

**1º EDIÇÃO**

# **FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENÇÃO BÁSICA E CONHECIMENTO GEOGRÁFICO**

**COLEÇÃO GEOGRAFIA DA SAÚDE**

**ORGANIZAÇÃO**

**EDUARDO AUGUSTO WERNECK RIBEIRO  
ANSELMO CÉSAR VASCONCELOS BEZERRA**

**2019**

**INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE**

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro  
Ancelmo Cesar Bezerra Vansconcelos  
Organizadores

# Formação Profissional para Atenção Básica e Conhecimento Geográfico

Coleção Geografia da Saúde  
1ª Edição

2019

Blumenau

Editora Insitudo Federal Catarinense

© 2019 Editora Instituto Federal Catarinense.

Rua das Missões, nº 100  
Ponta Aguda - Blumenau - SC  
CEP 890510-000.

**Editor:** Eduardo Augusto Werneck Ribeiro

**Conselho Editorial:** Cladecir Alberto Schenckel, Fernando José Garbuio, Josefa Surek de Souza e Kátia Oliveira

**Conselho Científico da Coleção:** *Ana Carolina Beceyro* (Universidad Nacional de Cuyo), *Anselmo César Vasconcelos Bezerra* (Instituto Federal de Pernambuco), *Christovam Barcellos* (Fundação Oswaldo Cruz), *Eduardo Augusto Werneck Ribeiro* (Instituto Federal Catarinense), *Flávia de Oliveira Santos* (Universidade Federal de Uberlândia), *Francisco de Assis Mendonça* (Universidade Federal do Paraná), *Helen Gurgel* (Universidade de Brasília), *Jan Bitoun* (Universidade Federal de Pernambuco), *Jane Kelly Oliveira Friestino* (Universidade Federal da Fronteira Sul), *João Carlos de Oliveira* (Universidade Federal de Uberlândia/ESTES), *Jorge Amancio Pickenhayn* (Universidad Nacional de San Juan, Argentina), *José Seguinot Barbosa* (Universidad de Puerto Rico), *José Roberto Machado* (Instituto Federal de Santa Catarina), *Ligia Vizeu Barrozo* (Universidade de São Paulo), *Luisa Iñiguez Rojas* (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Cuba), *Marina Jorge de Miranda* (Ministério da Saúde), *Marcia Siqueira de Carvalho* (Universidade Estadual de Londrina), *Martha Priscila Bezerra Pereira* (Universidade Federal de Campina Grande), *Mauricio Monken* (Fundação Oswaldo Cruz), *Marcos Mattedi* (FURB), *Maiko Rafael Spiess* (FURB), *Miguel Ernesto González Castañeda* (Universidad de Guadalajara, México), *Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa* (Universidade de Coimbra; Portugal), *Paulo Cesar Peiter* (Fundação Oswaldo Cruz), *Rafael Catão* (Universidade Federal do Espírito Santo), *Rivaldo Mauro de Faria* (Universidade Federal de Santa Maria), *Raul Borges Guimarães* (Unesp/Presidente Prudente), *Samuel do Carmo Lima* (Universidade Federal de Uberlândia), *Umberto Catarino Pessoto* (Instituto de Saúde/SUCEN/SES-SP), *Zulimar Márta Ribeiro Rodrigues* (Universidade Federal do Maranhão).

**Somos filiados:**



ISBN: 978-85-5644-035-8

DOI: 10.21166/978855644035-8

Arte da capa:

<a rel="nofollow" href="https://www.vecteezy.com">Vector Design by Vecteezy</a>

## SUMÁRIO

<b>A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENÇÃO BÁSICA E CONHECIMENTO GEOGRÁFICO.....</b>	<b>6</b>
---	----------

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEISHMANIOSE VISCERAL EM ASSENTAMENTOS DE REFORMA AGRÁRIA NA REGIÃO OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL / EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF VISCERAL LEISHMANIOSIS IN SETS OF AGRARIAN REFORM IN THE WEST REGION OF THE STATE OF SÃO PAULO, BRAZIL.**

*Chelsea Pereira de Souza, Lourdes Aparecida Zampieri D'Andrea, Matheus de Carvalho Moreno, Patrícia Ferreira da Silva, Raul Borges Guimarães .....* 7

**RELATODEEXPERIÊNCIA:PROJETODEEXTENSÃO COMAÇÕESPRIORITYÁRIAS NAS COMUNIDADES DO LITORAL DO PARANÁ / EXPERIENCE REPORT: PROJECT OF EXTENSION WITH PRIORITY ACTIONS IN THE COMMUNITIES OF THE COAST OF PARANÁ.**

*Anielly Dalla Vecchia, Francielly Dalla Vecchia, Jonatas Mesquita Lell, Tatiana Ribas Kleinubing.....* 16

**EXCLUSÃO SOCIAL E A GEOGRAFIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UFGD NA CIDADE DE DOURADOS-MS-BRASIL: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES EM SAÚDE EM NO PERÍODO DE 2015 - 2016 / EXCLUSIÓN SOCIAL Y GEOGRAFÍA DE LA EXTENSIÓN UNIVERSITARIA DE LA UFGD EN LA CIUDAD DE DOURADOS-MS-BRASIL: UM ANÁLISIS DE LA ACCIONES EM SALUD EM EL PERÍODO 2015 -2016.**

*Alexandre Bergamin Vieira, Antonio Idêrlan Pereira de Sousa, Rosenilda Marques da Silva Felipe, Thays Oliveira Fernandes .....* 25

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS BAIROS CIDADE JARDIM E SANTOS DUMONT NA CIDADE DE PIRAPORA – MINAS GERAIS / HEALTH EDUCATION AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN CIDADE JARDIM AND SANTOS DUMONT NEIGHBORHOODS IN THE CITY OF PIRAPORA – MINAS GERAIS.**

*Bárbara Beatriz da Silva Nunes, Vanda Aparecida Costa .....* 33

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA: PERCURSO DE UM COMPONENTE CURRICULAR REGULAR/HEALTH SURVEILLANCE EDUCATION IN MEDICAL TRAINING: PATHWAY OF A REGULAR CURRICULUM COMPONENT**

*Graciela Soares Fonsêca, Jane Kelly Oliveira Friestino, Joanna d'Arc Lyra Batista, Paulo Roberto Barbato .....* 41

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DO PLANO DE CURSO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS / COLLECTIVE CONSTRUCTION OF THE COURSE PLAN OF INTEGRATION AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN SUS.**

*Daniela Maysa de Souza, Karla Rodrigues e Kellin Danielski..... 47*

**CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM GESTÃO DE AÇÕES BÁSICAS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA / COURSE OF IMPROVEMENT IN MANAGING BASIC ACTIONS IN SANITARY SURVEILLANCE.**

*Daniela Maysa de Souza, Gisele de Cássia Galvão Ruaro, Kellin Danielski, Marcos Carvalho..... 56*

## **A Formação Profissional para Atenção Básica e Conhecimento Geográfico**

O Sistema Único de Saúde brasileiro apresenta uma gama de desafios para a operacionalização das diversas políticas públicas espalhadas no território. Atualmente, o processo de formação profissional direcionado a Atenção Básica apresenta-se como um desses grandes desafios, pois as mudanças nos padrões de vida da sociedade e as transformações espaciais requerem uma atualização contínua dos profissionais. Nesse contexto, insere-se a contribuição da geografia no processo de formação para a Atenção Básica.

A Atenção Básica é uma área estratégica do SUS pelo fato de atuar na base da sociedade, conseguindo atingir um grande número de usuários do sistema, mas também por possuir uma capilaridade territorial significativa. A atuação da Atenção Básica nos municípios brasileiros tem sido um instrumento poderoso para o controle de doenças e agravos, através de ações de promoção à saúde desenvolvidas nos territórios pelos profissionais em conjunto com a população.

Dito isto, torna-se imprescindível na formação dos profissionais que desempenham suas funções na Atenção Básica, uma visão interdisciplinar dos processos saúde-doença. Essa visão, parte da premissa que para a solução de problemas complexos, como os da saúde, faz-se necessário uma integração de áreas do conhecimento na perspectiva do diálogo e da troca de saberes em direção a um objetivo comum. É neste contexto que se insere o conhecimento geográfico, como mais um que tem muito a contribuir na formação profissional da Atenção Básica.

Categorias e conceitos geográficos, como espaço, território, lugar e região estão presentes no cotidiano dos profissionais da Atenção Básica. Esse instrumental teórico pode ser visualizado nas ações dos gestores e profissionais que atuam diretamente com a população. Portanto, a compreensão e discussão desses conceitos e categoriais na formação destes profissionais é extremamente salutar para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde. Além da abordagem conceitual, outra contribuição significativa para a formação destes atores, é o uso de instrumentos cartográficos e de geotecnologias que ajudam na representação dos processos desenvolvidos no território e subsidiam a tomada de decisão.

Neste contexto, os Simpósios Nacionais de Geografia da Saúde têm sido momentos riquíssimos para os profissionais de diferentes áreas que atuam no campo da saúde coletiva, seja na pesquisa e/ou nos serviços de saúde. Os diálogos frutíferos e as trocas científicas entre os participantes têm ajudado significativamente na formação profissional no SUS, especialmente em áreas como a Atenção Básica e a Vigilância à Saúde.

Como parte deste movimento, os trabalhos que compõem esse livro são resultado do IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, realizado na Cidade de Blumenau-SC, no qual um dos eixos dos debates foi a Formação Profissional para Atenção Básica e conhecimento geográfico. Nesta obra, vocês encontrarão reflexões variadas sobre distintos lugares do Brasil, mas que carregam uma característica comum, o diálogo entre Geografia e Saúde!

Os organizadores



**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEISHMANIOSE VISCERAL  
EM ASSENTAMENTOS DE REFORMA AGRÁRIA NA REGIÃO  
OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL**

**EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF VISCERAL LEISHMANIOSIS  
IN SETS OF AGRARIAN REFORM IN THE WEST REGION  
OF THE STATE OF SÃO PAULO, BRAZIL**

*Patrícia Ferreira da Silva*

Centro de Laboratório Regional V – Instituto Adolfo Lutz  
Presidente Prudente, São Paulo, Brasil  
[patriciaferreirabiomedica@gmail.com](mailto:patriciaferreirabiomedica@gmail.com)

*Chelsea Pereira de Souza*

Centro de Laboratório Regional V– Instituto Adolfo Lutz  
Presidente Prudente, São Paulo, Brasil  
[chelsea\\_souza@hotmail.com](mailto:chelsea_souza@hotmail.com)

*Lourdes Aparecida Zampieri D’Andrea*

Centro de Laboratório Regional V- Instituto Adolfo Lutz  
Presidente Prudente, Brasil  
[lourdes.andrea@ial.sp.gov.br](mailto:lourdes.andrea@ial.sp.gov.br)

*Matheus de Carvalho Moreno*

Discente em Geografia  
Universidade do Estado de São Paulo, Brasil  
[matheusdcm1@hotmail.com](mailto:matheusdcm1@hotmail.com)

*Raul Borges Guimarães*

Departamento de Geografia  
Universidade do Estado de São Paulo, Brasil  
[raul.guimaraes@unesp.br](mailto:raul.guimaraes@unesp.br)

**Abstract:** Visceral Leishmaniasis (VL) can be related to remnant regions of modified forests and rural spaces tend to store vectors and reservoirs. This study aimed to evaluate the epidemiological situation of VL in municipalities that support agrarian reform settlements, belonging to the Health Region of Presidente Prudente, São Paulo, and to establish relationship with the existence of surveillance and control measures for the disease. The municipalities studied were classified according to the structure of the zoonoses service and epidemiological situation, applying spatial analysis and cartographic information treatment. The data collection of strategies for the prevention and control of Canine Visceral Leishmaniasis (CVL) and its periodicity (continuous actions, punctual or without actions) occurred through an online questionnaire, which could be answered by professionals responsible for the Program of Control of Vectors/Zoonoses of their municipalities. Of 45 municipalities, 19 (42.2%) have a total of 121 settlements, facing different scenarios. The health surveillance for CVL carried out by the Unified Health System in the agrarian reform settlements of the study areas proved to be precarious and vulnerable. There was a close relationship between the availability and performance of the zoonoses team and the VL situation, especially in the silent municipalities (receptive or not).

**Key works:** Rural Settlements, Epidemiology, Risk, Visceral Leishmaniasis, Health Surveillance

## INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV) ou Calazar é descrita como uma doença tropical, de evolução

crônica e de acometimento sistêmico. É uma enfermidade infecto-parasitária de notificação compulsória. Nas Américas, é ocasionada pelo agente etiológico *Leishmania infantum* (sinonímia – *Leishmania* (*L.*) *chagasi*) (CDC, 2013). Esse protozoário pode acometer diferentes espécies de mamíferos, inclusive o homem (BATISTA et al., 2014). Os cães domésticos são considerados importantes reservatórios, devido à convivência próxima dos seres humanos e elevada susceptibilidade à doença (BORJA, 2013).

A espécie *Lutzomyia longipalpis* tem sido apontada como a principal responsável pela transmissão de *L. infantum* no Brasil (SILVEIRA et al., 2016 e BRASIL, 2014). O quadro clínico da LV pode ser variável de um indivíduo para outro, podendo levar ao óbito em até 90% dos casos (BRASIL, 2017). Enquadra-se no grupo de moléstias endêmicas de maior importância mundial, devido a sua alta prevalência, elevada mortalidade para crianças desnutridas, indivíduos não tratados e/ou imunodeprimidos, principalmente aos coinfectados com o Human Immunodeficiency Virus (HIV) (CARDIM et al., 2013 e BRASIL, 2014).

A autoctonia da LV com casos humanos e/ou caninos foi identificada nas áreas dos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) de Bauru, Presidente Prudente, Marília, Campinas, Sorocaba, São José do Rio Preto e Região Metropolitana de São Paulo (CIARAVOLO et al., 2015). Sendo no ano de 2002, encontrados casos caninos e humanos na cidade de Birigui (região administrativa de Araçatuba), em Promissão (região de Bauru) e Guarantã (região de Marília); em 2003 nos municípios de Dracena e Ouro Verde (região de Presidente Prudente) e em 2008 na região de São José do Rio Preto (CARDIM et al., 2013 e BERTOLLO; TOLEZANO, 2017). Em 2017, a Região de Saúde de Presidente Prudente – São Paulo, relatou cerca de 22,7% de casos confirmados de LVH, tornando-se a macrorregião do estado com maior índice de notificações durante esse período (BRASIL, 2018).

O modelo de expansão geográfica e urbanização da LV conduzem à necessidade de se estabelecer medidas eficazes de controle para a doença (GONTIJO; MELO, 2004). As ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera municipal para vigilância e controle da doença estruturam-se por meio de diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da LV (PVCLV), estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SÃO PAULO, 2006). Estruturado sob três pilares: o vetor, o reservatório principal (o cão doméstico) e o homem doente (SÃO PAULO, 2006 e BISUGO, 2007). As ações em relação ao reservatório canino que devem ser contempladas pelos municípios, são desempenhadas pelo Serviço de Vetores/Zoonoses municipais ou Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) (BRASIL, 2003). É fundamental que essas unidades estejam estruturadas e funcionando de forma adequada, para que às ações de vigilância e controle recomendadas pelo PVCLV sejam efetivas (BENINI et al., 2018).

A zoonose pode relacionar-se com regiões de florestas remanescentes que foram modificadas, sendo os espaços rurais importantes locais de armazenamento para concentração de vetores e reservatórios (SILVA, 2017). Dessa forma, os assentamentos de reforma agrária pertencentes aos municípios que compõem a Região de Saúde de Presidente Prudente – SP poderiam enquadrar-se como importantes focos para dispersão da doença na região.

Para que ações de vigilância em saúde ocorram e sejam efetivas, é necessário que lacunas sobre dados epidemiológicos, processo saúde-doença e outros aspectos relevantes, sejam compreendidos e entendidos na totalidade dos territórios, ou seja, em áreas urbanas, periurbanas e rurais dos municípios. Contribuindo para a melhoria da vigilância em saúde, no fortalecimento do SUS e na equidade de serviços prestados para as populações vigentes. O objetivo desse estudo foi avaliar a situação epidemiológica da LV em municípios que abrigam assentamentos de reforma agrária pertencentes à Região de Saúde de Presidente Prudente, São Paulo; estabelecer relação entre as categorias de risco conforme a classificação epidemiológica e a existência de medidas de vigilância e controle para a doença.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A Região de Saúde de Presidente Prudente localiza-se na região sudoeste do Estado de São



Paulo e é composta pelo Departamento Regional de Saúde XI (DRS XI) de Presidente Prudente. Compreende as Regiões de Saúde da Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari e Pontal do Paranapanema, totalizando 45 municípios. Sua área de abrangência é atendida pelo Centro de Laboratório Regional - Instituto Adolfo Lutz de Presidente Prudente V (CLR-IAL PP V), que pertence à Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (SÃO PAULO, 2012).

O levantamento de dados dos assentamentos de reforma agrária instalados em municípios que integram a Região de Saúde de Presidente Prudente, foi realizado através de fontes da Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo (ITESP) “José Gomes da Silva” e do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). A classificação dos municípios, segundo a categoria para serviço de zoonoses compreendendo período até Fevereiro/2019, foi realizada pela sub-rede de leishmaniose do ESP em: a) totalmente estruturado e funcionando (possui estrutura física própria, equipe de zoonose capacitada pelo laboratório de referência, atuante e cadastrada para realização da triagem sorológica TR DPP® BioManguinhos); b) sem estrutura física e parcialmente funcionando (equipe capacitada pelo laboratório de referência, atuante e cadastrada, mas sem estrutura física própria e com realização da triagem sorológica com testes rápido (TR) DPP® BioManguinhos no CLR-IAL-PP V; c) sem estrutura física e sem funcionamento (possui equipe capacitada pelo laboratório de referência, mas não é atuante e nem cadastrada; sem estrutura física para realização da triagem sorológica TR DPP® BioManguinhos e não realiza os testes no CLR IAL PP V; d) sem serviço de zoonoses.

A classificação epidemiológica quanto a ocorrência de LV foi realizada conforme o PVCLV em: municípios em investigação (MI); com transmissão canina (TC); com transmissão humana e canina (THC); silenciosos receptivos e vulneráveis (SRV); silenciosos receptivos e não vulneráveis (SRNV); silenciosos não receptivos e não vulneráveis (SNRNV) e silenciosos não receptivos e vulneráveis (SNRV). As informações sobre a disponibilidade de serviços de zoonoses e a classificação segundo a situação epidemiológica foram adquiridas através de fontes do Laboratório de Parasitologia do Núcleo de Ciências Biomédicas do CLR-IAL-PP V que é referência regional para o diagnóstico da LV e da Superintendência do Controle de Endemias (SUCEN) – Presidente Prudente.

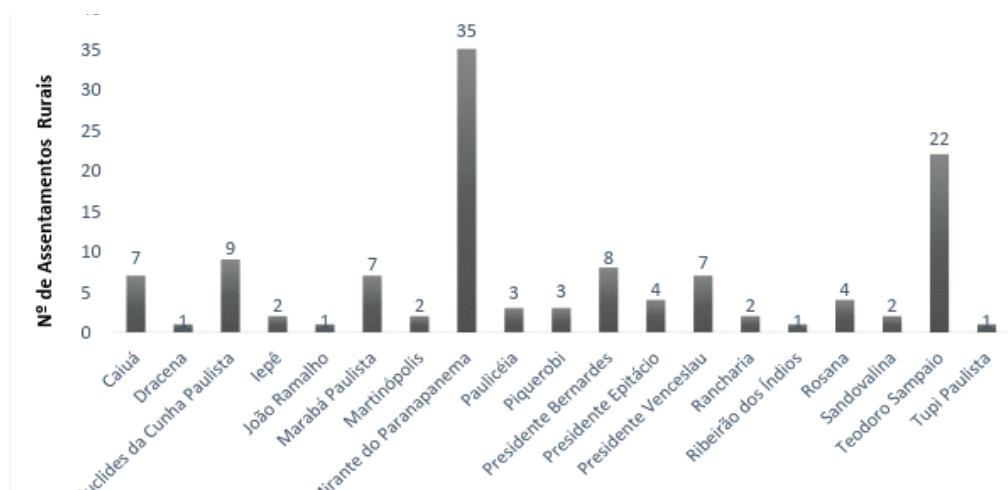
Foram utilizadas bases de dados cartográficas disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo ITESP. Os dados coletados nas etapas anteriores foram transpostos em tabelas de informação gráfica para geração de um Sistema de Informações Geográficas (SIG) e foi realizada análise espacial e tratamento cartográfico da informação, onde foram convertidos em mapas temáticos, analisados por superfícies de interpolação através do software ArcGis 10.3 no laboratório de Biogeografia da Universidade Estadual Paulista de Presidente Prudente - SP.

Foi aplicado um questionário através de formulários online do Software Google Drive (Google Forms), respondido por profissionais responsáveis pelo Programa de Controle de Vetores/Zoonoses de seus respectivos municípios. As variáveis investigadas foram: a existência de estratégias para prevenção e controle da Leishmaniose Visceral Canina (LVC) nas áreas de estudo e sua periodicidade (ações contínuas, pontuais ou sem realização de ações).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A Região de Saúde de Presidente Prudente – SP, composta por 45 municípios, possui grande quantidade de regiões agrárias de organização familiar, ao todo são 19 (42,2%) que abrigam um total de 121 assentamentos. Compreendem mais de 6.046 lotes em uma área de 144.896,71 ha (INCRA, 2018; ITESP, 2018). Os municípios de Mirante do Paranapanema e Teodoro Sampaio são os detentores dos maiores números dessas unidades agrícolas em seus territórios, 35 (28,9%) e 22 (18,2%) respectivamente (Figura 1).

**Figura 1. Distribuição dos municípios da Região de Saúde de Presidente – SP, Brasil, com seus respectivos quantitativos de assentamentos de reforma agrária em seus territórios**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

D'Andrea e Guimarães (2018), relataram casos autóctones de transmissão de LVC no assentamento Santa Rita, em Tupi Paulista. Na caracterização ambiental dos lotes do assentamento Santa Terezinha da Água Sumida no município de Teodoro Sampaio, foram evidenciados cenários propícios para manutenção do ciclo da doença, como a existência de currais, galinheiros e chiqueiros próximos às residências; acúmulo de lixo e matéria orgânica; áreas de vegetação margeando vários lotes e extensas áreas de pastagens combinadas a cães soltos circulando livremente, criando um ambiente favorável para reservatórios silvestres. Observou-se a expansão do plantio de monoculturas, como a cana-de-açúcar, como outro fator apontado como contribuinte para o efeito de radiação da zoonose em vários desses espaços. Muitos cães com LVC oriundos de áreas urbanas são abandonados nos canaviais próximos aos assentamentos, porque os proprietários não autorizam o recolhimento e a eutanásia de seus animais, conforme recomendações do PVCLV (D'ANDREA; GUIMARÃES, 2018). O processo de migração de populações caninas e/ou humanas de áreas endêmicas sem o cuidado sanitário, cooperam com a introdução do protozoário *L. infantum* em novos espaços, sendo capaz de formar um novo núcleo de transmissão (CARDIM et al. 2013).

Dos 19 municípios que abrigam assentamentos, 16 (84,2%) possuíam pelo menos algum tipo de serviço de zoonoses, sendo 11 (57,9%) totalmente estruturados, três (15,8%) sem estrutura física, mas parcialmente funcionando, três (15,8%) sem nenhum tipo de serviço de zoonoses e dois (10,5%) sem estrutura física e sem funcionamento, contando apenas com equipe capacitada, mas não atuante. Em relação à classificação epidemiológica, sete (36,8%) municípios encontram-se em TC e sete (36,8%) em THC. Todos aqueles pertencentes ao grupo dos silenciosos foram caracterizados como vulneráveis por proximidade a áreas endêmicas, sendo dois (10,5%) SNRV, dois (10,5%) SRV e um (5,4%) sob investigação (Quadro 1 e Figura 2).

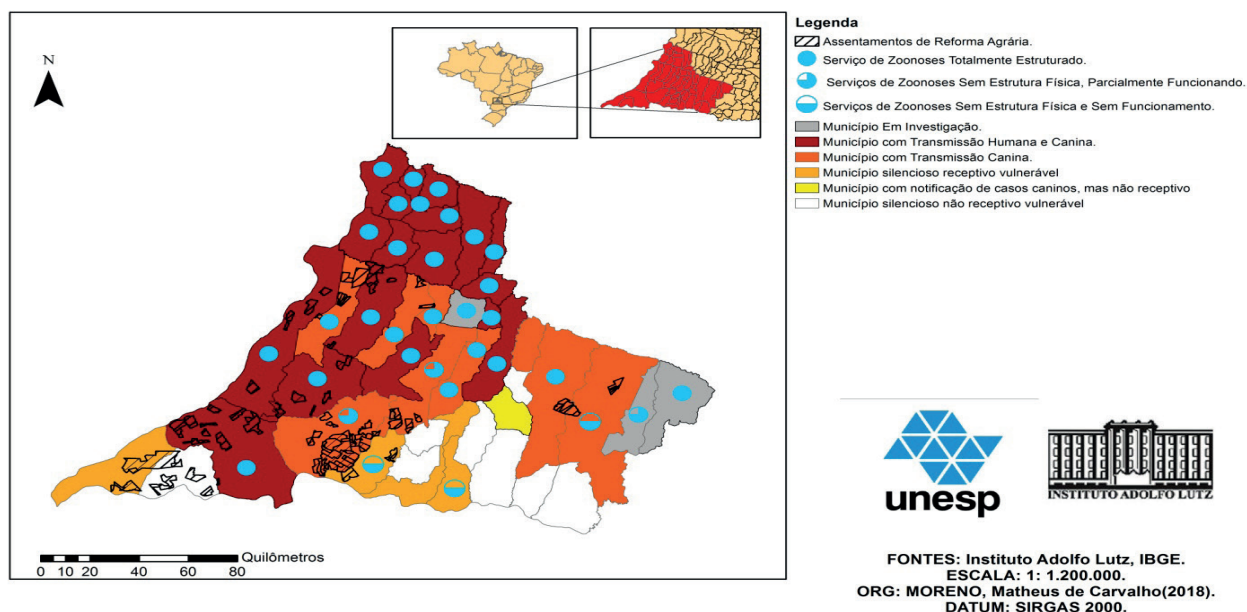
**Quadro 1. Distribuição dos municípios com assentamentos de reforma agrária da Região de Saúde de Presidente Prudente-SP, Brasil, segundo a classificação quanto à disponibilidade de Serviços de Zoonoses e a situação epidemiológica da Leishmaniose Visceral em seu território, em Fevereiro/2019**

Municípios	Serviço de Zoonoses	Situação Epidemiológica
Caiuá	Totalmente Estruturado	TC
Dracena	Totalmente Estruturado	THC
Euclides da Cunha Paulista	Sem Serviço de Zoonoses	SNRV

Iepê	Sem Serviço de Zoonoses	SNRV
João Ramalho	Sem Estrutura Física, Parcialmente Funcionando	MI
Marabá Paulista	Totalmente Estruturado	THC
Martinópolis	Totalmente Estruturado	TC
Mirante do Paranapanema	Totalmente Estruturado	TC
Paulicéia	Totalmente Estruturado	THC
Piquerobi	Totalmente Estruturado	TC
Presidente Bernardes	Sem Estrutura Física, Parcialmente Funcionando	TC
Presidente Epitácio	Totalmente Estruturado	THC
Presidente Venceslau	Totalmente Estruturado	THC
Rancharia	Sem Estrutura Física e Sem Funcionamento	TC
Ribeirão dos Índios	Totalmente Estruturado	TC
Rosana	Sem Serviço de Zoonoses	SRV
Sandovalina	Sem Estrutura Física e Sem Funcionamento	SRV
Teodoro Sampaio	Totalmente Estruturado	THC
Tupi Paulista	Totalmente Estruturado	THC

Fontes: Elaborado pelo autor, 2019. Laboratório de Parasitologia do Núcleo de Ciências Biomédicas do CLR - IAL - PP V e SUCEN - Presidente Prudente, 2018. Legenda: MI (Município em Investigação); TC (Transmissão Canina); THC (Transmissão Humana e Canina); SRV (Silencioso Receptivo Vulnerável); SNRV (Silencioso Não Receptivo Vulnerável). Observação: Dados sem publicação oficial pelo Comitê de Leishmaniose Visceral da Secretaria Estadual da Saúde

**Figura 2. Situação epidemiológica da Leishmaniose Visceral, disponibilidade de Serviços de Zoonoses e localização dos Assentamentos de Reforma Agrária nos municípios que compõem a Região de Saúde de Presidente Prudente – SP, Brasil, em Fevereiro/2019**



Em relação ao questionário aplicado, seis (31,6) dos 19 municípios de estudo não o responderam no tempo de vigência, sendo os casos de Euclides da Cunha Paulista-SP, Iepê-SP, Rosana-SP (que não desempenham funções do serviço de zoonoses), Presidente Epitácio-SP e Tupi Paulista-SP (possuem serviço de zoonoses totalmente estruturado). Dos 13 municípios que responderam ao questionário e foram avaliados, todos desenvolvem ações de vigilância para a LVC na área urbana. Desses, 12 (92,3%) referiram ações contínuas. Apenas o município de Rancharia-SP efetua ações pontuais. Nas áreas rurais/assentamentos de reforma agrária, oito (61,5%) municípios realizam ações de vigilância para a LVC. Seis (46,2%) deles referiram ações contínuas. Os municípios de Caiuá e Teodoro Sampaio realizam ações pontuais, conforme o Quadro 2.

**Quadro 2. Realização de ações de vigilância para LVC e sua periodicidade nos municípios com assentamentos de reforma agrária que integram a Região de Saúde de Presidente Prudente – SP, Brasil, em Maio/2018**

Municípios	Ações de Vigilância		Periodicidade das Ações de Vigilância	
	Área Urbana	Área Rural/ Assentamentos	Área Urbana	Área Rural/ Assentamentos
Caiuá	Sim	Sim	Contínuas	Pontuais
Dracena	Sim	Não	Contínuas	Sem Ações
João Ramalho	Sim	Não	Contínuas	Sem Ações
Marabá Paulista	Sim	Sim	Contínuas	Contínuas
Martinópolis	Sim	Sim	Contínuas	Contínuas
Mirante do Paranapanema	Sim	Sim	Contínuas	Contínuas
Paulicéia	Sim	Sim	Contínuas	Contínuas
Piquerobi	Sim	Sim	Contínuas	Contínuas
Presidente Bernardes	Sim	Não	Contínuas	Sem Ações
Presidente Venceslau	Sim	Não	Contínuas	Sem Ações
Rancharia	Sim	Não	Pontuais	Sem Ações
Ribeirão dos Índios	Sim	Sim	Contínuas	Contínuas
Teodoro Sampaio	Sim	Sim	Contínuas	Pontuais

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Fato preocupante, é que cinco (38,5%) dos municípios (Dracena, Presidente Bernardes, Presidente Venceslau, Rancharia e João Ramalho) informaram que não realizam nenhum tipo de medida para prevenção e controle da LVC em áreas rurais/assentamentos de reforma agrária, refletindo a necessidade da ampliação do sistema público de vigilância em saúde das áreas analisadas. Para que as ações desenvolvidas contra a LV tenham o efeito sinérgico pretendido, é necessário considerar a saúde integral das populações da cidade e campo como política pública de saúde. Posto que, existe um intenso trânsito de pessoas, mercadorias, bens, serviços e animais entre cidades, sítios, fazendas e os assentamentos de reforma agrária. A saúde pública não diz respeito apenas ao tratamento das doenças em nível individual, mas também as ações educacionais e sanitárias para todos os níveis sociais e extensão dos territórios. Logo, o controle dessa zoonose deve ser estendido para todos os possíveis focos ambientais (SOARES, 2006).

É importante ressaltar que os assentamentos de reforma agrária não obedecem necessariamente a um padrão de organização e não devem ser tratados como regiões marginalizadas. Cada região tem a sua particularidade dependendo do tipo de economia familiar predominante. Porém, do ponto de vista sanitário, possuem grande potencial para albergar reservatórios de LV, merecendo atenção especial dos gestores municipais por configurarem regiões prioritárias e que podem se configurar em áreas de risco, necessitando ações de vigilância em saúde e de disponibilização e atuação de equipe de zoonoses capacitada (D'ANDREA; OLIVEIRA; ROMÃO, 2017; D'ANDREA; GUIMARÃES, 2018). Nesse contexto, dois (10,5%) municípios de estudo se destacam: um localizado na região do Pontal do Paranapanema (Euclides da Cunha



Paulista) e outro no Alto do Capivari (Iepê), ambos sem serviços de zoonoses, classificados como áreas silenciosas não receptivas para o vetor flebotômico. Conforme o PVCLV, mesmo os estados e municípios sem notificações de casos humanos e/ou caninos de LV devem adotar ações de vigilância, evitando ou reduzindo os impasses relacionados a essa zoonose, principalmente em regiões vulneráveis. Nesses casos, o MS recomenda novos levantamentos entomológicos (com intervalo máximo de dois anos) para o encontro do vetor (SÃO PAULO, 2006 e BRASIL 2014).

O município de Sandovalina é o único classificado como SRV e que apesar de possuir equipe capacitada, a mesma não foi atuante. Seria necessário desencadear as ações de saneamento ambiental e intensificar o controle da população de cães errantes, fazer a vigilância em saúde, verificando a presença de enzootia canina através de inquérito sorológico nas áreas delimitadas pela presença do flebotômico (BRASIL, 2014). Fato que até o fechamento desse estudo, não foi realizado.

O município de João Ramalho encontra-se em investigação, possuindo equipe capacitada e atuante, mas sem estrutura física própria e com realização da triagem sorológica TR DPP® BioManguinhos no CLR - IAL - PP V. São necessárias a continuidade do trabalho de campo e compreensão da existência de ações nesse local para a captura e o estudo da fauna de vetores, elucidando se de fato é uma área não receptiva, já que existem casos notificados de cães de rua com LVC, não sendo possível elucidar a autoctonia.

Dos 19 municípios de estudo, 14 (73,7%) se encontram em transmissão humana e/ou canina (Caiuá, Dracena, Marabá Paulista, Martinópolis, Mirante do Paranapanema, Paulicéia, Piquerobi, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Venceslau, Rancharia, Ribeirão dos Índios, Teodoro Sampaio e Tupi Paulista) e possuem algum tipo de serviço de zoonoses, carecendo da realização ou continuação de medidas pertinentes após essa estratificação epidemiológica nas áreas urbanas e rurais, incluindo a avaliação das condições sanitárias, manejo ambiental, limpeza dos ambientes, busca ativa de cães com suspeita clínica, recolhimento e eutanásia dos cães sororeagentes, medidas de educação em saúde, entre outros (BRASIL, 2014). As ações devem ser efetivadas de maneira integrada e de forma hábil o suficiente para prevenir ou conter o agravo (ZUBEN; DONALÍSIO, 2016).

Outro ponto que se destaca é em relação aos municípios silenciosos, receptivos ou não (Euclides da Cunha Paulista, Iepê, Rosana e Sandovalina), pois são áreas que se configuram com risco eminente, onde não há notificações de casos autóctones humanos e/ou caninos ou não possuem um serviço de vigilância estruturado para notificações do referido agravo, visto que não contam com serviço de zoonoses com estrutura física funcionando. Diante do exposto, fica evidente a necessidade de realização de inquéritos sorológicos caninos nesses municípios (especialmente em torno dos locais de encontro do vetor, em zonas rurais e assentamentos de reforma agrária), se os proprietários de animais procuram serviço especializado para o diagnóstico canino e, por conseguinte, se esse é notificado ao serviço público (D'ANDREA et al., 2015). Toda a sociedade civil deve estar inserida e ativa em um processo dinâmico, complexo, integrado e proativo das ações de controle da LV desenvolvidas pelo SUS (SCANDAR, et al., 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O sistema público de vigilância em saúde para a LVC, realizada pelo SUS em assentamentos de reforma agrária nos municípios da Região de Saúde de Presidente Prudente – SP mostrou-se precário e vulnerável.

Observou-se uma estreita relação quanto ao tipo de disponibilização de serviço de zoonoses, forma de atuação da equipe zoonoses e a situação epidemiológica para a LV, especialmente nos municípios de estudo silenciosos (receptivos ou não). Embora sejam escassos os estudos realizados sobre a LV em áreas rurais, especialmente na região Oeste do ESP.

Foi possível a produção de conhecimento para dimensionar diferentes situações de risco epidemiológico para a doença, visando auxiliar no trabalho das entidades envolvidas na vigilância em saúde e apoiar na tomada de decisão em áreas prioritárias. Principalmente a importância da



realização de ações de vigilância e controle em assentamentos de reforma agrária, necessitando de priorização e implementação de ações contínuas para conter o avanço dessa endemia no Oeste paulista.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, F. M. A. et al. Leishmaniose: perfil epidemiológico dos casos notificados no estado do Piauí entre 2007 e 2011. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, p. 44-55, 2014.

BENINI, S. M. et al. **Saneamento e o ambiente**, 2018. 2. Ed. Tupã, São Paulo: ANAP, 2018.

BERTOLLO, D. M. B.; TOLEZANO, J. E. Aspectos soropidemiológicos da leishmaniose visceral no Departamento Regional de Saúde (DRS) XV região de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil, 2008-2012. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v. 76, p. 1, 2017.

BISUGO, M. C. **Leishmaniose visceral americana no Estado de São Paulo, Brasil. Avaliação do diagnóstico da leishmaniose Visceral canina com a utilização de teste rápido com antígeno recombinante k39**. 2007.145f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2007.

BORJA, L. S. **Estudo da correlação entre a carga parasitária de cães com diferentes apresentações clínicas da Leishmaniose Visceral e a transmissão ao vetor da *Leishmania infantum***. 2013. 75f. Dissertação (Mestrado em Patologia Humana) – Universidade Federal da Bahia - Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz/FIOCRUZ, Salvador.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes para projetos físicos de unidades de controle de zoonoses e fatores biológicos de risco**. Brasília: Funasa, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS, 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892192&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinanet/cnv/leishv>>. Acesso em: 24 de Abr. de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARDIM, M. F. M. et al. Introdução e expansão da Leishmaniose visceral americana em humanos no estado de São Paulo, 1999-2011. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 691-700, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Parasites-Leishmaniasis, 2013. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/parasites/Leishmaniasis/%20biology.html>>. Acesso em: 26 de Abr. de 2018.

CIARAVOLO, R. M. C. et al. Classificação epidemiológica dos municípios segundo o programa de vigilância e controle da leishmaniose visceral no estado de São Paulo, dezembro de 2014. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 12, n. 143, p. 9-22, 2015.

D'ANDREA L. A. Z.; OLIVEIRA A. C. F; ROMÃO M. M. Atuação do Centro de Laboratório Regional-Instituto Adolfo Lutz no controle de qualidade do diagnóstico da leishmaniose visceral canina. **Colloquium Vitae**, n. 9, p.14-20. 2017.

D'ANDREA, L. A. Z. et al. The shadows of a ghost: a survey of canine leishmaniasis in Presidente Prudente and its spatial dispersion in the western region of São Paulo state, an emerging focus of visceral leishmaniasis in Brazil. **BMC Veterinary Research**, n. 11, p. 273, 2015.

D'ANDREA, L. A. Z.; GUIMARÃES, R. B. A importância da análise de distribuição espacial da leishmaniose visceral humana e canina para as ações de vigilância em saúde. **Hygeia**, v. 14, n. 28, p. 121-138, 2018.

FUNDAÇÃO INSTITUTO TERRAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (ITESP). Disponível em: <<http://www.itesp.sp.gov.br/>>. Acesso em: 28 de Abr. de 2018.

GONTIJO, C. M. F.; MELO, M. N. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, p. 338-349, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA (INCRA). Disponível em: <<http://www.incra.gov.br/>>. Acesso em: 26 de Abr. de 2018.

SÃO PAULO. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral americana do Estado de São Paulo**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN e Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD, 2006.

\_\_\_\_\_. Rede Regional de Atenção à Saúde 11. Presidente Prudente, 2012.

SCANDAR, S. A. S. et al. Ocorrência de leishmaniose visceral americana na região de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)**, v. 8, n. 88, p. 13-22, 2011.

SILVA, J. D. et al. Leishmaniose visceral em cães de assentamentos rurais. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 37, n. 11, p. 1292-1298, 2017.

SILVEIRA, F. T. et al. Revendo a trajetória da leishmaniose visceral americana na Amazônia, Brasil: de Evandro Chagas aos dias atuais. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v.7, n.esp, 2016.

SOARES, Diego. O" Sonho de Rose": políticas de saúde pública em assentamentos rurais. São Paulo: **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, 2006.

ZUBEN, A. P. B. V.; DONALÍSIO, M. R. Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00087415, 2016.

# RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROJETO DE EXTENSÃO COM AÇÕES PRIORITÁRIAS NAS COMUNIDADES DO LITORAL DO PARANÁ

## EXPERIENCE REPORT: PROJECT OF EXTENSION WITH PRIORITY ACTIONS IN THE COMMUNITIES OF THE COAST OF PARANÁ

*Tatiana Ribas Kleinubing*  
Universidade do Centro-Oeste – UNICENTRO  
[kleinubing.kleinubing@gmail.com](mailto:kleinubing.kleinubing@gmail.com)

*Anielly Dalla Vecchia*  
UFPR - Setor Litoral.

*Jonatas Mesquita Lell*  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

*Francielly Dalla Vecchia*  
Universidade Federal do Paraná

**ABSTRACT:** The purpose of this article is to report the experience of professors, collaborating researchers and academics of undergraduate courses in Collective Health, Environmental Management and Geography of the Federal University of Paraná - Setor Litoral, located in the city of Matinhos/PR. The experiment started with the Georeferencing in Health extension project and comprised two moments: the situational analysis and the development of actions aimed at the communities of the municipalities of Morretes and Antonina, affected by the landslide in March 2011. With the actions carried out it was possible to analyze the living conditions of families after the disaster and to perform the georeferencing of these families. This experience made it possible for academics to understand the importance of theoretical-practical activities in collective and environmental health, as well as critical and reflective training as future professionals. The results demonstrate an active methodology, dialogical and interactive, capable of fostering solidarity networks of cooperation and the promotion of multidisciplinary knowledge, in order to favor reflections of emerging social problems. Thus, to instigate the pro-activity, based on theories of collective health, environmental health and geography, in the search to develop a knowledge able to dialogue and integrate the different knowledge, by the development of practices in line with the exercise of citizenship and transformation Social.

Keywords: Georeferencing; Territory, Health Actions.

### 1 INTRODUÇÃO

Uma das particularidades da rede urbana brasileira é a configuração espacial de áreas de ocupação contínua entre municípios contíguos. Especificamente no litoral brasileiro acumulam-se problemas socioambientais de diversas ordens e nas áreas que predominam habitações precárias evidenciam-se as condições que caracterizam situações de maior vulnerabilidade socioambiental. Nos últimos anos alguns eventos desastrosos que ocorreram na faixa litorânea, chamam a atenção pela magnitude e a trágica dimensão das perdas de vidas humanas e dos prejuízos materiais.

A Defesa Civil Nacional (CASTRO, 1998, não paginado), refere-se a desastre como “resultado de eventos adversos, naturais ou provocado pelo homem, sobre um ecossistema (vulnerável) causando danos humanos, materiais e/ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais”.

Burton, et al. (1978) sugeriram sete parâmetros para as pesquisas científicas relacionados aos eventos vinculados aos desastres naturais: magnitude (alta – baixa); frequência (frequente – rara); duração (longa – curta); extensão (ampla – limitada); velocidade (rápida – lenta); dispersão espacial (difusa – concentrada); espaço temporal (regular – irregular).

Marcelino (2007) classifica os desastres em dois grupos, os humanos e os naturais, sendo os humanos aqueles relacionados às ações ou omissões antrópicas, e os naturais relacionados a fenômenos naturais e/ou ambientais de grande intensidade sobre áreas povoadas e que podem ser intensificados por ações humanas.

Os desastres naturais são determinados com base na relação homem/natureza, pode-se dizer que são resultados malsucedidos das tentativas humanas em dominar a natureza e em explorá-la segundo seus interesses. Isto posto, quando não há aplicação de medidas para a redução eficaz dos efeitos dos desastres, a tendência é aumentar a intensidade, a magnitude e a frequência destes impactos. Historicamente foi desta maneira que a humanidade foi assolada pela ocorrência de desastres naturais (KOBAYAMA, et al., 2006).

O agravamento dos impactos causados por desastres de cunhos naturais, em sua grande maioria está diretamente relacionado às ações antrópicas como desmatamentos e queimadas, assoreamentos de rios, acúmulo e descarte irregular de lixo, ocupação desordenada, falhas na construção de edificações, ausência ou ineficácia de planos diretores, dentre outros (MARCELINO, 2007).

A Política Nacional do Meio Ambiente, instituída pela Lei Federal Nº 6938/81, tem como objetivo a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental assegurando condições ao desenvolvimento socioeconômico e a dignidade da vida humana. Essa política prevê aos municípios à preservação e conservação ambiental, um desenvolvimento econômico sustentável e compatível com os aspectos culturais locais (BRASIL, 1981).

Carvalho e Damascena afirmam que “a probabilidade de ocorrência de um desastre e sua consequente magnitude variam de acordo com as condições do ambiente impactado” (CARVALHO; DAMASCENA, 2013, p.57). A capacidade de enfrentamento após um grande impacto consubstancia-se na resiliência da comunidade ou local atingido. Os autores definem resiliência como “a capacidade que um sistema apresenta de tolerar perturbações sem alterar suas estruturas e identidades básicas”, ou seja, o poder de reconstrução do sistema social diante da destruição (CARVALHO, DAMASCENA, 2013, p.60).

Para que haja um planejamento adequado sobre as medidas de prevenção diante dos possíveis desastres ambientais e/ou humanos, é necessário que se conheçam as causas, consequências e o impacto de um desastre. Diante disto, o ciclo de gerenciamento de desastres divide-se em três fases: antes, durante e depois. Entende-se que na fase que antecede os fenômenos que podem causar algum tipo de desastre, enfoca-se a análise de riscos, políticas públicas, educação, previsão e sistema de alerta. Por sua vez, no decorrer, ou seja, na fase emergencial, devem estar previstas a assistência e socorro às vítimas do desastre, evacuação da área atingida e de risco, limpeza, segurança e abrigos. E na fase pós desastre, estão relacionadas as atividades de serviços essenciais como avaliação de danos, reconstrução e bem-estar da população impactada (MARCELINO, 2007).

Ultramari e Hummell (2010) realizaram um estudo sobre a vulnerabilidade socioambiental no sul do Brasil, para esta análise utilizaram dados de ocorrências de acidentes naturais e valores de Índice de Desenvolvimento Humano por município (IDHM), e concluíram que em áreas com maior vulnerabilidade socioeconômica física e ambiental também existe maior fragilidade social. E identificaram a inexistência de planos e políticas relativos à prevenção de desastres entre os estados do sul do Brasil, inclusive sobre fenômenos recorrentes na região.

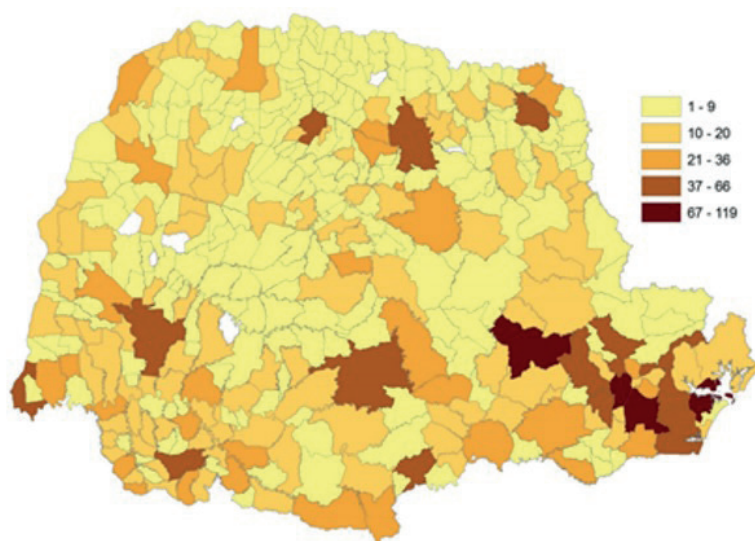
## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO

No Paraná, alguns tipos de desastres, como vendavais, enchentes e enxurradas, ocorrem com maior frequência, já os escorregamentos, apesar de não ocorrerem com tanta frequência,

também serão incluídos na discussão (IPARDES, 2011).

Segundo a Defesa Civil do Estado do Paraná, desde a década de 80 até 14 de abril de 2011 foram registrados 4.550 desastres, sendo que deste total 29,56% referem-se a vendavais ou tempestades, 14,11% a enchentes ou inundações graduais, 8,02% a enxurradas ou inundações bruscas e 1,82% a escorregamentos ou deslizamentos. No mapa 1, é apresentado o número de ocorrências totais de desastres por municípios, neste mapa as cores mais escuras são indicativas de maior número de ocorrências. Nesse mapa, os municípios mais críticos fazem parte das grandes aglomerações urbanas do Estado: Curitiba e região metropolitana, incluindo a região litorânea, Ponta Grossa, Guarapuava, Londrina, Maringá, Cascavel e Foz do Iguaçu (IPARDES, 2011).

#### MAPA 1 – OCORRÊNCIAS TOTAIS POR MUNICÍPIO DE TODOS OS TIPOS DE DESASTRES NO ESTADO DO PARANÁ – 1980 – 2011.



FONTE: Defesa Civil do Estado do Paraná (2011)  
Base Cartográfica ITCG (2010)

Em 11 de março de 2011, o litoral Paranaense sofreu uma grande catástrofe que ganhou destaque nos noticiários nacionais devido às consequências que o desastre causou à localidade. Segundo a Coordenadoria Municipal de Defesa Civil (COMDEC), o mês de março foi um dos meses mais chuvosos de Paranaguá - PR. Dados da estação meteorológica do Instituto Nacional de Meteorologia (Inmet) registraram naquele período em torno de 354,6 milímetros de chuva na região, bem acima da média, que fica entre 280 e 300 milímetros (COMDEC, 2012). As águas de março foram marcadas por fortes chuvas que ocasionaram inundações e deslizamentos atingindo, sobretudo os municípios de Antonina, Morretes, Guaratuba e Paranaguá. Sendo os dois primeiros na faixa da serra do mar, estes decretaram estado de calamidade pública e os outros, estado de emergência. Foram registrados 02 mortes e 200 feridos em Antonina e um óbito e 21 pessoas feridas em Morretes. As duas cidades somaram mais de 2000 desabrigados e centenas de casas destruídas.

RICARDO (2015) demonstrou de modo sintetizado as informações obtidas pela Defesa Civil do município de Paranaguá – PR o atendimento emergencial pós-desastre. Segundo a autora nos primeiros momentos, os órgãos públicos trabalham intensamente no auxílio às famílias afetadas através de mobilização de funcionários públicos, utilizando maquinários de manutenção e desobstrução de estradas.

#### QUADRO 1 – ATENDIMENTO EMERGENCIAL PÓS DESASTRE



SERVIÇOS REALIZADOS PODER PÚBLICO	ÓRGÃOS PÚBLICOS	SERVIÇOS REALIZADOS DEFESA CIVIL	INTEGRANTES SETOR
Desassoreamento dos rios Construções de pontes improvisadas Desobstrução de estradas Casas pela Cohapar	COPEL CAB Bombeiros Defesa Civil Secretaria Municipal de Obras Secretaria Municipal de Saúde Secretaria de Assistência Social Secretaria de Agricultura e Pesca Provopar Municipal e Estadual Secretaria de Urbanismo Secretaria Municipal de Segurança	Cadastro  Plano de trabalho  Plano de Contingência Repasse de doações Fiscalização de Obras	Chefe Operacional de Defesa Civil Chefe Administrativo de Defesa Civil Agente Operacional de defesa Civil

FONTE: Ricardo, A. B. (2014 – 2015).

As chuvas de maior intensidade e com grande frequência aumentam os riscos de erosão hídrica, escorregamentos ou deslizamentos. Essas características são mais significativas quando associadas às condições de relevo movimentado, características físico-hídricas do solo adversas, uso e manejo do solo, inadequados. A erosão hídrica proveniente de chuvas intensas causa não só problemas de ordem ambiental, mas também econômico, social e de saúde pública relevantes ao equilíbrio natural dos agrossistemas em uso (SANTOS, GRIEBELER e OLIVEIRA; 2010).

Para Santos, Griebeler e Oliveira (2010, p. 116), *um dos grandes desafios é a determinação com nível de precisão da influência que os fatores ambientais e antrópicos têm sobre a erosão dos solos e as consequências desta para o sistema. [...] Os sedimentos, fertilizantes e agroquímicos, são arrastados e provocam problemas de assoreamento e poluição na rede hidrográfica, diminuindo a seção de vazão dos leitos dos rios e aumentando os riscos de cheias, o que compromete a perenidade dos cursos de água. A erosão hídrica dos solos e a consequente produção de sedimentos têm sido preocupação constante em todas as situações relativas à gestão do uso do solo e da água. Em regiões em que predominam os processos de meteorização química e os solos são escassos e pobres, sob condições climáticas de temperaturas e precipitações pluviométricas de alta variabilidade, esta preocupação se torna mais relevante.*

Felizardo (2017) afirma que de acordo com o relatório da Defesa Civil, a estiagem é o fenômeno natural que mais afeta o Paraná. Porém, os maiores desastres estão ligados a chuvas, vendavais, enxurradas e granizo. Entre 2008 e 1º semestre de 2017, a Defesa Civil do Paraná estima que os desastres naturais causaram prejuízos de R\$ 8,9 bilhões e que com esse valor seria possível construir 250 mil casas populares para as pessoas afetadas por desastres. Em entrevista, Mauro Corbellini, coordenador de Mudanças Climáticas da Sema (Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos), diz que esta pasta é responsável por cuidar do espaço físico de todo o território do Paraná e ainda pontua que “se conseguirmos recuperar 10% das perdas, isso pode ser considerado um nível excelente de recuperação” (FELIZARDO, 2017, não paginado).

Corbellini afirmou ainda que “temos uma área abundante em rios, matas e ao mesmo tempo somos responsáveis por grande parte do PIB (Produto Interno Bruto) do Agronegócio. Exportamos para 175 países. Isso tudo só é possível se cuidarmos do nosso meio ambiente. Por isso o Paraná está muito empenhado em face às mudanças climáticas e à mitigação desses efeitos” (FELIZARDO, 2017, não paginado).

Apenas entre 2011 e 2014, estimasse que os desastres naturais causaram somente no Paraná, além de danos ambientais, um prejuízo material de quase R\$ 4,7 bilhões. Com o objetivo de diminuir os impactos decorrentes dos eventos climáticos como deslizamentos de massa ocasionados por chuvas intensas, por exemplo, o governo do estado realizou um mapeamento de possíveis áreas de risco localizadas no litoral paranaense. Ao todo foram mapeados mais de 2.000 km<sup>2</sup> na escala de 1 para 10.000, integrando nesta ação o Programa de Fortalecimento da Gestão

de Riscos e Desastres, que recebe financiamento do Banco Mundial. O mapeamento analisa e fornece informações a respeito do terreno, como características de uso do solo, áreas urbanas, muros e cercas, áreas alagadas e estradas não pavimentadas, além de outros dados técnicos. Os dados deste mapeamento são fundamentais para auxiliar na regularização de terras e no planejamento socioeconômico e ambiental da região (THE GREENEST POST, 2016).

KOWALSKI (2019), afirma que a Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil do Paraná registraram várias ocorrências nas duas primeiras semanas de 2019. Segundo informações do SISDC (Sistema Informatizado de Defesa Civil), desde o início do ano de 2019 o estado tem registrado em média, duas ocorrências ambientais por dia. A maior parte das ocorrências deste ano, estão relacionadas com condições climáticas desfavoráveis e típicas desta época do ano, caracterizadas por ondas de calor intenso e também de chuvas fortes. Dos 30 registros da Defesa Civil do Paraná, quatorze (14) são de vendavais, sete (7) de enxurradas, três (3) de alagamentos e uma (1) de tempestade de raios, chuva de granizo e deslizamento.

### QUADRO 1 Média de ocorrências no Paraná

Ano de ocorrência	Janeiro (1º Quinzena)	Ocorrências no ano
2019	30	30
2018	27	424
2017	25	583
2016	76	400
2015	27	645
2014	17	560
2013	31	**
2012	132	**
2011	13	**

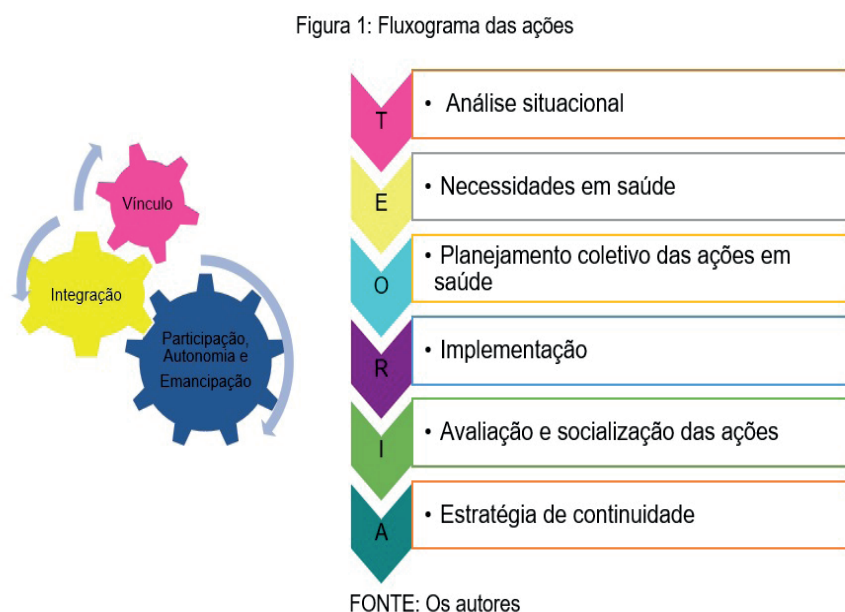
FONTE: Kowalski (2019)

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vinculado ao projeto de extensão “Georreferenciamento em Saúde”, realizado por docentes, pesquisadores colaboradores e estudantes da graduação em Saúde Coletiva, Gestão Ambiental e Geografia da UFPR. O projeto tem como eixo a transversalidade na “Integralidade do cuidado em saúde”, a fim de promover o comprometimento social e ambiental. Os acadêmicos acompanham em visitas mensais famílias que foram atingidas pelo deslizamento ocorrido em 2011. As famílias residem em uma região vulnerável, dos municípios de Morretes e Antonina, as famílias são visitadas a partir da territorialização das equipes da Estratégia de Saúde da Família local.

No grafo abaixo apresentamos as etapas das ações do projeto:

## Figura 1: Fluxograma das ações



As etapas das ações compreenderam na realização da análise situacional, a investigação das necessidades de saúde, elaboração coletiva das ações de cuidado e práticas em saúde, implementação do plano de cuidados, avaliação e devolutiva das vivências, bem como, planejamento de ações de continuidade. Destaca-se que durante o desenvolvimento da proposta, as teorias de saúde coletiva, meio ambiente e saúde e geografia serviram de apoio teórico e metodológico, selecionadas previamente e adequadas a cada realidade familiar.

Os dados foram coletados e analisados de forma sistematizada, conforme descrito nas etapas do processo teórico-prático (Figura 1), que compreende a análise da realidade, a investigação das necessidades e práticas em saúde, planejamento das ações de cuidado, implementação, avaliação coletiva, devolutiva da vivência e o delineamento para a continuidade.

No Brasil, são diversas as condições que geram diferentes vulnerabilidades de cunho socioambientais, tais como: (CEPED, 2012).

- **Vulnerabilidade física:** tem relação com a localização das residências e dos espaços comunitários (como escolas e postos de saúde) em áreas de risco e com a má qualidade dessas construções, dentre outros.

- **Vulnerabilidade social:** diretamente relacionada à forma de organização e relacionamento dos indivíduos de uma mesma comunidade. A vulnerabilidade social pode ter relação com a vulnerabilidade política: que tem como característica principal uma pequena participação social, relacionada a dificuldade de acesso à informação, ausência de planos e políticas de desenvolvimento nacional, estadual, municipal e comunitário.

- **Vulnerabilidade institucional:** que se relaciona com a dificuldade dos governos locais aplicarem leis para proteção dos recursos naturais, que fiscalizem o uso e a ocupação do solo e que garantam a segurança da população.

- **Vulnerabilidade organizativa:** marcada pela dificuldade de organização e mobilização dos grupos sociais para a identificação e resolução de problemas comuns.

- **Vulnerabilidade educativa:** que se relaciona com a precariedade dos programas educacionais para promover efetivamente a gestão de riscos e a cultura preventiva em relação aos desastres.

- **Vulnerabilidade ideológica:** quando da existência de crenças e valores que estimulem uma visão fatalista sobre os desastres como, por exemplo, atribuir aos deuses e divindades a 'culpa' sobre desastres.

Diante disto, essas comunidades podem se preparar para o enfrentamento de eventos extremos, como temporais, inundações e deslizamentos, caso haja ajuda para construção de

residências mais seguras e implantação de um sistema de coleta de resíduos sólidos apropriado para evitar seu acúmulo a céu aberto e, principalmente, para obterem acesso à direitos básicos como água, luz, esgoto, saúde e educação (CEPED, 2012).

#### **4 RESULTADOS**

A realidade vivenciada no contato com as famílias favoreceu na ampliação de novos olhares à novas possibilidades na práxis do cuidado em saúdes para os diferentes territórios e territorialidades, sobretudo em situações de desastres naturais. A diversidade cultural, saberes locais, o aprender a fazer com a pluralidade foram destaque, permitindo a mudança, quebrando paradigma tanto no ensino quanto na prática.

A atividade propiciou aos acadêmicos a pró-atividade, sinalizando que um profissional preparado deve estar disposto a aprender e desenvolver contextos no sentido de superar o modelo hegemônico e reducionista. No transcorrer das atividades os determinantes sociais em saúde da maioria das famílias causaram incertezas e, principalmente, a sensação de impotência diante da análise situacional. Os relatos dos fatos vivenciados pelas famílias em 2011, e ainda, até os dias atuais provocaram sentimentos, até então, haviam sido acompanhadas, apenas por meio da mídia. Essa experiência nos colocou diante das situações que instigaram o exercício do pensamento crítico, a tomada de decisão e o exercício da cidadania.

As vivências sob a ótica das famílias foram direcionadas a partir da territorialização da Estratégia Saúde da Família, a partir dos determinantes de saúde, evidentemente que no transcorrer das atividades, outras necessidades foram identificadas e relatadas pelas próprias famílias, em que a equipe do projeto pôde colaborar na proposta de resolubilidade das situações encontradas.

Evidenciou-se que a situação apresentadas pelas famílias superaram o mito de que o profissional de saúde é o dono do saber, vez que se exige uma postura de corresponsabilidade.

A falta de saneamento básico, caixas d'água, famílias em espaços inadequados, sem condições mínimas de higiene, a questão da insegurança alimentar, foram fatores encontrados e que, imediatamente, remeteram ao conceito ampliado de saúde, preconizado na Constituição Cidadã e no Sistema Único de Saúde. Contudo, é preciso, junto com as famílias, buscar seu fortalecimento e empoderamento, a fim de instigá-los na busca da sua promoção e prevenção em saúde.

#### **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O projeto de Georreferenciamento em Saúde, tendo como metodologia ativa favoreceu na construção do conhecimento na busca da transformação da realidade, “da comunidade, com a comunidade, para a comunidade”, valorando as especificidades do outro, as causalidades eventuais, voltado para o contexto que se inserem as famílias. Entende-se que as ações instituem uma nova proposta formativa, na busca da resignificação e reorganização do saber, o saber a fazer, a fim de criar espaços educativos, solidários e protagonistas para uma nova sociedade, assim como é preconizado pelas diretrizes curriculares para o ensino em saúde.

Ainda, a formação em saúde destaca a importância de atividades que contemplem a relação “teórico-prática” objetiva-se num ambiente de aprendizagem capaz de instigar aos alunos o despertar para a análise situacional, bem como, a solução de problemas, a experiência com situações específicas e o trabalho em equipe. Contudo, consideramos, este um processo de trabalho em saúde na pluralidade de conceitos e na lógica do cuidado na perspectiva da saúde ambiental.

## 6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Nº 6.938 de 31 de agosto de 1981: Da Política Nacional do Meio Ambiente. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6938.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6938.htm). Acesso em: 07/12/2018.

BURTON, I.; KATES, R. W.; WHITE, G. F. The environment as hazard. New York: Oxford Univ. Press, 1978. 240 p.

CARVALHO, Delton Winter de; DAMASCENA, Fernanda Libera. Direito dos Desastres. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

CASTRO, A. L. C. Glossário de defesa civil: estudo de riscos e medicina de desastres. Brasília: MPO/ Departamento de Defesa Civil. 1998.

CEPED. CARTILHA PREVENÇÃO DE RISCOS DE DESASTRES. Oficina do eixo meio ambiente, clima e vulnerabilidades. UFSC, Dez. 2012. Disponível em: [http://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/Cartilha\\_prevencao\\_de\\_desastres.pdf](http://www.ceped.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/Cartilha_prevencao_de_desastres.pdf) Acesso em: 20 de Jan. de 2019.

COMDEC, Prefeitura Municipal de Paranaguá- Coordenadoria Municipal de Defesa Civil - Plano Municipal de Contingência. 2012. 164p.

FELIZARDO, C. Paraná caminha para a prevenção dos efeitos climáticos - Desastre natural em 2011 foi determinante para a reengenharia da Defesa Civil. Jornal Folha de Londrina, Publicado em 02/08/17. Disponível em: <https://www.folhadelondrina.com.br/cadernos-especiais/parana-caminha-para-a-prevencao-dos-efeitos-climaticos-983948.html>. Acesso em: 20 de Jan. de 2019.

IPARDES. VULNERABILIDADE DE MUNICÍPIOS DO PARANÁ AOS RISCOS DE DESASTRES NATURAIS. Cad. IPARDES. Curitiba, PR, ISSN 2236-8248, v.1, n.1, p. 82-100, jan./jun. 2011.

KOBIYAMA, M.; MENDONÇA, M.; MORENO, D. A.; MARCELINO, I. P. V. O.; MARCELINO, E. V.; GONÇALVES, E. F.; BRAZETTI, L. L. P.; GOERL, R. F.; MOLLERI, G. S. F.; RUDORFF, F. M. Prevenção de desastres naturais: conceitos básicos. 1. ed. Florianópolis-SC. Organic Trading, 2006, 122p.

KOWALSKI, R. L. Desastres ambientais castigam o Paraná neste começo de ano. Bem Paraná, Publicado em 14/01/19. Disponível em: <https://www.bemparana.com.br/noticia/desastres-ambientais-castigam-o-parana-neste-comeco-de-ano>. Acesso em: 20 de Jan. de 2019.

MARCELINO, E. V. Desastres naturais e geotecnologias: conceitos básicos. Santa Maria: CRS/INPE, 2007. Disponível em: <http://www.inpe.br/>. Acesso em: 07/12/2018.

PARANÁ. Defesa Civil do Paraná. Boletim das chuvas do Estado, 24 de março de 2011. Disponível em: <http://www.defesacivil.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=885>. Acesso em: 19 de DEZ. de 2018.

RICARDO, A. B. COLONIA SANTA CRUZ, 11 DE MARÇO DE 2011: DESASTRE AMBIENTAL, TRAGÉDIA, CONSEQUÊNCIAS E FERRAMENTAS DE PREVENÇÃO. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Especialização em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar, Universidade Federal do Paraná (2015).

SANTOS, G. G.; GRIEBELER P. N.; OLIVEIRA, L.F.C. Chuvas intensas relacionadas à erosão hídrica. Revista Brasileira de Engenharia Agrícola e Ambiental. Campina Grande. v.14, n.2, p.115-123. 2010.

THE GREENEST POST. Paraná mapeia áreas de risco para desastres naturais (e promete



economizar bilhões evitando acidentes). Por Rádio Água, em Ambiente. Publicado em 25/07/16. Disponível em: <https://thegreenestpost.com/desastres-ambientais-areas-de-risco-sao-mapeadas-no-parana/>. Acesso em: 20 de Jan. de 2019.

ULTRAMARI, C.; HUMMELL, B. M. L. Espacializações das vulnerabilidades socioambientais no sul brasileiro. REDES, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 1, p.5-31, jan./abr. 2010.

## EXCLUSÃO SOCIAL E A GEOGRAFIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UFGD NA CIDADE DE DOURADOS-MS-BRASIL: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES EM SAÚDE EM NO PERÍODO DE 2015 - 2016

## EXCLUSIÓN SOCIAL Y GEOGRAFÍA DE LA EXTENSIÓN UNIVERSITARIA DE LA UFGD EN LA CIUDAD DE DOURADOS-MS-BRASIL: UM ANÁLISIS DE LA ACCIONES EM SALUD EM EL PERÍODO 2015 -2016

*Antonio Idêrlían Pereira de Sousa*

[antonio.iderlian@hotmail.com](mailto:antonio.iderlian@hotmail.com)

Universidade Federal da Grande Dourados

*Alexandre Bergamin Vieira*

[alegeobv@yahoo.com.br](mailto:alegeobv@yahoo.com.br)

Universidade Federal da Grande Dourados

*Rosenilda Marques da Silva Felipe*

[rosenildafelipe@gmail.com](mailto:rosenildafelipe@gmail.com)

Universidade Federal da Grande Dourados

*Thays Oliveira Fernandes*

[thays.ofernandes@gmail.com](mailto:thays.ofernandes@gmail.com)

Universidade Federal da Grande Dourados

**Resumen:** El presente trabajo es un recorte de la investigación de iniciación científica denominada “Exclusión Social y la Geografía de las Acciones de Extensión de la UFGD - Universidad Federal de la Grande Dourados en la ciudad de Dourados-MS”. Este tiene como objetivo presentar los resultados preliminares de la investigación que busca comprender cómo la extensión universitaria actuó espacialmente en la ciudad por medio de proyectos que visan la extensión en salud y su interacción con las áreas de exclusión social. Inicialmente se trató un enfoque conceptual sobre extensión universitaria, mostrando su implicación directa por el atributo social imputado y en la expansión de la universidad que tiene una participación directa con la sociedad, siendo la extensión una fomentadora de políticas públicas. La metodología utilizada se basa en el levantamiento bibliográfico a fin de delinear la geografía de la extensión, en el método cuantitativo, que por la matriz de los datos secundarios del Sistema de Gestión de Proyectos - SIGPROJ sirvieron para la elaboración de los mapas y de los indicadores analíticos que cuantifican ciertos aspectos de los proyectos de extensión. Por lo tanto, se trata de una discusión teórica sobre el papel de la extensión en la atención a las áreas de exclusión social.

**Palabras-claves:** Salud, extensión univertitaria, exclusión social, mapeamento.

### INTRODUÇÃO

As cidades capitalista por serem produtoras de desigualdades, tornam-se produtoras de demandas sociais tais como os serviços de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde - UBS que por si só, fazem parte de um somatório de elementos indissociáveis (corpo médico, enfermagem, farmácia, dentista, medicamentos, etc.) todavia, este serviço não se compreende apenas como ponto de atendimento às enfermidades de determinados sujeitos, eles são formados por sujeitos profissionais que necessitam de constante formação e atualização continua.

Segundo VIEIRA (2005), ao se pensar na urbanização, mergulha-se na existência e re(existência) das diferentes realidades socioespaciais de sujeitos que habitam as cidades. Esses sujeitos são possuidores de diferentes características, dentre elas culturais, econômicas e sociais, isso compõe os espaços urbanos.

A exclusão social aloca os sujeitos que ocupam as classes sociais desfavorecidas em espaços desvairados de elementos básicos necessários à vida humana, dentre eles o acesso a saúde, coleta

de lixo, tratamento de água, entre outros.

Conforme Oliveira e Rocha (2010), o modelo de atuação e planejamento do Estado não era suficiente para se criar um ambiente de atendimento às demandas de toda a sociedade. Nesse sentido, a atuação do Estado convergiu para elaboração de políticas que pudessem suprir as omissões a fim de se tornarem preventivas ou corretivas e que sobretudo, pudessem modificar a realidade de um ou de vários setores da sociedade.

Um exemplo disso é o acesso ao ensino superior nas universidades públicas federais, fruto da construção de uma política prevista na constituição federal e reafirmada em legislações posteriores, que visa atender a supressão de uma das demandas da sociedade que é a educação (OLIVEIRA e ROCHA, 2010). Segundo Chauí (2001, p.35, apud OLIVEIRA e ROCHA, 2010, p.123), a universidade passa a realizar as necessidades e anseios da sociedade, e a articulação da universidade com a sociedade produz novos conhecimentos e aquilo que difunde através do ensino não fica restrito apenas àqueles que conseguem ser aprovados no vestibular (SAVIANI, 1985, p.48, apud OLIVEIRA e ROCHA, 2010, p.124).

A extensão encontra-se num cenário em que conecta ou “pluga” a universidade com a comunidade, funcionando, não obstante, como uma ponte entre as mesmas (SOUSA, 2018). Tudo isso aliado ao fato de que a universidade precisa dar um “feedback” à comunidade devido aos “investimentos” dessa comunidade por meio de seus impostos, à universidade foi atribuído um importante papel social contemplado por meio da extensão.

Inúmeros sujeitos militaram para que a extensão migrasse do assistencialismo e do cerne hegemônico que imputava às universidades o conhecimento absoluto sobre tudo e sobre todos, isto é, o papel das universidades restringia-se ao oferecimento em forma de cursos, os conhecimentos adquiridos no ambiente acadêmico, e isso era passado à sociedade em uma “via de mão única”. (NUNES et al, 2013)

Após 51 anos de debates, a extensão universitária passou por ditaduras, lutas, regulações, desregulações, etc. até chegar ao que se tem hoje, todavia, não se firmou consenso quanto a sua conceituação, mas de acordo com alguns autores, tal como Nunes et al (2011), Serrano (2013) e Medeiros (2017), a extensão universitária é uma parte indispensável do tripé (ensino-pesquisa-extensão) que sustenta e molda a existência da universidade.

Segundo Oliveira e Rocha (2010), as universidades públicas assumiram um papel importante de desenvolvimento regional mediante a socialização dos conhecimentos construídos no ambiente acadêmico. Seu diálogo com a sociedade antes da incorporação do extensionismo era calcado em prestação direta de serviços na indústria, nas produções agrícolas e outros.

A extensão universitária, por meio de sua aproximação com as políticas públicas tornou-se coadjuvante de ações governamentais direcionadas a outras áreas de ações como a educação básica, saúde pública, trabalho, emprego e renda etc.(OLIVEIRA e ROCHA, 2010, p.129).

O diálogo entre universidade e comunidade acontece de várias formas, por exemplo, como pesquisa-ação, que se caracteriza pelo envolvimento direto das comunidades na elaboração dos projetos que lhes auto beneficiam, ou seja, a comunidade passa a elaborar projetos e acordos e de forma pró ativa, sinalizam para o poder público sobre suas demandas, corroborando as políticas públicas sociais.

A partir deste conceito de extensão pode-se denotar que a universidade está atenta às necessidades das comunidades, No entanto, devido às particularidades dos projetos de extensão propostos (NO ÂMBITO DA UFGD), percebe-se que os mesmos, sobretudo os de saúde, buscam atender demandas específicas de acordo com ótica do proponente, o que justificaria o fato dos projetos se concentrarem, muitas vezes, em locais, que se observado sob o ponto de vista estrutural, poderiam ser chamados de “mais vantajosos”, ao proponente, porém talvez, desfavoráveis à comunidade.

As ações de extensão visam atender as demandas da comunidade, mas se encontram em um espaço geográfico, e por isso, essas ações de extensão são possuidoras de uma geografia própria apresentando dessa forma, características capazes de modificar as realidades das áreas de exclusão social.

Este trabalho tem como principal objetivo entender como se dá a geografia dos projetos de extensão e sua relação com a exclusão social na cidade de Dourados-MS, bem como verificar se estão conseguindo alcançar as classes sociais que necessitam de políticas públicas sociais. Tomou-se por base um mapeamento de SOUZA (2014) pautado no Censo Demográfico do IBGE em 2010 e em trabalhos que abordaram estritamente a temática extensão universitária que foram cadastrados no Sistema de Gestão de Projetos - SIGPROJ. Ao final deste trabalho serão apresentados e discutidos indicadores como total de pessoas atendidas em projetos de extensão com ônus e sem ônus, executados pela Pró-reitora de extensão da Proex/UFGD.

## METODOLOGIA

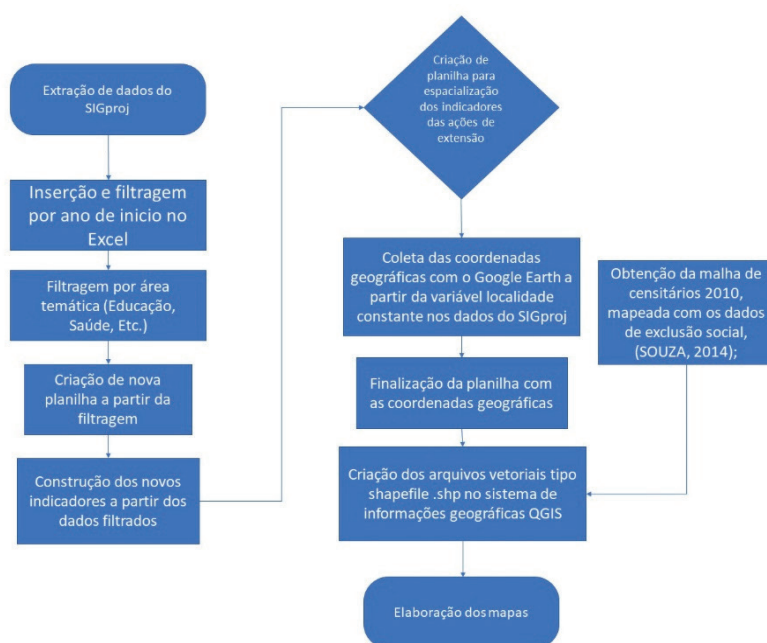
A fim de responder aos questionamentos que nortearam o presente estudo, foi realizada uma pesquisa de natureza quantitativa quanto à análise dos resultados, e de natureza bibliográfica e documental quanto aos objetivos.

A coleta de dados foi realizada mediante a técnica de levantamento aplicado no sistema de gestão de projetos.

Os dados coletados foram referentes aos projetos propostos e executados por meio da Proex/UFGD na cidade de Dourados-MS no período de 2015 a 2016.

Para a elaboração dos mapas foi utilizado o Sistema de Informações Geográficas QGIS® versão 3.4.1, que é um software livre. Como diretriz para a elaboração do mapa, procurou-se seguir as etapas descritas na figura 1.

**Figura 1 - Fluxograma dos processos empregados na filtragem, criação de novos indicadores e coleta de dados espaciais**



*Fonte: Os autores, 2018.*

As variáveis mensuradas são:

- Total de pessoas atendidas nos projetos com e sem ônus;
  - Número de projetos propostos com abrangência local, inclusive a RID (Reserva indígena de Dourados).
  - Número de projetos propostos com abrangência regional e por fim,
  - Número de projetos com abrangência imprecisa (aqueles que possuem localidade genérica).
- Nos projetos com ônus (financiados), observa-se conforme tabela 1, um total de 34.071

pessoas atendidas no ano de 2015. Já ano de 2016 houve um aumento expressivo de 54.738 pessoas atendidas no decorrer do ano de 2016. Esse aumento, talvez se justifica devido ao aumento do número de projetos ofertados.

Nos projetos sem ônus (não financiados), o total de pessoas atendidas não foi tão expressivo, tendo aumentado em apenas 100 pessoas a mais no ano de 2016. Denotando-se talvez a necessidade de políticas de fomento para manter a universidade enquanto propulsora de ações de extensão.

No ano de 2015 foram propostos 20 projetos e 27 em 2016, porém, ao serem separados por área de abrangências, observa-se os seguintes índices:

Em 2015 na área de abrangência local, incluindo-se a RID (Reserva Indígena de Dourados), foram propostos 16 projetos.

No ano seguinte (2016), o total de projetos propostos foi 37.

Já na área de abrangência regional o número de projetos é ínfimo, quando comparado com os projetos realizados na área de abrangência local.

Quanto aos projetos com abrangência imprecisa, em 2015 ocorreram apenas duas propostas de projetos. Já em 2016, foram propostos 5 projetos nessa categoria de projetos com local de atendimento imprecisa. Foram contabilizados nessa categoria, a ocorrência de projetos que tiveram localização imprecisa no preenchimento no campo “local de realização”, portanto, os projetos categorizados nesta categoria, não podem ser geolocalizados.

**Tabela 1 - Comparativos dos indicadores das ações de extensão (saúde), propostos nos anos de 2015 e 2016**

Tipo	Total de pessoas atendidas projeto com ônus (público externo outros)	Total de pessoas atendidas projeto sem ônus (público externo outros)	Nº de projetos propostos com abrangência na cidade, inclusive a RID (reserva indígena de Dourados)	Nº de projetos propostos com abrangência fora da cidade de Dourados	Nº de projetos propostos que tem abrangência imprecisa	Total
Saúde (2015)	34.071	650	16	1	3	20
Saúde (2016)	88.809	700	21	1	5	27
Total	122.880	1.350	37	2	8	47

Fonte: Relatório final das ações de extensão 2015 e 2016 – SIGPROJ – PROEX - UFGD.

Elaboração: Os autores, 2018.

Os totais apresentados nas tabelas representam a somatória dos dois anos.

A UFGD utiliza como critério para encerramento das ações de extensão a elaboração de um relatório final, ele é elaborado no mesmo sistema de submissão inicial do projeto. A tabela 2 apresenta o quantitativo dos projetos encerrados nas áreas das temáticas da saúde nos diferentes cursos existentes na UFGD e, de forma clara, é possível notar que o total de projetos propostos e aprovados é indiretamente proporcional a quantidade dos projetos finalizados em cada ano. No ano de 2015 os projetos propostos e aprovados somam-se 20 projetos e os projetos propostos e aprovados em 2016 somam-se 27 projetos (vide tabela 1), todavia no ano de 2015 apenas 15 projetos foram finalizados com elaboração de relatório final e 17 projetos em 2016, cabe ressaltar que a não elaboração do relatório final, não implica a desistência, cancelamento e/ou encerramento precoce do projeto, haja vista que a obrigatoriedade é meramente administrativa.

**Tabela 2 - Relação dos projetos de extensão (saúde), concluídos com relatório final por curso**



## proponente no ano de 2015 e 2016

Curso	Nº de projetos (2015)	Nº pessoas atendidas (público-externo outros) 2015	Nº de projetos (2016)	Nº pessoas atendidas (público-externo outros) 2016
Psicologia	1	590	2	400
Nutrição	6	1.102	5	1.346
Medicina	7	12.422	9	10.518
Biologia	1	4.005	0	0
Zootecnia	0	0	1	3.300
Total	15	18.119	17	15.564

Fonte: Relatório final das ações de extensão 2015 e 2016 – SIGPROJ – PROEX - UFGD, Elaboração: Os autores, 2018.

O primeiro mapa, foi elaborado tendo como base analítico-representativa o mapeamento realizado no trabalho de (SOUZA, 2014), o mesmo representa a exclusão social na cidade de Dourados – MS, realizado a partir dos dados do censo 2010, segundo a autora o mapa foi construído baseado nos 32 mapas que retratavam na obra as desigualdades sociais analisadas por ela, a partir da síntese destes indicadores é que gerou-se o mapa. Os setores com menor índice de exclusão social localizam-se a centro norte representado no mapa pela cor branca e os com maiores índices de exclusão social são representados pela cor preta, ela enfatiza a existência de poucos setores com índices baixos de exclusão social é a condição suficiente para a consolidação das desigualdades na área urbana. A linha preta que horizontaliza os setores representa a avenida principal da cidade Avenida Marcelino Pires que conforme Romero (2010, p.53 apud SOUZA, 2014, p. 21) a porção noroeste da avenida é popularmente mencionada pelos munícipes como a “parte de cima” sendo a localidade onde os preços da terra urbana são maiores e a porção sul com preços menores, esta preferência que se enfatiza pelo poder de compra, provoca padrões de ocupação no espaço urbano.

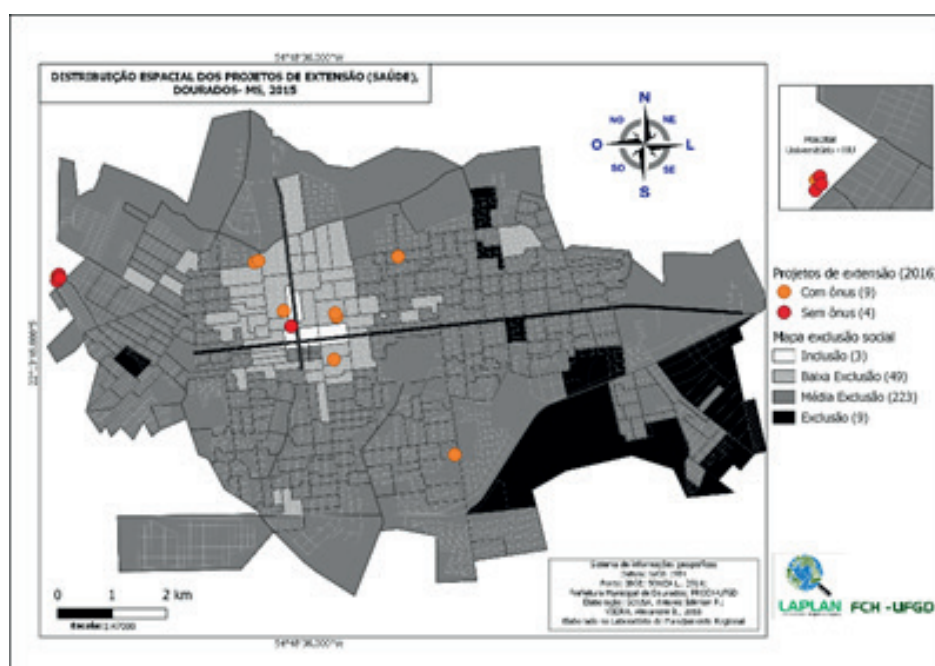
Aqui cabe questionar-se por que a porção noroeste foi a área eleita pela elite local para sua localização... Essa área foi escolhida por ser elevada, o que possibilitava à sua população evitar enxurradas e alagamentos, comuns em Dourados até final dos anos 70, antes da implantação do sistema de drenagem pluvial. Como até aquele período a maior parte das ruas da cidade era de terra, quando chovia desciam enxurradas e grande quantidade de lama do divisor de águas, situado na porção norte da Cidade (coincidindo aproximadamente com o traçado da atual rua Ponta Porã) em direção a sua porção sul (rua Cuiabá e os bairros Água Boa e Cachoeirinha situados em baixadas) Assim, quem tinha melhores condições procurou se fixar no norte e fugir dos bairros situados no sul da Cidade. (SILVA, 2000, p. 217-219 apud SOUZA, 2014, p. 23).

Os projetos de extensão apresentam concentração na porção centro-norte, mesmo com distâncias relativas entre si, os projetos do ano de 2015, se concentraram em grande parte na porção classificada como área de baixa exclusão, a realização dos projetos nestas áreas mais favorecidas socialmente, desconsidera as dinâmicas de mobilidade urbana, bem como das condições socioespaciais de cada um. Três no total de projetos foram realizados em um dos prédios da UFGD a extremo centro-norte da área classificada como baixa exclusão, a noroeste do mapa temos uma concentração de 4 projetos que se centraram no hospital universitário para atendimento do público auferido pelos projetos.

No ano cartografado, os projetos demonstraram concentração a centro, a centro-norte e a noroeste, este arranjo a partir do quantitativo de público auferido abre contraste para dualidade da dos projetos de extensão, tendo em vista a concentração em alguns poucos locais, sobretudo locais socialmente favorecidos e a mobilidade urbana precária, com isso os participantes dos projetos, a grosso modo beneficiando apenas os sujeitos com maiores capacidades de mobilidade, com isso o público-alvo dos projetos por mais que afirmam grande quantidade de pessoas, tornam-

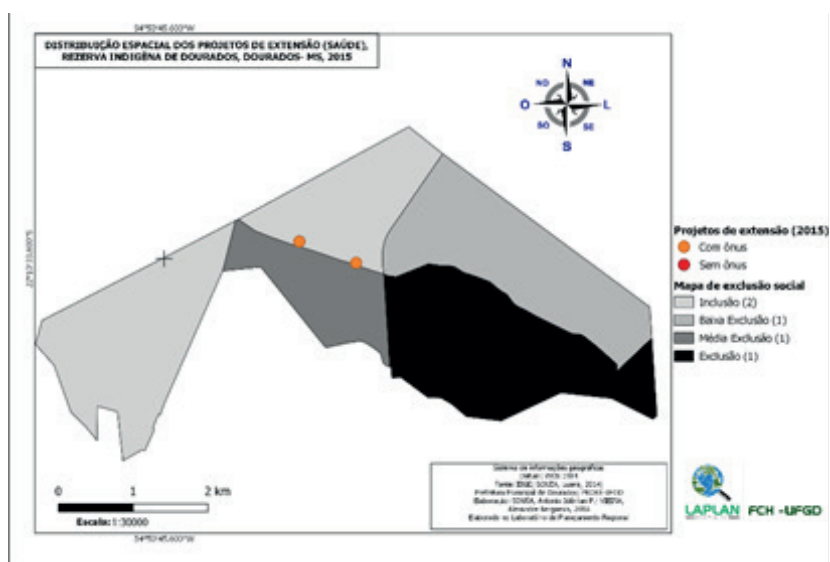
se seletivos pelo arranjo espacial.

### Mapa 1 - Distribuição espacial dos projetos de extensão (saúde), 2015.



O mapa 2, foi elaborado a partir do mesmo mapeamento realizado por (SOUZA,2014), ele representa os setores censitários compreendidos pela reserva indígena de Dourados. Nele não se constata uma concentração dos setores mais vulneráveis as desigualdades, já que pela generalidade toda área pode ser considerada como área de exclusão social, sobretudo quando comparamos com a área urbana. No espacialização dos projetos, primeiramente averiguamos que apenas em 2015 foram propostos projetos para a área específica, em contraste com o mapa da área urbana, os projetos se localizam na área classificada pela autora como área de inclusão, ao mesmo tempo que os projetos localizavam-se na área de inclusão, eles faziam divisa com à área de média exclusão, dois projetos não capazes atenderem as demandas dos cinco setores censitários, a universidade por meios de seus projetos de extensão na área temática de saúde, estava distante da reserva indígena de Dourados.

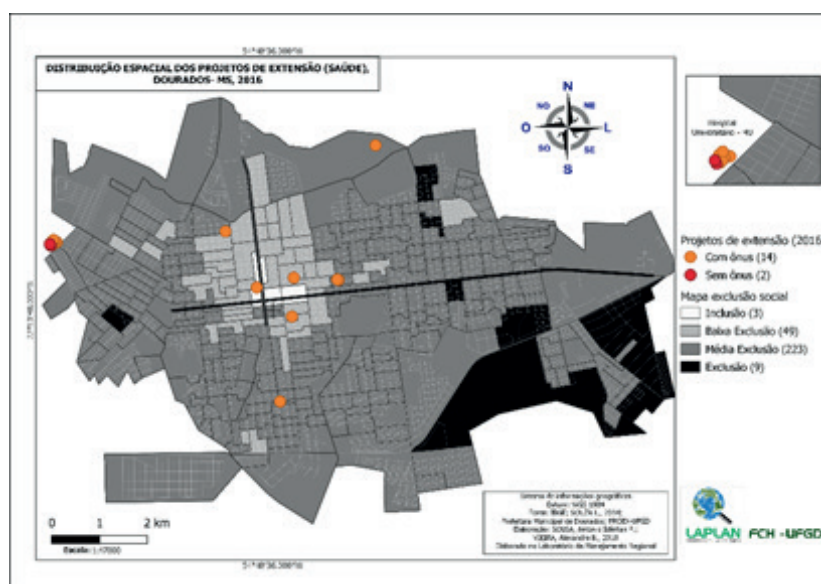
### Mapa 2 - Distribuição Espacial dos projetos de extensão (saúde), reserva indigena de Dourados, 2015



Semelhantemente ao mapa 1, o mapa 3 apresenta a distribuição espacial dos projetos de extensão na cidade de Dourados, porém, este representa o ano de 2016, o que difere o comportamento espacial dos dois mapas, é o aumento da concentração dos projetos na área onde localiza-se o hospital universitário – HU da UFGD, o padrão de concentração cetro-norte na área classificada como baixa exclusão e sua proximidade com a de inclusão permanece de um ano para o outro, apenas havendo diminuição na quantidade de projetos espacialmente distribuídos nestas condições. O hospital atende diariamente pessoas de várias cidades, que pertence a região de influencia em saúde da cidade, muitos projetos ocorrem neste local devido a possibilidade de interação direta dos alunos de graduação em medicina, nutrição e psicologia da própria UFGD, podemos dizer que dentre toda cidade, os projetos desenvolvidos com o público do hospital são os que trabalham e abrangem mais diretamente as distintas classes sociais, da cidade e regionalmente.

Os projetos classificados como imprecisos foram alocados na unidade II, bem como os demais com localização dentro da área de abrangência local, mas que utilizaram os prédios da unidade II da UFGD, eles não aparecem no mapa devido a distância aproximada de 12 km da praça central da Cidade.

### Mapa 3 - Distribuição espacial dos projetos de extensão (saúde), 2016



Fonte: IBGE, PROEX-UFGD, Prefeitura Municipal de Dourados, SOUZA, 2014.

Elaboração: Os autores, 2018.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contatou-se um número expressivo de projetos proposto e executados na universidade nos dois anos avaliados e que foram objetos deste estudo. Observou-se também um aumento substancial no número de projetos propostos, porém, ao mesmo tempo, não se observa expressiva alteração no arranjo espacial dos pontos de execução.

A análise inicial dos indicadores contidos no site da universidade demonstra que a UFGD tido preocupação na qualificação e quantificação de algumas variáveis dispostas em projetos que qualifiquem os impactos sociais sobre o público atendido.

A partir da transcrição dos relatos das equipes executantes por meio dos relatório, não se encontrou também indicadores quantitativos quanto os números iniciais e finais das ações passíveis de sociabilidade sejam eles dados empíricos, analíticos, patológicos, etc., sendo a sociabilidade que pode proporcionar o pensar na progressão das condições presenciadas no projeto de extensão, em como eles podem ser subsidio para atuação dos núcleos municipais, estaduais e federais de saúde a fim da elaboração de políticas públicas específicas.

Por fim, pode-se entender que a UFGD nos anos analisados, demonstrou concentração dos projetos de extensão em áreas com baixíssimos índices de exclusão social, isso mostra que nos respectivos anos, os projetos podem ter criado na cidade de Dourados ambiente de exclusão e segregação social devido a falta de atenção para com as peculiaridades do espaço urbano, tendo em vista que a localização e concentração faz oposição aos índices mais críticos de exclusão social. Os resultados dispostos neste trabalho além de servirem para a própria UFGD, podem contribuir para outras universidades repensarem seu papel social nas comunidades que atuam.

Cabe ressaltar que no ano de 2018, houve uma quebra de paradigma pela universidade ao determinar no edital de extensão para ao ano de 2019 áreas específicas para realização “forçando” os extensionistas a ocuparem os espaços geográficos ainda não atendidos ou aqueles espaços com maior demanda.

A ciência geografia pode contribuir através da cartografia social, da geografia urbana e/ou do geoprocessamento que, alinhados estritamente, podem auxiliar na modelagem de um mundo plural, para que, posteriormente possa auxiliar a universidade por meio da PROEX a elaborar medidas com a finalidade de dar subsídios para a política de extensão da universidade, direcionando projetos a áreas historicamente deficitárias de práticas extensionistas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao CNPq pela concessão da bolsa de iniciação científica ao primeiro autor.

## **REFERÊNCIAS**

DE MEDEIROS, Márcia Maria. A extensão universitária no Brasil-um percurso histórico. BARBAQUÁ, v. 1, n. 1, p. 9-16, 2017.

NUNES, Ana Lucia de Paula Ferreira; DA CRUZ SILVA, Maria Batista. A extensão universitária no ensino superior e a sociedade. Mal-Estar e Sociedade, v. 4, n. 7, p. 119-133, 2011.

OLIVEIRA, Carlos Eduardo C. de; ROCHA, Saulo José dos Santos. Estado, políticas públicas e extensão universitária. Revista de Desenvolvimento Econômico, Salvador, v. 12, n. 22, p. 121-129, 2010.

SERRANO, Rossana Maria Souto Maior. Conceitos de extensão universitária: um diálogo com Paulo Freire. Grupo de Pesquisa em Extensão Popular, v. 13, n. 8, 2013.

SOUZA, Luana Santos. Dourados e as Desigualdades Sociais: Mapeamento com base no censo 2010, monografia: curso geografia, FCH/UFGD, 2014

VIEIRA, Alexandre Bergamin. O Lugar de cada um: indicadores sociais de desigualdade intraurbana. UNESP. Presidente Prudente, 2005.

SOUSA, A. I. P. D. S. Apresentação do livro. In: SOUSA, A. I. P. Extensão: a universidade plugada na comunidade. Ananindeua: Editora Itacaiúnas, 2018. p. 54.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NOS BAIROS CIDADE JARDIM E SANTOS DUMONT  
NA CIDADE DE PIRAPORA – MINAS GERAIS**

**HEALTH EDUCATION AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY  
IN CIDADE JARDIM AND SANTOS DUMONT NEIGHBORHOODS  
IN THE CITY OF PIRAPORA – MINAS GERAIS**

*Vanda Aparecida Costa*  
Mestre em Geografia – UFU  
[vandageografia@msn.com](mailto:vandageografia@msn.com)

*Bárbara Beatriz da Silva Nunes*  
Mestre em Geografia - UFU  
[barbaranunes@ufu.br](mailto:barbaranunes@ufu.br)

**ABSTRACT:** The health education developed by the public authorities with the population has undergone great transformations in the last decades, changing from a traditional, interventionist and authoritarian education to a guidance and information model, based on health prevention and health promotion. Therefore, this study aimed to carry out the literature review on health education, as well as discussing the performance of the professionals working in the Family Health Strategy (FHS) in the Cidade Jardim and Santos Dumont neighborhoods in the Pirapora – MG, on the use of educational practices in health. The methodological procedures consisted of bibliographical, documentary and in loco observation to the residents of the area and micro areas of the FHS of the Cidade Jardim and Santos Dumont neighborhoods. We have observed that health education has drawn attention to its legitimacy, health implications and complexity in individual, family and community care, thus contributing to unite the dialogue between scientific and popular knowledge in the health area. Important requirements that make the FHS a program capable of meeting the health needs of the population, with attendance and continuous monitoring by the professionals.

**Keywords:** Pirapora, Health education, Family Health Strategy, Health promotion.

## **INTRODUÇÃO**

A educação em saúde baseia-se em um campo de conhecimento que propõe práticas e atuação, tendo como principais norteadores a prevenção, atenção e promoção em saúde. Segundo a Funasa (BRASIL, 2007, p. 21), a educação em saúde é “um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social”. Assim sendo, o conceito atual é baseado na inter-relação entre os diversos sujeitos, relacionando saberes diversificados entre o conhecimento científico e o conhecimento popular fundamentado no senso comum. Esta ação proporciona uma reflexão teórico-prática entre os atores envolvidos, o que resulta em uma maior autonomia e criticidade para os profissionais de saúde e a comunidade (REIS, 2006). Uma vez que são realizadas a partir da realidade da comunidade, estimula a busca de soluções e a organização para as ações individuais e coletivas (BRASIL, 2007).

A evolução histórica da educação em saúde demonstra a passagem de uma educação baseada em modelos tradicionais, intervencionistas e autoritários para um modelo de orientação e informação, baseado na prevenção e promoção em saúde. Tal evolução resultou em um grande



desenvolvimento e uma teoria crescente quantos aos métodos e práticas utilizadas no campo da saúde pública, culminando na instauração da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Entre o século XIX e meados do século XX, a educação em saúde no Brasil era baseada no movimento sanitário, o qual se fundamentava na relação do homem com o meio ambiente, dando prioridade às regras e normas de prevenção a saúde imposta à população. Nesta época, os programas de saúde pública eram realizados de maneira centralizada, rígida e opressora, sem dar direito ao cidadão de escolha, ou seja, a prevenção a saúde não era de prioridade individual, mas, sobretudo social (REIS, 2006).

A educação sanitária foi institucionalizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo um elemento essencial na educação básica a nível primário (GRAZZINELLI et al., 2006). Isso possibilitou importantes fundamentos na criação, divulgação e nas organizações dos projetos, possibilitando a população um maior entendimento, conhecimento e participação como um todo.

No início do século XX, o tratamento era baseado na gravidade da doença, sendo que pacientes cujo sintoma representava perigo à população, eram retirados e isolados da sociedade como forma de manter o equilíbrio e o controle. A educação em saúde deste período estava limitada ao paradigma vigente e tinha como principal meta a prevenção de doenças. Assim, havia um modelo de orientação de normas de condutas a serem seguidas para manter a sociedade limpa, impostas à população. Como em um modelo impositivo, todos que não se adequassem a essas normas ou ousassem desobedecer às medidas corretas de prevenção a saúde eram tachados como rebeldes e punidos (REIS, 2006).

Em decorrência da evolução da medicina e de movimentos sociais contrários ao sanitarismo, houve a modificação das orientações em saúde. Ao se focar a evolução no campo da saúde, verificou-se que o discurso em educação em saúde sofreu algumas alterações de forma positiva no período de 1980 a 1992. A educação vigente, de perspectiva tradicional, conteudista, normativa e cientificista passa para uma educação voltada para a comunidade como forma de participação comunitária.

A principal alteração ocorrida no período supracitado foi o advento de um novo paradigma educacional proposto por Freire (1985, p. 125), que preconiza a educação como “[...] um processo pelo qual o educador convida os educandos a reconhecer e desvelar a realidade criticamente”. Essa “Educação Libertadora”, como ressalta Freire, tem como objetivo a interação entre os diversos saberes, respeitando a cultura, religião e, sobretudo, a posição social e política de cada indivíduo.

A educação libertadora tem, fundamentalmente, como objetivo desenvolver a consciência crítica capaz de perceber os fios que tecem a realidade social e superar a ideologia da opressão. [...] Na educação como prática da liberdade, os homens e as mulheres são vistos como “corpos conscientes”, e se tem convicção profunda no poder criador do ser humano como sujeito da história – uma história inacabada, construída a cada instante, cujo processo de conhecer envolve intercomunicação, intersubjetividade. Os protagonistas do processo são os sujeitos da educação – estudante e professor(a) –, que, juntos, dialogam, problematizam e constroem o conhecimento. [...] Essa atitude dialógica, conforme Paulo Freire, permite a reflexão crítica dos homens e das mulheres em suas relações com o mundo para sua libertação autêntica. Portanto, nega o ser humano abstrato, desligado do mundo, assim como também nega o mundo como uma realidade ausente dos homens e das mulheres e considera que, somente na comunicação, tem sentido a vida humana. Dessa forma, tanto o(a) professor(a) quanto o(a) estudante tornam-se investigadores críticos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes (MENEZES e SANTIAGO, 2014, p. 50 - 51)

Um axioma-base desta nova prática ressalta a importância de se avaliar a divergência entre saber instituído; as propostas de mudanças e o resultado observado nas práticas da população. Segundo Grazzinelli et al. (2006, p.27):

Comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos, não podendo, na maioria das vezes, ser modificados a partir, unicamente, de novos conhecimentos. Assim, tem início o desenvolvimento da percepção do quanto de subjetividade existe no modo dos sujeitos verem e representarem o processo saúde-doença.

Assim como o novo paradigma representou uma ruptura no modelo educacional vigente nas escolas, também concebeu uma nova forma de se pensar o processo saúde/doença e de desenvolver a educação em saúde. O processo saúde/doença passou a ser admitido como um conjunto uno e múltiplo aberto a determinações e conceitos variados. É uno à medida em que cada sujeito é percebido em suas diferentes representações, modos de vida, comportamentos, identidades, valores e crenças. Concomitantemente à sua singularidade, é um conjunto múltiplo, pois se refere a um processo de grande abrangência, onde se atinge níveis Federais, Estaduais e Municipais obedecendo a limites e regras que serão impostas a sociedade pelos órgãos públicos (GRAZZINELLI et al., 2006).

Concordando com o preconizado por Paulo Freire, Grazzinelli et al. (2006) salientam que a intervenção realizada a partir da educação em saúde deve considerar as representações e a subjetividade de cada indivíduo, respeitando seus costumes e pensamentos construídos ao longo de suas vivências, uma vez que nossas identidades e sensibilidades são construídas de um passado sempre presente, com representações históricas e culturalmente construídas. Oviromar Flores (BRASIL, 2007, p.8), discorre ainda que:

Independentemente dos momentos formais de ensino/ aprendizagem contidos nas nossas práticas de saúde, o modelo de atenção à saúde predominante na sociedade brasileira (estrutura, processos e relações) está fundado em um Projeto político-pedagógico, explícito ou não, que tende a reproduzir a maneira como a sociedade brasileira está estruturada, assim como as relações sociais, relações de trabalho, que lhes são características.

Como um processo orgânico que ainda está em desenvolvimento, a educação em saúde e seus processos educativos ainda estão em desenvolvimento e evolução. Após a primeira ruptura ao modelo tradicional com a educação libertadora, a educação em saúde ainda ficou restrita às instituições. Assim, foram necessárias novas concepções e estratégias que aproximassem essas instituições da comunidade, promovendo um diálogo maior entre os sujeitos e uma maior mobilização social. Dentre as diversas estratégias que foram concebidas, figura o Programa Saúde da Família, hoje institucionalizado como Estratégia Saúde da Família.

No quadro 01 estão elencadas as principais alterações da educação em saúde desde o início do século XX ao início do século XXI.

#### **Quadro 01: Aspectos históricos e concepções de educação em saúde desde o início do século XX ao início do século XXI.**

<b>Educação Sanitária (intervenção e prescrição)</b>	<b>Educação para a Saúde (orientação)</b>	<b>Educação em saúde (participação)</b>	<b>Perspectivas Atuais (interação)</b>
Início do século XX	Meados do século XX	Final do século XX – a partir dos anos 1970	Final do século XX e início do XXI
Regras, normas, viver higiênico da população	Regras para o bem-estar físico e mental. Déficit cognitivo em educação a saúde	Participação no contexto social. Educação libertadora de Paulo Freire	Interação, participação, autonomia de decisão, controle social.

**Fonte:** REIS, 2006.

Pode-se verificar na síntese apresentada as principais mudanças no decorrer dos tempos. Inegavelmente o discurso em educação em saúde vem trazendo novos debates, em que não se lida somente com teoria e prática, mas se busca a interação entre diversos atores e saberes objetivando uma maior dinamicidade no processo educativo e um modo mais adequado de informar, prevenir e preparar a população para uma melhor qualidade de vida com segurança e saúde.

Vários autores têm enfatizado a importância da educação em saúde, em observar o sujeito em sua totalidade, ou seja, um indivíduo envolvido em seus processos intelectuais, afetivos e culturais, o que lhe confere uma maior liberdade em termos de mudanças de conduta. Enfatizam, ainda, a importância que essas mudanças sejam construídas através de conhecimentos advindos da ciência (médica) ou da cultura popular (senso comum). Segundo Grazzinelli et al. (2006, p.28)

há “possibilidade de trabalhar com representações sociais na educação e ao mesmo tempo, a superação da visão cientificista”, uma vez que a Educação Libertadora possibilita a interação entre essas ciências como recriação entre novas práticas e conceitos para a educação em saúde, dando uma atenção especial para os saberes culturais entre as práticas cotidianas.

Embora tenha ocorrido a evolução nas práticas educativas em saúde, ainda se constata a realização de uma educação baseada em modelos autoritários que exigem mudanças de postura e comportamento da população, ao invés de capacitá-la ao enfrentamento do problema. Diversos estudos elencam que o saber da clientela ainda não é valorizado pelas equipes de saúde, que não reconhecem os usuários da rede de atenção como sujeitos dignos e autônomos para a realização de práticas de saúde (MORIN, 2004; BRASIL, 2014). Além disso, tal prática pode ser demonstrada à maneira como os agentes de saúde atuam no controle de doenças epidêmicas e endêmicas, tais como malária, dengue e demais doenças correlacionadas à higiene da população.

Em decorrência das incongruências entre o modelo da educação em saúde vigente com as práticas que são, de fato, desempenhadas junto à população, faz-se necessária uma avaliação constante da atuação dos educadores em saúde. Estes profissionais devem compreender e identificar as representações ocorridas aos sujeitos no processo saúde/doença proporcionando um maior espaço para análise do caso em questão. Por mais evolução que a medicina tenha, nunca vai suprir a experiência vivida por uma pessoa que esteja vivendo e presenciando o ato de estar doente, “vivenciar uma doença é relacionar-se de forma conflituosa com o social”. Só sentiremos doente, quando deixamos de fazer o que outrora fazíamos. Embora, muitas pessoas encontram outra forma de viver, outras habilidades que supera aquela que foi perdida no delinear da doença (GRAZZINELLI, 2006).

Nesta perspectiva, este estudo objetivou discutir os métodos e técnicas debatidos por diversos autores sobre a educação em saúde, assim como analisar o Programa Saúde da Família - PSF nos Bairros Cidade Jardim e Santos Dumont na cidade de Pirapora-MG, quanto à utilização desses métodos. Os procedimentos metodológicos consistiram em levantamento bibliográfico e documental, observação *in loco* e entrevistas semiestruturadas com moradores da área e das microáreas dos PSFs.

## **A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM PIRAPORA – MG**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, tendo como objetivo assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros (BRASIL, 1988). Dentre seus princípios e diretrizes destacam-se a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização da gestão em saúde e a participação popular, que busca garantir a participação da sociedade nas políticas assistenciais em saúde.

Um dos principais componentes da assistência à saúde é a atenção básica que se caracteriza por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2001, p.10). A ampliação desse conceito é de fundamental importância para a efetivação de um atendimento de qualidade capaz de proporcionar boas condições de vida e saúde para a população.

Com a finalidade de melhorar o atendimento à população, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Este programa propôs mudanças na concepção, saindo do modelo tradicional calcado no modelo de atenção à saúde assistencialista – privativo de cunho curativista e hospitalocêntrico para investir em programas de ações que articulam saúde como condições de vida, incorporando a prática em vigilância em saúde (LOURENÇÃO, 2004). Além disso, tinha como objetivo reestruturar e reorganizar a atenção básica no país, criando os territórios de atuação das unidades de saúde. Assim, possibilitou a realização de diagnósticos e intervenções territoriais, bem como estabeleceu vínculos entre a comunidade e a equipe de saúde (CABRAL, 2004). O PSF foi definido como porta de entrada para o sistema de saúde e, devido aos resultados favoráveis, foi ampliado e institucionalizado como Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2011 (BRASIL, 2011).

Rodrigues e Ramires (2008) salientam que a ESF se mostra uma estratégia diferenciadora,

uma vez que é estabelecida por vínculos ente os integrantes do programa e as famílias adscritas. Neste sentido, as famílias deixam de representar números nos atendimentos e passam a ser considerados como seres humanos que precisam de cuidados e atenção. Teixeira (2002, p.157) também menciona a importância do Programa Saúde da Família para a saúde da população, uma vez que o processo de prestação de serviço se desloca do eixo “recuperar a saúde do indivíduo doente” para “prevenir riscos e agravos e promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais”. O que implica tomar decisões, organizando-se a atenção de modo a incluir não apenas as ações que incidem sobre o problema da doença, mas, sobretudo em serviços que incidam sobre as causas para possibilitar boas condições de vida e saúde as pessoas.

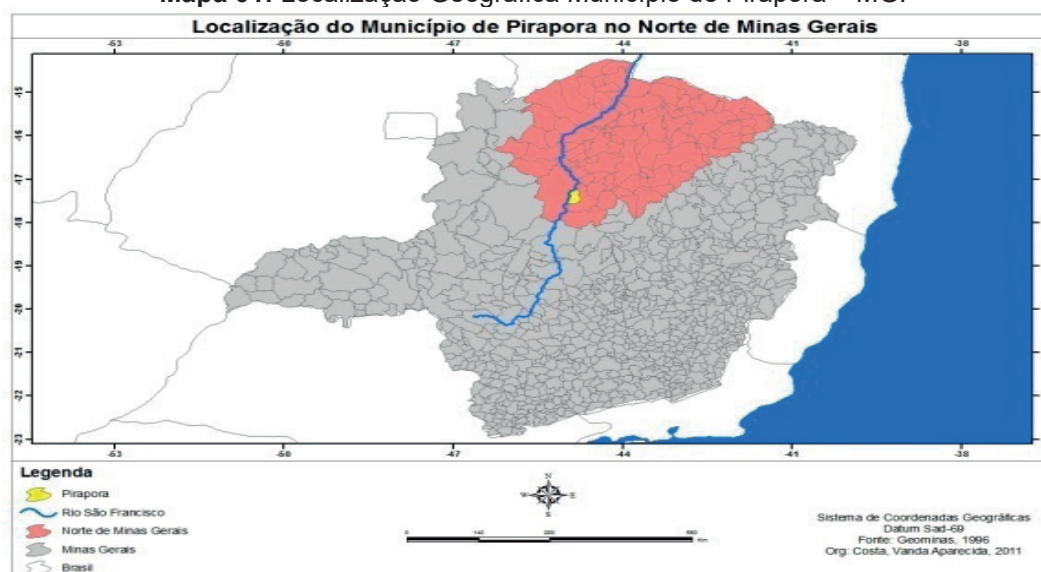
A ESF propõe que as equipes trabalhem com definição de território de abrangência e adscrição de clientela, realizando cadastramento e acompanhando a área de atuação. Cada PSF fica responsável por uma população adscrita, contendo entre 800 a 1000 famílias. No caso do Agente de Saúde, a microárea acompanhada por ele deve abranger de 200 a 250 famílias, ou de 440 a 750 habitantes, dependendo da densidade populacional e da necessidade e o risco que a região representa para a comunidade (BRASIL, 2001).

Sendo assim, a Equipe Saúde da Família (ESF) funciona seguindo algumas diretrizes operacionais e conceitos próprios, como a formação de uma equipe de profissionais multidisciplinar composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde, tendo dedicação em tempo integral com quarenta horas semanais de trabalho.

O trabalho desses profissionais é de suma importância para a busca permanente da comunicação, troca de experiências e conhecimento entre os integrantes do programa e a comunidade (RODRIGUES e RAMIRES, 2008). A atuação dos agentes de saúde ocorre principalmente nas unidades de saúde, nas residências em forma de visitas e em campanhas para mobilizar a comunidade, além de realizar serviços de educação e promoção a saúde.

A ESF foi implantada na cidade de Pirapora – MG em 1998, com o objetivo de melhorar os atendimentos primários, possibilitar um acesso mais fácil aos serviços de saúde e desenvolver ações de cunho preventivo. A cidade de Pirapora está localizada à margem direita do rio São Francisco na Mesorregião Norte de Minas Gerais. O Município está posicionado nas Coordenadas Geográficas Latitude 17° 21' 55" e Longitude 44° 56' 59" (Mapa 01).

**Mapa 01:** Localização Geográfica Município de Pirapora – MG.



Org: COSTA, 2010.

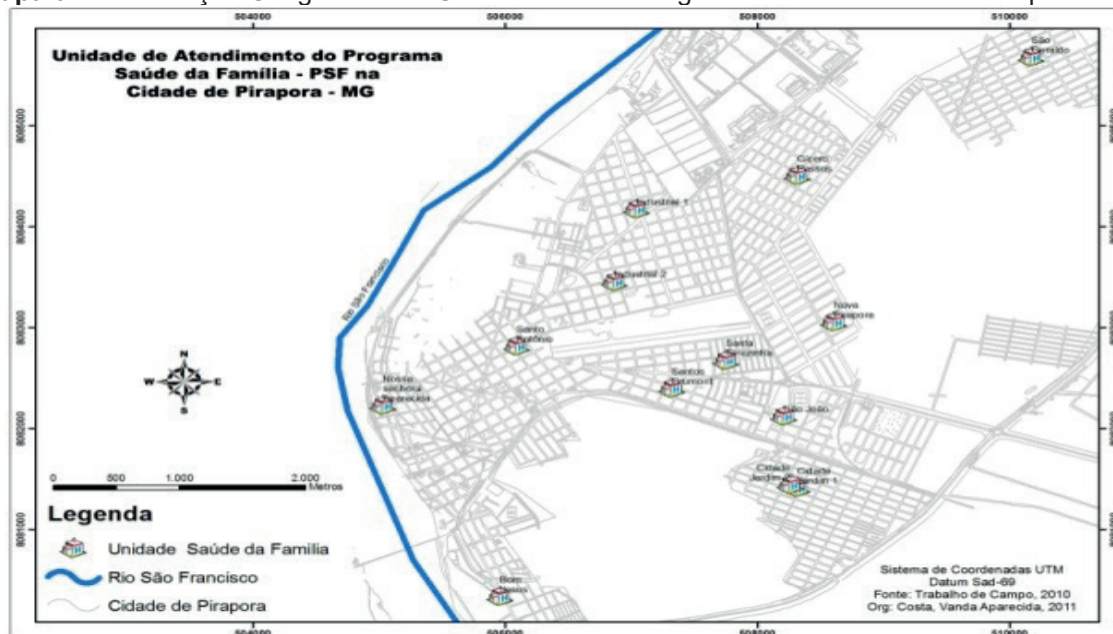
Fonte: Geominas, 1996.

O Município de Pirapora - MG ocupa uma área territorial de 550 km<sup>2</sup>, contendo um total de população de 53.379 habitantes, sendo que a população urbana corresponde a 52.396 habitantes, ou seja, 98,2% e a rural com apenas 983 habitantes, ficando com 1,8% da população (IBGE, 2010).



Quanto a ESF, inicialmente foram implantadas na cidade sete equipes do Programa Saúde da Família, contemplando os bairros Nossa Senhora Aparecida, Santos Dumont, Industrial I e II, Santo Antônio e Cidade Jardim I e II. Posteriormente foram criadas outras unidades no restante dos bairros da cidade, chegando a treze unidades em 2011, sendo que a meta para 2020 é de quinze Unidades de Saúde da Família na cidade. A cobertura atual da ESF é de 91% da população e está distribuída em 13 unidades de saúde (Mapa 02). Neste trabalho, enfocou-se os postos do bairro Cidade Jardim e Santos Dumont, os quais apresentam grandes contrastes sociais.

**Mapa 02:** Localização Geográfica das Unidades da Estratégia Saúde da Família em Pirapora – MG.



Org: COSTA, 2010.  
Fonte: Geominas, 1996.

O bairro Santos Dumont localiza-se nas proximidades das áreas centrais da cidade, todavia, mesmo estando bem localizada geograficamente, ainda apresenta contraste em sua população no que tange moradias, renda e escolaridade. O bairro é contemplado com uma Unidade de Saúde da Família atendendo no total de 3.824 (três mil e oitocentos e vinte e quatro) indivíduos, compondo 1.041 (mil e quarenta e um) famílias cadastradas no sistema.

Já o bairro Cidade Jardim, apresenta inúmeros problemas, que vai desde o alto índice de violência, prostituição infantil e tráfico de drogas. Além disso, é um local em que possui inúmeros lugares com acúmulo de materiais orgânicos, esgoto a céu aberto e a presença de animais prejudiciais à saúde do ser humano, como os roedores. Em decorrência da sua maior vulnerabilidade social este bairro é contemplado com duas unidades de saúde que atendem 5.731 (cinco mil e setecentos e trinta e um) indivíduos, compondo 1.484 (mil e quatrocentos e oitenta e quatro) famílias cadastradas no sistema regido pelo SUS. Tais índices indicam que quase 80% dos indivíduos presentes no território são cobertos pelo sistema. No entanto, verificou-se a necessidade de uma atuação do poder público com maior intensidade para o controle de doenças influenciadas pelo ambiente de vivência existente no bairro, bem como promover ações de cunho social e sanitário para retirar esta população da alta vulnerabilidade em que se encontra.

Mesmo com as dificuldades enfrentadas pela ESF nesses lugares, devido a falta de saneamento básico, acúmulo de lixo nas ruas e nos córregos, precariedade nas assistências sociais e falta de emprego, ainda assim, se tornou de suma importância principalmente para os indivíduos dos bairros analisados, uma vez que permite que a população seja acompanhada por um profissional da saúde diariamente, receber orientações sobre remédios controlados, participar de reuniões que beneficiem a sociedade sobre os problemas a serem eliminados ou controlados nos seus espaços de moradia e, sobretudo, a troca de conhecimentos e afetividades com os profissionais de saúde em geral.



Quando se refere os paradigmas da educação em saúde e a Estratégia Saúde da Família, notou-se uma maior valorização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por ser um dos profissionais mais próximos das famílias e indivíduos. Eles são responsáveis pela maior parte das orientações iniciais à população. Embora não necessariamente possuam alto conhecimento técnico, estão presentes com maior frequência e são moradores do bairro, o que os permite conseguir repassar as informações necessárias com uma linguagem mais próxima a dos demais habitantes do lugar.

Observou-se que os atendimentos prestados pelos Agentes de Saúde configuraram um atendimento básico bastante competente, sobretudo quando se refere a disponibilidade de acesso aos locais de atendimento. As Unidades de Saúde da Família (USF) estão bem distribuídas ao longo dos bairros, facilitando os atendimentos e o acesso da população aos serviços e aos cuidados primários.

A Estratégia Saúde da Família trouxe grandes benefícios para a saúde da população de Pirapora, permitindo que as famílias reveja seus hábitos e costumes, priorizando uma vida mais saudável com melhor qualidade, além de possibilitar aos indivíduos e as famílias um acompanhamento médico efetivo e constante. Outro fator de grande relevância apontado pela população é o cuidado e o carinho que os membros da ESF têm com a população adscrita, assim como a disponibilidade de atendê-los e prestar assistência mesmo não estando em horário de trabalho.

Neste sentido, ainda que a estratégia apresente algumas dificuldades em sua concretização enquanto programa de reorganização da atenção básica em saúde, ele ainda é considerado pela população de Pirapora como um dos principais órgãos que vai ao encontro da comunidade com intuito de ouvir as necessidades das famílias e planejar ações que supram as necessidades das mesmas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No decorrer da pesquisa percebemos que, com as modificações ocorridas no campo da saúde pública juntamente com a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve grandes benefícios para a saúde da população, principalmente no que tange a mudanças de hábitos que antes prejudicavam sua saúde e sua qualidade de vida.

Quando limitamos os atendimentos ao nível dos bairros, percebemos uma maior atuação dos profissionais da saúde junto às famílias e comunidades que estão mais vulneráveis, principalmente no que se refere a casos de dependência química (drogas e álcool) ou a outras questões de vulnerabilidades correspondentes ao ambiente de moradia. Sendo assim, o bairro Cidade Jardim recebe uma maior atenção por parte das equipes de saúde, uma vez que apresenta uma população que necessita de mais cuidados e atenção.

No que tange a relação do cuidado com a saúde da população, a estratégia saúde da família se configura como um dos principais métodos capazes de unir os conhecimentos científicos e populares no campo da saúde pública, possibilitando um atendimento contínuo, beneficiado pelo diálogo entre profissionais e pacientes. Assim sendo, a atuação das equipes de saúde está de acordo com o preconizado pela educação libertadora e pela prevenção e promoção em saúde.

A estratégia saúde da família se torna cada vez mais efetiva, já que tem o privilégio de parte dos profissionais (Agentes Comunitários de Saúde) residirem na própria comunidade onde atuam, e, por isso, conhecerem os problemas da comunidade de fato e contribuir ativamente na busca por soluções que sejam adequadas àquele território. Desse modo, é importante que os profissionais da ESF tenham mais liberdade de atuar enquanto profissionais em suas áreas de atuação, por poderem preconizar uma atuação maior e melhor do poder público no combate às desigualdades nos atendimentos em saúde.

## **REFERÊNCIAS**

- BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**. Brasília: Funasa, 2007. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/dir\\_ed\\_sau.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf)>. Acesso em:
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.
- FREIRE, Paulo. **The politics of education: culture, power, and liberation**. Westport, CT: Bergin and Garvey, 1985.
- GEOMINAS. Atlas de Mapeamento do Estado de Minas Gerais, 2006.
- GRAZZINELLI, Maria Flávia; REIS, Dener Carlos; MARQUES, Rita de Cássia. **Educação, Método e Imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- LOURENÇÃO, G. Luciano. **Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil**. Faculdade de medicina de São José do Rio Preto, 2004.
- MENEZES, Marília Gabriela; SANTIAGO, Maria Eliete. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-Posições**, v. 25, n. 3 (75), p. 45-62, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pp/v25n3/v25n3a03.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-7307201407503>
- MORIN, Edgar. O diálogo supõe a igualdade. In: CASTRO, Gustavo de; DRAVET, Florence. (org). **Sob o céu da cultura**. Brasília: Thesaurus; Casa das musas, 2004. pp. 21.
- REIS, Dener Carlos do. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Aspectos históricos e conceituais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- RODRIGUES, Maria José; RAMIRES, Júlio Cesar de Lima. O Programa Saúde da Família em Uberlândia: A visão dos Usuários e das Coordenadoras das Equipes do Núcleo Pampulha. **Hygeia**, Uberlândia, v. 3, n. 6, p.126-141, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16892/9308>>. Acesso em: 08 fev. 2019.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e Vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência a saúde no SUS. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), pp.S153-S162, 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700015>.

## VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA: PERCURSO DE UM COMPONENTE CURRICULAR REGULAR

### HEALTH SURVEILLANCE EDUCATION IN MEDICAL TRAINING: PATHWAY OF A REGULAR CURRICULUM COMPONENT

*Graciela Soares Fonsêca*

[graciela.fonseca@uffs.edu.br](mailto:graciela.fonseca@uffs.edu.br)

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

*Jane Kelly Oliveira Friestino*

[jane.friestino@uffs.edu.br](mailto:jane.friestino@uffs.edu.br)

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

*Paulo Roberto Barbato*

[paulo.barbato@uffs.edu.br](mailto:paulo.barbato@uffs.edu.br)

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

*Joanna d'Arc Lyra Batista*

[joanna.batista@uffs.edu.br](mailto:joanna.batista@uffs.edu.br)

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**ABSTRACT:** Health education has been modified in order to favor the development of skills and abilities for integral health care, based on the understanding of the social determination of the health/disease process. Being the health surveillance the process of gathering information to understand the health conditions of a population, it is understood that the deepening of this thematic in the graduation is fundamental to reach the desired professional profile. The manuscript intends to report the experience of a Regular Curricular Component of a medical school directed to work on the Surveillance. In this MD degree, the public health, as a field of knowledge and practices, occupies the transversal axis of formation, helping to understand, from the beginning of the graduation, the relation between illness and territory and the breadth of the health-disease process. The Regular Curricular Component “Saúde Coletiva II”, offered in the second phase of the graduation, allows student involvement with Surveillance, adding theory, practice in territory and teaching using research and/or extension. Despite the difficulties encountered in the medical school implementation process and the Regular Curricular Component, it is possible to note the formative potential of the strategy used by the component, evidencing the indispensability of adding the understanding of reality to the training practices.

**Keywords:** Surveillance; Public Health; Diagnosis of Health Situation; Education.

#### INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde é o processo sistemático e continuado de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados e informações relacionadas à saúde de uma população, cujo objetivo abrange ações de promoção da saúde, prevenção e controle de agravos e planejamento, implementação e avaliação de medidas de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010; TEIXEIRA, 2018), cujos componentes são: a vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis - que compõem a vigilância epidemiológica; a vigilância da situação de saúde; a vigilância ambiental em saúde; a vigilância da saúde do trabalhador; e a

vigilância sanitária.

A instrumentalização da vigilância em saúde parte do conhecimento de como os elementos relacionados à saúde humana estão dispostos no espaço, além de expressar a dinâmica da organização do espaço (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000), mais precisamente do espaço geográfico, descrito por Santos (1996) como sendo: “um conjunto inseparável e relacional de objetos e sistemas de ações provenientes das necessidades humanas, onde, a técnica se torna imprescindível para compreender essa relação, assim como a rede tecida entre o homem e a natureza, entre o material e o social.

Ao focalizarmos as questões do espaço geográfico ligadas às relações de poder ou decorrente de suas práticas de poder estamos nos preocupando com o território, possibilitando um “olhar” para a dinâmica existente no processo saúde-doença.

Com isso, torna-se imprescindível discutir as relações existentes no território, pois este retrata as relações imanentes à situação econômica, epistemológica, cultural e de gênero (HAESBAERT, 2014), bem como as relações de poder inerentes à dinâmica do território, podendo ser considerado como uma instância de poder (RAFFESTIN, 1993). Esses contribuem ao modo investigativo que se propõe a vigilância em saúde, em suas diferentes frentes de atuação: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador.

Essa dinâmica pode ser traduzida por Sack (1986), em seu conceito de territorialidade:

[...] a territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade pode ser ativada e desativada (Sack, 1986, p. 1).

Tendo a territorialidade como premissa, a vigilância em saúde permite um olhar mais específico para as necessidades de saúde da comunidade possibilitando definir problemas, prioridades, assim como obter recursos para ações direcionadas à saúde (CAMPOS, 2003). E nesse contexto, as ações em saúde precisam não só incidir sobre o indivíduo, mas estender-se à sua família, comunidade e ambiente.

A formação de profissionais de saúde, em especial no âmbito da medicina, vem sendo alvo de críticas intensas sobretudo pela incoerência existente entre o modelo formador e as necessidades de saúde das populações (FEUERWERKER, 1998). Desde a década de 1970, uma série de estratégias indutoras de mudanças vêm sendo elaboradas e implementadas com vistas a modificar a formação no sentido de torná-la mais afinada às demandas sociais (DIAS; LIMA; TEIXEIRA; 2013; FONSECA; JUNQUEIRA, 2017), o que exige maior compreensão da determinação social do processo saúde-doença e da influência do território sob o adoecimento das comunidades.

Uma das áreas de competência descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em medicina - Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva - frisa a necessidade de desenvolver, durante o curso de graduação, habilidades no âmbito da investigação de problemas de saúde coletiva, comportando o desempenho:

Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde [...] (BRASIL, 2014, p. 07).

Deseja-se que os futuros médicos conheçam o processo saúde-doença, de modo ampliado, baseado na determinação social, para além da compreensão de causa e efeito. Para tanto, esses profissionais precisam dominar estratégias e recursos que viabilizem o acesso a dados secundários e informações que permitam compreender o contexto político, cultural, socioeconômico, ambiental e as relações estabelecidas entre eles (BRASIL, 2014).

O manuscrito pretende relatar a experiência de um Componente Curricular Regular (CCR) - Saúde Coletiva II - de um curso de graduação em medicina organizado com base nas DCN (BRASIL, 2014) direcionado a trabalhar o tema Vigilância em Saúde.

## O CURSO DE MEDICINA DA UFFS: Saúde Coletiva como eixo transversal da formação médica

O curso de medicina da UFFS, *campus* Chapecó, em consonância com as DCN, deseja formar um profissional:

[...] generalista capaz de atuar em todos os níveis de atenção integral à saúde, em equipes multiprofissionais, de modo ético, humanista, crítico, empático e reflexivo. Também se espera que este profissional atue na transformação social; seja comprometido com o desenvolvimento da pesquisa e da ciência médica; que se preocupe com a evolução das condições sanitárias da população e com a proteção ao meio ambiente; que preserve e promova a saúde reforçando a prevenção das doenças; que seja capaz de diagnosticar e tratar as doenças prevalentes no contexto regional; além de promover o fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro (UFFS, 2018, p. 49).

Nessa conformação, a Saúde Coletiva enquanto um campo de saberes e práticas, representa a base da organização curricular, permitindo a integração dos conteúdos e temas trabalhados no sentido de permitir que os estudantes desenvolvam competências relacionadas ao trabalho em saúde pautado pela integralidade. Além disso, a matriz curricular destina CCR específicos – Saúde Coletiva de I a VIII – para trabalhar as competências e habilidades dos futuros médicos no que se refere à esse campo, cada um deles com uma carga horária de 06 créditos, sendo que o CCR Saúde Coletiva II destina 02 créditos para atividades teóricas, 02 créditos para atividades de pesquisa e/ou extensão e 02 créditos para atividades práticas.

A primeira turma do referido curso de medicina, com quarenta (40) estudantes, iniciou suas atividades no segundo semestre de 2015. Sendo assim, em 2016, foi desenvolvida a primeira edição do CCR Saúde Coletiva II, seguida pelas edições de 2017 e 2018.

O CCR Saúde Coletiva II objetiva:

Fornecer subsídios teórico-práticos da organização da vigilância em saúde, a partir do conhecimento dos indicadores de saúde dos principais agravos, com auxílio das tecnologias de busca em bases de dados, propiciando aos estudantes a aproximação com as práticas de vigilância essenciais para sua futura atuação profissional nos diversos espaços (UFFS, 2018, p. 86).

Além disso, os objetivos específicos do CCR são: conhecer e utilizar aplicações da vigilância em saúde no território; apropriar-se das ferramentas disponíveis dos sistemas de informação em saúde; reconhecer os principais indicadores de saúde no território e identificar a vigilância em saúde como ferramenta de gestão em saúde coletiva (UFFS, 2018).

O CCR é organizado por atividades teóricas e práticas, utilizando-se, ainda, da estratégia metodológica de ensino com pesquisa e/ou extensão. Oito docentes, com distintas formações, são os responsáveis por conduzir essas atividades.

### CONSTRUÇÃO DO CCR SAÚDE COLETIVA II: Entre a sala de aula e o território para compreensão da vigilância em saúde e do processo saúde-doença

Parte da carga horária teórica do CCR Saúde Coletiva II é organizada com base em Metodologias Ativas de Aprendizagem (MAA), entendendo que o estudante é (ou deveria ser) o protagonista do seu processo de construção de conhecimentos (FREIRE, 2008; MITRE et al., 2007). O CCR Saúde Coletiva II vem agregando e experimentando estratégias diversas como: aulas expositivas dialogadas, estudo de textos, tempestade cerebral, mapa conceitual, estudo dirigido, solução de problemas, seminários, estudo de caso, busca em bases de dados, dentre outras, no sentido de favorecer uma aprendizagem significativa (ANASTASIOU; ALVES, 2006).

O conteúdo programático do CCR Saúde Coletiva II envolve: conceito de vigilância em saúde, vigilância e território, vigilância epidemiológica, medidas e indicadores de saúde, vigilância sanitária, tecnologia de busca e informação científica (sistemas de informação), análise de situação de saúde e vigilância em saúde do trabalhador e ambiental (UFFS, 2018). Essas temáticas são distribuídas em oito (08) encontros e trabalhadas com os quarenta estudantes reunidos em uma sala de aula ou no laboratório de informática. O número de estudantes consiste no maior



dificultador para o estabelecimento de processo de ensino-aprendizagem ativo.

Utiliza-se, ainda, a estratégia de ensino com pesquisa e/ou extensão (diferente do ensino para a pesquisa) visto que ela potencializa o processo de aprendizagem e oferece condições para que o estudante, com maior grau de autonomia, aprofunde e construa novos conhecimentos a partir do desenvolvimento de projetos em temáticas específicas (ANASTASIOU; ALVES, 2006).

As atividades de pesquisa e/ou extensão vinculadas ao CCR Saúde Coletiva iniciam-se na segunda fase do curso (Saúde Coletiva II) e estendem-se até a sexta fase (Saúde Coletiva VI). O grupo de docentes oferta linhas de pesquisa e extensão nas quais os alunos são alocados em, no máximo, cinco alunos por tutor. Os projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos por cada um dos grupos abordam temáticas pertinentes ao campo da Saúde Coletiva mas se constituem em potentes possibilidades para integração de conteúdos, tanto dos componentes básicos quanto dos específicos.

Dentre os projetos de pesquisa desenvolvidos ou que ainda estão em desenvolvimento, a vigilância em saúde aparece como tema central em propostas como “Incidência de Sífilis em Gestantes e Congênita” (vigilância epidemiológica), “mortalidade por homicídios causados por arma de fogo na cidade de Chapecó” “mortalidade por câncer de pulmão em Chapecó 2006/2016” e o “perfil dos usuários de benzodiazepínicos”, contemplando doenças transmissíveis, doenças crônicas e agravos à saúde. Já no que se refere à extensão, projetos na área de Saúde do Trabalhador e doenças transmissíveis em uma população privada de liberdade oportunizam espaço para discussão e compreensão da vigilância em saúde de modo articulado à realidade.

No que tange às ações práticas, o CCR Saúde Coletiva II oportuniza a imersão dos estudantes, organizados em 07 grupos de educação tutorial, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município onde a Instituição de Educação Superior (IES) está localizada. O que se espera com essas atividades práticas é a inserção dos estudantes no contexto do trabalho em saúde, desde o início do curso, de modo a permitir que eles percebam e compreendam a determinação social do processo saúde-doença por meio do conhecimento do território e das famílias que vivem nele (SAVASSI et al., 2018).

A técnica do trabalho de campo é um método difundido e amplamente utilizado pela formação de algumas profissões das ciências humanas, porém, vale ressaltar que esta também tem sido utilizada no campo da Saúde Coletiva, mais precisamente na Atenção Básica, que utiliza o conhecimento da totalidade do espaço, do território, suas nuances e particularidades, articulado em processo dinâmico e dialético para o entendimento da realidade (SERPA, 2006).

No CCR Saúde Coletiva II, as atividades são iniciadas com o reconhecimento do território de abrangência de cada UBS e o levantamento de informações que auxiliem na construção de um diagnóstico de comunidade. As informações são complementadas por dados secundários disponíveis nas bases de dados do SUS, nos prontuários eletrônicos e por meio de entrevistas com profissionais e usuários. É possível, ainda, desenvolver projetos de intervenção a partir da realidade encontrada. A interação dos estudantes com as famílias e o território, acompanhados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), contribui para ampliação do olhar em direção aos determinantes sociais do processo saúde-doença e ao cuidado integral (SAVASSI et al., 2018).

Além disso, ao vivenciar ações de vigilância em saúde - seja no âmbito da vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental ou em saúde do trabalhador - desenvolvidas pelas equipes de saúde da Atenção Básica, os estudantes conseguem perceber os impactos e as contribuições dos serviços para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das pessoas (DIAS, 2009).

Os docentes acompanham os pequenos grupos no sentido de auxiliar na condução e desenvolvimento das atividades que são, previamente, pactuadas com a coordenação do serviço. O papel do professor, nesse contexto, é o de oferecer guias flexíveis para o aprendizado partindo da realidade encontrada em cada cenário de prática (SAVASSI et al., 2018), o que representa um desafio visto que o docente passa a viver os desafios da interinstitucionalidade o que exige flexibilidade, protagonismo, capacidade de adaptação e de trabalhar o contexto com o estudante de maneira articulada (FEUERWEKER, 1998).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condução do CCR Saúde Coletiva II desde a primeira turma do curso de medicina tem demonstrado a possibilidade de ampliar a compreensão por parte dos estudantes das dimensões sociais e ambientais envolvidas no adoecimento das pessoas ou na manutenção e promoção de um estado saudável. Observar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde e as ferramentas de vigilância em saúde nos espaços dos territórios de abrangência acabam por implicar na reflexão do papel do médico (e dos demais profissionais de saúde) na condição de saúde da comunidade na qual estão inseridos, contribuindo para a desconstrução do caráter eminentemente biologicista das doenças, muito presente no imaginário de parte dos estudantes. Evidencia-se que, apesar de ser um processo em construção, a estrutura proposta para o CCR Saúde Coletiva II vem ao encontro do que propõem as DCNs e o Projeto Pedagógico do Curso, contribuindo para o perfil do egresso que se busca formar.

## REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVEZ, L. P. Processos de Ensino na Universidade: Processos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Editora Univille; 2006. p. 101–20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº. 3/2014, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 de junho de 2014.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003, vol.8, n.2, pp.569-584. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_abstract&tlng=pt)

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 595-617. Jul-set, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000300002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000300002&script=sci_abstract&tlng=pt)

DIAS, E. C.; RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S.; CANCIO, J.; HOEFEL, M. G. L. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, Dec. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600013&script=sci_abstract&tlng=pt)

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, June 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600013&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600013&script=sci_abstract&tlng=es)

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, Aug. 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831998000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005)

FONSECA, G. S. JUNQUEIRA, S. R. Políticas de reorientação da formação, qualificação e provimento profissional em saúde: itinerários e interfaces das estratégias. In: SILVA-FILHO, C. C.; GARCIA JR., C. A. S.; KOVALESKI, D. F. VER-SUS Santa Catarina: itinerários (trans)formadores em saúde. Copiart: Tubarão, 2017. p. 121-154. Disponível em: <http://fliphtml5.com/wskm/cbyq/basic>

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 47º ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

HAESBAERT, R. *Viver no limite: território e multi/ transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Coletiva*. dezembro de 2008;13:2133–44. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018)

RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, E. C.; GONTIJO, E. D. Formação médica, Atenção Primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulação necessárias. *Rev. Docência Ens. Sup.*, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 189-204, jan./jun. 2018

SANTOS, M. *A natureza do espaço: tempo e técnica, razão e emoção*. 4.ed. Editora da Universidade de São Paulo: São Paulo, 1996

SERPA, A. O trabalho de campo em geografia: uma abordagem teórico-metodológica. *Boletim Paulista de Geografia-BPG*, v. 28. 2006.

SACK RD, 1986. *Human Territoriality*. Cambridge: Cambridge University Press

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K.; PENN, G. O. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1811-1818. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. Projeto Pedagógico do curso de medicina: - Bacharelado (campus Chapecó). 2018. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/ppc/ccmech/2018-0001>

# CONSTRUÇÃO COLETIVA DO PLANO DE CURSO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

## COLLECTIVE CONSTRUCTION OF THE COURSE PLAN OF INTEGRATION AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN SUS

*Daniela Maysa de Souza*  
[danielasouza@blumenau.sc.gov.br](mailto:danielasouza@blumenau.sc.gov.br)  
 ETSUS Blumenau

*Karla Rodrigues*  
[karla@furb.br](mailto:karla@furb.br)  
 Fundação Universidade Regional de Blumenau- FURB

*Kellin Danielski*  
[kellindanielski@blumenau.sc.gov.br](mailto:kellindanielski@blumenau.sc.gov.br)  
 ETSUS Blumenau

**ABSTRACT:** The Integration and Complementary Practices address the natural mechanisms of the human being, for the prevention of diseases and recovery/rehabilitation of health. Considering the need to qualify professionals to offer Integration and Complementary Practices, this work aims to report how the use of active learning methodologies guided the process of collective construction of the course plan of Integration and Complementary Practices in the Unified Health System (SUS), conducted by the Technical School of SUS Blumenau Dr. Luiz Eduardo Caminha, in partnership with the Regional University of Blumenau. It is an experience report, with the offer of four workshops used as tools of formation and knowledge construction, from a constructivist perspective on health. The working group was composed of primary care professionals, SUS users and representatives of the City Health Council. The following actions were developed: initial planning for deliberation; study of legislation and professional performance in health; collective construction of the constituent elements of the course plan; review and finalization; evaluation. It is concluded that the partnership between the two institutions made possible the integration of teaching-service, community and management, putting into practice the precepts of Permanent Education in Health, with the formation of SUS for SUS.

**Keywords:** Complementary Therapies; Ambulatory Care Information Systems; Education, Public Health Professional.

### INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) abordam os mecanismos naturais do ser humano, para a prevenção de agravos e recuperação/reabilitação da saúde “por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2015, p. 14). Além disso, compreende as abordagens sistêmicas, numa visão ampliada do processo de saúde adoecimento para o autocuidado.

No Brasil, com a Lei nº 8.080/1990, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), começou-se a institucionalizar as PICS na área da saúde (iniciando com consultas para homeopatia e acupuntura em 1999), com algumas experiências inovadoras e pioneiras até sua legitimação (BRASIL, 2015).

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS), aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, por meio das portarias ministeriais nº 971, de 3

de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, inicialmente com cinco práticas: homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia e termalismo social/crenoterapia.

E, posteriormente, com a Portaria nº 849/2017 introduziu novas perspectivas de tratamento, ao valorizar o vínculo terapêutico e sua integração com o ser humano, meio ambiente e sociedade, incluindo mais 14 práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2017).

Já em 2018, por meio da Portaria nº 702/2018, novas 12 práticas foram incluídas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia foram apresentadas, totalizando 29 PICS (BRASIL, 2018).

A PNPIC tem como objetivos implantar a PICS no SUS, ser resolutiva e ofertar alternativas terapêuticas e racionalizar ações de saúde. Tem como diretrizes: estruturar e fortalecer a Atenção Básica em PICS no SUS; desenvolver estratégias de qualificação profissional; divulgar conhecimentos; estimular ações intersetoriais; fortalecer a participação social; prover medicamentos homeopáticos e fitoterápicos e insumos; incentivar a pesquisa e cooperação nacional/internacional; desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das PICS (BRASIL, 2015).

Esse avanço de oferta das PICS pode ser entendido como resultado de um movimento que pensa e pratica saúde de uma forma diferente, sob a perspectiva da interdisciplinaridade e por linguagens singulares, se contrapondo à visão altamente tecnológica de saúde, buscando assim, um atendimento que acolha integralmente a totalidade do ser humano, que busca melhorias da qualidade de vida (JUNIOR, 2016). E ainda, por considerar que a maioria das PICS baseiam-se numa concepção que entende a doença como desequilíbrio da energia vital, enfatizando o estado geral do doente e não a doença, numa perspectiva integradora e não organicista (CAZARIN et al., 2017).

Associada a esta nova percepção, têm-se o avanço das políticas de saúde, que historicamente representam um avanço nas relações sociais das sociedades capitalistas (SACRAMENTO, H. T; GENTILLI, 2016). Significando na prática, que novas possibilidades de ofertar cuidados de saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS podem acontecer nas unidades básicas de saúde, responsáveis por ofertar e organizar a atenção básica nos municípios.

A prioridade de oferta das PICS encontra-se na atenção básica, pois é ali que se identifica o maior potencial de contribuição ao SUS, ao estimular o potencial de autocura do sujeitos; por ser mais efetiva e potente em situações iniciais ou menos graves dos adoecimentos; por ser de baixo custo; baixo risco e por ter reconhecida aceitação por grupos sociais diversos, envolvendo assim, melhor ressignificação e ampliação da capacidade terapêutica (TESSES, 2017).

Gontijo e Nunes (2017) consideram incontestável a contribuição das PICS à melhoria das ações de saúde ofertadas na atenção básica, considerando que as PICS estimulam a autonomia do paciente, por meio de uma terapêutica simples e de baixa densidade tecnológica, favorecendo a oferta do atendimento humanizado no SUS. Assim, os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, requerem uma formação específica para atuar na oferta das PICS.

No município de Blumenau (SC), a Universidade Regional de Blumenau (FURB), por meio do Núcleo de Estudos e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NEPICS), contribui para a efetivação e implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na atenção primária. E pensando na formação de novos profissionais para ofertarem as PICS nas unidades de saúde, os componentes do NEPICS procuraram a Escola Técnica do SUS Blumenau Dr. Luiz Eduardo Caminha (ETSUS Blumenau), para a elaboração conjunta de um plano de curso, considerando as práticas da ETSUS Blumenau relacionadas à Educação Permanente e o uso de metodologias ativas, em seus processos formativos.

A ETSUS Blumenau, especializada em Educação Profissional, integrante da Rede de Escolas Técnicas do SUS, do Ministério da Saúde é responsável pela formação de recursos humanos para



o SUS em Blumenau e em mais 53 municípios de sua área de abrangência (SOUZA et al., 2016b). As ETSUS utilizam metodologias ativas, estimulando a integração ensino, serviço, comunidade e gestão, formando o trabalhador em seu contexto de trabalho, potencializando a reflexão sobre suas práticas (SOUZA et al., 2016a).

Desta forma, foi estabelecida uma parceria para elaboração de um plano de curso que possibilitasse a formação de profissionais da atenção básica para ofertarem as PICS em seus locais de trabalho. Assim, o objetivo desse trabalho é o de relatar como a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem norteou o processo de construção coletiva do plano de curso de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, conduzido pela ETSUS Blumenau, em parceria com a FURB.

## **MÉTODO**

Trata-se de um relato de experiência com uso de oficinas utilizadas como ferramentas de formação e construção de saberes, sob a perspectiva construtivista em saúde. Este relato se propõe a apresentar a experiência da ETSUS Blumenau em conduzir oficinas para a elaboração coletiva do plano de curso de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, em parceria com a FURB.

Participaram do projeto de elaboração do plano de curso profissionais da saúde integrantes do NEPICS (e bolsistas estagiários do projeto), a Coordenação Municipal das PICS e equipe de profissionais da ETSUS Blumenau, das áreas de serviço social, odontologia, educação física, enfermagem, fisioterapia, medicina, pedagogia, farmácia, psicologia e Agente Comunitário de Saúde. E além destes profissionais, participaram ainda, representante do Conselho Municipal de Saúde, usuários do SUS e profissionais do município de Gaspar, da área de abrangência da ETSUS Blumenau, tendo assim, uma abrangência regional.

O processo de construção do curso aconteceu num período de aproximadamente três meses, em que foram realizadas oficinas mediadas por profissionais da ETSUS Blumenau, com a utilização de métodos ativos de aprendizagem.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As oficinas organizadas previamente, contendo sua intencionalidade pedagógica de promover a construção curricular de forma coletiva, têm como objetivo disponibilizar um espaço de prática e formação criativa, potencializando o desenvolvimento e aprimoramento docente (BARRETO et al, 2018). Desta forma, os encontros foram dialógicos, em salas com as carteiras disponibilizadas em roda, permitindo-se a troca de idéias, o diálogo, o respeito pelo outro, e exercida a tomada de decisão coletiva, após deliberação entre os presentes.

Foram desenvolvidas as seguintes ações: (1) planejamento inicial para deliberação, (2) estudo da legislação e atuação profissional na saúde; (3) construção coletiva dos elementos constitutivos do plano de curso, (4) revisão e finalização, (5) avaliação, e futuramente será a implementação do curso na ETSUS Blumenau e na sua área de abrangência (53 municípios).

Para o planejamento inicial, foi realizada uma reunião, em que os participantes conheceram-se entre si, e acordaram um plano de encontros, por meio da constituição de um Grupo de Trabalho (GT). Nesse primeiro momento, também foi deliberado sobre a competência de cada profissional da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família, pois o objetivo era ofertar o curso intitulado: “Formação em Práticas Integrativas e Complementares para o SUS”, visando atender as necessidades de formação dos profissionais das Unidades de Saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Promoção da Saúde, do município de Blumenau. E, como objetivo específico: capacitar os profissionais de saúde integrantes das unidades de saúde, oportunizando momentos de sensibilização e qualificação para a oferta das PICS, na atenção básica do município de Blumenau.

Dessa forma, surgiram dúvidas quanto à atuação/possibilidade de cada profissional integrante da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por isso, acordou-se que no segundo momento,

seriam convidados os representantes dos Conselhos Profissionais das áreas de Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Farmácia e Fisioterapia.

Ao final do primeiro encontro, ainda, decidiu-se pela estratégia de oficinas, sendo mediada por profissionais da ETSUS Blumenau. E, propôs a inclusão de profissionais da atenção básica, usuários do SUS e representantes do Conselho Municipal de Saúde, para integrarem o GT.

O segundo momento com o GT e representantes dos Conselhos de classe da Enfermagem, Farmácia e Psicologia, permitiu conhecer a legislação que envolve as PICS, e, os limites profissionais, onde os representantes dos respectivos conselhos explanaram sobre as atribuições, contribuições às PICS e legislação específica, de acordo com as respectivas competências profissionais.

O produto deste encontro foi a decisão de definir o público alvo da formação: profissionais de saúde integrantes da atenção básica do município de Blumenau, sendo os de nível médio das áreas: Técnico em Enfermagem (TE); Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) e profissionais de nível superior.

O terceiro momento constituiu-se de quatro oficinas pedagógicas para a produção coletiva dos seguintes produtos: (1) Perfil dos alunos Perfil e Introdução à Competências e Habilidades; (2) Competências e Habilidades; (3) Bases Tecnológicas e Unidade Didática; (4) Dispersão, Carga Horária e Cronograma.

Com o disparador sobre os itens que compõem um plano de curso, as 04 oficinas, que totalizaram 16 horas de duração, tiveram como produto, elementos do curso, contendo competências, bases tecnológicas e atividades de dispersão (atividades realizadas a distância, no local de trabalho) que compõem a proposta curricular. Sendo que os conhecimentos planejados envolveram 22 PICS na formação.

No quarto momento, duplas de trabalho de ambas as instituições se encontraram para a produção do plano de curso contendo todos seus elementos (introdução, objetivo, perfil, público, critérios de inclusão de alunos, número de vagas, módulos, matriz curricular, aspectos pedagógicos, avaliação, local, organização do curso, certificação, materiais necessários, orçamento, referências, anexos e apêndices).

O público alvo seriam os profissionais de saúde integrantes da atenção básica do município de Blumenau, sendo os de nível médio das áreas: Técnico em Enfermagem (TE); Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) e profissionais de nível superior. Com um perfil de conclusão esperado de ser uma: Pessoa com visão holística e integral do ser, sensível à necessidade do outro, com atuação interdisciplinar, integralizador, articulador, dinâmico, mobilizador, acolhedor, disponível e sensibilizado às práticas integrativas e complementares com ações coletivas ou individuais, que promova o autocuidado e o cuidar de si (ETSUS BLUMENAU, 2017).

Tendo como critérios de seleção para inscrição no curso: ensino médio completo; atuação na Atenção Básica; ser concursado e participar do processo seletivo, apresentando uma carta de intenção, contendo a justificativa para se matricular no curso (ETSUS BLUMENAU, 2017).

A organização curricular foi pensada para três módulos, a saber: (1) Práticas Integrativas e Complementares e a integralidade do ser holístico; (2) Aproximação com as práticas integrativas e complementares e (3) Vivenciando as práticas integrativas e complementares. Totalizando 120 horas de formação (cada módulo com 28 horas presencial e 12 horas de dispersão) (Quadro 1). A proposta metodológica proposta, busca direcionar a compreensão entre teoria e prática e a necessidade de refletir criticamente sobre as temáticas em estudo, nos serviços de saúde, contemplando assim a formação por competência, utilizando metodologias ativas de ensino e aprendizagem, norteando a proposta pedagógica do curso (ETSUS BLUMENAU, 2017).

A ETSUS Blumenau trabalha com metodologias ativas de aprendizagem, e, prioritariamente com a problematização (FREIRE, 2005; BORDENAVE; PEREIRA, 2008; BERBEL, 2012), em que, no processo de ensino e aprendizagem, o professor, mediador desse processo, inicie sua aula explorando vivências dos alunos, e seus conhecimentos acerca da temática proposta a ser trabalhada.

Assim, a parceria firmada entre as instituições trouxe uma aproximação entre as duas

instituições, e, uma vez que, elaborado o plano de curso da formação, e acordado as necessidades entre o serviço e as escolas formadoras, pôde conferir possibilidades de implantação do curso no município de Blumenau e, posteriormente em todos os demais municípios em que a Escola articula suas formações.

Gontijo e Nunes (2017) apresentam o desconhecimento dos profissionais dos serviços de saúde acerca da PNPIC, e, por isso, a necessidade de investimento público, já que se configura numa política do Ministério da Saúde.

Sob a forma de educação permanente em saúde, o curso de formação propiciará conhecimentos sobre as PICS e melhora da credibilidade dos profissionais de saúde acerca dessa abordagem.

Esta formação apresenta facilmente um caráter multiplicador, considerando que Matos et al. (2018) apresentam que os enfermeiros da Atenção Básica desconhecem as PICS, e têm pouca compreensão e atualização sobre o tema, e sugerem a inclusão dessas práticas no contexto da educação permanente em saúde.

Esta possibilidade de replicação, encontra-se apresentada no quadro 2, contendo as especificidades do produto, decorrente das oficinas.

### Quadro 1: Módulos do Curso

Módulo	Carga – horária total	Carga – horária concentração	Carga- horária dispersão
I Práticas Integrativas e complementares e a integralidade do ser holístico	40 horas	28 horas	12 horas
II Aproximação com as práticas integrativas e complementares	40 horas	28 horas	12 horas
III Vivenciando as práticas integrativas e complementares	40 horas	28 horas	12 horas
Total	120 horas	84 horas	36 horas

Fonte: ETSUS Blumenau (2017).

Desta forma, esforços são necessários para a execução da formação em PICS, principalmente por considerar a Educação Permanente em Saúde, norteadora do processo de trabalho da ETSUS Blumenau, que poderá capacitar os profissionais de saúde para a realização de PICS nas Unidades de ESF, e/ou mobilizar e conscientizar a comunidade para a utilização dessas práticas e para o autocuidado.

Estudo de Schweitzer, Esper e Silva (2012) consideram que as PICS favorecem um cuidado humanizado e, conseqüentemente a melhora da qualidade da assistência em saúde. Porém, ressaltam a importância de revisões curriculares em escolas e universidades com propostas metodológicas curativistas, para abordagens não tradicionais na saúde. Dessa forma, um curso com uma abordagem holística promoverá uma prática humanizada, e, mobilizará profissionais para reflexão e crítica com a finalidade de efetivar os princípios do SUS.

Nesse mesmo sentido Almeida et al (2018) afirmam que ao incluir as PICS na Estratégia de Saúde da Família, se promove uma prática humanizada e integral, e contribui para o desenvolvimento da autonomia do paciente. Especificamente, o enfermeiro, em sua prática consegue visualizar o paciente como um todo, cuidar e assistir o ser humano de forma holística.

Ao se instituir as PICS consegue-se prestar cuidados diferenciados

Segundo Andrade et al (2018) as PICS são desconhecidas pela equipe de ESF, no entanto, os profissionais não evidenciaram resistência a sua implementação na atenção básica. As PICS implementadas na Unidade Básica podem contribuir para a promoção e prevenção da saúde da população. Outro estudo de Dacal e Silva (2018) reitera a importância das PICS na saúde pública, bem como é reconhecido pelos profissionais de saúde.

Como resultado final, o plano de curso construído de forma coletiva, aproximou a universidade aos métodos ativos e problematizadores de ensino utilizados pela ETSUS Blumenau, além do acordo firmado entre as duas instituições para essa atividade, com possibilidades futuras de parcerias e efetivação do princípio ensino – serviço, norteador das práticas da ETSUS Blumenau. No momento final das oficinas, foi solicitado aos participantes que realizassem a avaliação dos encontros ao que se manifestaram com as seguintes palavras: “missão cumprida, alívio, satisfação, produtivo, caminho, esclarecedor, clareador, nova etapa, começo, princípio, plena, formatação, ampliação, desafio, organização, construção gratificante, alegria, conclusão, satisfação a priori, dever cumprido”.

Ainda nesse momento, a equipe da Escola se colocou à disposição para realizar a formação docente, trabalhando as temáticas de educação problematizadora, estratégias de ensino e aprendizagem, planejamento docente e estratégias de avaliação.

É importante se pensar na sensibilização de profissionais de saúde, já na graduação, sobre essa temática, fortalecendo dessa maneira o SUS. Para os acadêmicos, são diferentes olhares para se cuidar em saúde (VIEIRA et al, 2018). Assim como a conscientização e sensibilização da equipe de saúde.

De outro lado, também se torna necessário o conhecimento das coordenações das Unidades de saúde sobre as PICS e seus benefícios para o usuário, família e comunidade. O estudo de Barros et al (2018) aponta a necessidade de espaços de reflexão para coordenadores, profissionais de saúde e usuários. Portanto, ao se formar profissionais de saúde para a implementação do SUS estará proporcionando um espaço de reflexão nas equipes e contribuindo para uma assistência mais integral aos usuários, família e comunidade.

## Quadro 2: Proposta curricular para a Formação em práticas integrativas e complementares para o SUS

Módulo 1: Práticas Integrativas e Complementares e a integralidade do ser holístico		
Competências gerais	Bases Tecnológicas	Abordagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer no território as potencialidades/Redes para o desenvolvimento das PICS no SUS Compreender a interdisciplinaridade como um dos elementos que possibilita aproximações de uma prática de atenção integral em saúde</li> <li>Compreender a importância da PNPICS, suas implicações e possibilidades dentro da realidade do serviço de saúde e comunidade</li> <li>Correlacionar as possibilidades de cuidado por meio das PICS e das práticas alopáticas</li> <li>Sensibilizar para a importância da mobilização e difusão de conhecimentos sobre as PICS, a partir de novas experiências/vivências, com ética, humanização, integralidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelos de Atenção à Saúde (8h)</li> </ul>	Abordar o aspecto histórico identificando o modelo tradicional (racionalidades médicas terapêuticas) e introduzindo o modelo integral de saúde proposto pelo SUS. Trabalhar o conceito ampliado de saúde. Abordar os estilos de vida: slow, vegano). Abordar a rede de atenção à saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Políticas Nacionais de Saúde (4h)</li> </ul>	Abordar as políticas: humanização, com ênfase na ambiência, práticas integrativas e complementares.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver o trabalho em equipe, compreendendo a importância da empatia no desenvolvimento das PICS no SUS com olhar para a comunidade e para os profissionais de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Processo de trabalho em saúde (4h)</li> </ul>	Abordar o trabalho em equipe, interdisciplinaridade, ética profissional e empatia. Proporcionar a internalização das PICS no trabalho
<ul style="list-style-type: none"> <li>Compreender as PICS na perspectiva holística do ser e como parte integrante do SUS</li> <li>Desenvolver a percepção do cuidado ao meio ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado na Integralidade do ser (4h)</li> </ul>	Abordar o conceito holístico (fundamentos do “ser”) Abordar a Ecosaúde e a sustentabilidade
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver atividades de educação em saúde no SUS para divulgação das PICS</li> <li>Articular e desenvolver ações de PICS no SUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educação em saúde (4h)</li> </ul>	Abordar o planejamento, metodologias ativas de ensino; educação popular em saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecer nas PICS o autocuidado e o cuidar de si</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autocuidado e cuidar de si (4h)</li> </ul>	Abordar o conceito de cuidado e autocuidado. Problematizar a diferença
	<b>Presenciais: 28horas</b> <b>Dispersão: 12horas</b>	



<b>Sugestão para dispersão:</b>		
Realizar um portfólio, com reflexões dos alunos. O portfólio deverá conter as atividades da dispersão alicerçadas em conhecimentos científicos além da reflexão do aluno por meio de questões norteadoras quando pertinente (em observações da prática).		
Sugestões para dispersão:		
1) Assistir filme: Um golpe do destino ou Uma Lição de Vida. (Questão norteadora: Refletir sobre o atendimento em seu local de trabalho. O que faria diferente, ou proporia mudança? E você, o que você mudaria?). O objetivo é fazer o aluno refletir sobre a humanização, modelos de atenção à saúde. Produzir um texto para o portfólio.		
2) Assistir filme: O jardineiro fiel (Questão norteadora: Refletir sobre os determinantes sociais de saúde representadas no filme, então pense sobre o meio em que está inserido). Produzir um texto para o portfólio.		
3) Identificar as potencialidades das PICS na sua região e mapear a necessidade (trabalho em grupo agrupados por região)		
		<b>Total módulo 1: 40horas</b>
<b>Módulo 2: Aproximação com as práticas integrativas e complementares</b>		
<b>Competências gerais</b>	<b>Bases Tecnológicas</b>	<b>Abordagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecer as PICS como terapia no SUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Práticas Comunitárias: musicoterapia; arteterapia; dança circular;</li> </ul>	Abordar os aspectos históricos e o conceito de cada prática integrativa, seu objetivo, ambiência, recursos humanos, abordagem com as pessoas, benefícios
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicina Tradicional Chinesa: Thai-Chi; auriculoterapia; acupuntura; Do-in</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Práticas Naturais: termalismo; fitoterapia; naturopatia; homeopatia; florais; aromoterapia; cremoterapia; medicina antroposófica</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayurveda: shantala; yoga; meditação</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Práticas Corporais: Reike; reflexoterapia; automassagem; quiroterapia; osteopatia</li> </ul>	
	<b>Presenciais: 28horas</b>	
	<b>Dispersão: 12 horas</b>	
<b>Sugestão para dispersão:</b>		
1) Fazer uma observação de uma PICS com o objetivo de se aproximar com uma prática integrativa e complementar. Fazer um relatório que irá para o portfólio, já indicando o que gostaria de praticar no curso.		

		<b>Total módulo 2: 40 horas</b>
<b>Módulo 3: Vivenciando as práticas integrativas e complementares</b>		
<b>Competências específicas</b>	<b>Bases tecnológicas</b>	<b>Abordagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar as práticas integrativas e complementares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plantas Medicinais na Atenção Básica: conceito, benefícios e indicações e contraindicações (28h)</li> </ul>	Conceitos: princípios ativos, plantas medicinais; identificação das plantas, noções de cultivo, coleta e procedimento, forma de preparo, plantas de uso na atenção básica (lista SUS) e regional, indicações, contraindicações, toxicologia.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reiki e meditação: conceito, benefícios e indicações e contraindicações (28h)</li> </ul>	Conceitos; princípios do Reiki e meditação; níveis do Reiki; preparação para Reiki e meditação. Vivência em Reike e meditações
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automassagem e Do In: conceito, benefícios e indicações e contraindicações (28h)</li> </ul>	Conceito; anatomia humana; técnicas de automassagem; mapas (sinésio/meridiano); tipos de toques terapêuticos; sequências da automassagem.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auriculoterapia: conceito, benefícios e indicações e contraindicações (28h)</li> </ul>	Conceito; anatomia e morfologia humana (orelha); identificação dos pontos da orelha; interpretação mapas e correlações de pontos e meridianos em auriculoterapia e reflexoterapia; protocolos (aplicação terapêutica) e planos de intervenção; ferramentas para a prática. Pontos de acupuntura
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Shantala: conceito, benefícios e indicações e contraindicações (28h)</li> </ul>	Conceito; tradição védica; Shantala no ocidente; técnicas de Shantala; anatomia e morfologia humana (bebê); desenvolvimento neuro psico motor do bebê; aromaterapia para o bebê.
	<b>Presenciais: 28 horas</b>	
	<b>Dispersão: 12 horas</b>	
<b>Sugestão para dispersão:</b>		
1) Realizar a prática		
		<b>Total módulo 3: 40 horas</b>
		<b>Total do curso: 120 horas</b>

Conclui-se que a parceria entre as duas instituições, possibilitou a integração ensino-serviço, comunidade e gestão, efetivando na prática os preceitos da Educação Permanente em Saúde, com a formação do SUS para o SUS. E além disso, não se encontrou cursos de formação para os trabalhadores do SUS na área de PICS, de forma, que esse se configura numa possibilidade de realização inovadora realizada pela ETSUS Blumenau em parceria com a FURB.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. et al. O enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia de saúde da família. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 18, p. e77-e77, 2019.



ANDRADE, L. P. et al. Percepção dos Profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 42, p. 718-727, 2018.

BARRETO, et al. Oficinas de Desenvolvimento Docente e o Aprimoramento da Prática do Ensino Superior. **Revista Aleph**. 2018. n. 31. Disponível em: < <http://revistaleph.uff.br/index.php/REVISTALEPH/article/view/820/486>>. Acesso em 04 abr 2019.

BARROS, L. C. N. et al. Os Sentidos das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde para Gestores dos Serviços. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Revista Diálogo, Educação**, Curitiba, v.12, n.35, 2012, p. 103-120.

BORDENAVE, Juan Diáz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino e aprendizagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BRASIL, M. S. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)> Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL, M. S. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Disponível e:<

BRASIL, M. S. **Portaria n 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: < [https://www.lex.com.br/legis\\_27357131\\_PORTARIA\\_N\\_849\\_DE\\_27\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2017.aspx](https://www.lex.com.br/legis_27357131_PORTARIA_N_849_DE_27_DE_MARCO_DE_2017.aspx)> Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL, M. S. **Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006**. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600\\_17\\_07\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html)> Acesso em 12 fev. 2019.

BRASIL, M. S. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)> Acesso em 12 mar. 2019.

BRASIL. **Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em: 12 fev. 2019.

CAZARIN, G. et al. Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Minas Gerais: a utilização de um instrumento de apoio aos sistemas de informação. **Journal of Management & Primary Health Care**. 2017. v. 8, n. 2, p. 278-289, 2017. Disponível em:< <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/534/579>>. Acesso em 02 abr 2019.

DACAL, M. P. O.; SILVA, I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 724-735, 2018.

ETSUS Blumenau. **Plano de Curso Formação em Práticas Integrativas e Complementares para o SUS**. 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 301-320, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000100301&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000100301&script=sci_abstract&tlng=es)> Acesso em: 12 jan. 2019.  
< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)>. Acesso em 11 fev. 2019.

JÚNIOR, E. T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**. 2016. v. 30, n. 86, p. 99-112. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000100099&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000100099&script=sci_arttext)>. Acesso em 02 abr 2019.

MATOS, P. C.; LAVERDE, C. R.; MARTINS, P. G.; SOUZA, J. M.; OLIVEIRA, N. F.; PILGER, C. Práticas Integrativas Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018, p. 1-8. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54781/pdf>> Acesso em: 12 mar. 2019.

SACRAMENTO, H. T; GENTILLI, R. M. L. Mundialização do capital e política de saúde: desafios para as práticas integrativas e complementares no SUS. **Revista de Políticas Públicas**. 2016. v. 20, n. 1, p. 103-120. Disponível em:< <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5039/3085>>. Acesso em 01 abr 2019.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **Mundo saúde**, v. 36, n. 3, p. 442-451, 2012. Disponível em: < [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/95/6.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/6.pdf)> Acesso em: 12 jan. 2019.

SOUZA, D. M. et al. Enfermagem na ETSUS Blumenau. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de Maio, 2016a. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 4 fev. 2019.

SOUZA, D. M. et al. ETSUS Blumenau: Processo de Trabalho e Sua Relação com a Educação Permanente em Saúde. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de Maio, 2016b. Disponível em:< <http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 2 jan. 2019.

TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. **Journal of Management & Primary Health Care**. 2017. v. 8, n. 2, p. 216-232, 2017. Disponível em:< <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/528/573>>. Acesso em 03 abr 2019.

VIEIRA, A. B. D. et al. As práticas integrativas e complementares em saúde como um caminho para a sensibilização e formação de acadêmicos da saúde: relato de experiência. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 137-143, 2018.

## CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM GESTÃO DE AÇÕES BÁSICAS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## COURSE OF IMPROVEMENT IN MANAGING BASIC ACTIONS IN SANITARY SURVEILLANCE

*Daniela Maysa de Souza*  
[danielasouza@blumenau.sc.gov.br](mailto:danielasouza@blumenau.sc.gov.br)  
ETSUS Blumenau

*Gisele de Cássia Galvão Ruaro*  
[giseleruaro@blumenau.sc.gov.br](mailto:giseleruaro@blumenau.sc.gov.br)  
ETSUS Blumenau

*Kellin Danielski*  
[kellindanielski@blumenau.sc.gov.br](mailto:kellindanielski@blumenau.sc.gov.br)  
ETSUS Blumenau

*Marcos Carvalho*  
[marcos@blumenau.sc.gov.br](mailto:marcos@blumenau.sc.gov.br)  
ETSUS Blumenau

**ABSTRACT:** Health surveillance aims at the permanent observation and analysis of the population health situation. Specifically, in the area of Sanitary Surveillance, the supervisor's action is directed to the control of goods, products and services that pose risks to the population health. Considering the scope of this activity and the need for qualification, the purpose of this work is to present the subjects proposal of the course of Improvement in Managing Basic Actions in Sanitary Surveillance, offered by the Technical School of SUS Dr. Luiz Eduardo Caminha, in partnership with the Sanitary Surveillance Board of the State of Santa Catarina. This is an experience report, which aims to present the experience of the School in offering this training, from the perspective of Permanent Education in Health. The subjects organization, built collectively, mainly followed the proposal of using active methodologies, with the insertion of technical visits, use of the portfolio, alternating periods of concentration and dispersion. This subjects proposal and its pedagogical organization, with emphasis on the integration of service teaching, allowed the reorganization of sanitary practices, aiming at strengthening the educational role of the inspectors, also making possible improvements in work processes, thus consolidating SUS work management.

**Keywords:** Public Health Surveillance; Health Surveillance; Education, Continuing.

### INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009). Assim, seu modelo de atenção possibilita a intervenção sobre os problemas de saúde, que requerem contínuo acompanhamento, articulando desta forma, ações de promoção, prevenção e assistenciais, sob a perspectiva da atuação intersetorial em um dado território (GUIMARÃES et al., 2017).

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. Os componentes são: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental

em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2009).

Suas práticas se relacionam às ações de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças, além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador (BRASIL, 2018).

Conceitualmente, a vigilância epidemiológica reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos, além disso, age no controle dessas doenças específicas. Já a vigilância ambiental, se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde e suas ações, neste contexto, têm privilegiado, por exemplo, o controle da água de consumo humano, o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores (BRASIL, 2018)

A área de saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. E as ações de vigilância sanitária dirigem-se, geralmente, ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos e em seu processo de trabalho, há a realização também, da fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente (BRASIL, 2018).

A Vigilância Sanitária (VISA) se caracteriza como um instrumento necessário para fazer cumprir as normas estabelecidas, com a finalidade de a população gozar dos benefícios que garantam a saúde. Quem trabalha com Vigilância em Saúde, atuando nas ações de VISA, depara-se com o debate e o compromisso que assumem diante das forças e poderes que perpassam as relações sociais e econômicas que envolvem a vida, sendo algo que deve ser permeado por dignidade e responsabilidade.

Como visto, o termo Vigilância em Saúde designa a atuação da vigilância epidemiológica, da vigilância da situação de saúde, da vigilância ambiental em saúde, da vigilância da saúde do trabalhador e da vigilância sanitária (BRASIL, 2009). E sua autonomia administrativa, formada pela união dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) orienta que cada um desses entes seja autônomo entre si, com governo próprio e diplomas legais específicos (Constituições Estaduais, Lei Orgânica do Distrito Federal e Leis Orgânicas Municipais) de acordo com as competências definidas pela Constituição Federal de 88 (FANTAZZINI, 2019).

Já a Portaria GM/MS nº 399/2006 e os Termos de Compromisso de Gestão estabelecem que os municípios assumam a responsabilidade pela gestão e execução das ações básicas não compartilhadas de vigilância em saúde e que as atividades compartilhadas devem ser pactuadas entre os municípios e o Estado, na Comissão Intergestores Bipartite, considerando o desenho de regionalização, a rede de serviços e tecnologias disponíveis e o desenvolvimento racionalizado de ações mais complexas (BRASIL, 2006).

Desta forma, cada ente organiza seus serviços de forma particular e, mais especificamente, é dever do município garantir os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal (BRASIL, 2014).

Neste contexto, as prefeituras também criam políticas de saúde e colaboram com a aplicação das políticas nacionais e estaduais, aplicando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repassados pela União e pelo estado (BRASIL, 2014). E no Estado de Santa Catarina, as ações de vigilância epidemiológica se encontram organizadas na Diretoria de Vigilância Epidemiológica, portanto de forma separada das ações de Vigilância Sanitária, que sob a denominação de Diretoria de Vigilância Sanitária, coordena as ações de Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde do Trabalhador e da Vigilância Ambiental em Saúde.

A legislação ambiental e sanitária tem histórias próprias e particulares e os contextos nos quais foram construídas fundamentam uma legislação que sofreu diferentes influências em sua elaboração, frente aos diferentes contextos políticos e interesses empresariais e sociais, que



interferiram e interferem em sua elaboração.

Assim, cabe a quem trabalha em Vigilância em Saúde, ser capaz de atuar nesta complexidade e garantir que a vida esteja num patamar mais alto do que os interesses que motivaram e motivam a organização da legislação e das instituições, buscando constantemente o aprimoramento teórico para fortalecimento de suas práticas.

No meio urbano inexistente uma mentalidade tradicional hegemônica, porque sua população é constituída muitas vezes de migrantes vindos de muitas realidades diferentes que chegam a estes centros motivados por inúmeras e diferentes motivações, por este motivo, os meios urbanos passam a ser regidos por uma mentalidade que se constrói nesta complexidade de interesses e nos padrões veiculados pela mídia, o que muitas vezes valoriza mais a imagem, do que o que promove e mantém a dignidade da vida.

Essa situação nos meios rurais ou nos pequenos centros urbanos tradicionais se diferencia, na medida em que possuem uma tradição construída pela história das pessoas que vivem nesta região. Esse fato faz com que o técnico de vigilância sanitária e saúde ambiental, o fiscal de serviços de saúde, e todos os profissionais que atuam neste serviço, devam conhecer a história deste local para interagir como alguém capaz de respeitar esta construção coletiva, na qual pretende interferir de forma direta na atuação e nos costumes sanitários e ambientais desta população.

Além disso, existem diferentes realidades dos municípios em termos de contratações, onde alguns profissionais realizam concursos públicos específicos para o trabalho em Vigilância em Saúde, outros possuem servidores que são deslocados de outras funções dentro da administração pública, para atuar nessa área e outros ainda são indicados politicamente por meio de cargos comissionados ou contratações temporárias. E o aumento da demanda, acarreta ingresso de trabalhadores com certa frequência, com rotatividade por vezes elevada, produzindo descon continuidades das ações, desconhecimento ou conhecimento incipiente das políticas públicas de saúde, onde os protocolos são desconsiderados, dentre tantas outras consequências.

Independentemente dos processos de trabalho, a Secretaria de Estado da Saúde tem como missão assegurar aos catarinenses o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde no Estado e à Secretaria de Estado da Saúde, compete desenvolver as atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente: saúde pública, medicina preventiva e sanitária, bem como educação para a saúde (SES, 2019).

Desta forma, compete ao Estado capacitar novos profissionais de VISA em seus diferentes graus de complexidade, para que desenvolvam competências que os habilite a realizar de forma ética, técnica e legalmente corretas, as inspeções sanitárias relacionadas ao controle do meio ambiente, saúde do trabalhador, produtos, bens e serviços relacionados à saúde (DIVS, 2012).

Assim, um dos objetivos da VISA é o de um processo educativo, devendo promover mudanças de mentalidade na população alvo de suas intervenções, entendendo que elas estão atreladas à cultura que perpassa de geração a geração, com argumentos fortemente consolidados no senso comum, o que constitui muita resistência às mudanças e dificultam a aceitação de qualquer intervenção crítica para promover alguma correção de rumo, em suas atitudes tradicionalmente aceitas.

Para que estes profissionais que atuam na VISA possam ofertar uma assistência de qualidade à população, respeitando os princípios e diretrizes do SUS e respeito aos aspectos culturais, são necessárias ações de formação para qualificação destes profissionais. E pensando no fortalecimento das ações dos profissionais atuantes na VISA, a Escola Técnica do SUS Dr. Luiz Eduardo Caminha (ETSUS Blumenau), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, oferta o Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Ações Básicas em Vigilância Sanitária.

Somadas a estas questões de necessidade deste profissional conhecer os aspectos culturais dos centros urbanos e rurais, diante das diferentes formas de contratação e vínculos trabalhistas, o curso adota opções pedagógicas que possuem características éticas, políticas e históricas particulares, com uma proposta curricular indicada para a condução de um processo que potencialize a aprendizagem.



Considera ainda, a questão do arcabouço jurídico, vista como essencial para fomentar as discussões, frente às questões funcionais, administrativas e éticas que permeiam o processo de trabalho da VISA, que necessita de uma participação mais efetiva de outros setores do município e, por vezes, fora dele. Utilizando para alcançar estes propósitos, metodologias ativas de ensino aprendizagem, estimulando a integração ensino, serviço, comunidade e gestão, visando o fortalecimento do processo de trabalho dos atores envolvidos em toda a formação, por serem estimulados, de forma coletiva, a refletirem sobre as potencialidades e fragilidades encontradas em suas rotinas de trabalho.

Assim, o objetivo desse trabalho é apresentar a proposta curricular do curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Ações Básicas em Vigilância Sanitária, ofertado pela ETSUS Blumenau, em parceria com a Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVS) do Estado de Santa Catarina.

## **MÉTODO**

Trata-se de um relato de experiência, que se propõe a apresentar a experiência da ETSUS Blumenau em ofertar o curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Ações Básicas em Vigilância Sanitária, sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde, entendida por Vendruscolo et al. (2016) como a aprendizagem no trabalho, que possibilita incorporar o aprender e ensinar, vinculado ao processo de trabalho, com ênfase no cotidiano das organizações e do processo laboral, garantindo assim, uma aprendizagem significativa, que possa possibilitar a transformação das práticas profissionais.

A ETSUS Blumenau, integrante da Rede de Escolas Técnicas do SUS, do Ministério da Saúde, é uma Escola pública municipal, vinculada à Secretaria Municipal de Promoção da Saúde de Blumenau, responsável pela formação de recursos humanos para o SUS, de seus 53 municípios de abrangência e desta forma, realiza cursos de formação técnica, pós-técnica, aperfeiçoamentos e qualificações em diversas áreas, dentre elas, aperfeiçoamentos na área de VISA. Na área da Vigilância, a história da ETSUS Blumenau iniciou em 1998, quando ofertou o Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (TVSSA) em parceria com o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CEDRHUS) de Florianópolis e posteriormente, com alterações no plano de curso (adequações consonantes às alterações legais), em 2004, uma nova turma de TVSSA foi iniciada (CARVALHO et al., 2016).

Já em 2008, foi iniciada uma nova reestruturação da matriz curricular do curso, passando a ser denominado a partir de 2011, de Curso Técnico de Vigilância em Saúde (TVS), com 1.350 horas de formação, dividido em quatro módulos teóricos, a saber: Trabalho (250 horas); Território (300 horas); Política, planejamento e organização (250 horas) e Ações, procedimentos e intervenções da área da vigilância em saúde (400 horas), com a prática no estágio supervisionado (150 horas) (CARVALHO et al., 2016).

Com 145 alunos egressos trabalhadores do SUS das áreas de abrangência da ETSUS Blumenau, desde 1998, com estes planos de curso anteriores a esta proposta de formação apresentada neste relato de experiência, seis turmas foram formadas na área das vigilâncias e estas formações foram desenvolvidas de maneira descentralizada, na lógica da integração ensino serviço; e buscando fortalecer a área das vigilâncias, em 2015, a ETSUS Blumenau elaborou e executou o curso de Especialização Técnica em Gestão da Vigilância em Saúde, para os alunos egressos dos cursos TVSSA e TVS, formando o total de 22 alunos (CARVALHO et al., 2016).

Em todas as suas formações, a ETSUS Blumenau utiliza métodos ativos de ensino aprendizagem, estimulando a integração ensino, serviço, gestão e comunidade em seus processos formativos ofertados, estimulando a reflexão crítica do processo de trabalho de todos os atores envolvidos nas formações ofertadas.

Evita-se a utilização do método tradicional de ensino, centrado na figura do professor e estimula-se, por meio de formação docente, o uso de métodos ativos de ensino aprendizagem, dentre eles, a utilização da metodologia da problematização, ao considerar que o professor atua

como um mediador do processo de construção do conhecimento discente, trabalhando a partir dos dados extraídos da realidade em que o aluno vive, valorizando seus conhecimentos prévios, suas percepções, estimulando a articulação entre teoria e prática, para fortalecimento de suas ações.

Na perspectiva de um novo enfoque para a formação em VISA e considerando a trajetória nas formações da área da vigilância e as práticas de trabalho da ETSUS Blumenau, com suas opções pedagógicas, é que foi estabelecida esta parceria com a DIVS/SC, para qualificar novos profissionais da VISA. E para esta nova formação, foram consideradas as práticas de formação anteriores ofertadas pela DIVS e coletivamente, junto à equipe de coordenação técnico pedagógica da ETSUS Blumenau, docentes e com a equipe da DIVS (a gestão responsável pelas formações anteriores) foram revistas as práticas de formação positivistas, sendo reestruturada a proposta de formação, numa perspectiva problematizadora e dialógica.

Metodologicamente, o processo de trabalho foi organizado com a oferta de quatro encontros para o planejamento e discussão da nova proposta de formação, para que de forma coletiva, fosse realizada uma nova proposta de formação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta pedagógica da escola segue prioritariamente uma concepção problematizadora, na qual a experiência do aluno, com a problematização da sua realidade, valorizando o diálogo, muito presente no processo de ensino e aprendizagem. Para alcançar este propósito, a ETSUS Blumenau utiliza em seus processos de ensino aprendizagem, metodologias ativas, que Berbel (2011) coloca como uma possibilidade do professor mediar a produção do conhecimento, estimulando a participação dos alunos, com uma visão crítica da realidade onde estão inseridos. Onde esta construção criativa de novos conhecimentos, acaba por conformar uma aprendizagem significativa (SOUZA et al., 2016). Busca-se assim, direcionar a compreensão entre teoria e prática, trabalhando as contradições entre pensar/fazer e a necessidade de refletir criticamente as questões do trabalho, nos serviços de saúde.

Para alcançar estes propósitos de formação, foi realizada uma construção coletiva do plano de curso, para esta proposta de formação, contando com a participação das coordenações de curso, gestão e docentes, tendo como objetivo geral da formação, a de ofertar qualificação e atualização em Vigilância em Saúde/Vigilância Sanitária aos servidores públicos que atuam como fiscais de VISA nos municípios catarinenses (ETSUS BLUMENAU, 2017).

E como objetivos específicos: capacitar de forma diferenciada e específica os agentes fiscais de VISA dos municípios catarinenses; sistematizar o processo de trabalho da vigilância sanitária no território municipal; substituir a metodologia de aprendizado tradicional por metodologias ativas de ensino-aprendizagem integrando momentos de teoria com prática contextualizada à realidade dos alunos; superar o processo centralizado e oneroso de capacitação utilizado, incorporando uma lógica mais descentralizada de formação e utilizar estratégias pedagógicas que fortaleçam a observação, a crítica e a intervenção a partir da prática dos alunos atuando sobre o próprio território em constante processo de transformação e mudança (ETSUS BLUMENAU, 2017).

Tendo como perfil de conclusão, um profissional que compreenda a complexidade de atuação da VISA e seu trabalho articulado em saúde, de forma interdisciplinar, priorizando o trabalho em equipe, com boas práticas em seu processo de trabalho, de cunho educativo, visando a integralidade das ações do SUS, utilizando de seu conhecimento técnico científico de forma ética, para planejar e executar suas atividades, que caracterizam as ações de vigilância em saúde (ETSUS BLUMENAU, 2017).

A matriz curricular proposta é composta de quatro módulos, com duração de uma semana cada, sendo divididos desta forma: Semana 1 – Alimentos; Semana 2 – Saneamento; Semana 3 – Serviços de Interesse da Saúde e Semana 4 – Serviços de Saúde. Perfazendo um total de 160 horas presenciais e 40 horas de dispersão<sup>1</sup>, totalizando 200 horas de formação (ETSUS

1 Entende-se por dispersão, o momento em que os alunos se dispersam e retornam ao seu local de trabalho, com

BLUMENAU, 2017).

Considerando a utilização de estratégias pedagógicas que estimulem a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem, as atividades de dispersão visam estimular a integração ensino e serviço, pois estimulam nos alunos, a autonomia, a pesquisa, a reflexão e a observação crítica de suas práticas de trabalho.

Os alunos foram divididos em pequenos grupos (com a presença de um professor/monitor facilitador, que media o processo de aprendizagem, com uma média de 15-20 alunos por professor, indicados pelos gestores dos municípios envolvidos na formação) e alternam atividades no grande grupo (com a junção de todas as turmas que estão participando do processo formativo), com atividades mediadas pelos facilitadores e/ou convidados externos, experts nos temas trabalhados na formação. Um ponto a ser destacado são as monitoras dos cursos, todas com especializações na área de Vigilâncias e com experiência prática de fiscalização e de gestão.

Sendo organizadas ainda, visitas técnicas, com atividades pré e pós visita, para análise das práticas evidenciadas. As visitas técnicas permitem o estreitamento da relação entre o ensino e a prática e por meio desta imersão no processo de trabalho, os discentes conseguem vivenciar a rotina de trabalho de outros profissionais, com a possibilidade de abordar detalhes que muitas vezes não podem ser apreendidos em sala de aula, o que acaba por estimular a reflexão crítica, com estímulo ao aprendizado (SCHUCH; SILVA; GONÇALVES, 2017).

Desta forma, estas visitas, além de proporcionarem experiências de fiscalização, também objetivam fazer compreender a intersetorialidade, entendida como um princípio de gestão das políticas sociais, que privilegia a integração das políticas em sua elaboração, execução, monitoramento e avaliação, buscando superar a fragmentação das políticas, respeitando as especificidades de cada área, além de vivenciar o trabalho interdisciplinar (ROEDER, 2015). As visitas técnicas ocorreram com pequenos grupos, sob a orientação das monitoras e sempre acompanhadas por um profissional de nível superior que atua na vigilância sanitária, ambiental ou saúde do trabalhador do município de realização do curso.

E a avaliação por parte dos alunos demonstrou como negativo o pouco tempo para as discussões pós visitas, o que evidencia que foi bastante positiva a oferta destas visitas técnicas, manifestado pelo interesse dos alunos de ampliarem as discussões.

Esta forma de atuação consiste, de um lado, na qualificada abordagem dentro de cada especificidade profissional, e, de outro, na complementaridade entre os membros da equipe na construção coletiva do trabalho comum e, pressupõe o diálogo e trocas intersubjetivas dos diferentes especialistas e o reconhecimento de saberes teóricos, práticos e existenciais, em si e nos outros (ROEDER, 2015).

Sabe-se que estabelecimentos de diferentes áreas de atuação, apresentam legislações específicas e diversificadas, e estas são apresentadas aos alunos e discutidas antes das visitas, permitindo assim, que a análise *in loco*, seja fortalecida pelo referencial teórico trabalhado previamente. E posteriormente, as percepções são discutidas e debatidas com os monitores e entre os alunos, considerando suas procedências e formações distintas (ensino médio, enfermagem, arquitetura, farmácia e bioquímica, engenharia, biologia, entre outros), o que acaba por gerar visões distintas, que enriquecem e aperfeiçoam o aprendizado decorrente da experiência.

Outra estratégia inserida nas atividades das visitas técnicas foi a realização simulada de vistorias para análise de liberação de laudos pelo técnico da VISA, sendo uma atividade extremamente importante na prática diária do fiscal. O deferimento de um processo de Alvará Sanitário é um documento fornecido pela autoridade de saúde, que autoriza a ocupação e uso de imóvel recém-construído ou reformado e/ou o funcionamento de estabelecimentos comerciais, industriais, agropecuários, de saúde, de educação pré-escolar e outros, após a vistoria prévia das condições físico-sanitárias do mesmo. Serve para comprovação de que o estabelecimento está atuando de acordo com a Legislação Sanitária vigente, garantindo assim, as condições higiênico-sanitárias do(s) produto(s) e serviço(s), sem riscos à saúde da população, o que pressupõe conhecimento da legislação por parte do agente (fiscal) (ROEDER, 2015).

atividades orientadas previamente em sala de aula, pelo professor facilitador, que visam estimular a integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

Outra atividade realizada nas visitas, de forma simulada, foi a realização do processo administrativo, a partir do auto de infração sanitária. Para preenchimento do auto é necessária a apuração das infrações sanitárias para a lavratura de auto de infração, observando-se os prazos estabelecidos na legislação vigente da área de VISA e seus regulamentos específicos, além dos requisitos legais para a confecção de um processo administrativo sanitário (VISA, 2017).

Desta forma, esta prática realizada na visita técnica, associada à discussão em pequenos grupos, realizada posteriormente, permite ao aluno, discutir amplamente a legislação específica vigente, bem como o processo de trabalho do fiscal de VISA e as características e habilidades comportamentais necessárias para o sucesso desta atividade.

Foi incluído ainda em seu componente curricular, a utilização de portfólio como instrumento avaliativo, que foi construído em toda a trajetória do curso, com o registro das percepções e reflexões individuais e registro das atividades realizadas, indicadas pelo monitor. O portfólio, como instrumento avaliativo é um potencializador da aprendizagem significativa e reflexiva, permitindo (re)significar e aprofundar o conhecimento de forma crítica, reflexiva e criativa, estimulando a autonomia e participação do estudante, possibilitando a reflexão e crítica do mundo real, ampliando sua percepção de mundo e sua visão crítica (LEMOS et al., 2018). Permitindo assim, uma avaliação formativa, com atividades de autoavaliação e avaliação coletiva. Em todo o processo do curso, as atividades e palestras foram avaliadas e discutidas com a equipe pedagógica, com os professores e alunos, visando a melhoria do processo formativo ofertado. Essa avaliação institucional e de curso foi possibilitada por meio do envio de questionário eletrônico, que possibilitou de forma anônima, a avaliação de toda a organização da proposta curricular. O percentual de retorno foi próximo a 100% e essas avaliações abordavam aspectos relacionados à: importância para a sua atividade profissional; aplicabilidade; conteúdos e informações teóricas sobre o tema e a carga horária. Desta forma, estas avaliações serviram para o aperfeiçoamento das atividades seguintes e para a reestruturação das turmas vindouras.

As dificuldades de se manter uma capacitação consistente, com público heterogêneo em termos de formação profissional, cultural e, ainda, agravado pelas distâncias em função do tamanho do território, obrigou os gestores a repensar a prática que estava sendo utilizada, procurando parcerias e tentando viabilizar essa formação de forma mais consistente e adequada à realidade de um orçamento cada vez mais exíguo.

Assim, o Curso de Gestão de Ações Básicas em Vigilância Sanitária foi repensado e reestruturado para atender estas novas demandas de formação, que contemplem novos métodos de aprendizagem, atendendo aos objetivos de formação propostos no plano de curso. Espera-se que após a formação no Curso de Ações Básicas em Vigilância Sanitária o trabalhador em Vigilância em Saúde possa promover uma discussão do seu real papel de fiscal, aplicando o conhecimento adquirido e construído na formação, com os temas específicos da área, relacionados ao conjunto das atividades dos mesmos, no exercício da função pública, bem como a relação direta com o setor produtivo regulado e o impacto dessas ações da VISA na vida dos usuários do sistema.

Considerando o teor do Decreto 7.508/2011, quanto à necessidade de maior integração entre os níveis de atenção à saúde, incluindo a articulação dos processos de planejamento, programação, monitoramento, avaliação, regulação, controle, auditoria e regionalização, torna-se imprescindível qualificar os serviços de VISA dentro de novas bases metodológicas, assumindo principalmente o enfoque de risco e o controle dos fatores determinantes do processo saúde-doença, a partir da consolidação do processo de municipalização/regionalização da VISA, como etapa do processo de descentralização das ações de saúde (BRASIL, 2011).

Quanto ao potencial da iniciativa foi considerado de grande amplitude, pois a conclusão desta formação fortalece a atuação profissional, no âmbito municipal, com melhores argumentos dos egressos, baseados em legislações e oportuniza maior mobilidade de atuação para os trabalhadores dentro das ações de Vigilância em Saúde.

Desta forma, o curso possui um caráter multiplicador, pois possibilita a construção do conhecimento, com a discussão aprofundada da legislação estadual sobre Vigilância em Saúde e utiliza exemplos práticos em ações em estabelecimentos de diferentes setores produtivos, com



esclarecimentos por parte dos professores facilitadores, discussões em grupos e em plenárias. Sua estrutura curricular, apresentada em seu plano de curso, ofertada pela ETSUS Blumenau, em parceria com a DIVS/SC, possibilita a utilização da proposta formativa em qualquer cenário que busque a qualificação das práticas dos profissionais atuantes na VISA, possibilitando assim, a replicação do plano de curso e da proposta metodológica utilizada.

A Diretoria de Vigilância Sanitária de Estado da Saúde de Santa Catarina, que coordena as ações de vigilância sanitária no Estado, possui a missão de promover e proteger a saúde da população por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização, atuando em um conjunto de ações para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente da população e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (DIVS, 2019). E juntamente com a ETSUS Blumenau, esta parceria possibilitou que a missão da VISA, de promover e proteger a saúde da população por meio de ações integradas e articuladas de coordenação, normatização, capacitação, educação, informação, apoio técnico, fiscalização, supervisão e avaliação em Vigilância Sanitária, fosse realmente efetivada na prática, ao ofertar esta formação para profissionais inseridos nos 295 municípios do Estado de Santa Catarina, com seus mais de 6,2 milhões de habitantes (SANTA CATARINA, 2018; DIVS, 2019).

Esta formação instrumentaliza e fortalece o trabalho do fiscal em cada uma de suas áreas de atuação: 1. Nos locais de produção, transporte e comercialização de alimentos (bares, restaurantes, mercados, frutarias, açougues, peixarias, frigoríficos, indústrias e rotulagem de alimentos, transportadoras, embaladoras, importadoras, exportadoras e armazenadoras de alimentos, etc.); 2. Nos locais de produção, distribuição, comercialização de medicamentos, produtos de interesse para a saúde (farmácias, drogarias, perfumarias, saneantes, produtos de higiene), produtos hospitalares (indústria, comércio e rotulagem), importadora, exportadora, distribuidora, transportadora, armazenadora de medicamentos, cosméticos e saneantes.); 3. Nos locais de serviços de saúde (hospitais, clínicas médicas e odontológicas, laboratórios, asilos, presídios, profissionais de saúde, etc.); 4. No meio ambiente (controle da qualidade da água, ar, solo, saneamento básico, calamidades públicas, transporte de produtos perigosos, monitoramento dos ambientes que causam danos à saúde, entre outros.); 5. Nos ambientes e processos do trabalho/saúde do trabalhador (identificação e intervenção dos locais de trabalho das pessoas como lojas, fábricas, transportes, escritórios, etc.); 6. Na pós-comercialização (investigação de situações que envolvam reações adversas a medicamentos, sangue e produtos para saúde, intoxicação por produtos químicos, etc.); 7. Nos projetos de arquitetura (análise de projetos de construção, reforma, adaptação ou ampliação no que interfere na saúde das pessoas, em residências, hospitais, clínicas, fábricas, escolas, etc.); 8. Em locais públicos (shoppings, cinemas, clubes, óticas, postos da gasolina, estádios, piscinas, escolas, cemitérios, salões de beleza, portos, aeroportos, áreas de fronteira, entre outros) (SES, 2019).

Compreende-se assim, que a gama de atividades atribuídas à Vigilância Sanitária, as legislações específicas e intrincadas e as diferentes realidades de cada município, constituem um grande desafio que necessita de conhecimento, dedicação e responsabilidade.

Ciente desta magnitude de ações, a Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina, em parceria com a ETSUS Blumenau tem enfrentado esse desafio, oferecendo o curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Ações Básicas em Vigilância Sanitária e até o momento, a ETSUS Blumenau formou 162 servidores técnicos, de diversos municípios catarinenses, que receberam a credencial de fiscal de vigilância sanitária, estando aptos a desenvolverem suas funções nos seus respectivos municípios de atuação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme previsto no Plano Estadual de Saúde, os profissionais atuantes na área da VISA, devem ter a formação no Curso de Ações Básicas em Vigilância Sanitária e esta proposta de formação da ETSUS Blumenau, ainda em consonância com o Plano Municipal de Saúde, envolve diferentes níveis de gestão e tem conseguido qualificar o trabalhador para um resultado de qualidade na proteção da saúde da população.



Independente da formação que o aluno já possua, a metodologia considera conhecimentos e experiências prévias e oferece um arcabouço legal, nas diferentes áreas de atuação da Vigilância em Saúde, oportunizando o enriquecimento dos conhecimentos por meio de discussões sobre os temas, visitas e legislações. Com esta proposta curricular e sua organização pedagógica, utilizando metodologias ativas, com ênfase na integração ensino serviço, há a possibilidade de reorganização das práticas sanitárias, visando o fortalecimento do papel educativo dos fiscais, possibilitando melhorias nos processos de trabalho, consolidando a gestão do trabalho no SUS.

Sabe-se que o homem é um ser que é capaz de fazer escolhas e fazer julgamentos, dessa forma, o esforço de formação deve ser no sentido de que o trabalhador tenha clara a sua responsabilidade como elemento norteador de seus desejos e de seus julgamentos, bem como se pautar eticamente em todas as suas ações e neste sentido, a ETSUS Blumenau busca contribuir para o fortalecimento do conhecimento dos atores envolvidos nesta formação.

## REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/0>>. Acesso em 25 mar 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em 16 jul. 2018.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Fundação. **Vigilância em saúde**. 2018. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. Governo (Org.). **União, estados e municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS**. 2014. Disponível em: <o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>. Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS: Manual de Gestão da Vigilância em Saúde**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTIxNTk%2C>>. Acesso em 23 mar. 2019.

CARVALHO, M. et al. Vigilância em Saúde. In: SOUZA, D. M; DANIELSKI, K. (Org.). **ETSUS Blumenau 60 anos**. Blumenau: 3 de Maio, 2016b. Disponível em: <<http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3991>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

DIVS. DIVS/SC. Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde. Santa Catarina. **Abertas as inscrições para o 1º Curso de Gestão em Ações Básicas de Vigilância Sanitária de 2012**. Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/component/content/article/111-noticias/noticias-2012/267-abertas-as-inscricoes-para-o-1-curso-de-gestao-em-aco-es-basicas-de-vigilancia-sanitaria-de-2012>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

DIVS. DIVS/SC. Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde. Santa Catarina Diretoria Estadual (Org.). **Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina**. 2019. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/direcao/apresentacao>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

ETSUS BLUMENAU. **Curso de Gestão de Ações Básicas em Vigilância Sanitária**. Plano de Curso. Blumenau, 2017.

FANTAZZINI, O. **O Parlamentar e os Direitos Humanos, Manual**: Manual de orientação ao parlamentar municipal, estadual e federal para a atuação em defesa dos direitos humanos e da cidadania. 2019. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/manuais/dh/br/parlamentar/federacao.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

GUIMARÃES, R. M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017. v. 22, p. 1407-1416. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000501407&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000501407&script=sci_arttext)> Acesso em: 03 abr 2019.

LEMOS, A. P. et al. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o portfólio como estratégia de ensino, aprendizagem e avaliação. **Journal of Management & Primary Health Care**. 2018, v. 9. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/505/725>>. Acesso em 30 mar 2019.

ROEDER, M. A. **Segurança sanitária para serviços de alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social – SUAS**. Florianópolis: Dioesc, 2015. 175 p.

SANTA CATARINA. Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Assembleia Legislativa. **MUNICÍPIOS CATARINENSES**. 2018. Disponível em: <<http://www.alesc.sc.gov.br/municipios-catarinenses>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

SCHUCH, F. S.; SILVA, F. K; GONÇALVES, J. A Geotecnia na Engenharia—a Experiência das Visitas Técnicas e sua Importância na Formação Acadêmica. **Revista Interdisciplinar de Tecnologias e Educação**. 2017, v. 3, n. 2. Disponível em: <[http://rinte.ifsp.edu.br/index.php/SInTE/article/view/289/pdf\\_78](http://rinte.ifsp.edu.br/index.php/SInTE/article/view/289/pdf_78)>. Acesso em 29 mar 2019.

SES. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Santa Catarina. **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - QUEM SOMOS**. 2019a. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/a-secretaria>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SOUZA, D. M. et al. Entre a alienação e a libertação: da concepção bancária a concepção problematizadora da educação. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: <<http://eden.paginas.ufsc.br/2016/08/25/lancamento-do-livro-paulo-freire-a-boniteza-de-ensinar-e-aprender-na-saude/>>. Acesso em 20 fev. 2019.

VENDRUSCOLO, C. et al. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto Contexto Enferm**. 2016. v. 25, n. 1, p. e2530013. Disponível em: <[file:///C:/Users/222860/Downloads/art%C3%ADculo\\_redalyc\\_71444666006\\_5.pdf](file:///C:/Users/222860/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_71444666006_5.pdf)>. Acesso em 03 abr 2019.

VISA. Vigilância Sanitária. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Processo Administrativo Sanitário do Estado de Santa Catarina**. 2017. Disponível em:< [http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/phocadownload/legislacao/por\\_assunto/Manual-processo-administrativo-sanitario/manualde%20processo%20administrativo%20sanitrio%20de%20sc\\_ultima\\_versao.pdf](http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/phocadownload/legislacao/por_assunto/Manual-processo-administrativo-sanitario/manualde%20processo%20administrativo%20sanitrio%20de%20sc_ultima_versao.pdf)>. Acesso em 28 mar 2019