobre a temática.

Em uma revisão integrativa a respeito da adesão à vacina contra o HPV entre os adolescentes, Carvalho *et al.* (2019) apontam a necessidade de reformular a estratégia de apresentação da vacina, pois, quando relacionada à proteção contra uma IST, dificulta a adesão. Isso ocorre porque os pais cercam de cuidados os adolescentes de 10 a 14 anos, tornando desafiadora a abordagem de assuntos relacionados à sexualidade com os filhos, já que os consideram precoces para a iniciação sexual e, muitas vezes, deixam de vaciná-los por não quererem estimular tal atitude.

É essencial que seja disponibilizado conhecimento sobre o HPV e a imunização para lidar com os questionamentos e anseios tanto dos pais quanto dos alunos. É necessário que a vacina seja oferecida aos adolescentes como qualquer outra vacina, investindo na oferta de informações que promovam a desvinculação da vacinação com o início da vida sexual, uma associação que frequentemente gera preocupação nos pais. Deve-se reforçar a importância da vacinação nessa faixa etária devido à melhor resposta imunológica e ao fato de ainda não ter havido contato com o vírus.

A estratégia de regionalização, a partir de microplanejamento adotado pelo Ministério da Saúde com o lançamento do “Movimento Nacional pela Vacinação” em 2023, visou buscar soluções viáveis para a realidade de cada local, com adaptações conforme a população, a estrutura de saúde, a realidade socioeconômica e geográfica, estabelecendo estratégias como a vacinação nas escolas, a ampliação do horário das salas de imunização e a busca ativa de não vacinados.

Diante disso, devemos ressaltar a importância do ACS no acesso aos adolescentes que não estão na escola. Da mesma forma, todos os profissionais e equipes da ESF devem atuar para desfazer conceitos equivocados e agir como multiplicadores de educação em saúde para a população assistida na unidade.

Com o objetivo de contribuir para a redução das taxas de infecção por HPV e, conseqüentemente, do câncer de colo uterino, propõe-se o desenvolvimento de atividades educativas ancoradas nos princípios da educação popular e permanente, fundamentadas na escuta ativa do outro e de si mesmo, assegurando que os indivíduos sejam protagonistas do processo educativo.

É indispensável sensibilizar o parceiro sexual para o tratamento das IST, compartilhar conhecimento com os usuários dos serviços de saúde e garantir que ambientes como domicílios, escolas e unidades de saúde sejam adequados a processos pedagógicos livres de restrições. Esses espaços devem favorecer a superação de tabus, medos e vergonhas. Nessa perspectiva, é essencial desenvolver tecnologias leves e dinâmicas, alinhadas ao mundo tecnológico, que sejam atrativas e capazes de atender às demandas de adolescentes e jovens (Van Der Sand *et al.*, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Em comprimento aos objetivos propostos, observa-se que os dados sociodemográficos e econômicos dos estudantes indicaram que a maioria dos participantes era composta por meninas, de cor de pele parda, com mães cuja escolaridade não ultrapassava o ensino médio. A renda familiar predominante estava entre 1 e 3 salários-mínimos, com famílias morando com 5 ou mais pessoas na mesma casa, dois irmãos, e acesso a saneamento básico.

Houve um déficit de conhecimento identificado, já que, embora a maioria dos participantes tenha ouvido falar sobre o HPV, grande parte dos adolescentes não soube afirmar que o HPV é um tipo de vírus capaz de desencadear o câncer de colo uterino. Muitos desconheciam as formas de transmissão que vão além do contato íntimo genital, as manifestações clínicas, como verrugas, e a disponibilidade da vacina oferecida gratuitamente pelo SUS para meninos e meninas de 9 a 14 anos. É importante destacar que os adolescentes demonstraram baixa

percepção sobre a importância da vacinação e as vulnerabilidades às quais podem estar sujeitos no futuro.

Adicionalmente, não foram identificadas diferenças significativas no nível de conhecimento sobre o tema entre as escolas selecionadas para a pesquisa. Também foi possível avaliar os dados de cobertura vacinal dos participantes, que apresentaram valores próximos aos dados registrados no município e no país. Muitos adolescentes vacinados relataram não estar cientes de sua vacinação, afirmando que ela havia sido recomendada ou até mesmo exigida pelos pais, sem compreenderem a real finalidade da vacina.

A conscientização dos estudantes sobre os fatores relacionados à infecção pelo HPV e à importância da vacina foi promovida por meio de palestras realizadas em sala de aula. Essas ações beneficiaram não apenas os participantes da pesquisa, mas também todos os alunos presentes.

Por meio da ação de vacinação nas escolas, realizada em parceria com unidades de saúde, foi possível vacinar estudantes que ainda não haviam recebido a vacina ou que apresentavam esquema vacinal incompleto. Essa iniciativa permitiu alcançar adolescentes que, de outra forma, poderiam ter perdido a oportunidade de se vacinar gratuitamente, considerando que um dos motivos citados para a não vacinação é a dificuldade de se deslocar até uma unidade de saúde.

Ficou evidente a limitação das informações repassadas aos adolescentes sobre o HPV, reforçando a necessidade de políticas públicas e ações de educação em saúde mais eficazes. Essas ações devem envolver não apenas os adolescentes, mas também seus pais, utilizando estratégias que despertem o interesse dos jovens pelo tema.

É necessário serem intensificadas as ações que aproximem as unidades de saúde das escolas, tanto em ações de educação em saúde quanto na disponibilização de vacinas nas escolas, pois fica claro que a cobertura vacinal será dificilmente alcançada sem a participação das escolas. Um aumento na cobertura vacinal seria capaz de promover queda nos índices de incidência e de mortalidade por câncer de colo de útero, confluindo para a existência de uma geração futura livre desta doença.

## REFERÊNCIAS

---

ARRUDA, S. S.; MIRANDA, J. S. Vida sexual e HPV: avaliação do nível de conhecimento de um grupo de estudantes da rede pública de ensino de Miracema (RJ). **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, mar. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26521>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26521/23549>. Acesso em: 05 maio 2023.

CARVALHO, A. M. C.; ANDRADE, E. M. L. R.; NOGUEIRA, L. T.; ARAÚJO, T. M. E. Adesão à vacina HPV entre os adolescentes: revisão integrativa. **Texto & Contexto: Enfermagem**, v. 28, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0257>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/LxgbWPXJyD8ZCSGwhMbtZRw>. Acesso em: 06 maio 2023.

CARVALHO, N. S.; SILVA, R. J. C.; DO VAL, I. C.; BAZZO, M. L.; SILVEIRA, M. F. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. spe1, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100014.esp1>. Acesso em: 11 jan. 2023.

E-SUS. **Sistema Estratégia e-SUS Atenção Primária**. Disponível em: <http://esus.campogrande.ms.gov.br:8080/>. Acesso em: 08 maio 2023.

FARIAS, M. A.; PAZ, M. C. F. Imunização contra o vírus HPV: análise situacional em escolares de Campina Grande – PB. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5174>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5174/4463>. Acesso em: 05 maio 2023.

FERREIRA, H. L. O. C.; SIQUEIRA, C. M.; TAVARES, T. M. C. L.; BEZERRA, R. L.; SOARES, P. R. A. L.; RIBEIRO, S. G.; PINHEIRO, A. K. B. Conhecimento e

atitude de adolescentes sobre a vacinação contra HPV. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9045>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9045/8003>. Acesso em: 06 maio 2023.

GOETZ, E.; ANDRADE, V. R. M. Conhecimento e adesão de crianças e adolescentes à vacina contra o Papilomavírus humano. **Vivências**, v. 14, n. 26, p. 110-121, maio 2018. Disponível em: [http://www2.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero\\_026/artigos/pdf/Artigo\\_09.pdf](http://www2.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_026/artigos/pdf/Artigo_09.pdf). Acesso em: 06 maio 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Perguntas frequentes: HPV**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/hpv?page=1>. Acesso em: 26 mar. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Dados e números sobre câncer do colo do útero**: Relatório Anual 2023. Rio de Janeiro: INCA, nov. 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-do-colo-do-utero-relatorio-anual-2023>. Acesso em: 11 ago. 2024.

MEDRADO, K. S.; SANTOS, M. O.; MORAES FILHO, A. V. Papilomavírus humano (HPV): Revisão Bibliográfica. **Revista Saúde & Ciência em Ação**, v. 3, n. 2, 2017. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/350>. Acesso em: 11 jan. 2023.

MOURA, A. B. F.; TEIXEIRA, A., B. Avaliação do conhecimento e adesão de estudantes à vacina HPV em uma escola pública no interior do Ceará. **Cadernos Escola de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 67-74, 2019. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/170/164>. Acesso em: 05 maio 2023.

OLIVEIRA, M. S. F.; SORPRESO, I. C. E.; ZUCHELO, L. T. S.; SILVA, A. T. M.; GOMES, J. M.; SILVA, B. K. R.; ABREU, L. C.; WAJNSZTEJN, R. Knowledge and acceptability of HPV vaccine among HPV-vaccinated and unvaccinated adolescents at Western Amazon. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 8, p. 1062-1069, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.8.1062>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/frSQVGkjnXsxsbtTtG5ByqNB/?lang=en#>. Acesso em: 05 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **HPV e câncer do colo do útero**. OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 20 abr. 2023.

PEREIRA, J. F. O.; FERNANDES, Q. H. R. F.; CARNEIRO, R. T. O. Baixa adesão ao esquema vacinal anti-HPV por crianças e adolescentes. **REFACS**, v. 9, n. 4, p. 870-879, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i4.5026>. Disponível

em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/5026/5693>. Acesso em: 05 maio 2023.

RAMOS, A. S. M.; LEAL, L. R. F.; ALMEIDA, H. F. R.; LIMA, F. F.; SOUZA, I. B. J.; ROCHA, F. C. G. Papilomavírus humano: fatores que interferem na adesão dos adolescentes à vacinação. **Revista Interdisciplinar**, v. 11, n. 3, p. 114-122, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763763>. Acesso em: 17 mar. 2023.

SILVA, C. H. M.; LIMA, M. I. M.; LODI, C. T. C.; MELO, V. H. **Patologia do trato genital inferior e colposcopia**. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2018a.

SILVA, P. M. C.; SILVA, I. M. B.; INTERAMINENSE, I. N. C. S.; LINHARES, F. M. P., SERRANO, S. Q.; PONTES, C. M. Knowledge and attitudes about human papillomavirus and vaccination. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, 2018b. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0390>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/R4HvzH5Lsx76nv3jNN4S4VC/?lang=en#>. Acesso em: 06 maio 2023.

VAN DER SAND, I. C. P.; TORQUETTI, J. A.; CABRAL, F. B.; ARBOIT, E. L. Papilloma Virus humano na perspectiva da promoção da saúde: revisão narrativa. **Inova Saúde**, v. 6, n. 1, p. 64-92, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18616/is.v6i1.3323>. Disponível em: <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3323>. Acesso em: 30 maio 2023.



# PROCESSO DE GESTÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVATES

Andreas Rucks Varvaki Rados  
Maurício Fernando Nunes Teixeira  
Beatriz Dornelles Fraga  
Carine Weber Pires  
Victório Poletto Neto  
João Augusto Peixoto de Oliveira

## INTRODUÇÃO

---

A formação em Odontologia no Brasil, historicamente, teve um aspecto de suprimento de necessidades curativas da coroa portuguesa. O cuidado odontológico, inicialmente, era realizado por barbeiros-cirurgiões, que foram se especializando à medida que cursos de formação começaram a ser estruturados na Bahia e no Rio de Janeiro. O aspecto prático sempre recebeu maior destaque, incluindo o acompanhamento clínico de profissionais como parte integrante das atividades previstas no processo de formação (Pereira, 2012).

A última atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Graduação em Odontologia (2021) determina que, ao menos, 20% da carga horária total do curso seja composta por estágios curriculares obrigatórios. Esse documento também enfatiza a articulação entre o curso e a rede de serviços

do Sistema Único de Saúde (SUS) local, onde a Instituição de Ensino Superior (IES) está inserida. As atividades realizadas nos serviços têm como objetivo proporcionar cenários de prática que se aproximem da realidade, nos quais os estudantes devem desenvolver as habilidades e competências previstas.

Um dos desafios decorrentes dessas necessidades é o elevado número de cursos que demandam estágios ou práticas no SUS. Atualmente, existem no Brasil mais de 600 cursos de graduação em Odontologia. Muitos desses cursos possuem pouca ou nenhuma conexão com a rede de saúde, devido ao grande número de IES que buscam locais para práticas e à estrutura nem sempre adequada ou receptiva da rede para receber estudantes (Morita, 2021). No Vale do Taquari, região de saúde onde se encontra a Universidade do Vale do Taquari – Univates, além desta, há apenas a oferta de cursos de ensino superior à distância, o que favoreceu a articulação do curso presencial com a rede de serviços.

Entre as alternativas utilizadas, com diferentes graus de frequência, destacam-se visitas pontuais a serviços de saúde, estágios concentrados no SUS em períodos específicos da formação ou inserções distribuídas ao longo dos semestres, como ocorre na Univates.

O objetivo deste texto é inventariar fatos, percepções e resultados de um grupo de professores ao implementar os estágios curriculares obrigatórios no curso de Odontologia da Univates, bem como descrever algumas das articulações realizadas. Essas articulações incluem a implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) regional, projetos de pesquisa desenvolvidos

em parceria com a gestão de saúde de Lajeado e as percepções de uma egressa que atua na Atenção Primária em Saúde da região.

## A REALIDADE LOCAL – O VALE DO TAQUARI

---

O Vale do Taquari é uma região localizada no estado do Rio Grande do Sul, próxima a Porto Alegre (aproximadamente 100 km de distância), com uma economia diversificada, destacando-se nos setores de serviços e indústria de alimentos. A região abriga cerca de 380 mil habitantes (IBGE, 2024). Geograficamente, possui uma bacia hidrográfica relevante, tendo o rio Taquari como o principal curso d'água da região.

A Universidade do Vale do Taquari – Univates foi fundada a partir do movimento de um grupo de atores locais na década de 1970, com o objetivo de qualificar o quadro de profissionais das empresas e formar professores para atuar na rede de educação municipal. Inicialmente, a Universidade de Caxias do Sul (UCS) ofereceu suporte, com o campus localizado em Lajeado sendo uma extensão da sede na Serra Gaúcha.

Com o passar do tempo e o desenvolvimento observado na região, houve a expansão do número de cursos oferecidos e a busca por estabelecer uma instituição independente, com objetivos e valores próprios. Durante esse processo, verificou-se uma ampliação significativa do espaço físico do campus, acompanhada por um aumento no número de estudantes, professores e técnico-administrativos. No início da década de 2010, a universidade alcançou mais de 10 mil alunos matriculados (Rosseti, 2019).

Entre 2014 e 2017, a área da saúde da Univates promoveu intensos debates sobre os currículos de seus cursos, com o objetivo de capacitar professores para implementar Metodologias Ativas no processo de ensino-aprendizagem. Esses fóruns ocorreram ao longo de seis semestres consecutivos, contando com a participação de 40 docentes e a mediação do Núcleo de Apoio Pedagógico da instituição.

Os resultados desse processo demonstraram que, a partir das discussões sobre novas metodologias de ensino e o perfil do egresso previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da Saúde, houve uma (re)construção dos Projetos Pedagógicos. Essa reformulação buscou uma formação interdisciplinar, compartilhada e integral, fortalecendo a relação com a rede regional de saúde (Grave, 2017).

## O CURSO DE ODONTOLOGIA

---

As primeiras ações de implantação do curso de Odontologia foram iniciadas em 2012, com estudos e planejamentos conduzidos por um professor que atuava no curso técnico de ASB já existente na instituição. A primeira turma foi matriculada em julho de 2015, enquanto os primeiros estágios ocorreram apenas em 2018. Desde o início, houve esforços para articular as atividades do curso com a rede de serviços de saúde regional.

A proposta inicial do curso previa que os estágios curriculares fossem integrados ao eixo de Educação Permanente, componente curricular destinado a introduzir os estudantes nos cenários de prática ao longo de seis dos dez semestres da

formação. As atividades desse eixo tinham como objetivo alocar os estudantes em campos de prática para reconhecerem a importância da Odontologia na rede de serviços de saúde e promoverem a articulação entre saberes teóricos e práticos.

Desde a sua implementação, o curso contou com o envolvimento das esferas de controle social. Autorizações foram obtidas em âmbitos local e regional, tanto para a implantação do curso quanto para a abertura do serviço-escola e o estabelecimento de futuras parcerias, como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), vinculado à Clínica de Odontologia Ampliada.

Os cursos da área da saúde, por meio da articulação entre professores de saúde coletiva e gestores regionais, elaboraram o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Esse documento foi fundamental para formalizar ações e contrapartidas entre as partes, facilitando a confecção de documentos e seguros trabalhistas, conforme previsto na Lei de Estágios (Brasil, 2011). Inicialmente, pensou-se que a dispersão dos estudantes pelos seus municípios de origem seria bem aceita, dada a qualificação que poderiam oferecer aos serviços de saúde. No entanto, essa percepção mostrou-se divergente da realidade vivenciada em alguns convênios municipais.

A partir do quinto módulo, os estudantes começaram a ser inseridos nas unidades de saúde, majoritariamente no município de Lajeado, sede da Univates e maior município do Vale do Taquari. Mediante interesse do estudante e viabilidade, outros municípios também poderiam ser concedentes. Seguindo as recomendações do Conselho Federal de Odontologia (CFO) (Brasil, 2005), os estudantes

ingressaram como estagiários no quinto módulo, cumprindo uma carga horária semanal de quatro horas durante 15 semanas letivas. Inicialmente, o foco era o reconhecimento do território como espaço de saúde multiprofissional, com o desempenho gradual de atividades clínicas, fortalecendo a autonomia e a confiança mútua.

Na prática, sobretudo no início, observava-se que muitos profissionais preceptores possuíam pouca interação com o restante da equipe e enfrentavam dificuldades em orientar os estudantes conforme a proposta de territorialização na área adscrita.

Os estudantes do curso de Odontologia podem permanecer nas unidades de saúde do quinto ao oitavo módulo, seja em seus municípios de origem ou em Lajeado. A proposta prevê que cada estudante permaneça no máximo dois semestres na mesma unidade, vivenciando diferentes realidades. No quinto módulo, o enfoque está na territorialização da unidade; no sexto, o estudante realiza um diagnóstico situacional da Unidade de Saúde. Já no sétimo e oitavo semestres, as práticas são realizadas mais proximamente aos dentistas, permitindo a execução de tratamentos odontológicos sob supervisão. Nessas etapas, também se prevê a proposição e execução de um projeto de intervenção no local de estágio.

A partir do oitavo semestre, os estágios são realizados na Clínica de Odontologia Ampliada (COAm), com supervisão de dentistas contratados pela universidade. Nessa fase, os estudantes ganham maior autonomia e atuam em casos de média e alta complexidade. No nono módulo, além da carga horária intramuros, são previstas atividades em serviços especializados, como o Centro de Especialidades Odontológicas, a Fundação para

Correção de Deformidades Craniofaciais (FUNDEF) e hospitais da região, incluindo o Hospital Bruno Born, Estrela e São José. Esses locais contam com profissionais da área de Odontologia que supervisionam os estagiários.

Na atenção secundária e terciária, os estudantes atuam em serviços de Odontologia Hospitalar, Centros de Tratamento Intensivo, internações ambulatoriais e serviços de Oncologia, onde lidam com complicações provenientes de tratamentos oncológicos e pacientes em cuidados paliativos. Essas experiências têm sido desafiadoras, especialmente em relação à alocação de profissionais e à articulação entre os diferentes serviços hospitalares e as práticas previstas no currículo.

## PRINCIPAIS RESULTADOS

---

Dentre as ações realizadas que merecem destaque, a articulação entre os municípios da região e a Universidade, por meio de estágios, gestão de recursos humanos e capacitações, promoveu e continua promovendo o desenvolvimento das competências previstas para os profissionais de saúde que atuam na região.

Em 2017, quando as atividades de estágio junto à rede começaram, acreditávamos que nossa chegada seria facilmente aceita, o que não se confirmou em sua totalidade. Houve resistências por parte de algumas equipes de saúde bucal, enquanto outras demonstraram boa receptividade. Apesar da prerrogativa de supervisão garantida em lei, alguns profissionais resistiram a receber os estagiários em seus locais de trabalho, alegando que essa atribuição não constava

em seus contratos. No entanto, a partir de 2018, quando a fundação responsável pela universidade passou a gerenciar os recursos humanos da área da saúde, a articulação entre os dentistas da rede tornou-se mais eficiente, pois o processo seletivo passou a incluir a supervisão de estagiários como uma das atribuições previstas para os novos contratados. Além disso, reuniões semestrais passaram a ser realizadas entre a equipe de professores e os dentistas da rede de saúde, fortalecendo essa articulação e promovendo trocas entre os profissionais e a academia.

É importante destacar algumas experiências exitosas em municípios próximos, como Teutônia, onde os estudantes têm atuado em diversas unidades de saúde e desenvolvido ações em unidades, escolas e em iniciativas coletivas, promovendo uma maior integração com a equipe e a comunidade. Já Lajeado, por ser o município sede da instituição e o de maior porte na região, absorve grande parte dos estagiários do curso. No entanto, também enfrentamos alguns desacertos entre estagiários e equipes de saúde em Lajeado e outros municípios, o que exigiu a troca de unidades de saúde para que os estudantes pudessem concluir suas atividades ao longo do tempo. Mudanças nas gestões municipais também representaram desafios adicionais para a articulação entre as instituições.

Com a consolidação de Lajeado como principal campo de estágio, foi possível aprofundar as interações entre a rede de serviços e o curso de Odontologia. Nos últimos três anos, diversas capacitações foram oferecidas aos profissionais da rede, ministradas por professores do curso, com base em demandas apresentadas pelos próprios preceptores e auxiliares. Recentemente, o curso

tem se envolvido em uma demanda da gestão municipal voltada à identificação das principais causas de absenteísmo em consultas odontológicas, na qual estudantes do oitavo módulo têm conduzido entrevistas com usuários faltantes.

Conforme o curso formou seus primeiros graduados, observamos a inserção de alguns desses profissionais na rede de serviços regional. Percebe-se um engajamento com as realidades das equipes, em maior ou menor grau. Também foi possível notar uma aproximação maior com os estagiários, uma vez que a universidade de origem é a mesma, o que invariavelmente gera uma identificação maior entre preceptores e estagiários.

O fato de os estudantes do curso passarem quatro semestres atuando em diferentes locais da rede de saúde gera identificações e afinidades que perduram após o término da formação. Não raro, preceptores convidam seus estagiários para parcerias profissionais. Também temos observado um crescimento no número de preceptores que são egressos da instituição. Ainda que seja baixo o número de egressos em programas de residência multiprofissional, ele existe e tem contribuído para a escolha desses profissionais para ocuparem postos de trabalho junto ao SUS.

Para ilustrar esse ponto, trazemos percepções de uma colega que se formou na Univates e atualmente é dentista da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de seu município de origem:

*Sou formada pela Universidade do Vale do Taquari (Univates) desde janeiro de 2023, e atualmente trabalho na ESF Triângulo do município de Guaporé, a qual resido com minha família desde 2011. Entre os anos de 2020 até 2023, por conta do curso, permanecia nos dias úteis na cidade de Lajeado,*

90 km de distância. A ESF Triângulo é uma das sete ESFs que o município conta para atender seus 25.268 habitantes (IBGE, 2024) A área abrange uma população de classe média-baixa, muitos deles com pouca orientação sobre saúde, ainda menos sobre saúde bucal.

No quinto semestre do curso de Odontologia, no ano de 2020, ingressei pela primeira vez no estágio supervisionado na ESF que atualmente trabalho, pude conhecer as localidades, profissionais, demandas e criar vínculo com os moradores da área. Durante esse período pude vivenciar a realidade de funcionamento de uma ESF, conhecer seus processos e integrantes, ver como o trabalho interdisciplinar funciona e como cada um contribui para cada necessidade específica dos usuários. Além disso, pude conhecer o sistema utilizado pela cidade, sendo ele o Celk Saúde como uma plataforma que realiza a administração de todo o fluxo de trabalho de organizações de saúde públicas. Ter essa primeira experiência com ela no estágio foi de grande valia, pois hoje em dia a utilizo todos os dias.

A partir deste contato direto, decidi que além de trabalhar em clínicas, eu queria mais ainda, trabalhar na atenção primária à saúde, poder não só intervir quando necessário, mas poder promover a educação e prevenção em saúde bucal. Permaneci pelos outros dois semestres seguintes na cidade de Guaporé, mas realizei o estágio na ESF Central, onde tive mais contato com o secretário de saúde da época, demonstrando e conversando com ele desde aquele momento, sobre a minha intenção de trabalhar no município.

Após a conclusão do curso, mantive contato com o secretário e vice-prefeito da cidade, sempre me colocando à disposição caso fosse necessário, também busquei concursos públicos em outros municípios. Comecei a trabalhar em um consultório particular alugado, e em setembro obtive a

*oportunidade de ingressar como clínica geral em uma franquía que havia inaugurado a sua unidade a pouco tempo no município. Em novembro de 2023 fui convidada para uma reunião com o vice-prefeito, a dentista que tinha sido minha supervisora de estágio, havia passado em um concurso em outro município e deixaria uma vaga aberta para dentista, a qual fora oferecida para mim. Desde então atuo nos turnos da tarde na ESF Triângulo.*

*Na unidade possuímos uma agenda de quatro usuários diários mais dois horários de urgência por turno. Entretanto, dependendo do dia podemos atender até oito usuários por turno, caso busquem atendimentos de urgência. Também existem dias em que realizamos menos atendimentos, por desmarcação de consultas ou faltas. São realizados procedimentos de atenção primária em saúde bucal, realizamos consultas a domicílio, em casos específicos, principalmente quando o usuário possui algum problema de saúde que o impeça, ou seja muito difícil de se locomover até a Unidade de Saúde.*

*Além disso, também realizamos atividades da Rede Bem Cuidar, estratégia estadual para o fortalecimento da APS no estado. Esse ano voltado para o cuidado das gestantes. Realizamos revisão bucal, tanto para as gestantes quanto para os parceiros. Realizamos também um encontro com todas as gestantes da ESF Triângulo no mês de setembro para tirar dúvidas, orientar sobre higiene bucal, sobre amamentação, e também fornecer orientações sobre o controle da gengivite. Realizamos atividades em creches e escolas, ensinando sobre escovação dentária e realizando a mesma de forma supervisionada, e de revisão bucal e orientação aos pais que busquem atendimento odontológico para seus filhos quando necessário. Distribuímos kits de higiene bucal em creches, compostos por estojo, escova de dente, pasta de dente e fio dental e temos sempre escovas de dentes disponíveis no posto, caso alguém precise. Todas essas atividades foram vivenciadas no estágio.*

*Outra importante atividade realizada no município é a confecção de próteses dentárias, tanto parciais quanto totais, de forma gratuita para os moradores da cidade. As mesmas são realizadas por um dentista especialista que atua dois dias por semana durante meio turno na ESF Central. Como na cidade existem sete ESF, existe uma fila de espera grande, podendo chegar até 6 meses, devido à alta demanda, mas os encaminhamentos podem ser feitos em qualquer ESF por um dos dentistas atuantes nas mesmas.*

*Ainda existem muitas pessoas que não buscam atendimento, ou buscam de forma tardia, por também falta de informação acerca dos procedimentos realizados no posto de saúde, mas assim como na unidade, as agentes de saúde sempre orientam a vinda ao dentista, e no posto promovemos ações de cuidados e intervimos quando necessário.*

*Como já referi, atualmente a ESF faz parte da Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS), promovendo encontros que contribuam para promoção e educação em saúde, nesse ano (2024) focado principalmente em gestantes. Minha inserção precoce no estágio na Atenção Primária me fez perceber desde cedo a importância do Sistema Único de Saúde e sua capilaridade para toda a população. No semestre passado, recebi uma estagiária do curso que tivemos uma relação muito facilitada, visto que já tinha a experiência do curso.*

A partir das percepções descritas, é possível identificar a importância de incluir os estudantes precocemente na Rede de Saúde e orientar a construção de um perfil de egresso que se adapte às necessidades de saúde da população na área de abrangência do curso.

Também vale destacar a aproximação com o curso técnico em Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), oferecido pela própria universidade. O curso técnico contava com uma carga horária de 400 horas de estágio

supervisionado, que podia ser realizado dentro da instituição, junto à COAm. Durante o estágio, os estudantes acompanhavam a rotina da equipe de auxiliares da clínica, além de assistirem à realização de procedimentos com os estudantes do curso, vivenciando o trabalho a quatro mãos. Atualmente, há um laboratório de pré-clínica que conta com estagiários responsáveis pelo acompanhamento e pela vigilância do espaço, sob a supervisão de um docente do curso.

O serviço-escola, instituído em 2018, sempre buscou articular-se com a rede regional de serviços de saúde. Inicialmente, essa articulação foi feita por meio do Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Taquari (CONSISA) e, atualmente, com a implantação de um CEO Regional. A proposta do serviço é oferecer atendimentos nas especialidades de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Endodontia, Estomatologia, Periodontia e Atendimento a Pessoas com Deficiências. Esses atendimentos são realizados pelos estudantes, sob supervisão docente ou de preceptores, conforme a organização interna do serviço.

Considera-se que os procedimentos de caráter mais básico, como alguns casos de cirurgia, estomatologia, periodontia e atendimento a pessoas com deficiências, possam ser conduzidos por estudantes em início de trajetória clínica, enquanto os procedimentos mais complexos sejam geridos por estagiários em final de curso. No momento, há uma análise de riscos e demandas para melhor distribuir a casuística, evitando encaminhamentos internos desnecessários.

A atuação dos estudantes em hospitais e serviços especializados tem se mostrado profícua, apesar dos desafios. As experiências em serviços de atenção terciária proporcionam uma

compreensão mais detalhada das nuances entre os diferentes níveis de atenção, além de expor os estudantes às relações profissionais e de liderança existentes nesses ambientes. O contato com situações de final de vida é sempre algo marcante e chama a atenção dos estagiários. O desafio do trabalho em equipe também é evidente, revelando suas potencialidades e limitações. Apesar de eventuais mudanças, os preceptores locais costumam contribuir de maneira significativa para a formação acadêmica.

Ao final do segundo semestre de 2023, as coordenações de estágio e do curso de Odontologia da Univates se reuniram com os supervisores locais do município de Lajeado e com o secretário municipal de Saúde. Naquela ocasião, o secretário de Saúde levantou a questão do absenteísmo nos serviços de saúde do município, fato que suscitou a ideia de realizar uma pesquisa para auxiliar o município a tentar solucionar este problema.

No cenário da saúde pública, o absenteísmo emerge como um desafio recorrente que afeta diretamente a eficácia e a qualidade dos serviços oferecidos à comunidade (Farias *et al.*, 2020). No município de Lajeado, essa problemática se manifesta como um desafio significativo, afetando não apenas os recursos humanos e materiais disponíveis, mas também a efetividade dos programas de saúde pública e a satisfação dos usuários.

Diante desse contexto, propôs-se a implementação de um projeto de intervenção integrado, que visasse não apenas a compreensão sobre as causas e os impactos do absenteísmo nas unidades de saúde locais, como também desenvolver estratégias eficazes para sua atenuação e prevenção, promovendo, assim,

um cuidado mais integrado, acessível e centrado no usuário. Este projeto foi conduzido de forma colaborativa, envolvendo tanto estudantes quanto supervisores locais e acadêmicos, com o intuito de promover uma abordagem multidisciplinar e enriquecedora.

A colaboração entre estudantes e orientadores acadêmicos tem sido essencial para a construção de projetos de pesquisa abrangentes e sólidos. Os orientadores, que são professores do curso de Odontologia da Univates, desempenham a importante tarefa de orientar os estagiários, fornecendo suporte teórico e metodológico, além de direcionarem a revisão da literatura pertinente e a identificação de abordagens eficazes para o enfrentamento do problema. Por sua vez, os estudantes contribuem com suas experiências práticas adquiridas no local de estágio, qualificando a prestação dos serviços oferecidos, bem como fornecendo *insights* valiosos e sugestões para a elaboração da metodologia de pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A relação entre a universidade e a rede de serviços exige constante discussão e repactuação. Enquanto curso de graduação, buscamos promover esse diálogo de maneira acolhedora e atenta, considerando as demandas das diferentes realidades.

Instâncias universitárias, como a central de estágios, também integram a rede de articulação, seguindo regramentos específicos e demandando um paralelo equivalente no poder público. Essa articulação organiza as documentações e garante a proteção legal para todas as atividades previstas e realizadas.

As gestões municipais e os trabalhadores constituem partes fundamentais do processo de formação, tornando-o mais próximo e, por que não, imbricado com a realidade na qual os estudantes vivem. Apesar de eventuais dificuldades, como demissões de profissionais ou a realocação de estagiários, o estágio curricular obrigatório, por meio das vivências com diferentes realidades locais, possibilita a materialização de uma abordagem experiencial. Essa abordagem favorece aprendizagens significativas e qualifica os serviços de saúde, promovendo trocas enriquecedoras entre preceptores e estagiários.

## REFERÊNCIAS

---

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-63/2005. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF); 19/4/2005. Atualizada em julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior: Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021 [Internet]. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, ed. 115, p. 77, 2021 [Acesso em 10 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299>.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**. 2011.

FALEIRO, S. R. **Lendo memórias**: 50 anos de Ensino Superior no Vale do Taquari – história da Univates / Silvana Rossetti Faleiro – Lajeado: Univates, 2019.

FARIAS, C. M. L.; MORAES, L.; ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS NETO, E. T. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2239, 2020. DOI: 10.5712/rbmf15(42)2239. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/2239>. Acesso em: 3 nov. 2024.

GRAVE, M. T. Q.; SALDANHA, O. M. F. L.; KOETZ, L. C. E.; ROSA, L. R.; TEIXEIRA, M. F. N. Currículo integrado em saúde: construção coletiva a partir de fóruns de qualificação docente. In: **XVII Colóquio Internacional de Gestão Universitária**, 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

MORITA, M. C. *et al.* The unplanned and unequal expansion of Dentistry courses in Brazil from 1856 to 2020. **Brazilian Oral Research**, v. 35, p. e009, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-83242021000100208&lng=en &nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242021000100208&lng=en &nrm=iso). Acesso em 10 de outubro de 2024.

PEREIRA, W. Uma história da Odontologia no Brasil. **História e Perspectivas**, Uberlândia, n. 47, p. 147-173, jul./dez. 2012.



# ESTÁGIO DE GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA: EXPERIÊNCIAS DE SUPERVISORES E GRADUANDOS

Rosiane Pinheiro Rodrigues  
Alder Mourão de Sousa  
Andressa Vulcão da Silva  
Cíntia Maria Souza de Sá

## INTRODUÇÃO

---

A Saúde Coletiva constituiu-se, no Brasil, desde a década de 1970, como um campo inter e multidisciplinar. Sua configuração disciplinar como um campo próprio, diferenciado da tradicional Saúde Pública, deve-se à incorporação de saberes até então marginalizados na discussão sobre saúde, em particular – mas não exclusivamente – os das ciências sociais e humanas. Esse processo reúne, no interior de um único campo disciplinar, as ciências do homem e as ciências da natureza, conhecimentos que, tradicionalmente, eram vistos de forma separada no campo científico (Camargo Junior *et al.*, 2010).

O objeto da Saúde Coletiva situa-se nos limites entre o biológico e o social, na investigação sobre os determinantes da produção social da doença e da organização dos serviços de saúde, além do estudo da historicidade do saber e práticas frente aos determinantes (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014).

O surgimento de uma nova matéria no currículo mínimo do curso médico, proposta pela Reforma Universitária de

1968, está registrada em documentos oficiais. Nela, estavam incluídos conteúdos de epidemiologia, estatística, organização e administração sanitária, ciências sociais, entre outros. A incorporação desses conteúdos nos cursos de graduação dos profissionais de saúde teve início nos departamentos de Medicina Preventiva e em seus equivalentes nas graduações de Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Medicina Veterinária, entre outros (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014).

A graduação em Saúde Coletiva, no Brasil, é uma realidade desde 2008. A necessidade desta formação específica de sanitaristas foi um tema que se tornou relevante no campo da saúde no bojo do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (Paim, 2008). Tendo as primeiras turmas concluídas a partir de 2012 e seus egressos atuando em diferentes espaços públicos e políticos de administração, gestão e pesquisa (Gomes de Lorena *et al.*, 2016).

Os movimentos de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) impulsionaram mudanças significativas no sistema de saúde e na sua organização, provocando novas formas de conceber o campo da Saúde Coletiva a partir de seus saberes, práticas e no âmbito político. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se evidente a necessidade de profissionais qualificados para promover as mudanças que não foram plenamente alcançadas no processo da RSB. Nesse contexto, duas estratégias principais foram defendidas: o fortalecimento dos saberes e práticas da Saúde Coletiva nas diversas graduações da área da saúde e a criação de um novo curso universitário destinado à formação de profissionais voltados às questões sanitárias (Viana; Souza, 2018).

A formação de sanitaristas desde a graduação tornou-se essencial para responder aos desafios apontados pela RSB, abrangendo tanto as questões relacionadas ao campo da micropolítica do trabalho em saúde quanto à demanda por profissionais qualificados para atuar no planejamento e gestão, na execução de ações e serviços, e no uso de ferramentas como a epidemiologia e as ciências sociais. Essa formação adota uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, problematizando a realidade do território de maneira reflexiva e crítico-política, com vistas a repensar e implementar práticas de saúde voltadas para a coletividade (Viana; Souza, 2018).

Desde os anos 2000, esse debate vem sendo fortalecido em âmbito nacional e encontra-se em processo de construção na perspectiva amazônica, liderado por uma universidade pública estadual. Esse movimento visa formar sanitaristas com expertise em tomada de decisão e no desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas às necessidades da população e aos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, específicos do território amazônico. Assim, o ensino da Saúde Coletiva abrange uma crítica constante aos projetos de redefinição das práticas de saúde, que têm influenciado a reorganização dos conhecimentos no campo da saúde e a reformulação dos modelos de prestação de serviços (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014).

É relevante destacar, conforme Pereira e Carneiro (2019), a necessidade de uma análise aprofundada dos campos de estágio em Saúde Coletiva, uma vez que isso reflete diretamente no perfil real dos sanitaristas formados. Além disso, é importante avaliar

como a tríade que compõe essa formação está sendo desenvolvida para alcançar o perfil interdisciplinar desejado no contexto do SUS.

Na Universidade do Estado do Pará (UEPA), o Curso de Graduação em Saúde Coletiva foi criado em 2019 com o objetivo de formar sanitaristas em uma perspectiva inovadora. O curso é estruturado para desenvolver habilidades profissionais fundamentadas na tríade das ciências sociais, epidemiologia, gestão e planejamento, destacando-se como uma área de conhecimento interdisciplinar e intersetorial. Seu propósito é fortalecer o desenvolvimento de políticas públicas de saúde nos níveis federal, estadual, regional e municipal, por meio da atuação de seus egressos.

O curso busca, de forma especial, promover a construção da integralidade e da intersetorialidade nas atividades de coordenação, supervisão e matriciamento institucional de ações, estratégias, programas, serviços, sistemas e redes de saúde. Além disso, visa desenvolver competências voltadas ao fomento da participação social e da governança em saúde (Projeto, 2019).

Neste sentido, a proposta de Curso de Graduação em Saúde Coletiva, foi formulada tendo como base as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), conforme seu artigo 3º, em que diz que o Sanitarista:

Terá formação integral, crítica, reflexiva e ética, sob a perspectiva da integralidade na atenção à saúde, da participação popular e da descentralização político-administrativa, com capacidade para analisar e atuar em políticas e sistemas de saúde, em avaliação e monitoramento da situação de saúde, em vigilância da saúde, no controle de danos e riscos à saúde das populações, na planificação e gestão de sistemas e

serviços de saúde, com destaque ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde de que necessite, na educação e promoção da saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, com responsabilidade social, compromisso com a dignidade humana e fortalecimento da capacidade institucional do Sistema Único de Saúde (Conselho, 2017, p. 2).

Considerando o perfil traçado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação do profissional sanitário, foram programados dois momentos pedagógicos de estágio para o Bacharelado em Saúde Coletiva: o estágio curricular obrigatório I, em gestão em saúde, a ser realizado no 7º semestre, com carga horária de 400 horas; e o estágio curricular obrigatório II, em atenção à saúde/educação e saúde, a ser realizado no 8º semestre, também com carga horária de 400 horas, para um curso com duração de quatro anos (Curso, 2019).

O estágio em gestão tem como ementa:

Análise, formulação e implementação de políticas públicas e de interesse à saúde; planejamento, gestão e avaliação de sistemas, tecnologias, serviços de saúde; e gestão do trabalho na saúde (Curso, 2019, p. 53).

Este texto tem como objetivo relatar a experiência docente e discente no estágio supervisionado do curso de graduação em Saúde Coletiva de uma universidade pública no estado do Pará, destacando os desafios e os avanços no processo de ensino-aprendizagem. Além disso, busca refletir sobre a formação de sanitários voltada para as especificidades e demandas da região amazônica.

## DESENVOLVIMENTO

---

### DO PLANEJAMENTO AO INÍCIO DOS ESTÁGIOS

---

A experiência relatada neste texto ocorreu no semestre de 2022.2, com discentes do sétimo período do curso de graduação em Saúde Coletiva, sendo fruto da vivência de duas discentes e dois docentes responsáveis pela supervisão dos estágios em gestão em saúde, um componente obrigatório da grade curricular do referido curso.

Apesar de ser o sexto curso de graduação em Saúde Coletiva na Região Norte e o terceiro no estado do Pará, é o primeiro oferecido na capital. Sendo a primeira turma do curso, os desafios enfrentados foram significativos, incluindo a necessidade de desbravar o campo de estágio.

Nesse contexto, os desafios iniciais da supervisão envolveram a criação de um plano de ensino para este componente curricular antes mesmo da confirmação dos locais solicitados para a realização dos estágios. O plano de ensino precisava ser específico para o processo de “ensinagem” em gestão em saúde, mas também abrangente, de forma a permitir sua execução em distintos locais que aguardavam confirmação (Plano, 2022).

No semestre de 2022.2, os discentes estagiaram em dois locais: a Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Pará (SEMS/PA) e a Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA). No Quadro 1, estão indicados os diferentes setores e divisões que receberam os estagiários.

Mesmo após a confirmação dos acordos pela coordenação e pela assessoria pedagógica do curso, o cotidiano da supervisão

nos distintos locais de estágio revelou um certo desconhecimento sobre o “novo” curso. Em diversas ocasiões, os docentes tiveram que responder indagações para confirmar se o estágio fazia parte de um curso de graduação ou se era apenas uma disciplina vinculada a outra formação na área da saúde.

A Saúde Coletiva ainda é frequentemente trabalhada como uma disciplina em diferentes cursos do campo da saúde, como enfermagem, educação física e terapia ocupacional, por exemplo (Fortuna *et al.*, 2019; Barboni; Carvalho; Souza, 2021; Gonçalves *et al.*, 2022). Mesmo existindo como curso de graduação desde 2008, com as primeiras turmas formadas a partir de 2012 (Gomes de Lorena *et al.*, 2016), era de se esperar que algum grau de desconhecimento sobre essa formação fosse evidenciado durante os estágios iniciais.

### DESCONHECIMENTO DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA

---

Outro questionamento que foi necessário responder no início do estágio foi: “o que os discentes de Saúde Coletiva poderão realizar no estágio supervisionado de gestão em saúde?” – indagação que parte do similar desconhecimento sobre esta nova área de formação. A resposta consistia em informar que o graduando de Saúde Coletiva, e futuro profissional sanitaria, poderia desenvolver suas atividades como estagiário em todas as situações e procedimentos técnicos do âmbito da saúde que não fossem específicos ou exclusivos de uma determinada profissão.

Boa parte dos estagiários relatou que, ao serem alocados em seus postos de estágio, precisavam fornecer informações sobre o curso, as competências do profissional sanitарista, esclarecer dúvidas sobre a graduação e destacar a relevância da Saúde Coletiva nos espaços de gestão em saúde.

O desconhecimento sobre a profissão do sanitарista por parte da preceptoria e dos agentes envolvidos nos campos de estágio pode resultar em um direcionamento insuficiente de atividades específicas que promovam a autonomia dos discentes. As consequências desse cenário podem variar desde desmotivação e sensação de inutilidade até o incentivo para que o estagiário considere complementar sua formação com outro curso, sendo Farmácia, Enfermagem e Biomedicina os mais mencionados nos relatórios. Nesse contexto, como destacam Pereira e colaboradores (2022), é imprescindível que o supervisor mantenha uma proximidade com a preceptoria, promovendo diálogo, divisão de responsabilidades, fornecendo apoio pedagógico quando necessário e delineando atividades características e desejadas para o desenvolvimento dos estagiários na perspectiva da formação em Saúde Coletiva.

A presença de um profissional sanitарista graduado nos espaços de estágio é fundamental para que os discentes visualizem a possibilidade de inserção e progressão no mercado de trabalho. Por isso, questionamentos como: há possibilidade de o sanitарista graduado estar legalmente nesse espaço futuramente? O sanitарista depende diretamente de outro profissional para atuar nesse espaço? Se sim, quais mecanismos podem ser utilizados

para garantir a inserção do sanitarista de forma legal e autônoma? tornam-se cruciais. Essas reflexões auxiliam na definição de atividades próprias que os estagiários podem desenvolver com empoderamento e protagonismo, minimizando possíveis limitações no aprendizado prático do estudante.

Pereira e Carneiro (2019) destacam que, enquanto os acadêmicos de Saúde Coletiva eram questionados por profissionais e outros discentes sobre seu “papel” no cotidiano das instituições de estágio, os próprios professores-supervisores também se indagavam sobre quais deveriam ser suas contribuições junto aos preceptores, às instituições de estágio e, principalmente, para a formação e atuação profissional desses futuros sanitaristas.

## **O ESTÁGIO EM DISTINTOS CAMPOS E SEUS PRECEPTORES**

---

Mesmo diante do desconhecimento previamente mencionado sobre as funções do profissional sanitarista, a acolhida foi bastante satisfatória em todos os setores que abriram suas portas para os estagiários. Ao final do primeiro rodízio, alguns profissionais destacaram que a troca de experiências promovida durante esse período é de grande importância para a inserção dos formandos no mercado de trabalho.

No Quadro 1, estão indicados os diferentes setores e divisões que receberam os estagiários.

### Quadro 1. Locais de estágio

|                          |                                                                    |                                                                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| SEMS/<br>PA <sup>I</sup> | Serviço de Apoio Institucional e Articulação Federativa (SEINSF)   |                                                                         |
|                          | Coordenação de Transferência de Recursos (COTRE)                   |                                                                         |
|                          | Seção de Auditoria (SEAUD)                                         |                                                                         |
|                          | Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá Tocantins (DSEI GUATOC) |                                                                         |
| SESMA <sup>II</sup>      | DEVS <sup>III</sup>                                                | Divisão de Informação e Análises Epidemiológicas em Saúde               |
|                          |                                                                    | Divisão de Controle de Endemias                                         |
|                          |                                                                    | Centro de Controle de Zoonoses                                          |
|                          | DEVISA <sup>IV</sup>                                               | Divisão de Vigilância Sanitária de Alimentos                            |
|                          |                                                                    | Divisão de Vigilância Sanitária das Condições do Exercício Profissional |
|                          |                                                                    | Divisão de Vigilância Sanitária de Engenharia                           |
|                          |                                                                    | Divisão de Vigilância Sanitária de Drogas e Medicamentos                |

Fonte: Autoria própria, 2024.

<sup>I</sup> Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Pará.

<sup>II</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Belém.

<sup>III</sup> Departamento de Vigilância em Saúde.

<sup>IV</sup> Departamento de Vigilância Sanitária.

A turma foi dividida em quatro subgrupos, com quatro discentes cada. Foi planejado um esquema de rodízio em quatro tempos, permitindo que todos os subgrupos tivessem a oportunidade de passar por todos os locais de estágio. O estágio consistiu na observação das atividades cotidianas dos setores, como reuniões, webconferências, oficinas de planejamento; análise de documentos, portarias e instrumentos de planejamento, além de visitas técnicas realizadas pela Vigilância em Saúde.

A SEMS/PA foi criada em 2017, substituindo o Núcleo do Ministério da Saúde. Com uma estrutura inovadora, a SEMS/PA incorporou novos setores, como a SEINSF e a COTRE, e implementou legislações, portarias e normatizações inéditas, que não foram abordadas nos processos de ensino-aprendizagem dos discentes antes do estágio. Situação semelhante foi observada nos setores da SESMA, onde os próprios preceptores precisaram promover momentos de teorização com os estagiários para compreenderem a prática e o processo de trabalho dos setores em que estavam inseridos.

As potencialidades do estágio, especialmente nos setores de planejamento em saúde e auditoria, foram ampliadas pelas competências do sanitarista. Essa integração facilitou a interlocução entre as atividades de ensino e as experiências práticas dos discentes, proporcionando uma compreensão mais detalhada do papel desse profissional no mercado de trabalho. Ademais, o conhecimento sobre sistemas de informação amplamente utilizados e as bases legais dos programas permitiu que as atividades nos setores de informação e análises epidemiológicas fossem críticas e reflexivas, suscitando questionamentos sobre o processo de trabalho. Esses questionamentos levaram os próprios preceptores a refletirem criticamente sobre suas funções. O sanitarista, com sua formação, mostrou-se apto a realizar avaliações e propor reformulações nos processos.

Enquanto em alguns setores os estagiários enfrentaram incentivos voltados para outras formações, em outros, foram valorizados por conhecimentos específicos, como a tabulação de dados e a elaboração de mapas coropléticos.

Desafios também foram identificados no estágio supervisionado. Durante o planejamento pedagógico das disciplinas teóricas, como políticas e planejamento, gestão em saúde e vigilâncias em saúde 1, 2 e 3, os locais e setores de estágio ainda não estavam definidos. Para futuras turmas, acredita-se ser necessário adequar os planos de ensino dessas disciplinas, aproximando a teoria acadêmica dos campos vivos de prática nos serviços e instituições. Isso contribuiria para minimizar os momentos teóricos excessivos observados na SEMS/PA, especialmente no setor de planejamento e em alguns setores de vigilância da SESM.

Uma condição comum a todos os campos de estágio foi que, nos locais em que estes ocorreram, os estagiários precisavam ficar sob a responsabilidade de um preceptor do próprio setor. Devido às limitações de espaço e dinâmica dos setores de trabalho, não foi possível realizar diretamente a supervisão do estágio pelos docentes da Universidade. Desta forma, mais de 30 preceptores estiveram envolvidos em distintos momentos do estágio e recebendo diretamente em seus locais de trabalho os discentes de Saúde Coletiva. Os preceptores foram escolhidos internamente pelas gestões locais e indicados à Universidade por terem um “perfil” ou experiência docente.

A atividade de preceptoria era realizada no próprio turno de trabalho, o que foi sinalizado como uma responsabilidade a mais dentro da carga horária semanal, visto que os profissionais já tinham suas responsabilidades e atividades a desempenhar. O recebimento de discentes em estágio alterava a rotina, mesmo que as datas em cada setor tivessem sido previamente acordadas.

## A SUPERVISÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

---

Tendo em vista essas condições e uma carga horária semanal de 8 horas para as supervisões, os docentes realizavam visitas regulares aos locais de estágio para dialogar com os preceptores. Esses encontros eram momentos essenciais para a troca de informações sobre o acompanhamento e a participação de determinados subgrupos e/ou discentes, bem como para a validação de percepções relativas ao empenho, participação, perfil de liderança, assiduidade, criatividade e relacionamento interpessoal. Essas interações configuravam um espaço privilegiado para o acompanhamento detalhado da condução dos estágios, além de permitir a construção gradual dos quesitos avaliativos que comporiam o formulário final entregue ao término de cada rodízio.

Embora os docentes não estivessem fisicamente presentes em todos os momentos do estágio, os aplicativos de troca de mensagens estavam constantemente ativos. Esse recurso foi amplamente utilizado para a comunicação e o envio de informes, tanto com os estagiários quanto com os preceptores.

Um instrumento mais estruturado para as supervisões foi a realização de reuniões semanais com os estagiários. Essas reuniões ocorreram integralmente de forma remota, utilizando aplicativos de interação em grupo. Elas se configuraram como um espaço para a troca de experiências, esclarecimento de dúvidas, compartilhamento de explicações e mediações.

As reuniões de supervisão tinham como objetivo principal articular métodos, estratégias e novos espaços para o estágio,

atendendo às demandas dos discentes e preceptores, que participavam voluntariamente desse processo de ensino e serviço. Como alguns cenários de estágio eram “dinâmicos”, com diversas demandas externas, oficinas, reuniões e viagens, foi necessária uma abordagem flexível para ajustar os planejamentos de ensino-aprendizagem conforme as necessidades dos subgrupos.

A introdução de um campo de estágio na Superintendência Regional do Ministério da Saúde do Pará (SEMS/PA) e no Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Guamá Tocantins (DSEI GUATOC) representou uma conquista significativa, mas também um grande desafio. Entre os obstáculos, destacou-se a restrição de acesso e manuseio, pelos preceptores, das plataformas utilizadas ao nível federal. Ressaltar o papel do estagiário como facilitador do processo de trabalho é um aspecto que requer maior articulação, de forma a ampliar as experiências oferecidas aos futuros estagiários.

Para qualificar os planos de ensino e as aulas, visando fortalecer a relação entre ensino e serviço, foi fundamental contar com dois docentes sanitaristas como supervisores do primeiro estágio. Ambos possuíam pós-graduação em Saúde Coletiva e ampla experiência em gestão nas esferas federal, estadual e/ou municipal. Essa qualificação assegurou as condições necessárias para articular e pactuar ajustes no campo de estágio com os preceptores, além de indicar setores mais relevantes para a formação do Bacharel em Saúde Coletiva.

## AVALIAÇÃO DOS DISCENTES

---

O processo avaliativo do estágio supervisionado foi planejado pela coordenação do componente curricular em etapas e

por meio de diferentes instrumentos. Todo o processo foi explicado aos discentes e detalhadamente descrito no *Manual de Orientação do Estágio Obrigatório do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva* (Curso, 2022), documento entregue a todos os discentes.

Ao final de cada um dos quatro rodízios de estágio, os discentes entregavam um registro de frequência no setor de estágio, assinado pelo preceptor. Também era entregue uma ficha de registro diário das atividades realizadas no campo de estágio. Nessa ficha, era necessário indicar qual atividade foi realizada em cada dia e inserir uma breve descrição sobre o que foi desenvolvido.

Um instrumento de avaliação de desempenho precisava ser preenchido pelo preceptor e pelo docente-supervisor. Esse instrumento continha 10 quesitos avaliativos, que deveriam ser pontuados com notas de zero a 10. Os quesitos avaliados foram: apresentação pessoal, pontualidade e assiduidade, conhecimento do trabalho, iniciativa, liderança, relacionamento interpessoal, criatividade, organização, supervisão e responsabilidade.

A realização da avaliação por alguns preceptores, por vezes, revelou-se um impasse. Alguns demonstravam dificuldade em pontuar certos quesitos, enquanto outros relutavam em descontar pontos dos discentes por receio de prejudicá-los no curso ou mesmo de que o discente tomasse conhecimento da avaliação feita. Houve também um caso em que o preceptor atribuiu nota máxima em todos os quesitos e, posteriormente, confidenciou “em off” que “na verdade, a nota não era aquela”, explicando que teve dificuldade no processo de avaliação, pois não conseguiu acompanhar todos os discentes de forma satisfatória devido a outras demandas de sua agenda diária.

Assim, o momento de avaliação junto aos preceptores foi se consolidando como um espaço de avaliação conjunta, negociação e, principalmente, reafirmação de que a melhor nota para o discente é a nota mais justa em relação ao desempenho demonstrado no estágio. Resultados da pesquisa realizada por Omena, Costa e Ferreira (2021) revelam que parte dos preceptores possui formação universitária, alguns com pós-graduação em suas áreas de atuação; no entanto, nem todos possuem formação para o exercício da docência. Isso ocorre porque programas de mestrado ou doutorado, por exemplo, priorizam a formação em pesquisa, mas não necessariamente para o ensino.

Finalizando o processo avaliativo, o último instrumento utilizado foi o relatório pessoal do discente. Os relatórios de avaliação, redigidos ao final de cada rodízio de estágio, foram fundamentais para identificar as potencialidades, fragilidades e desafios do estágio em gestão em saúde.

Esses relatórios eram escritos no formato de narrativa e, de maneira crítico-reflexiva, os discentes descreviam as atividades realizadas em cada local de estágio, destacando pontos fortes e frágeis. Após a leitura e avaliação dos relatórios, os supervisores forneciam *feedbacks* aos estagiários, com o objetivo de apontar os avanços e desafios de cada rodízio. A elaboração dos relatórios revelou-se uma ferramenta altamente eficaz para promover a análise crítica dos discentes sobre as atividades desenvolvidas nos campos de estágio, além de ampliar sua compreensão sobre o papel do profissional sanitário no contexto da saúde. Essa foi a primeira oportunidade para os discentes observarem *in loco* suas reais funções.

## A JORNADA DE ESTÁGIO E OUTROS APRENDIZADOS

---

No fim de cada rodízio, ocorreu também uma reunião geral presencial, com a participação dos discentes, dos docentes e da coordenação do estágio. Esse momento configurou-se como uma oportunidade de troca de experiências entre os discentes e de informes sobre os espaços de estágio no novo rodízio. Foram realizados quatro rodízios, que resultaram em quatro relatórios individuais; estes, por sua vez, serviram de base para a apresentação dos estagiários na 1ª Jornada de Estágio da Saúde Coletiva.

A 1ª Jornada de Estágio da Saúde Coletiva reforçou todas as reflexões dos discentes realizadas nas reuniões semanais e nos relatórios individuais. Os discentes problematizaram, em alguns setores, o acolhimento e o papel dos preceptores em sua formação, bem como as dificuldades destes para compreender a inserção do estagiário de saúde coletiva nos campos da SESMA e SEMS/PA. Todavia, apontaram como potencialidades o acolhimento e o compartilhamento de conhecimentos e vivências pela maioria dos preceptores, além da proatividade e inclusão dos discentes nas atividades cotidianas dos preceptores, que atuam no mesmo horário em que desenvolvem suas atividades laborais.

É importante ressaltar, em relação à Jornada, a relevância do compartilhamento das vivências com as demais turmas do curso, trazendo para estas a transição do lúdico vivenciado na academia para uma visão holística e realista sobre os campos de estágio nos quais estarão inseridos em um futuro próximo.

Outras potencialidades ressaltadas durante o percurso do estágio ocorreram quando as coordenações de educação permanente, da maioria das instituições, indicaram servidores com alguma vivência na docência ou preceptoria. A experiência desses preceptores em docência foi relevante para a formação dos futuros profissionais, considerando a didática aplicada por eles, que apresentaram aos estagiários os fluxos de trabalho e as atividades desenvolvidas.

Os grandes desafios apontados pelos discentes e preceptores dizem respeito ao estágio ter incluído um volume considerável de conteúdo teórico, além do prático, e à necessidade de uma melhor comunicação entre a universidade e a unidade concedente em relação à proposta do curso. Em alguns departamentos da SESMA, faz-se necessário implementar planos de trabalho que permitam aos estagiários uma maior integração em suas funções, possibilitando o desenvolvimento de suas habilidades e competências de forma satisfatória.

A questão da comunicação entre a unidade concedente, a universidade e os estagiários foi um entrave em algumas atividades, uma vez que houve situações em que os discentes não foram informados sobre mudanças ou suspensões de ações de trabalho.

Algumas ponderações propostas pelos próprios discentes e supervisores, após toda a riqueza de conhecimento e prática desenvolvida nos setores da SEMS/PA, incluem a possibilidade de aumentar a carga horária nesses campos. Isso permitiria acompanhar uma auditoria hospitalar ou uma auditoria por denúncia, além de processos relacionados a um Termo de Execução Descentralizada (TED), procedimentos sobre convênios, prestação de contas, entre outros.

Ao passar pelo estágio na SEINSF, considera-se importante que todos os rodízios de estagiários tenham a oportunidade de participar de vivências nas oficinas de orientações do Planejamento Regional Integrado (PRI) e outros processos de planejamento. Também se sugere melhorias no DEVISA e DEVS, especialmente em aspectos de comunicação e organização em relação ao cronograma construído com os preceptores.

Uma carga horária de 8 horas de supervisão revelou algumas fragilidades que ocorreram durante o processo. Todavia, os desafios identificados provocam a necessidade de refletir sobre o aumento dessa carga horária, para que o processo de ensino e aprendizagem ocorra de maneira satisfatória e o planejamento das práticas com o serviço seja estruturado desde o segundo semestre do curso.

Nesse sentido, Pereira e Carneiro (2019, p. 56) destacam que, em 2014, havia 14 cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil. Nas grades curriculares desses cursos, encontrou-se estágios curriculares ou supervisionados concentrados nos últimos semestres da graduação. A partir dessa constatação, presume-se que o discente necessite de um conhecimento prévio para, assim, iniciar o uso prático dos conhecimentos teóricos adquiridos nos semestres anteriores. Isso se configura como um desafio: utilizar conhecimentos disciplinares de forma interdisciplinar. Exemplos incluem conhecimentos epidemiológicos, como estatística e análise de dados; planejamento e gestão, como linhas de cuidado, modelos e sistemas de saúde; além das ciências sociais em saúde, como antropologia e pesquisa social, ambas voltadas para o campo da saúde.

As evidências trazidas por Pereira e Carneiro (2019) dialogam com os desafios vivenciados pelos discentes apresentados neste relato. Todavia, é importante mencionar que outros cursos, como o da UNB, vêm desenvolvendo atividades práticas anteriores ao sexto semestre, subdivididas na tríade da saúde coletiva, o que favorece a aproximação do acadêmico com o cotidiano do SUS nos três níveis de atenção.

A participação dos discentes-estagiários, docentes-supervisores e preceptores no processo de ensino-aprendizagem, de forma ativa, criativa, crítica, reflexiva e analítica, demonstra que esse processo não é neutro. A prática pedagógica pautada no diálogo, em que há espaço para problematizar a realidade, oportuniza o processo de produção, transmissão e apropriação do conhecimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

As experiências relatadas neste texto evidenciam que o período de estágio em gestão em saúde, vivenciado por discentes do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, contribuiu de forma abundante para a formação desses futuros profissionais. Os estagiários foram além dos aprendizados adquiridos na academia, vivenciaram momentos como espectadores dos processos de trabalho nos campos de estágio e, em outras situações, foram protagonistas, integrando-se efetivamente às ações e serviços dos locais por onde passaram.

Todavia, há uma necessidade de maior aproximação entre as teorias ministradas na academia e os campos de estágio. Acredita-

se que isso se deve à pouca interação entre ensino e serviço nos seis primeiros semestres do curso. Essa lacuna também é resultado de um número reduzido de docentes sanitaristas no quadro e de uma parcela de docentes vinculados exclusivamente à academia, sem conexão com os processos de gestão nas esferas municipais, estaduais e federal.

De fato, é preciso reforçar que todo planejamento pedagógico deve ser monitorado e avaliado para ser replanejado, como afirma Matus (1993). Os produtos apresentados pelos estagiários apontam para a necessidade de mudanças não apenas nos planos de ensino dos estágios, mas também em algumas disciplinas.

Sob o olhar dos supervisores sanitaristas, seria oportuno realizar ajustes nos planos de ensino e fomentar maior integração com os campos de estágio em disciplinas como: Vigilância em Saúde I, II e III; Gestão e Planejamento em Saúde; Atividade Integradora em Gestão de Serviços de Saúde; Regulação e Auditoria em Saúde; Sistemas de Informação em Saúde; Atividade Integradora em Vigilância Epidemiológica; e Atividade Integradora em Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde.

É fundamental aprofundar o debate sobre o caráter simbiótico da relação entre ciência e técnica, tão importante para a legitimação social da ciência nas etapas precoces da formação profissional (Almeida-Filho, 1997). Esse debate busca congrega o conhecimento acadêmico com a técnica e os processos de trabalho nos campos de estágio, promovendo um espaço favorável para a ensinagem. Assim, é importante ressaltar que vivências bem-sucedidas no estágio serão oportunidades para

que esses estagiários sejam contratados e reconhecidos por suas habilidades e competências.

Essas experiências darão visibilidade ao curso universitário e ao sanitarista perante os demais profissionais da saúde, abrindo portas para a contratação de egressos como consequência da convivência e da oportunidade de aproximação com este novo profissional que ingressa agora no mercado de trabalho no contexto paraense.

Pontua-se também a necessidade de considerar que a metodologia construída para o processo de ensino-aprendizagem no campo de estágio curricular depende do comprometimento e da qualificação dos preceptores para engajar os discentes.

O estágio curricular é um período da formação do graduando que deve ser envolvido por ações que provoquem no educando processos de reflexão-ação-reflexão, permitindo-lhes sintetizar os conhecimentos teóricos e as experiências vivenciadas na prática.

O relato desta experiência de vivência e supervisão revela grandes forças na execução desse momento do curso de graduação. Pode-se afirmar que essa formação e os campos de estágio foram concebidos para transformar o Sistema Único de Saúde (SUS) da população da Amazônia.

Diferente de outros cursos de Saúde Coletiva, esta instituição de ensino volta-se ao debate sobre a Amazônia, considerando os povos que vivem e produzem nesse território, suas particularidades e necessidades. Nossos acadêmicos são estimulados de forma crítica e reflexiva a pensar e fazer saúde para a coletividade, de maneira equânime, interdisciplinar e intersetorial, com enfoque no SUS.

## REFERÊNCIAS

---

- ALMEIDA-FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 2, p. 5-20, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/csc/a/ZvbpZyt8VYHSQT4jbcWzbHw/?format=html>. Acesso em: 21 jan. 2025.
- BARBONI, V. G. A.; CARVALHO, Y. M.; SOUZA, V. H. A formação em saúde coletiva nos currículos de educação física: um retrato atual. **Movimento**, Porto Alegre, v. 27, e27065, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.113041>. Acesso em: 21 jan. 2025.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. *et al.* Produção intelectual em saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 1-5, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000008>. Acesso em: 21 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Texto referência para a audiência pública sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Saúde Coletiva**: Projeto de Resolução. Brasília-DF, Câmara de Educação Superior. 2017.
- CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Manual de orientação do estágio obrigatório do curso de bacharelado em saúde coletiva**. Belém-PA: UEPA, 2022.
- CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Projeto Pedagógico**. Belém-PA: UEPA, 2019.
- FORTUNA, C. M. *et al.* Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 336-340, 2019. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0632>. Acesso em: 20 nov. 2024.
- GOMES DE LORENA, A. *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 369-380, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158123>. Acesso em: 20 nov. 2024.
- GONÇALVES, J. V. *et al.* O ensino da saúde coletiva em instituições de ensino superior no Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 24, n. 1, p. 38-47, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/38336>. Acesso em: 25 fev. 2023.
- MATUS, C. El plan como apuesta. **Revista PES**, Caracas, n. 2, p. 9-59, abr. 1993.
- OMENA, K. V. M.; COSTA, P. J. M. S.; FERREIRA, A. C. R. G. Perfil e caracterização da formação pedagógica de preceptores de estágio curricular de saúde coletiva.

**RDES**, Belo Horizonte, v. 11, e0244350, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2021.24350>. Acesso em: 20 nov. 2024.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 91-122.

PEREIRA, A. L. P. *et al.* A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na Atenção Primária à Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e320305, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320305>. Acesso em: 20 nov. 2024.

PEREIRA, É. L., CARNEIRO, R. O que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre saúde coletiva? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 53-66, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190129>. Acesso em: 20 nov. 2024.

PLANO DE ENSINO. **Estágio Curricular Obrigatório 1**: Gestão em Saúde. Belém-PA: UEPA; Curso de Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

VIANA, J. L.; SOUZA, E. C. F. Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 1261-1285, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00146>. Acesso em: 20 nov. 2024.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 3-12.

# **SOBRE AS/OS ORGANIZADORAS/ES**

## **Carolina Araújo Londero**

Enfermeira. Licenciada para educação profissional. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS). Atualmente desenvolve pesquisas sobre ações afirmativas na pós-graduação. Lutando por uma universidade para todes.

## **Alexandre Fávero Bulgarelli**

Cirurgião Dentista. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) e Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGOdo) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Saúde na Comunidade e Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP).

## **Luciane Maria Pilotto**

Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atual coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

## **Aline Blaya Martins**

Doutora em Odontologia (UFRGS), docente do PPGCol/UFRGS.

**Guilherme Lamperti Thomazi**

Doutorando em Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP). Mestre e especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica (UFFS), e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS).  
E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

**Larissa Goni Murussi**

Trabalhadora da atenção básica do SUS. Pós-graduanda em Saúde Coletiva na UFRGS. Residência em Pediatria na PUCRS. Graduação em Medicina pela UFRGS

**Renata Riffel Bitencourt**

Dentista, trabalhadora da atenção básica do SUS, especialista em Saúde da Família e Comunidade e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). E-mail: renatariffel@gmail.com

## **SOBRE AS/OS AUTORAS/ES**

### **Alberto Mesaque Martins**

Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

### **Alcindo Antônio Ferla**

Médico (Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS]), doutor em Educação (UFRGS). Professor associado na UFRGS, professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS), professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (ILMD/Fiocruz Amazônia/FAPEAM) e professor visitante na Universidade Católica Redemptoris Mater (UNICA), Nicarágua. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

### **Alda Maria Teixeira Ferreira**

Docente da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), no Instituto de Biociências (INBIO).

### **Alder Mourão de Sousa**

Doutor em Saúde Pública. Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). e-mail: alder.sousa@uepa.com.

**Alex Elias Lamas**

Cirurgião-Dentista, doutor em Odontologia com ênfase em saúde coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Chefe da Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e Águas (EVSAA-DVS).

**Alexandre Companhoni**

Administrador, MBA em Gestão Pública, chefe do Núcleo de Fiscalização Ambiental –Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

**Aléxia Homem Nunes**

Cirurgiã- Dentista Residente em Atenção Primária à Saúde.

**Aline Blaya Martins**

Doutora em Odontologia (UFRGS), docente do PPGCol/ UFRGS.

**Amanda Ferreira de Carvalho**

Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS).

**Ana Paula Cappellari**

Trabalhadora da Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo.

**Andreas Rucks Varvaki Rados**

Professor do curso de Odontologia da Univates e membro do NDE do curso.

**Andressa Vulcão da Silva**

Sanitarista. Municipal de Saúde de Cuiabá-MT. E-mail: vulcaoandressa@gmail.com.

**Ariane dos Santos Marques**

Engenheira ambiental e sanitarista residente em Vigilância em Saúde.

**Beatriz Dornelles Fraga**

Cirurgiã-dentista graduada pela Univates.

**Berenice de Freitas Diniz**

Pós-doutoranda do grupo de pesquisa Saúde, Educação e Cidadania da Fiocruz Minas/IRR. Doutora em Saúde Coletiva. Servidora licenciada do município de Betim e docente da PUC Minas. Possui experiência em docência, e pesquisa em controle social, comunicação e mobilização, integrando esse referido projeto de extensão.

**Cacilda Tezelli Junqueira Padovani**

Docente da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), no Instituto de Biociências (INBIO).

### **Carine Weber Pires**

Professor do curso de Odontologia da Univates e membro do NDE do curso.

### **Carlos Luís Jaquissone**

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), graduado em Educação Ambiental pela Universidade Eduardo Mondlane (UEM) de Moçambique, mestre em Antropologia Médica e Saúde Pública no Instituto Superior de Desenvolvimento Local (ISEDEL) de Moçambique.

### **Carolina Araujo Londero**

Enfermeira. Licenciada para educação profissional. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS). Atualmente desenvolve pesquisas sobre ações afirmativas na pós-graduação. Lutando por uma universidade para todos.

### **Cíntia Maria Souza de Sá**

Sanitarista graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). e-mail: cintiamariasa@gmail.com.

### **Claudia Rodrigues de Oliveira**

Trabalhadora da Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo.

**Cristiane Kenes Nunes**

Enfermeira, graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Mestra em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Servidora pública do município de Canoas.

**Elódia Hermínia Maldonado**

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU).

**Emilli Caroline Silva Souza**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS).

**Fabiana Reis Ninov**

Bióloga Toxicologista, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

**Frederico Viana Machado**

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Gabriela Sampaio Rodrigues**

Estudante de Odontologia (UFRGS).

### **Geovana Weis Stralotto**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS).

### **Gisele Martins Gomes**

Enfermeira, coordenadora de Políticas Públicas – Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

### **Greiziele Barroso**

Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS).

### **Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro**

Professor de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Colégio Politécnico. Enfermeiro, graduado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Mestre em Ensino na Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPel.

### **Guilherme Runge**

Mestrando do Profhistória Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e bolsista da CAPES. Especialista em Metodologia do Ensino de História e Geografia pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER), licenciado em Geografia pela UFRGS, licenciado em História pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER).

### **Helena Palavro Basso**

Psicóloga graduada pelo Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG). Especialista em Saúde Mental Coletiva pela ESP-SES/RS. cursando especialização em Psicologia Humanista com Abordagem Centrada na Pessoa.

### **Igor Sastro Nunes**

Assistente social formado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Saúde Mental ESP/RS e especialista em Psicoterapia em Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio.

### **Inês Aparecida Tozetti**

Docente da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), do Instituto de Biociências (INBIO).

### **Izabella Barison Matos**

Doutora em Saúde Pública (Fiocruz). Foi professora visitante e orientadora do Quirino no PPGCol. Atualmente vinculada à Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), junto ao GT Direitos Humanos.

### **Jacqueline do Carmo Reis**

Mestre em Educação em Diabetes. Docente da PUC Minas nos cursos de Fisioterapia e Medicina na área da Saúde Coletiva. Coordenadora do projeto de extensão “Farol”. Membro do Núcleo Docente Estruturante do curso de Fisioterapia da

PUC Minas. Possui experiência docente nas áreas de Saúde Coletiva e Reabilitação.

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica (UFFS), e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS).  
E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

**João Augusto Peixoto de Oliveira**

Professor do curso de Odontologia da Univates e membro do NDE do curso.

**Kaciely de Lima Jacino**

Trabalhadora da Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo.

**Lindomar Wessler Boneti**

Doutor em Sociologia Universidade de Laval/Canadá, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), membro da Comissão Avaliadora da Dissertação com relevantes contribuições.

**Luciane Maria Pilotto**

Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atual coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Sanitarista (ESP/

RS), mestre e doutora em Saúde Bucal Coletiva (UFRGS).  
Cirurgiã-dentista, pesquisadora, extensionista. Mãe, mulher,  
militante social.

### **Luis Fernando Lopes**

Historiador e agente de Combate às Endemia na Secretaria  
Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

### **Luiz Felipe Faria Rodrigues**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS).

### **Maíra Brandli Oliveira**

Sanitarista. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS).

### **Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos**

Possui bacharelado em Ciências Sociais (1996), bem como  
mestrado (2003) e doutorado em Saúde Coletiva (2007),  
pela UNICAMP. Realizou pós-doutorado em sociologia pela  
Université Pierre-Mendès-France (com o apoio da CAPES  
- 2014-2015) e em saúde coletiva junto à FCM/Unicamp  
(2024). É líder do “CONTEMPLEDUCA - Grupo de pesquisa  
em práticas contemplativas para o bem-viver, cuidado e  
sustentabilidade na educação

### **Marina Bisio Mattos**

Trabalhadora da Fundação Municipal de Saúde de São  
Leopoldo.

**Marina Soares Buralde**

Sanitarista. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS).

**Maurício Fernando Nunes Teixeira**

Professores do curso de Odontologia da Univates e membro do NDE do curso.

**Quirino Salvador Sanca**

Mestre em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS). Guineense, atualmente mora e trabalha em Portugal.

**Rafaela Ribeiro Machado Oliveira**

Trabalhadora da Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo.

**Rosiane Pinheiro Rodrigues**

Doutora em Ciências e Desenvolvimento Socioambiental. Docente na UEPA. e-mail: rosiuepa@gmail.com.

**Savannah Leitzke Carvalho**

Trabalhadora da Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo.

**Victoria Figueiredo Ribeiro**

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### **Victório Poletto Neto**

Professor do curso de Odontologia da Univates e membro do NDE do curso.

### **William Pereira Santos**

Citotécnico (INCA e EPSJV/Fiocruz-RJ). Biólogo (UFRJ e UniAcademia). Especialista em Citologia Clínica. Especialista em Saúde Pública. Mestrado em Saúde Coletiva (UFJF). Mestrado em Saúde Pública (Fiocruz-AM). Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia).  
E-mail: pereirasantoswilliam85@gmail.com

# ÍNDICE REMISSIVO

## C

CAPS 115, 128, 179, 180, 184, 186, 190, 191, 193, 194, 198, 199,  
201, 233, 234, 235

Controle social 22, 23, 25, 26, 32, 40, 41, 43, 47, 345, 387

## E

Educação popular 52, 53, 65, 67, 173, 276, 308, 334

## F

Formação em Saúde 366

## I

Inundações 13, 50, 91, 93, 94, 97, 98, 104, 113, 114, 116, 117,  
118, 119, 120, 121, 122

Invisibilidade social 8, 133

## M

Medicina Tradicional 69

Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra 13, 45

## N

Necropolítica 14, 210, 212, 213

## P

Participação social 19, 22, 30, 40, 43, 46, 256, 362

Políticas públicas 20, 32, 42, 46, 60, 72, 87, 93, 173, 175, 176,  
181, 190, 195, 197, 223, 238, 264, 275, 277, 312, 336, 362, 363

Promoção da saúde 46, 48, 62, 64, 78, 93, 108, 135, 236, 280, 281,  
282, 289, 294, 296, 297, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308,  
311, 315, 317, 339, 363

## **R**

Racismo 14, 172, 173, 210, 212, 213, 214, 215

## **S**

Saúde Coletiva 5, 7, 11, 16, 69, 109, 111, 199, 201, 202, 221, 256, 259, 289, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 370, 372, 373, 375, 378, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 391, 392, 393, 394, 395

Saúde Mental 80, 115, 128, 179, 199, 200, 203, 239, 241, 256, 293, 298, 306, 314, 391

SUS 11, 12, 16, 19, 23, 29, 33, 40, 43, 45, 46, 56, 92, 93, 103, 115, 120, 131, 132, 135, 136, 137, 141, 142, 143, 158, 159, 160, 162, 183, 184, 188, 189, 190, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 227, 233, 235, 236, 237, 240, 245, 261, 266, 267, 272, 276, 327, 328, 329, 330, 335, 337, 342, 349, 360, 362, 378, 380, 382, 384

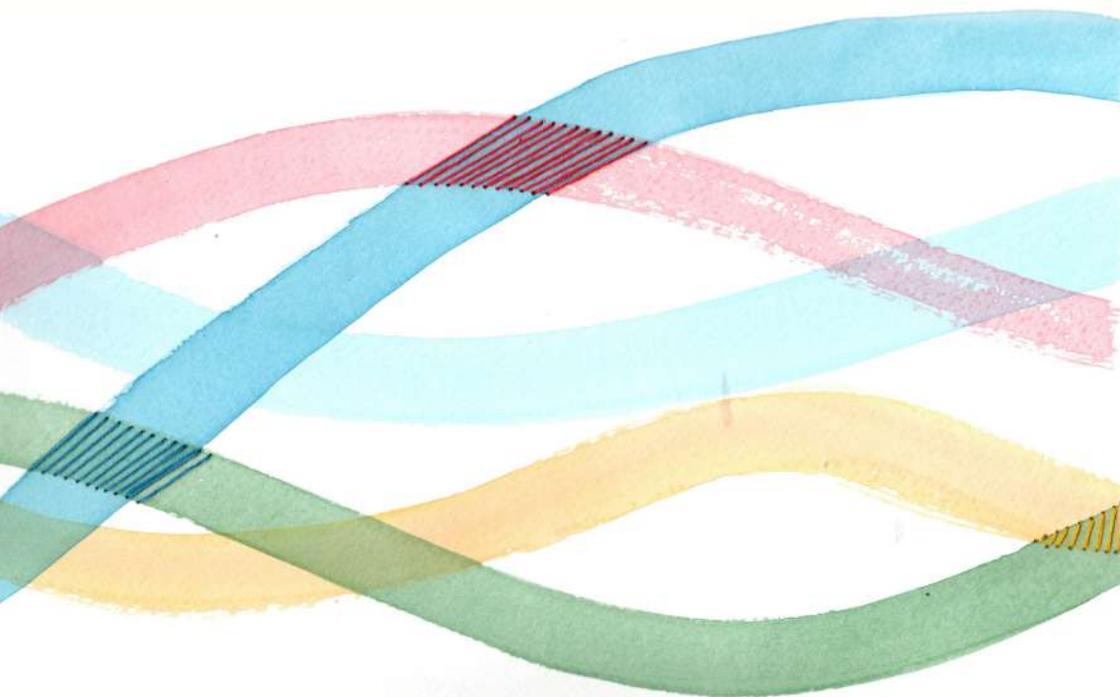
## **T**

Trabalho em saúde 131, 138, 155, 159, 190, 191, 192, 195, 200, 201, 202, 241, 361

## **V**

Vacinação 15, 34, 64, 73, 259, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 321, 323, 327, 329, 330, 333, 334, 336, 338, 339

Vigilância ambiental 13, 92, 104, 108, 162, 170



ISBN 978-65-5462-163-2



9 786554 162163 2

