

**Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para a Soberania e Segurança  
Alimentar e Nutricional**

**INTERSSAN/UNESP**



**ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE:  
ABORDAGENS DO PROCESSO DE TRABALHO E FORMAÇÃO NO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**Organizadoras:**

Lilian Fernanda Galesi Pacheco

Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa

Maria Rita Marques de Oliveira

**2024**

**Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para a Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional**

**INTERSSAN/UNESP**



**ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE:  
ABORDAGENS DO PROCESSO DE TRABALHO E FORMAÇÃO NO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para a Soberania e Segurança  
Alimentar e Nutricional - INTERSSAN/UNESP

Revisão: Maria Rita Marques de Oliveira

Normatização de referências: Lilian Fernanda Galesi Pacheco

Capa, projeto gráfico e editoração

Apoio financeiro:

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Promoção da Saúde. Chamada CNPq MS/SAPS/DEPPROS nº 28/2020 – Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados.

Ficha catalográfica

Atenção Primária Às Condições Crônicas De Saúde: Abordagens Do  
Processo De Trabalho E Formação No Estado De São Paulo/ Coordenadores  
Lilian Fernanda Galesi Pacheco, Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa,  
Maria Rita Marques de Oliveira; Design gráfico Milton Nakata Studio. –  
Botucatu: Centro de Memória – INTERSSAN/ArticulaRRAS, 2023  
ePub

ISBN: 978-85-86240-11-9

1. Atenção Primária à Saúde 2. Doenças Crônicas 3. Políticas Públicas de  
Saúde 4. Segurança Alimentar 5. Formação em Saúde 6. Processo de Trabalho  
7. Saúde Coletiva I. Título. II. Pacheco, Lilian Fernanda Galesi. III. Barbosa,  
Adriana Aparecida de Oliveira. IV. Oliveira, Maria Rita Marques de. V. Studio,  
Milton Nakata. VI. Centro de Ciência e Tecnologia e inovação em Soberania e  
Segurança Alimentar. VII. ArticulaRRAS.

CDD 371.102

### **Organizadoras:**

Lilian Fernanda Galesi Pacheco - Nutricionista, pós-doutoranda, Bolsista DTI-B no projeto ArticulaRRAS

Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa - Nutricionista, doutoranda no Programa de pós-graduação em Enfermagem da *Faculdade de Medicina da UNESP*, Bolsista DTI-B no projeto ArticulaRRAS

Maria Rita Marques de Oliveira - Docente do Instituto de Biociências da UNESP de Botucatu, coordenadora do Projeto ArticulaRRAS

### **Autores(as):**

Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa - Nutricionista, doutoranda no Programa de pós-graduação em Enfermagem da *Faculdade de Medicina da UNESP*, Bolsista DTI-B no projeto ArticulaRRAS

*Amanda dos Reis Faria - Graduanda em Nutrição, bolsista UNESP*

*Ana Livia Marques Chester Silva - Graduanda em Nutrição, bolsista UNESP*

*Ana Paula Souza da Silva - Graduanda em Nutrição, bolsista UNESP*

*Barbara Cassetari Sugizaki - Gastrônoma, Mestre em Alimentos e Nutrição, Doutoranda em Patrimônios Alimentares, bolsista DTI-C no projeto ArticulaRRAS*

*Carla Maria Vieira - Nutricionista, doutora em Saúde Coletiva, colaboradora do INTERSSAN*

*Christian Adrian Santos do Nascimento - Graduando em Enfermagem, bolsista UNESP*

*Florência Custódio Mondlane - Nutricionista, mestranda no Programa de pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da UNESP, bolsista CAPES*

*Gabriela de Andrade Meira - Nutricionista, bolsista DTI-C no Projeto ArticulaRRAS*

*Helena Borges - Mulher Indígena da comunidade Jejy-ty, bolsista ADC-B no projeto ArticulaRRAS*

*João Batista Ortega - Professor indígena da comunidade Jejy-ty, bolsista ADC-A no Projeto ArticulaRRAS*

*Juliana Indaya de Lima Castro - Nutricionista, Enfermeira, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da UNESP*

*Karina Rubia Nunes – Nutricionista, pós-doutoranda na UNESP, bolsista DTI-A no Projeto ArticulaRRAS*

*Leonardo da Silva – Cacique da comunidade Jejy-ty, bolsista ADC-A no projeto ArticulaRRAS*

*Marcela Gonçalves de Melo Dias - Graduanda em Biologia, Bolsista UNESP*

*Marcelino Timóteo Verai – Indígena, artesão na da comunidade Jeju-ty, bolsista ADC-A no projeto ArticulaRRAS*

*Marcelo da Silva - Agente sanitário na comunidade Jeju-ty, bolsista ADC-A no projeto ArticulaRRAS*

*Maria Paula de Albuquerque - Pediatra no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN)*

*Maria Rita Marques de Oliveira - Docente do Instituto de Biociências da UNESP de Botucatu, coordenadora do Projeto ArticulaRRAS*

*Mariana Fagundes Cinti – Fisioterapeuta, especialista em Saúde da Família, bolsista DTI-B no Projeto ArticulaRRAS*

*Marinês Borges – Mulher indígena, artesã na da comunidade Jeju-ty, bolsista ADC-A no projeto ArticulaRRAS*

*Olivia da Silva – Mulher indígena, artesã na da comunidade Jeju-ty, colaboradora do Projeto ArticulaRRAS*

*Sabrina Kerexú Mirim Borges – Adolescente indígena da comunidade Jeju-ty, bolsista ADC-B no Projeto ArticulaRRAS*

*Talita Cardoso Rossi – Nutricionista, especialista em Saúde da Família, bolsista DTI-B no Projeto ArticulaRRAS*

*Terezinha Molinico - Mulher indígena, artesã na da comunidade Jeju-ty, colaboradora do Projeto ArticulaRRAS*

*Tiago Souza da Silva - Graduando em Biomedicina, Bolsista UNESP*

*Vilson Borges – Agente de saúde indígena na comunidade Jeju-ty, bolsista ADC-A no Projeto ArticulaRRAS*

*Viviane Gislaine do Nascimento - Graduanda em Nutrição, bolsista UNESP*

## SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas.....	06
Apresentação.....	08
Capítulo 1. Redes de Políticas Públicas no contexto da atenção primária à saúde.....	09
Capítulo 2. Diagnóstico do processo de trabalho de equipes na atenção primária à saúde: construção, validação e aplicação de instrumento de autoavaliação.....	17
Capítulo 3. Vivências da aplicação do Instrumento PCATool-Brasil para pacientes adultos versão reduzida em municípios do Estado de São Paulo.....	30
Capítulo 4. A Intersetorialidade nas políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional: contribuições da saúde.....	41
Capítulo 5. Estratégia de mobilização de trabalho no combate à má nutrição infantil - Programa Tupã 2030.....	49
Capítulo 6. Guia alimentar para os Povos Guaranis - Tekoa Jejy-ty.....	58
Capítulo 7. Formação em doenças crônicas para as equipes de saúde: desafios da educação a distância.....	63
Considerações Finais.....	73

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ABED - Associação Brasileira de Educação a Distância  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
APS - Atenção Primária à Saúde  
AVA - Ambiente Virtual de Aprendizado  
CadÚnico – Cadastro Único  
CAISAN - Câmara Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social  
CREN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional  
CSDH-WHO/OMS - Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde  
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DEPROS - Departamento de Promoção da Saúde  
DISEI - Distrito Sanitário Especial Indígena  
DM - Diabetes Mellitus  
DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2  
DSS - Determinantes Sociais em Saúde  
EaD - Educação a Distância  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
FUNAI - Fundação Nacional dos Povos Indígenas  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
IMAPI - Índice Município Amigo da Primeira Infância  
INTERSSAN - Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional  
MAAC - Modelos de Atenção às Condições Crônicas  
MapaSAN - Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional  
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OMS - Organização Mundial da Saúde

OVA - Objetos Virtuais de Aprendizagem

PCATool - *Primary Care Assessment Tool*

PLANSAN/SP - Plano Paulista de Segurança Alimentar e Nutricional

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAE - Programa de Alimentação Escolar

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PPP - Projeto Político Pedagógico

PSE - Programa Saúde na Escola

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAGI - Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEISP - Secretaria Nacional de Inclusão Social e Produtiva

SESAI - Secretaria de Saúde Indígena

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN - Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TGN - Técnica de Grupo Nominal

TICs - Tecnologias de Informação e Comunicação

UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



## **Apresentação**

Este livro apresenta o resultado do projeto ArticulaRRAS - Chamada CNPq MS/SAPS/DEPPROS nº 28/2020 – Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados. Foi escrito pelos bolsistas do projeto. O propósito foi, além de relatar a experiência do projeto, apresentar uma revisão teórica e ilustrar a aplicação das metodologias utilizadas no projeto.

No capítulo 1, são discutidas as Redes de políticas públicas, sociotécnicas e acadêmicas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Faz-se um breve regate teórico sobre o que caracteriza essas redes ilustrando com exemplos do projeto ArticulaRRAS. O diagnóstico do processo de trabalho de equipes na atenção primária à saúde: construção, validação e aplicação de instrumento de autoavaliação, foi objeto do capítulo 2, trazendo além de detalhes teóricos dos processos de avaliação, as abordagens metodológicas empregadas na fase de diagnóstico do projeto, com exemplos práticos de como essa etapa foi conduzida. O PCATool-Brasil foi utilizado como instrumento de avaliação dos serviços da APS por pacientes adultos em municípios do Estado de São Paulo no projeto, sendo este o tema do capítulo 3, que também inclui uma parte teórica e a experiência de aplicação.

Duas experiências de intervenção em municípios que convencionamos chamar de “municípios laboratório” foram relatadas nos capítulos 4 e 5. A Intersetorialidade nas políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional: contribuições da saúde, relatada no capítulo 4 diz respeito ao fortalecimento da integração entre a Política de alimentação e Nutrição e a Política de Segurança Alimentar e Nutricional. No capítulo 5 “Estratégia de mobilização de trabalho no combate à má nutrição infantil - Programa Tupã 2030”, relata-se a experiência na construção de uma política na qual por meio o projeto ArticulaRRAS, se avaliou a “Teoria da Mudança” como estratégia de articulação intersetorial, como alternativa para o “Modelo Lógico Teórico” tratado no projeto ArticulaRRAS.

A experiência de construção do Guia alimentar para os Povos Guaranis - Tekoa Jeju-ty foi relatada no capítulo 6, como exemplo de pesquisa participante e cidadã, na qual uma comunidade indígena, apoiada pela Universidade torna pública a sua cultura e a sua luta para a subsistência.

O capítulo 7, escrito pela equipe que coordenou o processo formativo online trata da formação em doenças crônicas para as equipes de saúde: desafios da educação a distância.

No seu conjunto, os sete capítulos trazem elementos teóricos e metodológicos e buscam trazer inspiração para os que se dedicam ao trabalho de promoção da saúde na atenção primária.

## Capítulo 1

### Redes de políticas públicas, sociotécnicas e acadêmicas no contexto da atenção primária à saúde<sup>1</sup>

*Maria Rita Marques de Oliveira  
Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa*

A humanidade, ao longo da sua evolução, tem se deparado com diversos desafios e, pouco a pouco, tem desenvolvido estratégias para superá-los. A saúde global, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, tem se deteriorado paradoxalmente, em consequência às mudanças que essas inovações provocaram nas formas de vida humanas e na interação com o planeta. A transformação das práticas humanas em ações sustentáveis e saudáveis representa um desafio complexo. O conceito de “Uma Saúde”, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aborda de maneira indissociável a saúde humana, animal e ambiental, visando preservar o meio ambiente e os recursos naturais para as gerações futuras (WHO, 2017). Essa abordagem ressalta a complexidade do tema, que implica em uma ação interdisciplinar e reforça a necessidade de um trabalho em rede para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, sob uma nova perspectiva de interação entre vegetais, animais e humanos (GARCIA *et al.*, 2020). Assim, a complexidade do processo saúde-doença exige uma perspectiva sistêmica na pesquisa e modelos transdisciplinares de abordagem; no entanto, as iniciativas voltadas para uma saúde global permanecem pouco conectadas (HAMMOND; DUBÉ, 2012).

Apesar dos esforços para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, o mundo segue na direção oposta, principalmente em relação à redistribuição dos recursos necessários para gerar saúde e bem-estar para todos (FAO/FIDA/UNICEF/PMA/OMS, 2022; ROCKSTÖM *et al.*, 2016).

Morin (2013) tem discutido a crise geral da humanidade e apontado para as ambiguidades da civilização. Para o autor, os problemas contemporâneos são decorrentes da globalização, porém, ao mesmo tempo, nunca estivemos tão interligados. O desafio reside em “globalizar e desglobalizar” simultaneamente, reconhecendo os nossos erros pelo caminho e buscando inovações por meio de uma simbiose capaz de recuperar valores importantes e integrá-los a todos os tipos de progresso alcançados (MORIN, 2013). Morin defende a ideia de uma

---

<sup>1</sup> Este capítulo é uma adaptação do original “Redes como estratégia de fortalecimento da soberania e segurança alimentar e nutricional” capítulo 3 da tese da Livre-docência em Alimentos e Nutrição: Redes de Ensino, Pesquisa e Extensão para a Soberania e a Segurança Alimentar e Nutricional no Campo da Nutrição e Alimentação em Saúde Coletiva, defendida pela primeira autora, junto ao Instituto de Biociência da UNESP em 2022.

política da humanidade, unindo, em um processo de simbiose, o que há de melhor no desenvolvimento com o respeito às características e valores de diversas culturas (MORIN, 2013).

Castells, em 2000, propõe que a sociedade atual é constituída por redes, sujeitas a múltiplas transformações (tecnológicas, econômicas, culturais e institucionais), apresentando um novo paradigma tecnológico centrado na informação e na globalização da economia e da cultura. As manifestações sociais se dão por meio de interações eletrônicas, e a redefinição da cultura e da natureza surge a partir de uma consciência ecológica (CASTELLS, 2000). A partir disso, emergem três conceitos críticos que fundamentam o atual sistema de produção: a conexão entre atividades, as redes formadas por organizações e os fluxos de produtos e commodities (CASTELLS, 1996).

Castells denuncia uma crise na governança, relacionada à legitimidade política, causada pelo aumento da distância entre cidadãos e governantes, apresentando a informação como elemento-chave da organização social. Os fluxos de mensagens e imagens entre redes configuram o núcleo de nossa estrutura social (CASTELLS, 1996). Os indivíduos atuam em uma rede de relações sociais complexa e, conforme anunciado por Castells, ao longo das últimas décadas, vêm aumentando as abordagens de redes nos estudos de problemas que tratam do caráter relacional da organização da vida social. As redes que constituem a sociedade podem surgir de forma espontânea ou induzidas. Neste capítulo, são de interesse as Redes Sociotécnicas, as redes de políticas públicas e as redes acadêmicas como estratégias de fortalecimento das políticas de alimentação, nutrição e saúde.

### **Redes sociotécnicas**

Uma rede sociotécnica não se baseia apenas na reunião de recursos e informações, mas, principalmente, na congregação de indivíduos em um coletivo híbrido (LATOUR, 1994). Este conceito incorpora o mundo das técnicas e o mundo dos agentes (MARTINS, 2013). Quanto mais participativa e colaborativa for a participação de seus integrantes, menos a rede se configurará como um mero agrupamento de pessoas. A rede sociotécnica pode ser compreendida como uma rede cujo desenvolvimento é mediado pela tecnologia. Segundo Latour (1994), o ser humano seria um nó numa estrutura não-linear, sempre aberta a novas conexões, o que torna a rede um lugar fértil para a produção e circulação de conhecimento. Sob essa concepção, as redes são constituídas por pessoas, e não por instituições, promovendo a distribuição de poder e relações horizontais sustentadas pelo trabalho colaborativo. O desenvolvimento das ciências e das técnicas não pode ser compreendido sem a reconstrução do contexto social do qual fazem parte, e, nesse sentido, a teoria das Redes Sociotécnicas emerge como uma importante ferramenta de análise, contemplando uma perspectiva teórico-metodológica no campo das ciências sociais (MARTINS, 2013).

O termo “rede”, enquanto conjunto de relações entre pontos e nós, e com certa independência relativa, é utilizado para indicar os recursos concentrados em determinados lugares, os nós, e que estão ligados a outros (elos), incorporando, portanto, a noção de poder (MARTINS, 2013). Para Martins (2013), a interação entre o saber científico e o saber social configura uma Rede Sociotécnica, representada por uma comunidade composta por especialistas em um tema específico e indivíduos não especialistas da sociedade, conectados por compromissos para cumprir uma tarefa. A Rede Sociotécnica é transdisciplinar, uma vez que a produção, reprodução e difusão de conhecimentos são heterogêneas, mas amplamente acessíveis a seus integrantes.

O conceito de Rede Sociotécnica comunga com as abordagens como a pesquisa participante (FREIRE, 1987), as tecnologias sociais (FREIRE, 1987) e o diálogo de saberes (DELGADO, 2016). As Redes Sociotécnicas nos remetem ao território e aos processos emancipatórios. Sansolo et al. (2021) referem-se a tecnologias socioterritoriais como metodologias, processos e ações que não se submetem às regras do capitalismo, adotando o bem-estar social como princípio norteador. Essas tecnologias existem dentro de um contexto próprio e indissociável do território, como um processo iniciado pela percepção de uma necessidade. Consistem em um novo processo que estabelece um elo entre os sujeitos, os quais interagem em todas as fases de criação, dominando, portanto, todos os processos envolvidos. No contexto do Projeto ArticulaRRAS, as relações estabelecidas entre a academia e a comunidade indígena Jeju-ty, para a construção de uma tecnologia, o Guia Alimentar para os Povos Guaranis, além de outros processos participativos, podem ser interpretadas como uma Sociotecnologia.

A intervenção em rede para catalisar inovação que se estabelece sob um conjunto heterogêneo de atores, enquanto a análise sob a ótica das redes, permite visualizar o tipo de vínculo que se estabelece entre os atores (GALLEGOS et al., 2017). Nesse contexto, o papel da pesquisa participante pode ser o da Co-construção do conhecimento, sistematização e análise das experiências com vistas a partilha de conhecimento. Os pesquisadores cidadãos, como foram chamados os bolsistas indígenas, protagonizaram a construção do Guia Alimentar.

### **Redes de Políticas Públicas**

Na ciência política, os conceitos de rede e de governança tomaram grande proporção, pois colocam em questão as estruturas e os contextos das relações entre estado e sociedade. Esses conceitos agregam a ideia de que as soluções para os problemas atualmente enfrentados nas políticas públicas somente poderão ser alcançadas por meio de novas estruturas políticas (ALEGRE; SCHNEIDER, 2016). O conceito de rede de políticas públicas combina conhecimentos de diferentes áreas, tornando a sua abordagem claramente interdisciplinar (CALMON et al., 2013).

A interdependência entre instituições e segmentos sociais condiciona o surgimento das redes, especialmente quando não se dispõe de todos os recursos necessários para a ação almejada (VAZQUEZ, 2013). No âmbito das políticas públicas, nas redes que se formam, ocorrem intercâmbios de recursos, tanto materiais quanto simbólicos, muitas vezes de forma voluntária, mas não isentos de problemas relacionados ao caráter interativo, participativo e político da ação pública (VAZQUEZ, 2013). A análise de rede de política pública se apresenta como uma ferramenta útil para analisar as relações institucionalizadas e as trocas entre as organizações de interesse, e contribuem para a avaliação do resultado político (ZURBRIGGEN, 2003). Uma rede fechada restringe a agenda e uma rede aberta dá lugar a múltiplos intercâmbios (ZURBRIGGEN, 2003).

A gestão pública tem sido direcionada a um modelo orientado para o usuário, com maior transparência e envolvimento com a sociedade civil e, para isso, tem buscado trabalhar numa perspectiva de rede (SANTOS *et al.*, 2017). O conceito de rede de política pública pode ser utilizado como instrumento analítico para compreender as relações sociais nas organizações, as relações entre organizações e a relação das organizações com o ambiente externo. Entretanto, uma vertente alternativa para esse conceito toma as redes como forma de governança, especialmente aplicável na gestão de sistemas complexos.

Podemos tomar como exemplo as Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O conceito de Rede de Política Pública combina com a abordagem sistêmica das políticas, como aquela que se busca no Brasil. Embora as Redes de Atenção à Saúde ainda estejam limitadas a pontos de atenção no sistema, elas se estendem aos territórios de saúde, envolvendo diferentes intercâmbios e forças convergentes e divergentes. A constituição de redes locais fortalece as políticas públicas em seus territórios. A difusão comunitária orientada pelas partes interessadas (*Stakeholder-driven Community Diffusion*) foi aplicada em um estudo piloto em Somerville, Massachusetts (2015-2017), focando nas redes sociais locais para promover a saúde e mudar práticas a fim de reduzir o risco de obesidade infantil, utilizando uma abordagem sistêmica do trabalho em rede (APPEL *et al.*, 2019).

As redes podem ser tomadas como objeto de estudo sob diferentes abordagens. Os resultados das intervenções comunitárias, por exemplo, podem ser analisados sob a perspectiva das relações que se estabelecem entre os atores e as trocas estabelecidas entre eles (JARIEGO, 2016). No projeto ArticulaRRAS, o município de Tupã foi tomado como um laboratório no qual, a partir da Teoria da Mudança, num processo participativo e intersetorial, se criou o programa Tupã 2030, voltado à saúde da criança e do adolescente, em especial, ao controle da obesidade.

Os conselhos de política pública foram concebidos como uma forma de garantir a democracia participativa por meio da representação de diferentes segmentos sociais (BRASIL, 1988). Pressupõe-se que cada representante tem, por trás de si, uma rede cujas conexões devem ser constantemente fortalecidas.

Assim, para a articulação entre atores governamentais e sociedade civil é necessária a criação de uma rede de informações locais, “canais que assegurem os fluxos de mão-dupla, através dos quais a comunidade possa demandar”. Nesse sentido, as redes podem representar vias democráticas de participação.

O conceito de governança incorpora a complexa relação entre os atores, que possuem interesses diversos e, por vezes, antagônicos ao Estado de bem-estar social. A governança busca refletir sobre as novas práticas de governo e a relação intrincada entre os atores envolvidos, destacando a importância da participação popular e do controle social sobre os gastos públicos. A análise de redes sociais é uma ferramenta para compreender esse fenômeno em diferentes níveis de governança (FONTES, 2018). No caso do Programa Tupã 2030, foi constituído um grupo de monitoramento do programa composto, entre outros, por representantes de diferentes conselhos.

As redes podem ser avaliadas a partir da sua dispersão e coesão. No caso do projeto ArticulaRRAS, outras redes fizeram parte, entre as quais, aquela que se construiu a partir dos processos formativos, porém com muito menos conexões.

### **Redes acadêmicas**

As mídias sociais estão se tornando cada vez mais populares, não apenas entre os jovens em busca de entretenimento, mas também entre especialistas e pesquisadores que desejam estabelecer redes profissionais. Essas mídias são concebidas principalmente como recursos que facilitam a colaboração e a coordenação de diferentes atores dentro de uma rede social (BODIN; CRONA; ERNSTSON, 2017).

Uma das tendências da cooperação regional na educação superior é o desenvolvimento de redes acadêmicas, vistas como uma nova etapa na evolução da sociedade do conhecimento. O intercâmbio de conhecimento e vivências interculturais sempre fez parte das práticas acadêmicas. Nesse contexto, as redes acadêmicas emergem como um dos eixos centrais da cooperação e integração em âmbitos nacional e internacional, muito facilitadas pelas tecnologias da informação. As redes digitais de informação e comunicação têm sido descritas como ferramentas poderosas para o trabalho científico, com potencial para transformar as práticas acadêmicas (GARCIA et al., 2020).

No entanto, o trabalho acadêmico em rede apresenta seus limites. Rivero e López (2016), ao discorrer sobre as redes de cooperação e a internacionalização na América-Latina, apontam como fatores limitantes a um avanço regional mais efetivo, entre os quais a ausência de uma estratégia global, a cobertura insuficiente dos programas existentes, e entre os pesquisadores a presença da cultura do tipo “alguém deve ajudar-me”, condicionado a uma fonte doadora. Essa fonte doadora, por sua vez, estabelece as condições conforme sua conveniência. Os autores também mencionam o desenvolvimento limitado da cultura de cooperação internacional e local, afirmando que os projetos frequentemente carecem de avanços na qualidade, o que exige capital humano

e recursos. Observam ainda que muitas organizações de ensino e pesquisa não têm uma clara intenção de investir nessa área (RIVERO; LÓPEZ, 2016).

Globalmente, nossa sociedade enfrenta enormes desafios para alimentar, prover moradia e garantir uma vida saudável a uma população crescente, ao mesmo tempo em que preserva os ambientes naturais (GARCIA *et al*, 2020). Esses desafios colocados à ciência têm gerado um incentivo crescente ao desenvolvimento científico e tecnológico, com foco em pesquisas conjuntas essenciais para a formulação e implantação de políticas públicas (RIVERO; LÓPEZ, 2016). Essa preocupação tem interessado a setores acadêmicos ligados a movimentos sociais mais amplos, incluindo a saúde e temas ambientais, os quais têm questionado como e para quem o conhecimento é produzido no âmbito das instituições de ensino e pesquisa (RIVERO; LÓPEZ, 2016). No entanto, existem redes acadêmicas em todas as áreas de conhecimento, incluindo aquelas voltadas aos setores de produção com foco no desenvolvimento econômico (HAGHIGHI *et al.*, 2020).

As redes acadêmicas fazem parte das problemáticas histórico-contextuais e sobre o debate frente à sociedade do conhecimento. Morin (2001) discute o conceito de “conhecimento pertinente”, que deve abarcar a compreensão do mundo em seu contexto atual, incluindo suas dimensões política, econômica, antropológica, entre outras. O trabalho em rede e as tecnologias da informação têm proporcionado ferramentas para tal feito. No projeto ArticulaRRAS, uma rede acadêmica foi constituída, dando sustentação ao trabalho e validando cada etapa.

### **Considerações finais**

A sociedade pode ser entendida como uma grande rede composta por diversas redes interconectadas. Nessa perspectiva, a análise de redes se configura como uma abordagem teórica e metodológica essencial para caracterizar e compreender os processos sociais. A compreensão das dinâmicas dessas redes pode fortalecer o trabalho colaborativo na busca de soluções para problemas sociais, além de promover o empoderamento e a participação ativa nas políticas públicas.

Uma rede induzida com fins específicos pode resultar em avanços significativos na partilha de recursos, sejam eles físicos ou políticos. No caso do projeto ArticulaRRAS, que serve como exemplo, as redes sociotécnicas, de políticas públicas e acadêmicas convergiram para formar uma rede maior, unida em um único propósito: a promoção da saúde e a prevenção de condições crônicas na população.

### **Referências bibliográficas**

ALEGRE, P.; SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. **Civitas**. v.5, n.1, 2016.

- APPEL, J.M.; FULLERTON, K.; HENNESSY, E. et al. Design and methods of Shape up under 5: Integration of systems science and community-engaged research to prevent early childhood obesity. **PLoS ONE**. v.14, n.8, 2019.
- ARTIGAS, W., CASANOVA, I. Influencia de las redes sociales académicas en la construcción de la identidad digital latinoamericana. **Anales de Documentación**. 2 Jun 2020;23(2)
- BARROS FL. **Redes e participação social em campos políticos da cooperação internacional** - a experiência brasileira. 2011.
- BODIN, Ö.; CRONA, B.; ERNSTSON, H. Social Networks in Natural Resource Management: What is There to Learn from a Structural Perspective? **Redes Revista hispana para el análisis de redes sociales**. v. 28, n. 1, p.1, 2017.
- BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. **Diário da República Federativa do Brasil**, Brasília; 1988.
- CALMON, P.; TRINDADE, A.; COSTA, M. **Redes e Governança das Políticas Públicas**. 2013.
- CASTELLS, M. **Global Governance and Global Politics** [Internet]. Jan 2005. Disponível em: [www.apsanet.org](http://www.apsanet.org)
- CASTELLS, M. The net and the self: Working notes for a critical theory of the informational society. **Critique of Anthropology**. SAGE Publications Inc. v. 16, p. 9-38, 1996
- CASTELLS, M. **Toward a sociology of the Network Society**. 2000, p. 693-9.
- DELGADO, F.M. **Ciencias, diálogo de saberes y transdisciplinariedad** - Aportes teórico metodológicos para la sustentabilidad alimentaria y del desarrollo. 2016.
- FAO, FIDA, UNICEF, PMA, OMS. **El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo**. 2022 [Internet]. FAO; IFAD; WHO; WFP; UNICEF; 2022. Disponível em: <http://www.fao.org/documents/card/es/c/cc0640es>
- FONTES, B.A.S.M. Social networks and health governance. **Ciência e Saúde coletiva**. v. 23, n.10, p.3123–32, 2018.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987, 129 p.
- GALLEGOS, N. A.; MARTÍNEZ, J.A.O.; MARTÍNEZ, E.G.G.; ÁVILA, J.A.; MUÑOZ RODRÍGUEZ Mm, CORTÉS HS. The network intervention for catalysing agricultural innovation. **Redes: Revista hispana para el análisis de redes sociales**. v. 28, n.1, p.9, 2017
- GARCIA, S.N.; OSBURN, B.I.; JAY-RUSSELL, M.T. One Health for Food Safety, Food Security, and Sustainable Food Production. **Frontiers in Sustainable Food Systems**. Frontiers Media S.A.; Vol. 4, 2020.
- HAMMOND, R.A.; DUBÉ, L. A systems science perspective and transdisciplinary models for food and nutrition security. **Proceedings of the**



- National Academy of Sciences of the United States of America.** v.109, p.12356-63, 2012.
- JARIEGO, I.M. 7 uses of network analysis in community intervention. **Redes Revista hispana para el análisis de redes sociales.** v. 27, n.2, p.1, 2016.
- LATOURET B. **Reagregando o social** - Uma introdução à Teoria do Ator-Rede. 1994.
- MARTINS, W.J. **Gestão estratégica das redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde:** um modelo para o desenvolvimento socioeconômico e a sustentabilidade do SUS. Rio de Janeiro; Tese de doutorado. Fiocruz, 2013.
- MORIN, E. **A via para o futuro da humanidade.** São Paulo: Bertrand Brasil; 2013, 392 p.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários a educação do futuro.** 3a ed. São Paulo: Cortez; 2001.
- RIVERO, J.L.A.; LÓPEZ, J.G. Las redes académicas como ejes de integración y cooperación internacional de las instituciones de educación superior. **Revista Cubana de Educación Superior.** v. 35, 2016
- ROCKSTRÖM, J.; STORDALEN, G.A.; HORTON, R. Acting in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission. **The Lancet.** Lancet Publishing Group. v. 387, p. 2364-5, 2016.
- SANSOLO, D.G.; JUSTO, M.G.; SCHIAVINATTO, M.; VILLANI, G.G.; FERNANDES, S.A.S. Tecnologias socioterritoriais, soberania e segurança alimentar e nutricional. In: Sansolo DG, Addor F, Eid, F, organizador. **Tecnologia social e reforma agrária popular.** São Paulo: Editora Unesp; Cap. 3, p. 103-130, 2021.
- SANTOS, L.T.; PINTO J.F.; MIRANDA M.G.C. **Redes de cooperação e governança pública: o caso do mapeamento cultural de Belo Horizonte.** Dez 2017.
- TALAB A. H; SCHOLTEN, V., BEERS, C.V. The Role of Universities in Inter-organizational Knowledge Collaborations. **Journal of the Knowledge Economy.** 1 Jun 2020;11(2):458–78.
- VÁZQUEZ, C.A. Redes de acción pública. Una sistematización de sus propiedades estructurales. **Instituto Nacional de Administración Pública:** México; 2013, 170 p.
- WHO, **One Health WHO.** Genebra. [Internet]. 2017 [citado 15 Abr 2022). Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/one-health/en/>
- ZURBRIGGEN, C. **Las redes de políticas públicas.** Una revisión teórica [Internet]. 2003. Disponível em: [http://www.iigov.org/documentos/?p=1\\_0105Junio1de2003](http://www.iigov.org/documentos/?p=1_0105Junio1de2003)

## Capítulo 2

### **Diagnóstico do processo de trabalho de equipes na atenção primária à saúde: construção, validação e aplicação de instrumento de autoavaliação**

*Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa*

*Maria Rita Marques de Oliveira*

A avaliação do processo de trabalho dos profissionais de saúde é uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade do serviço da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que demandam cuidados contínuos ao longo da vida dos indivíduos, e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis. Para tanto, mais do que construir um instrumento, envolver as equipes nesse processo de avaliação, para que estas sejam mais bem contextualizadas, subsidiem a discussão de processos formativos e sejam capazes de auxiliar no empoderamento das equipes de saúde.

O combate às DCNT é um enorme desafio para as políticas públicas, dada às altas prevalências das doenças e à gravidade de suas consequências (BRASIL, 2008). Em 2019, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2019), 23,9% e 7,7% dos indivíduos com 18 anos ou mais relataram diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), respectivamente, sendo a região Sudeste a que apresenta as maiores prevalências para essas condições.

Em relação ao estado nutricional da população adulta brasileira, os dados do Inquérito de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico, Vigitel Brasil, publicado em 2022, indicam que 57,2% dos adultos apresentam excesso de peso, enquanto 22,4% estavam em obesidade (BRASIL, 2022). Além disso, as DCNT e os agravos relacionados representam 7 das 10 principais causas de morte e de invalidez no mundo (DUARTE *et al.*, 2021). Em 2019, 41,8% das mortes causadas por DCNT ocorreram prematuramente (BRASIL, 2021).

Soma-se a esse cenário a pandemia da COVID-19 que ocasionou, devido às medidas restritivas e de distanciamento social, a interrupção de aproximadamente 40% dos atendimentos aos usuários com DCNT na APS. Como consequência, observou-se um aumento nos agravos crônicos e agudos relacionados, além de uma redução na adesão ao tratamento dessas doenças (DUARTE *et al.*, 2021).

No Brasil, a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) acontece pela atuação de profissionais da APS através do trabalho em equipe

dirigido a populações de territórios delimitados (FRACOLLI *et al.*, 2014). São ofertados por essas equipes, cuidados à saúde que buscam respeitar a dinamicidade da população, de forma a garantir a longitudinalidade, equidade, transversalidade e resolutividade do cuidado, principalmente, em condições de saúde, como no caso das DCNT, que exigem cuidados contínuos (ARAGÃO *et al.*, 2023; XAVIER; WENDT; CROCHEMORE-SILVA, 2022).

Existem, entretanto, inúmeras barreiras que o SUS e, conseqüentemente, a APS, ainda precisam enfrentar, como, por exemplo, a falta de ações para a formação dos profissionais contextualizadas à realidade das equipes, a ausência de avaliação e monitoramento das práticas de trabalho para o planejamento das ações, a baixa participação social, a desarticulada colaboração intersetorial para o cuidado das DCNT e a sobrecarga profissional (PEDRAZA, 2020; TOMASI *et al.*, 2022). Além disso, segundo Santos *et al.* (2023), a falta de empoderamento dos gerentes e dos demais membros das equipes de saúde pode comprometer a execução das ações oferecidas e dos serviços, uma vez que eles têm menos autonomia e confiança para tomar decisões. Isso pode resultar em limitações na implementação efetiva de planos e estratégias, impactando negativamente a qualidade do serviço prestado.

Desse modo, se faz necessário o monitoramento das ações desenvolvidas no processo de trabalho, de modo a se identificar lacunas nos serviços que comprometem cuidado à saúde dos usuários e auxiliar no planejamento de ações de educação (NAIR *et al.*, 2023; SANTO; SIQUEIRA; ROSA, 2020; TOMASI *et al.*, 2022).

As estratégias para fortalecer os serviços de saúde têm sido amplamente discutidas. Entre as propostas, destaca-se a reorganização da estrutura da APS, seja por meio do trabalho em rede, seja pelo desenvolvimento de ações de prevenção direcionadas à comunidade (NAIR *et al.*, 2023; SANTOS *et al.*, 2023). Além disso, medidas como, a manutenção dos momentos para reunião de equipes, participação compartilhada das tomadas de decisão e discussão e pactuação de objetivos e metas a serem alcançadas poderiam contribuir para maior autonomia dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, contribuir para a qualidade do atendimento (SANTOS *et al.*, 2023).

A avaliação de desempenho é uma aliada nesse processo, pois, através da análise das ações desenvolvidas pelas equipes, é possível avaliar as potencialidades e fragilidades do serviço e, ainda, identificar conteúdos e tópicos necessários para a educação permanente (SANTO; SIQUEIRA; ROSA, 2020).

Dentre os instrumentos de avaliação de desempenho, merecem destaque o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (HARZHEIM *et al.*, 2006) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012). Entretanto, conforme apontado por Fracolli *et al.* (2014) e Tomasi, Nedel e Barbosa (2021), ambos os instrumentos ainda não conseguem avaliar de maneira aprofundada a participação e inserção das equipes no território, especialmente no que diz respeito aos cuidados com as pessoas portadoras de DCNT.

A APS, precisa superar os desafios e ser fortalecida (TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021). Pensando nisso, relataremos neste capítulo, a partir de uma abordagem reflexiva, todo percurso vivenciado no desenvolvimento, validação e aplicação de um instrumento de diagnóstico do processo de trabalho em municípios do estado de São Paulo que será apresentada nas seguintes sessões: processo de construção de um instrumento em diálogo com a realidade; apresentação dos instrumentos para as equipes e; lições aprendidas.

Este percurso é um recorte do projeto geral de pesquisa-ensino-extensão “Formação em Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus fatores de risco associados no Estado de São Paulo”, chamado de ArticulaRRAS, que teve como objetivo fortalecer a capacidade técnica das equipes e da gestão por meio de um processo formativo. O instrumento construído foi uma das ferramentas utilizadas para realizar o diagnóstico das práticas de trabalho das equipes que aceitaram participar no projeto.

### **Construindo o instrumento que converse com a realidade**

O primeiro passo foi a construção de um instrumento de autoavaliação com base na literatura e dos documentos oficiais que norteiam o cuidado às pessoas com DCNT. Para isso partiu-se de um instrumento previamente construído e validado voltado para o cuidado da obesidade (COSTA, 2020).

Foi necessária uma extensa revisão da literatura. Os primeiros documentos consultados foram os instrumentos de autoavaliação já existentes: PCATool (HARZHEIM *et al.*, 2006) e o PMAQ-AB (BRASIL, 2012). Dois pesquisadores realizaram uma revisão independente desses instrumentos e selecionaram as questões a serem incluídas. As questões selecionadas foram discutidas em conjunto. Percebeu-se, nesta discussão, que nenhum dos instrumentos abordava em profundidade os cuidados das DCNT. Para inseri-los, optou-se por revisar documentos norteadores do Ministério de Saúde e dos documentos estaduais produzidos pela Secretaria de Saúde que abordssem as principais áreas temáticas: atividade física, avaliação em saúde, DM, DCNT, HAS, obesidade, promoção da saúde e, tabagismo. Todos esses documentos foram sistematizados e disponibilizados em uma página digital onde podem ser consultados pelo endereço eletrônico (ARTICULARRAS, 2022).

Após a construção de uma versão preliminar do instrumento, este foi submetido à avaliação de especialistas internos. Esses especialistas, professores e pesquisadores parceiros do grupo, atuaram como consultores para a tomada de decisões relacionadas ao projeto ArticulaRRAS. Devido à diversidade de áreas de atuação dos consultores, essa etapa foi valiosa para identificar lacunas e pontos de melhoria no instrumento, como a ausência de documentos oficiais mais recentes, a necessidade de aprofundar a discussão sobre as práticas de atividade física, a estigmatização da obesidade e os exames clínicos que são rotina para os profissionais das unidades de saúde.

Em seguida realizou-se a validação do instrumento pelo Técnica de Grupo Nominal (TGN). Segundo Goh *et al.* (2020), o TGN é uma técnica utilizada

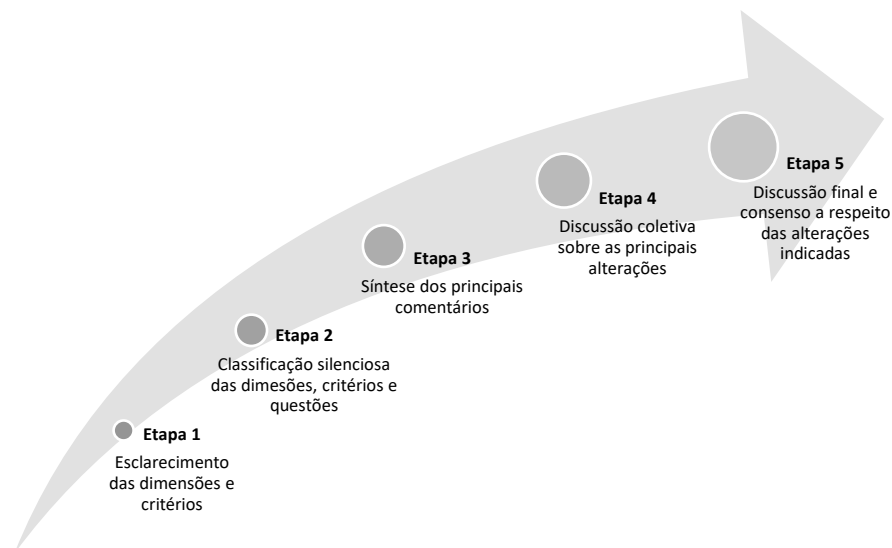
durante a interação em grupo. Nela, os participantes, neste caso chamado de especialistas externos, podem opinar a respeito de um determinado tema, classificando-o por sua relevância. Essa técnica é recomendada, pois, além de ser estratégia metodológica de rápida aplicação e capaz de explorar diferentes pontos de vista em uma única sessão, também expressa um princípio ético e heurístico em relação às opiniões, expectativas, conhecimentos e experiências de quem estuda (DESLANDES *et al.*, 2010).

A primeira etapa do TGN consistiu em identificar os possíveis especialistas que poderiam compor o painel. Segundo Jones e Hunter (1995), para que os resultados do painel não sejam comprometidos e para que haja uma adequada discussão, o grupo deve ser o mais heterogêneo possível e incluir especialistas clínicos e do meio acadêmico.

Para isso, foi realizada uma discussão com os especialistas internos e foi solicitado a indicação de pesquisadores que poderiam contribuir para esse processo. Em seguida foi realizada uma busca no *Curriculum Lattes* desses pesquisadores a fim de identificar a formação básica e área de atuação. Seguiu-se uma nova discussão coletiva e chegou-se aos nomes dos especialistas indicados. Buscou-se garantir um equilíbrio entre os convidados que atuassem diretamente no serviço e na gestão, incluindo pesquisadores com experiência em validação de instrumentos. Além disso, foram convidados profissionais do próprio serviço que não estavam diretamente envolvidos em pesquisas.

Foram convidados a participar 21 especialistas que foram contactados por e-mail com uma carta de apresentação, incluindo objetivo do estudo, o motivo pelo qual o especialista foi selecionado, uma breve descrição de como o painel seria realizado e um questionário *Doodle* onde foi realizada uma enquete para a definição da data para o encontro. Após o retorno positivo de 12 especialistas foi enviado o instrumento completo e orientação adicionais.

O encontro foi realizado seguindo os passos recomendados por Deslandes *et al.*, (2010), conforme descrito na figura 1. A discussão envolveu várias etapas: 1) Esclarecimento das dimensões e critérios; 2) Classificação silenciosa (Dimensões, Critérios e Perguntas) através de Google Forms; 3) Síntese dos principais comentários e classificações realizada pelo facilitador; 4) Discussões coletivas; e 5) Discussão final. Todas as etapas foram realizadas para cada dimensão do instrumento, e os especialistas foram orientados a avaliar, por meio do Google Forms, a relevância das questões e se havia necessidade de inclusão ou exclusão de questões.

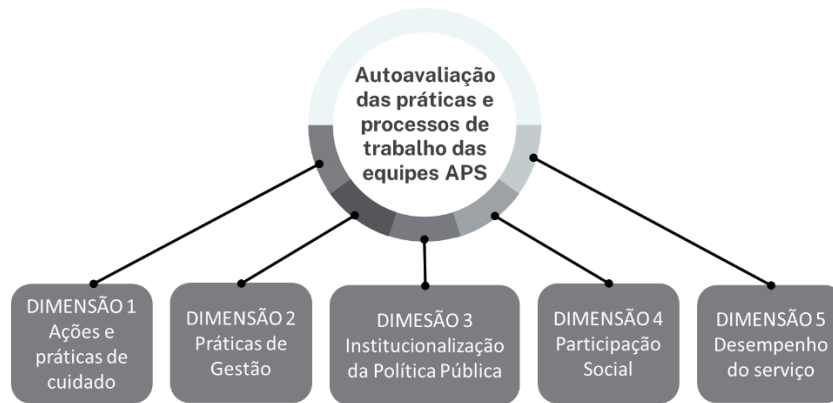


**Figura 1.** Percurso metodológico para a realização do painel de especialistas. 2023. Fonte: Elaboração própria.

Ao final do primeiro encontro observou-se a necessidade de mais uma rodada para validação das alterações propostas. Foi realizada a transcrição da gravação do encontro, e todos os comentários, sejam oriundos do Google Forms ou da transcrição, foram sistematizados e inseridos no instrumento, que foi discutido minuciosamente pelas autoras.

Em seguida, foi realizada a segunda rodada do TGN na qual foram revisados novamente os critérios, questões e alterações feitas. Devido à dificuldade em conciliar a agenda de todos os especialistas, optou-se por realizar esta etapa em dois momentos distintos mantendo o mesmo percurso em ambos: primeiramente, apresentamos as principais demandas identificadas após a análise e as alterações atendidas em relação ao conjunto de dimensões e critérios. Em seguida, os especialistas realizaram a leitura individual do instrumento completo, no qual todas as questões que haviam sofrido algum tipo de alteração estavam sinalizadas. Após essa leitura, foi realizada uma nova rodada de discussão coletiva sobre as alterações feitas por dimensão. Por fim, ocorreu uma discussão final e geral do instrumento, na qual se chegou a um consenso sobre sua versão final.

Dessa forma, a versão final do instrumento de autoavaliação é composta por 173 questões, divididas em cinco dimensões principais (Figura 2): 1) ações e práticas de cuidado; 2) práticas de gestão; 3) institucionalização da política pública; 4) participação social; e 5) autopercepção do desempenho do Sistema Único de Saúde.



**Figura 2.** Dimensões do instrumento de avaliação validado – Projeto ArticulaRRAS-DCNT-SP. 2023. Fonte: Elaboração própria.

Após a validação das dimensões e das questões pelos especialistas, o próximo passo foi discutir quais ferramentas seriam utilizadas para disponibilizar o instrumento as equipes de saúde nos diferentes municípios. A primeira atitude foi consultar um especialista em aplicação e construção de ferramentas digitais para orientação nesse processo a fim de minimizar possíveis falhas de interpretação e a desistência de preenchimento. Além disso, por se tratar de um instrumento tão longo optou-se por construir o instrumento em 5 partes para fragmentar o tempo de respostas e garantir a discussão em equipe para preenchimento sem comprometimento à rotina de trabalho.

A segunda atitude foi a elaboração de um manual de orientação de preenchimento do instrumento. Esse manual foi construído buscando sanar as principais dúvidas que poderiam surgir a respeito do preenchimento e as principais orientações a respeito do processo de discussão das equipes.

### **Apresentando o instrumento para as equipes**

Após a construção e validação do instrumento, iniciou-se a aproximação com as equipes de saúde dos municípios envolvidos. A primeira estratégia utilizada foi a realização de um encontro síncrono, em que foram convidadas todas as secretarias de saúde municipais selecionadas pelo projeto ArticulaRRAS. Embora o contato prévio tenha sido feito por telefone e e-mail, apenas cerca de 16% dos municípios convidados puderam participar do primeiro encontro virtual. optou-se por adaptar a agenda e organizar uma série de encontros online conforme a disponibilidade de cada município. No entanto, ao longo dos encontros, percebeu-se que um encontro presencial seria mais efetivo, pois permitiria envolver tanto a gestão municipal quanto as equipes operacionais, facilitando uma apresentação mais aprofundada do instrumento de autoavaliação e do manual. Isso possibilitaria uma maior interação e compreensão por parte de todos os envolvidos.

Embora o uso das tecnologias tenha contribuído de forma significativa para a comunicação e continuidade dos serviços durante a pandemia de COVID-19, é importante reconhecer que as tecnologias não substituem o contato

presencial. Especialmente levando em consideração equipes sobrecarregadas, que enfrentaram dificuldades para retomar o trabalho presencial nas unidades de saúde e que em muitos casos, não possuem equipamentos e estruturas adequadas para isso (SILVA; LANZA; VIEGAS, 2022).

Dessa forma, foi organizada uma rodada de visitas presenciais aos municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Nos encontros, apresentava-se o objetivo geral do projeto e suas etapas: diagnóstico do processo do trabalho, no qual o instrumento validado seria uma das ferramentas utilizadas além da sistematização de indicadores de saúde; processo formativo direcionado aos profissionais de saúde e gestores sobre as abordagens no cuidado às DCNTs; avaliação do processo para identificar as transformações ocorridas no processo de trabalho antes e após formação e; difusão do conhecimento incluindo a elaboração, publicação e divulgação de matérias didáticas, livros e artigos.

Foram convidados a participar do encontro presencial todos os membros das equipes. O encontro sempre era iniciado com uma apresentação do objetivo geral do projeto e das etapas que se seguiriam. Em seguida, houve um momento para identificação das principais dificuldades que a equipe enfrentava no cuidado da saúde de pessoas com DCNT. Além disso, os profissionais de saúde eram incentivados a expressar suas expectativas em relação ao projeto e a refletir sobre como o ArticulaRRAS poderia contribuir para melhorar o trabalho em seus municípios. Na sequência, era realizada a apresentação técnica do instrumento de autoavaliação e do manual, detalhando seu uso e propósito como ferramentas para apoiar o diagnóstico e a estruturação das ações de cuidado dentro da APS.

Para garantir que houvesse uma discussão aprofundada do instrumento, as equipes foram orientadas a seguir as seguintes instruções: as respostas deveriam representar a realidade da equipe e da unidade; nenhuma pergunta deveria ficar sem resposta; na ausência de uma opção plausível para a resposta, deveria ser escolhida a que melhor se adequasse a realidade; e que consultas em documentos guias, manuais, computador ou outros locais eram permitidas e deviam ser encorajadas, pois, mais relevante que avaliar o conhecimento era conhecer se a equipe tinha acesso às informações.

É importante destacar que, após a conclusão do preenchimento do instrumento pelas equipes, foi conduzida uma avaliação qualitativa dos seus resultados. Esses resultados foram discutidos com os profissionais das equipes do município em um novo encontro presencial, com o propósito de auxiliar na validação das respostas e obter informações sobre as percepções dos profissionais em relação ao instrumento. Essa avaliação qualitativa também serviu como uma primeira oportunidade para fornecer um *feedback* sobre a participação das equipes.

A devolução das informações coletadas por meio de pesquisas acadêmicas aos profissionais de saúde é uma etapa importante do processo e de responsabilidade dos pesquisadores. No entanto, muitas vezes não ocorre de forma clara e regular, o que distancia ainda mais esses dois mundos (PAULA; JORGE; MORAIS, 2019). Optar por uma devolução qualitativa, que permitiu a



discussão coletiva, em vez de relatórios quantitativos que apenas classificam o desempenho das equipes como bom ou ruim, revelou-se uma estratégia que promoveu a criação de vínculo, uma aproximação real com as equipes e contribuiu, em muitos casos observados, para que as equipes não se sentissem culpabilizadas, mas sim estimuladas a aderir ao processo formativo e ao projeto.

### **Lições aprendidas**

Se aproximar dos municípios e articular com todos os membros da equipe foi um dos grandes desafios do percurso do diagnóstico do processo de trabalho. As principais dificuldades estavam relacionadas à rotina de trabalho das equipes que impedia a dedicação necessária para o preenchimento do instrumento, o cuidado da obesidade não ser uma realidade do atendimento, o distanciamento entre a academia e a prática, uso de orientação verticalizadas e não sensibilização das equipes. Além disso, as equipes também relataram sentimento de culpa e insuficiência ao preencher o instrumento. Mesmo diante de uma rotina conturbada, perceberam que não realizavam muitas ações fundamentais, principalmente relacionadas as ações coletivas e ao cuidado de pessoas com obesidade. Esses sentimentos refletiam a percepção de que havia um espaço para melhorias e um desafio em promover mudanças significativas nesse aspecto do cuidado à saúde.

A sobrecarga de trabalho das equipes foi um dos pontos mais observados e até mesmo relatados pelas equipes após o preenchimento do instrumento de forma que muitas equipes não conseguiram se reunir para discussão coletiva. Apesar do apoio da gestão municipal em garantir que as equipes tivessem dentro da agenda um horário destinado para a participação no projeto ser condicionalidades para a adesão do município ao projeto, a realidade atribulada e o tamanho reduzido das equipes não permitiu que essa condicionalidade fosse cumprida.

Segundo Tomasi *et al.* (2022), as políticas atuais no Brasil, como a última portaria da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), publicada em 2017, devido aos rearranjos das equipes e, conseqüentemente, redução do número de profissionais, comprometeu a qualidade da APS e aumentou a demanda das equipes.

A pandemia da COVID-19 foi mais um agravante dessa realidade. Devido ao isolamento e, conseqüentemente interrupção dos atendimentos não essenciais, os serviços encontram-se ainda mais sobrecarregados pelos cuidados acumulados e aumento do número e gravidade dos casos. Essa realidade tem tornado os atendimentos mecânicos e que precisam ser realizados em pequenos espaços de tempo. Além disso, falta tempo e energia para que as ações de educação permanente sejam realizadas adequadamente (DUARTE *et al.*, 2021).

Em alguns casos apenas parte do instrumento foi discutido em equipe, ficando principalmente a cargo dos enfermeiros da unidade essa responsabilidade. Devido às estruturas físicas das unidades e à impossibilidade

de dedicar um tempo exclusivo para o preenchimento do instrumento, as equipes relataram ser constantemente interrompidas, de modo que muitos optaram por eleger o enfermeiro como o responsável para o preenchimento do instrumento e que o mesmo levaria apenas alguns pontos necessários para a discussão.

Segundo Amaral *et al.* (2021), muitas das demandas que não eram atribuições da enfermagem chegavam até elas por estarem em posições de liderança, gerando sobrecarga de tarefas e responsabilidades. Não é claro para os demais profissionais qual o fluxo para atender as suas próprias demandas e como encaminhar demandas mais facilmente solucionáveis sem a necessidade de ser direcionada ao enfermeiro da unidade. Isso centraliza as responsabilidades e fragmenta o trabalho das equipes multiprofissionais (AMARAL *et al.*, 2021).

Outro ponto, foi o fato de que os profissionais de saúde não estão apropriados das políticas públicas e das ações recomendadas. Segundo os profissionais, o instrumento tratou de temas fora da realidade, principalmente em relação ao cuidado da obesidade que, segundo eles, não é um dos focos das práticas diárias das equipes.

A falta de um tempo direcionado para a formação permanente compromete atualização dos profissionais sobre as mudanças que ocorrem nas políticas e impede que os mesmos acessem os inúmeros documentos oficiais publicados de maneira sistematizada e frequente. Além disso, o pouco tempo para a formação permanente, desfavorece a construção de um espaço para a reflexão das práticas de trabalho, o que poderia garantir a discussão sobre os papéis de cada membro de equipe (AMARAL *et al.*, 2021).

Apesar do aumento de orientação para o cuidado da obesidade dentro do serviço da APS, essa condição de saúde ainda é pouco abordada. Entre as razões apontadas por Anderson *et al.* (2023) está relacionada à natureza multifatorial da doença de modo que, apenas discutir essa condição com os usuários não é uma tarefa fácil e, muitos profissionais ainda não se sentem seguros em abordar essa temática em seus atendimentos, principalmente pelo alto grau de estigmatização envolvido. Além disso, a falta de respaldo para tratamento farmacológicos e não farmacológicos dentro da APS compromete ainda mais a apropriação desse cuidado pelas equipes de saúde.

O preenchimento do instrumento revelou um grande distanciamento entre os ideais expressos nos documentos oficiais e a realidade enfrentada pelas equipes de saúde, gerando um sentimento de frustração relatado pela maioria dos profissionais. Em certos municípios, a gestão municipal tratou o preenchimento do instrumento como uma diretriz verticalizada, culpabilizando os profissionais tanto pelo não preenchimento quanto pela não implementação ou desconhecimento dos tópicos abordados.

Esse processo de culpabilização e o sentimento de frustração podem ser explicados, em parte, pela adoção de práticas de gestão da saúde que aplicam regras e abordagens semelhantes às de empresas comerciais. Tal perspectiva

falha em reconhecer e valorizar as ações essenciais ao trabalho colaborativo das equipes de saúde (AMARAL *et al.*, 2021; SANTO; SIQUEIRA; ROSA, 2020).

A combinação entre sobrecarga de trabalho e a complexidade do instrumento contribuiu significativamente para que muitas equipes desistissem do preenchimento, com quase metade interrompendo o processo nas primeiras três seções. Para evitar essa situação no futuro, uma abordagem mais eficaz poderia envolver a criação de um instrumento mais conciso, vinculado a encontros semanais entre as equipes de saúde e a equipe do projeto. Esses encontros facilitariam discussões colaborativas sobre cada dimensão, promovendo um vínculo mais estreito entre os profissionais e os objetivos do projeto. Assim, essa abordagem deixaria de ser apenas uma exigência acadêmica, passando a integrar de forma mais significativa as práticas locais e, possivelmente, favorecendo, inclusive, a adesão aos processos formativos futuros.

## Conclusão

A avaliação do processo de trabalho dos profissionais de saúde é um elemento crucial para aprimorar a qualidade dos cuidados destinados às pessoas com DCNT. O desenvolvimento de um instrumento de autoavaliação representa um avanço significativo na transformação das práticas desses profissionais, mas é crucial que essa iniciativa transcenda a avaliação isolada das práticas de trabalho.

Para impulsionar melhorias de forma efetiva, é indispensável promover o trabalho em equipe e adotar uma abordagem reflexiva, de forma, a promover a autonomia e confiança da equipe, permitindo mudanças positivas no atendimento. Não se trata apenas de analisar os resultados obtidos na avaliação e muito menos de culpar os profissionais pelas dificuldades encontradas, mas sim, valorizar todas as etapas envolvidas no processo e garantir a apropriação dos envolvidos dessas ferramentas tão importantes.

Criar espaços para discussão, compartilhamento de experiências e escuta das impressões das equipes contribuirá não apenas para mudanças nas práticas de trabalho, mas também para fomentar uma integração mais robusta entre os profissionais de saúde e os pesquisadores.

## Referências

AMARAL, V. S. *et al.* The critical nodes of the work process in primary health care: An action research. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021.

ANDERSON, J. *et al.* Overweight and Obesity Management for Primary Care Clinicians: Executive Summary. **Clinical Diabetes**, v. 41, n. 1, p. 85–89, 2023.

ARAGÃO, H. T. *et al.* Demandas e utilização de serviços de saúde entre imigrantes de uma região metropolitana do nordeste do Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2023. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452023000100221&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452023000100221&tlng=pt). Acesso em: 29 mar. 2023.

ARTICULARRAS. Documentos. 2022. Disponível em: <https://articularras.com.br/documentos/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_recomendacoes\\_cuidado\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/@@download/file](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/@@download/file). Acesso em: 17 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 17 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf). Acesso em: 17 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021: estado nutricional e consumo alimentar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2006-2021\\_estado\\_nutricional.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006-2021_estado_nutricional.pdf). Acesso em: 05 mai. 2023.

COSTA, L. G. **As Políticas Públicas nos Cuidados Primários ao Excesso de Peso do Brasil e Portugal**. 2020. Tese (Doutorado em Alimentos e Nutrição) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2020.

DESLANDES, S. F. *et al.* Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde**

**Materno Infantil**, v. 10, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500003&lng=en&tling=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500003&lng=en&tling=en)>. Acesso em: 05 mai. 2023.

DUARTE, L. S. *et al.* Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 68–81, 2021.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Primary health care assessment tools: a literature review and metanalysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, 2014.

GOH, S. S. L. *et al.* Development of a PATIENT-Medication Adherence Instrument (P-MAI) and a HEALTHCARE PROFESSIONAL-Medication Adherence Instrument (H-MAI) using the nominal group technique. **PloS one**, v. 15, n. 11, 2020. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33175871>. Acesso em: 17 mar. 2023.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida**. Rio de Janeiro, RJ. 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2023.

JONES, J.; HUNTER, D. Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. **BMJ**, v. 311, n. 7001, p. 376–380, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376>. Acesso em: 2 abr. 2023.

NAIR, D. *et al.* Outcomes and Challenges in Noncommunicable Disease Care Provision in Health Facilities Supported by Primary Health Care System Strengthening Project in Sri Lanka: A Mixed-Methods Study. **Healthcare**, v. 11, n. 2, p. 202, 2023.

PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B.; MORAIS, J. B. The health research process and obstacles to the use of research findings by health professionals. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 23, 2019.

PEDRAZA, D. F. Percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 4, n. 124, p. 141–151, 2020.

SANTO, F. P.; SIQUEIRA, M. S.; ROSA, R. S. Avaliação de desempenho: instrumento para identificar necessidades de práticas educativas nas equipes de Atenção Primária em Porto Alegre – RS. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, n. v. 4, n. 1, p. 79–98, 2020. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/100730/57914>>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SANTOS, L. C. *et al.* Liderança e comportamento empoderador: compreensões de enfermeiros-gerentes na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023.

SILVA, T. C.; LANZA, F. M.; VIEGAS, S. M. F. Pandemia e tecnossocialidade modificam o cotidiano de profissionais de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, n. 1, 2022.

TOMASI, E. *et al.* Adequacy of care for people with arterial hypertension in Brazil: National Health Survey, 2013 and 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 2, 2022.

TOMASI, E.; NEDEL, F. B.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS EM REVISTA**, v. 3, n. 2, p. 131–143, 2021.

XAVIER, M. S. R; WENDT, A.; CROCHEMORE-SILVA, I.. Tendências temporais das desigualdades no acúmulo de fatores de risco comportamentais nas capitais do Brasil, 2008-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2111–2121, 2022.

## Capítulo 3

### Vivências da aplicação do Instrumento PCATool-Brasil para pacientes adultos versão reduzida em municípios do Estado de São Paulo

*Barbara Cassetari Sugizaki  
Ana Paula Souza da Silva  
Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa*

A avaliação dos serviços de saúde tem sido pensada através de diferentes perspectivas. De acordo com Tomasi, Nedel e Barbosa (2021) há uma preocupação em institucionalizar as iniciativas de avaliação dos serviços de saúde ofertados no cotidiano da gestão da Atenção Primária à Saúde (APS). Um desses instrumentos de avaliação da APS é o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que foi criado para a avaliação da qualidade de serviços de saúde (BRASIL, 2020). Originalmente desenvolvido por Barbara Starfield, o PCATool foi validado para analisar a experiência de usuários durante a infância e a percepção dos provedores de cuidado. Posteriormente, foi adaptado para usuários adultos (ROMAN, 2022). No Brasil, estão validadas versões destinadas a crianças, adultos, profissionais e coordenadores de serviços de saúde, no qual para esta pesquisa foi adotada a versão reduzida para pacientes adultos (BRASIL, 2020).

A compreensão das perspectivas dos usuários da APS trata-se, portanto, do elemento central nesta pesquisa, tendo em vista que a avaliação da APS não é completa se não considerar a perspectiva dos usuários. Os usuários, apesar de serem os beneficiários das políticas de saúde, sua participação na construção e direcionamento das políticas públicas de saúde ainda é um desafio a ser superado (MALVEZZI *et al.*, 2021).

É nesse sentido que o projeto de pesquisa-ensino-extensão “Formação em Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus fatores de risco associados no Estado de São Paulo ArticulaRRAS-DCNT-SP”, que já realizou diagnósticos da APS através de instrumentos aplicados com profissionais de saúde de cada município participante do projeto, abrange nesta etapa a avaliação da APS pela ótica dos usuários, a partir do PCATool Adultos versão reduzida.

Para isso, considerou-se a definição da APS concebida a partir da declaração de Alma-Ata como a oferta de cuidados primários essenciais que devem estar disponíveis de forma próxima aos locais onde as pessoas vivem e trabalham, colocados ao alcance de todos os indivíduos da comunidade (ALMEIDA *et al.*, 2018). No Brasil, a APS é designada como o primeiro nível de atenção, focando na promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação (BATISTA *et al.*, 2023). Entre os principais desafios enfrentados pela APS estão

as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que possuem elevadas prevalências e graves consequências (BRASIL, 2008).

A escolha do PCATool para este diagnóstico é justificada por sua validade e fidedignidade como instrumento para avaliar a qualidade da APS, sendo duplamente validado (RIBEIRO; SCATENA, 2019). Segundo Paula *et al.* (2016), o PCATool também foi considerado o instrumento mais completo e adequado para mensurar os atributos necessários à APS, que permite a avaliação de características de estrutura e processo dos serviços de cuidados primários. Os atributos da APS avaliados por esse instrumento são classificados em essenciais ou derivados. Os atributos essenciais são acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade. Já os atributos derivados incluem a orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (BRASIL, 2020).

Para medir os atributos, PCATool utiliza a escala Likert com cinco opções de resposta, sendo elas: “com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/não lembro”. A interpretação dos resultados é facilitada por meio da padronização em escores em uma escala de zero a dez, considerando um escore alto quando o resultado é maior ou igual a 6,6 (SILVA, 2022).

Dessa forma, pode-se calcular tanto o escore por atributo, a partir dos blocos de perguntas, como o escore geral, que considera todas as perguntas do instrumento. Esses resultados são capazes de avaliar e orientar a organização da APS. Em ambos, é utilizada a escala de 0 a 10, no qual o valor de referência é 6,6. Ou seja, quando o escore for maior ou igual a 6,6 considera-se que aquele atributo ou que o serviço está adequadamente orientado à APS (SILVA, 2022).

Dentre os atributos, considera-se que o “acesso de primeiro contato” do indivíduo com o sistema de saúde refere-se à “acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas” (BRASIL, 2020, p. 8). Já a “longitudinalidade” refere-se à continuidade do cuidado, observando também a confiança mútua entre os profissionais e os usuários da atenção básica. A “integralidade” diz respeito ao conjunto de ações para suprir as necessidades da população, avaliando os serviços disponíveis e serviços prestados desde o ponto de vista biopsicossocial como nas ações de promoção, prevenção e reabilitação. A “coordenação” é a capacidade de integração dos cuidados através da coordenação dos serviços, ou seja, a continuidade do cuidado seja pelo mesmo profissional como também pelos prontuários clínicos e diferentes equipes de saúde.

Por fim, a coordenação da atenção deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Já os atributos derivados são: orientação familiar em que se deve considerar o contexto familiar para avaliação das necessidades individuais; a orientação comunitária na qual o serviço de saúde reconheça as necessidades de saúde através de dados epidemiológicos e contato direto com a comunidade e competência cultural refere-se à adaptação da equipe e profissionais de saúde às



características culturais da população e facilitar a comunicação com a mesma (MOTIZUKI, 2016, p. 24).

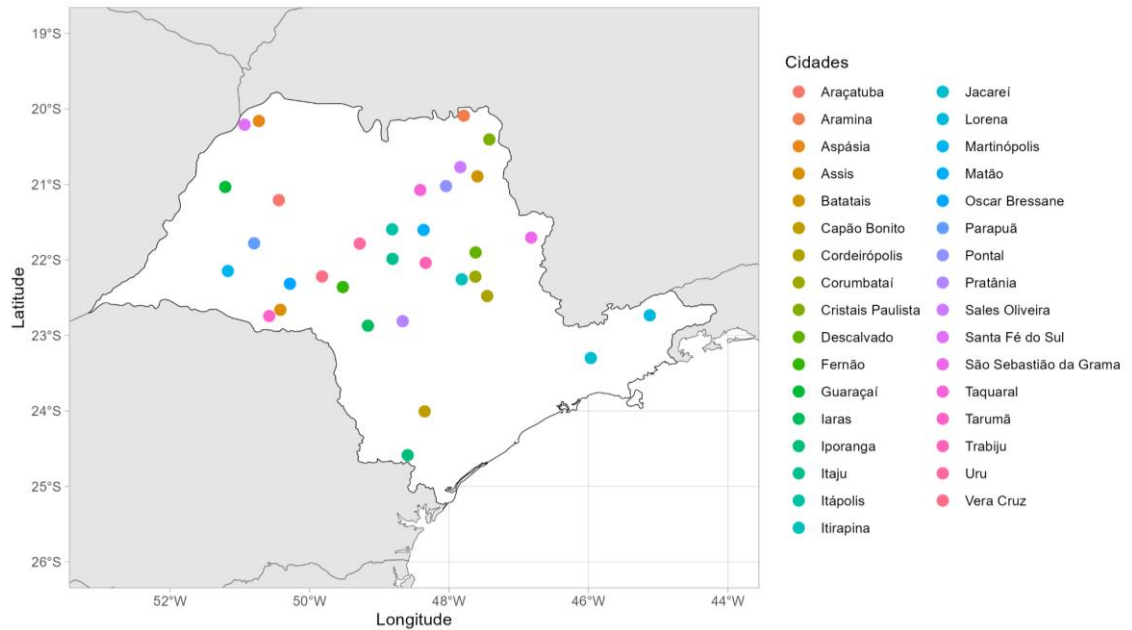
Neste capítulo buscou-se apresentar um recorte qualitativo das vivências observadas durante a aplicação do instrumento PCATool-Brasil para pacientes adultos versão reduzida no projeto ArticulaRRAS.

### **Aplicação do PCATool no projeto ArticulaRRAS**

A coleta de dados do PCATool iniciou-se em novembro de 2022 e foi finalizada em abril de 2023. A pesquisa foi aplicada por bolsistas e estagiários do projeto ArticulaRRAS em 33 municípios paulistas e participantes da “Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados no Estado de São Paulo ArticulaRRAS-DCNT-SP”. Outros dois municípios, apesar de comporem o projeto, não possuíam profissionais de saúde vinculados diretamente à uma APS inscritos no processo formativo. Dessa forma, não foi realizada a avaliação a partir das perspectivas dos usuários nesses municípios.

A seleção dos municípios do projeto foi realizada através de três indicadores: elevada prevalência de excesso de peso, mortalidade prematura por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e mortalidade prematura por Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Entretanto, nem todos os municípios selecionados aceitaram compor o projeto.

Os municípios em que foi realizada a coleta de dados estão representados pela Figura 1, sendo eles: Araçatuba, Aramina, Aspásia, Assis, Batatais, Capão Bonito, Cordeirópolis, Corumbataí, Cristais Paulista, Descalvado, Fernão, Guaraçaí, Iaras, Iporanga, Itaju, Itápolis, Itirapina, Jacareí, Lorena, Martinópolis, Matão, Oscar Bressane, Parapuã, Pontal, Pratânia, Sales Oliveira, Santa Fé do Sul, São Sebastião da Gramma, Taquaral, Tarumã, Trabiju, Uru e Vera Cruz. Os municípios possuem populações que variam entre 1.142 e 237.119 habitantes, com 42% deles apresentando menos de 10.000 habitantes (IBGE, 2021).



**Figura 1.** Municípios em que foi realizada a coleta de dados do Instrumento PCATool-Brasil para pacientes adultos versão reduzida no Estado de São Paulo

Todas as entrevistas foram realizadas dentro de unidades da APS, fossem elas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades de Saúde da Família (USF), Centros de Saúde, ou outras. A seleção das unidades de saúde foi baseada na presença de profissionais inscritos no processo formativo do projeto, garantindo que as unidades selecionadas estivessem vinculadas ao projeto. A pesquisa foi restrita a unidades de saúde urbanas, excluindo unidades rurais devido à dificuldade de acesso e ao menor fluxo de usuários. Nos municípios com um número considerável de unidades participantes, adotou-se o critério de incluir no mínimo uma unidade de saúde a cada dez mil habitantes para garantir uma amostra proporcional. Este critério visou atender uma proporcionalidade de respostas na pesquisa, considerando o tamanho dos municípios.

Em três municípios, apesar de haver mais unidades a serem realizadas a pesquisa, esta não ocorreu devido ao baixo fluxo de pacientes na unidade, justificado por motivos como: atendimento apenas em determinado horário e falta de profissionais médicos. Outros quatro municípios apesar de atingidos o número mínimo de unidades a serem visitadas também não ocorreu a coleta de dados para o PCATool pelo baixo fluxo de pacientes. Em um deles a unidade encontrava-se em reforma e não haviam atendimentos na unidade, apenas atendimentos domiciliares naquele momento. Esses obstáculos ressaltam a influência da infraestrutura das unidades na coleta de dados. De acordo com Bousquat et al. (2017, p. 2) a estrutura refere-se tanto aos recursos materiais e humanos quanto ao contexto físico e organizacional em que são realizadas as ações de saúde, de forma que “Estruturas adequadas contribuem para o

desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciam seus resultados e são centrais para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços”.

O critério de inclusão dos participantes abrangeu usuários adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, que tenham frequentado a unidade de saúde pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Os questionários foram aplicados nas unidades de saúde, e, após a verificação dos critérios de inclusão, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes. Após a concordância, os termos foram devidamente preenchidos e assinados pelos participantes.

Cabe ressaltar que em alguns municípios muitos usuários não atenderam ao critério de inclusão, visto que disseram ser a primeira vez que frequentavam a unidade ou que ultrapassaram os seis meses desde a última vez que foram à unidade. Este fato é importante, pois indica que os usuários não reconhecem a unidade de saúde em seu território como uma referência para o cuidado em saúde.

A aceitação para participar da pesquisa variou entre municípios e unidades de saúde, com alguns pacientes recusando a participar devido ao tempo estimado para a aplicação do questionário, que era de aproximadamente 10 minutos. Além disso, observou-se uma certa desconfiança por parte dos usuários, que se manifestava pelo receio de prejudicar a unidade ao expor suas opiniões, preocupações em fornecer dados pessoais para o TCLE e, em determinados locais, a baixa escolaridade gerou uma maior desconfiança em relação ao TCLE e à própria pesquisa.

A maior parte dos questionários foi realizada pela manhã, momento no qual as unidades costumam ter maior fluxo de usuários. Em relação ao número de questionários aplicados por município e por unidade de saúde foi realizado por conveniência, considerando sobretudo as particularidades de cada município e de cada unidade de saúde. Nesse sentido, percebeu-se maior fluxo de pacientes em unidades com serviços como: coleta de exames, farmácias, grupos, campanhas de vacinação, atendimentos odontológicos, fisioterapia, psicologia, etc.

### **Percepções sobre a aplicação do PCATool no projeto**

A experiência da aplicação do instrumento PCATool foi bastante distinta em cada unidade de saúde. Desde a estrutura física disponível, a reação dos participantes com a pesquisa e mesmo a compreensão dos entrevistados às perguntas. A seguir, serão apresentadas algumas percepções obtidas durante a implementação do projeto ArticulaRRAS.

Uma das principais características que influenciaram a receptividade dos usuários com a aplicação da pesquisa foi a estrutura física das unidades de saúde. A ausência de internet ou *wi-fi* foi um entrave encontrado em muitas localidades, obrigando, em algumas situações, a adoção da versão impressa do instrumento. Segundo Furlanetto *et al.* (2022), em pesquisa realizada em Brasília, mais da metade das unidades de saúde, mesmo com as adaptações

estruturais realizadas durante a pandemia da COVID-19, ainda não dispunham de serviços de internet de qualidade e equipamentos adequados. Para além da aplicação do PCATool, essa realidade compromete também as práticas de trabalho diário da equipe, incluindo a gestão dos sistemas de informação, participação em capacitações à distância e implantação do Telessaúde.

Outra característica estrutural foi a falta de espaço adequado para a aplicação do instrumento. As entrevistas ocorreram majoritariamente nas salas de espera, mas também em filas de atendimento e farmácia ou no espaço externo da unidade. Em alguns casos, o tamanho das salas de espera não comportava a demanda de pacientes, o que provocava maior irritabilidade daqueles que aguardavam o atendimento, por conta disso, muitos não aceitaram participar da pesquisa. Além disso, em alguns casos, o barulho nas salas de espera provocado pela superlotação, falta de acústica adequada nos espaços, reformas na unidade, ocasionou maior desgaste tanto aos pacientes e acompanhantes como também na própria equipe de saúde e nos entrevistadores do projeto. O barulho em excesso também foi observado em estruturas adaptadas (tais como casas, salões de festa, ou em estruturas que comportam mais de uma unidade no mesmo prédio).

Os horários de pico nas unidades de saúde também impactaram a aplicação do PCATool. Em muitos casos, o período da manhã era caracterizado pelo intenso fluxo de pacientes dentro da unidade, como, por exemplo, na coleta de exames, consultas médicas e atendimento de demanda espontânea. Enquanto no período da tarde, muitas vezes não eram realizados atendimentos médicos, havendo um menor fluxo de usuários. Segundo Gomide *et al.* (2018), até a década de 80, o médico era reconhecido como único profissional capaz de proporcionar atendimento de qualidade e eficaz, e esse histórico permanece intrínseco nos usuários do SUS até hoje. De forma, que as agendas das unidades de saúde estão diretamente atreladas à agenda das consultas de medicina.

O movimento em direção a um modelo de saúde mais abrangente, que leve em consideração os determinantes sociais e os direitos humanos, está gradualmente ganhando força, rompendo com o modelo biomédico predominante. No entanto, ainda há uma valorização do modelo tradicional por parte dos gestores de saúde e na formação profissional, que o associam ao produtivismo e pragmatismo, o que frequentemente resulta em poucos espaços para práticas mais integrativas e multiprofissionais (SOUZA *et al.*, 2020).

A não compreensão do papel dos demais profissionais de saúde tornam, na perspectiva dos usuários, o cuidado pouco abrangente e não integral, comprometendo assim ainda mais a satisfação dos usuários com o serviço (GOMIDE *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2020). Nesse sentido, também foi observado durante a aplicação das entrevistas que os usuários que participavam ativamente das atividades promovidas pela unidade, como grupos de meditação e eventos sobre saúde da mulher, sentiam-se mais integrados à rotina da unidade e mais dispostos a participar da pesquisa. Notou-se também que uma

melhor comunicação e integração da equipe resultaram em maior satisfação dos usuários com o serviço.

No âmbito das perguntas da entrevista, as primeiras relacionaram-se aos dados sociodemográficos dos participantes. Em seguida as três primeiras perguntas do PCATool, que tratam a afiliação, têm por objetivo a identificação da unidade de saúde de referência adotada pelos usuários, no entanto, algumas dessas perguntas causaram estranhamento para os entrevistados. Nestas, nos menores municípios, notou-se uma maior facilidade em responder as perguntas da afiliação, visto que em muitos casos o município possuía apenas uma unidade de saúde, sendo esta, a unidade de referência para a pesquisa. O mesmo não ocorreu nos municípios maiores, em que os usuários frequentavam além da APS, serviços de especialidade e serviços de urgência e emergência.

No âmbito da longitudinalidade o maior desafio esteve relacionado às unidades em que havia alta rotatividade de profissionais médicos. Nestas, os usuários apontaram que quando começavam a se aproximar de um profissional médico, o mesmo deixava a unidade. Dessa forma, tanto a longitudinalidade quanto a continuidade do serviço tornaram-se um desafio. Segundo Oliveira e Pedraza (2019), tem sido observado nos últimos anos um considerável aumento na rotatividade de profissionais, o que tem impactado negativamente na formação de vínculos com a população e, conseqüentemente, pode prejudicar a eficácia da assistência, a continuidade dos cuidados e a coordenação da APS. Esses fatores contribuem para uma falta de estabilidade e consistência nas relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, bem como na articulação e cooperação dentro das equipes de saúde.

No que tange à longitudinalidade, também foi observado que quando questionados se mudariam de serviço de saúde muitos usuários, apesar de mostrarem-se insatisfeitos a partir das perguntas anteriores, respondiam à pergunta de forma negativa considerando aspectos como: impossibilidade de pagar um serviço particular, insatisfação com todo o serviço público do município, proximidade da unidade de saúde da residência, sendo comum respostas como “Só tem aqui né?! Eu não mudaria”.

No atributo da integralidade, que buscou conhecer os serviços disponíveis, muitos usuários demonstraram incômodo com as perguntas, por não conhecerem a unidade. Mesmo após esclarecidos que não precisavam saber responder a todas as perguntas, houve questionamentos sobre a divulgação dos serviços e também autoquestionamentos sobre a própria vivência na unidade. De forma semelhante, a pergunta sobre a prevenção de quedas, muitas vezes foi mal recebida pelos usuários mais novos, gerando dúvidas e risadas. Já dentre os pacientes idosos muitos relataram que não entendiam que essas orientações cabiam aos profissionais ou ao serviço de saúde, e sim que deveria ser responsabilidade de cada um procurar essas informações.

Em relação ao atributo orientação familiar e comunitária da APS fica claro a importância do papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O

estabelecimento de vínculos entre os usuários e a unidade de saúde, por meio do trabalho dos ACS, representa uma das principais fortalezas da APS no Brasil. Sua importância e influência na organização e qualidade dos serviços são evidentes, uma vez que desempenham um papel fundamental como elo entre as necessidades da comunidade e as ações dos serviços de saúde. No entanto, é necessário dedicar esforços para expandir essa relação para os demais membros da equipe, ampliando assim o cuidado e fortalecendo a articulação entre o serviço de saúde e a comunidade (COSTA *et al.*, 2021).

Cabe ressaltar que algumas vezes os usuários queriam aproveitar do momento da pesquisa para expor seus elogios e reclamações para a unidade de saúde, incluindo propostas de mudanças para o serviço. De toda forma, a aplicação do questionário provocou reações diversas nos usuários, havendo aqueles que compreendiam a importância da pesquisa para melhorar o diagnóstico da APS, mas também aqueles que se mantiveram distantes em toda a entrevista.

### **Considerações Finais**

A aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão reduzida para pacientes adultos foi uma oportunidade de avaliar a qualidade da APS e de aproximar a equipe do projeto ArticulaRRAS com os usuários e com os profissionais de saúde da APS dos 33 municípios. Através dessa avaliação, foi possível conhecer as particularidades das unidades e seus desafios, que perpassam todos os atributos avaliados. Na vivência da aplicação da entrevista é nítida a percepção dos vínculos estabelecidos entre os usuários e a equipe, que se demonstraram majoritariamente fortalecidos em municípios menores, com exceções quando havia grande rotatividade dos profissionais médicos.

Um desafio significativo a ser enfrentado na APS é a centralização do profissional médico no cuidado à saúde, o que compromete a longitudinalidade do cuidado e, conseqüentemente, a satisfação dos usuários com o desempenho do serviço. Entretanto, ao observar outros atributos da APS, percebe-se o papel fundamental dos ACS e enfermeiros que perpassam a afiliação, coordenação e a orientação familiar e comunitária. Reconhecer e compreender a relevância desses profissionais na aproximação e identificação das necessidades dos usuários é uma das principais estratégias para garantir o cuidado às DCNTs e tornar a promoção e a prevenção à saúde mais efetivas.

Outra característica que chama a atenção, tanto para a aplicação da pesquisa como na satisfação dos usuários com o serviço, são os aspectos estruturais. Por vezes essas condições dificultaram a aplicação da pesquisa e afetaram diretamente nos resultados.

No âmbito dos usuários, apesar de muitos apresentarem resistência ou desconfiança com a pesquisa, também foi percebido que muitos valorizam a importância da saúde pública, sobretudo dos ACS, enfermeiros e médicos. De forma que a referência desse serviço da APS mostrou-se muitas vezes bastante fortalecida.

Por fim, as vivências da avaliação da APS através da aplicação do PCATool-Brasil para pacientes adultos é um indicador da qualidade e do desempenho do serviço prestado. Este instrumento traz à tona as percepções daqueles que recebem os serviços e devem ser entendidos como componentes importantes para a avaliação da APS.

### Referências bibliográficas

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil : uma análise do processo de revisão ( 2015 – 2017 ). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, p. 1–8, 2018.

BATISTA, C. L. F. *et al.* Atributos da Atenção Primária à Saúde: a teoria e a prática em uma unidade de saúde da família na perspectiva de acadêmicos de medicina. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 2, p. 829–842, 2023.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 33, n. 8, p. 1–15, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/30\\_JUN\\_versao\\_preliminar\\_PCATOOL\\_2020.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/30_JUN_versao_preliminar_PCATOOL_2020.pdf). Acesso em: 08 mar. 2023.

COSTA, L. B *et al.* Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2083-2096, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39722020>. Acesso em: 22 mai. 2023.

FURLANETTO, D. L. C. *et al.* Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19? **Saúde Debate**, v. 46, n. 134, p. 630-648, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2022.v46n134/630-647/pt>. Acesso em: 21 mai 2023.

GOMIDE, M. F. S. *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 387–398, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas das populações residentes no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2021**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 22 mai. 2023.

MALVEZZI, E. *et al.* Apropriação social do Sistema Único de Saúde: ouvindo a

voz dos usuários. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1–16, 2021.

MOTIZUKI, L. A. C. **ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ATRAVÉS DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool - BRASIL)**. 2016. - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, [s. l.], 2016.

OLIVEIRA, M. M.; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 765-779, 2019.

PAULA, W. K. A. S. *et al.* Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 335–345, 2016.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saude e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 95–110, 2019.

ROMAN, R. **Qualidade do cuidado de adultos portadores de hipertensão e diabetes na atenção primária brasileira**. 2022. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

SILVA, C. T. **Utilização e Qualidade da Atenção Primária à Saúde : Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SOUZA, A. P. *et al.* Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, p. 1–10, 2020.

TOMASI, E.; NEDEL, F. B.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS em Revista**, v. 3, n. 2, p. 131–143, 2021.



## Capítulo 4

### **A Intersetorialidade nas políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional: contribuições da saúde**

*Karina Rubia Nunes  
Carla Maria Vieira*

Em um ensaio sobre a sociedade neoliberal, Pierre Dardot e Christian Laval (2016), reforçam que atualmente vivemos em sociedade com a predominância da razão neoliberal, onde o capitalismo contemporâneo se faz acompanhar de uma noção de liberdade que permeia os indivíduos, a coletividade e as relações sociais. Para ofertar políticas públicas efetivas e universais, o Estado precisa desenvolver ações horizontais na sociedade e muitas vezes cola-se em situação antagônica aos outros agentes econômicos privados (DARDOT, LAVAL, 2016). Ao compreender as relações sociais de um território, de um estado ou de um país, é possível vislumbrar porque a racionalidade do capitalismo é capaz de produzir crises de governabilidade, fragmentando as ações intersetoriais no campo das políticas públicas, enfraquecendo-as e expondo os coletivos mais vulneráveis a ficarem desprovidos de proteção efetiva em suas necessidades básicas.

No contexto internacional, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde que aconteceu em setembro de 1978, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, orientou sobre a necessidade de ação dos governos para promoção da saúde de todos os povos do mundo. A Declaração de Alma Ata sintetizou a importância da organização da Atenção Primária para o cuidado de toda a população, orientando o cuidado primário para além apenas do setor da saúde: “Todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores” (Alma Ata, 1978). A OMS, em 1986 reforçou que as ações intersetoriais e Políticas Públicas de Saúde eram elementos essenciais para a construção de uma agenda de promoção de saúde de uma população (WHO, 1986).

Para Wanderley, Martinelli e Paz (2020) o Estado brasileiro adotou a setorização e a fragmentação como características da estruturação histórica de suas políticas públicas. Elas foram concebidas e organizadas para serem implementadas de forma separada, sem que houvesse planejamento conjunto e ações articuladas entre os setores. Ao longo da história a setorização das ações pode ser observada na troca das gestões públicas, na fragmentação e sobreposição das ações dos diferentes setores que sujeitam os indivíduos e suas

famílias à duplicidade de ações em um mesmo serviço, com diferentes cadastros ou mesmo em diferentes caminhos para acesso aos serviços públicos. O que os autores afirmam, e que gostaríamos de reforçar nesse capítulo, versa sobre a necessidade da intersetorialidade como estratégia de gestão pública democrática, como ferramenta para resposta à setorização e à fragmentação das políticas públicas.

Não obstante, a construção da intersetorialidade é um grande desafio que implica em decisão política, demanda permanentemente decisões institucionais, nos níveis de planejamento e de execução, constrange a utopia de rompimento com a cultura política cartorial, setorizada, clientelista, meritocrática e mantenedora de privilégios de alguns em detrimento do bem comum. Uma construção que cai sob a responsabilidade de coletivos, de equipes profissionais de diferentes setores e não dos indivíduos de forma isolada.

Ao olhar para as iniquidades de saúde no mundo, a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (CSDH-WHO/OMS) (OMS, 2010), em seu relatório “Um marco conceptual para ação sobre os determinantes sociais da saúde”, orienta sobre a importância de reduzir as iniquidades em saúde por meio de ações sobre Determinante Sociais de Saúde. Para tanto, orienta que as direções políticas devem ser amplas e precisam se estruturar no modelo de Determinação Social da Saúde, considerando seus determinantes e que a partir disso os tomadores de decisão avaliam suas opções e desenvolvem estratégias mais específicas. O enfrentamento desses desafios, naquele contexto histórico, se voltava para a firme orientação de três caminhos a serem seguidos:

- A importância de estratégias específicas de cada país/contexto;
- Lidar com determinantes estruturais e intermediários;
- Implementar ações intersetoriais com participação social e empoderamento da população.

Esses são considerados os componentes cruciais de uma agenda política bem-sucedida sobre Determinantes Sociais de Saúde e equidade em saúde.

Em âmbito nacional, a Política Nacional de Saúde, a Lei 8080 de setembro de 1990, orientava a criação de comissões intersetoriais cuja finalidade seria articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolvesse áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Promoção da Saúde avançou na construção do conceito de intersetorialidade, como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a complexidade da saúde e de se responsabilizarem pela sua garantia como direito humano. Enfatizou ainda a corresponsabilidade entre trabalhadores do setor saúde, usuários e agentes atuantes nos territórios para a alteração dos modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

A partir dessas iniciativas, avanços podem ser elencados, resultados de um grande esforço que vem sendo realizado por parte de alguns coletivos

formuladores de políticas públicas para o avanço da intersetorialidade como caminho para a construção da saúde. Entretanto, frente ao descaso de outros coletivos que se propõe a manter a lógica capitalista neoliberal de estado mínimo e manutenção de privilégio das elites econômicas, fracassos e retrocessos cíclicos podem ser observados, o que tem demandado destacar a força das congruências de ações institucionalizadas nos diferentes setores para a construção de uma saúde integral, equânime e universal.

A fim de trazer para esse debate exemplos de ações intersetoriais potentes, resgatamos Souza e colaboradores (2020) que destacam o Programa Saúde na Escola e o Programa Bolsa Família como “programas intersetoriais” que foram institucionalizados, porém que na prática apresentam dificuldades em desenvolver uma gestão compartilhada. As ações ainda acontecem de formas isoladas por serviço e por setor, ainda que façam as mesmas coisas com objetivos semelhantes e com as mesmas famílias e comunidades.

Em análise específica do Programa Saúde na Escola (PSE), Silveira e colaboradores (2019) examinam os documentos normativos do programa e identificam como o trabalho intersetorial é definido, descrito e regulado. Os pressupostos da intersetorialidade no PSE incluem a gestão de ações planejadas pelos grupos de trabalho intersetoriais e a implementação como responsabilidade das equipes escolares e de saúde da família, de um mesmo território. Todavia os autores concluem que “somar esforços”, “unir-se” e “articular-se” são verbos mobilizadores para propor modos de fazer educação e(m) saúde que demandam adaptação, multifuncionalidade, flexibilidade e disposição para assumir trabalho a mais, sem remuneração adicional. A esse processo os autores nomeiam de “generificação da intersetorialidade”, e mais uma vez reforçam a corresponsabilidade sobre os profissionais e equipes para a produção da saúde no território.

A intersetorialidade ainda é uma construção constante no âmbito das Políticas Públicas, uma vez que persistem dificuldades para a ação conjunta de dois ou mais setores, com um mesmo propósito sob um mesmo território. Para jogar luz sobre as possibilidades reais de congruências entre diferentes setores, autores trazem exemplos da Política Nacional de Saúde e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (RIGON, SCHMIDT, BÓGUS, 2016; DIAS *et al.*, 2017).

A implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1999) foi marco importante dentro do SUS, uma vez que colocou a nutrição dentro dos serviços de saúde e trouxe para si a responsabilidade de coordenar a intersetorialidade dentro do SUS. Já a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), confere à busca pelo direito humano à alimentação e ao enfrentamento da obesidade, por exemplo, uma perspectiva mais ampliada de cuidado, que desafia as estruturas setoriais das instituições.

Para compreender um pouco mais sobre a experiência com a PNSAN nos territórios e no seu avanço com a institucionalização da intersetorialidade e da participação social, ressalta-se que a política conta com o Sistema Nacional de

Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), sistema público legalmente instituído pela Lei nº 11.346/2006. O SISAN é o sistema que promove a articulação da política de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) nos âmbitos nacionais, estaduais e municipais. O SISAN abriga em seu marco legal, institucionalidades que visam garantir esses princípios, concretizados a partir dos Conselhos, das Câmaras Intersectoriais de Segurança Alimentar e Nutricional e das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional.

Com o objetivo de mapear experiências que avançam na construção de agendas conjuntas de diferentes setores, e que possuem em comum uma mesma agenda de enfrentamento, vamos relatar a experiência da secretaria de saúde de um município do interior paulista, para o cuidado da má nutrição em seu território.

### **O processo de assessoria a um município do interior paulista, para a construção do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional**

Um município de 400 mil habitantes, que fica a 179km da capital paulista, realizou contato com o Centro de Ciência Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (INTERSSAN), buscando apoio para o trabalho junto às equipes para a revisão e construção do novo Plano de SAN, agora com vigência para 2023-2026. O município em questão já possuía um caminho de institucionalização da política de SAN, a saber:

- ✓ Lei de Segurança Alimentar e Nutricional
- ✓ Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
- ✓ Câmara Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional
- ✓ Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional
- ✓ Adesão ao SISAN

Relatar uma experiência com a Política de SAN em uma coletânea que sistematiza experiências com a organização do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), pode parecer destoante. Todavia, o objetivo aqui é evidenciar o trabalho das diferentes secretarias, sejam elas: educação, agricultura, meio ambiente, desenvolvimento social, saúde, cultura, esporte, frente a um objetivo comum de construir um plano municipal de SAN, com priorização de metas, ações e indicadores a serem avaliados ao longo do tempo.

O processo de assessoria ocorreu através da realização de encontros presenciais no município solicitante, e a equipe de trabalho foi composta por representantes técnicos das seguintes secretarias: Educação, Desenvolvimento Social, Saúde, Agricultura e Meio Ambiente. Esses encontros aconteciam em dias previstos para a reunião da Câmara Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), com o mesmo grupo de técnicos. O encontro com a universidade ocupava um espaço da tarde de trabalho da CAISAN.

O ponto de partida foi a realização de uma primeira reunião para escuta ativa das equipes e oferecimento de apoio. A equipe da universidade realizou a

leitura cuidadosa do primeiro Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional 2018-2021, construído pelo município. Bem redigido, seguindo a estrutura necessária a um plano, sobressaltava o número extenso de metas e ações pactuadas para o referido período. A leitura foi seguida do exercício de revisar os objetivos e excluir as metas cumpridas e que não deveriam permanecer nesse novo material, assim como, identificar metas que foram exitosas e que deveriam ser mantidas e/ou ampliadas para esse novo trabalho.

Um importante instrumento para mapeamento de execução de ações de SAN é o Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional (MapaSAN) que se trata de pesquisa sistemática realizada periodicamente pela Secretaria Nacional de Inclusão Social e Produtiva (SEISP) em parceria com a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), ambas do Ministério da Cidadania. O município já havia respondido essa pesquisa, então o instrumento já respondido foi somado a outro instrumento produzido pelo INTERSSAN: o Instrumento de Diagnóstico das Ações Locais Públicas de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional nos Municípios. Tomando o cuidado de sistematizar previamente as respostas que o município já havia dado à pesquisa do MapaSAN, foi orientado às equipes que respondessem o Instrumento de Ações Locais de SAN com o objetivo de mapear as ações de SAN no município.

A equipe realizou a atividade de responder ao instrumento proposto de forma coletiva entre as secretarias. Essa estratégia possibilitou que cada secretaria conhecesse o trabalho realizado pelas demais, possibilitando assim uma ampliação do olhar para compreender a segurança alimentar para além das ações executadas pela sua equipe. Após resposta a esse instrumento foram identificados dois conjuntos de ações: as que já estavam sendo realizadas e precisavam ser mantidas no novo plano de SAN, e as ações que não estavam sendo realizadas, e precisavam ser trazidas para a discussão coletiva e refletida à necessidade de inclui-las em um novo plano.

Com uma leitura mais atualizada sobre o panorama da SAN no município, iniciou-se o trabalho de sistematização dos objetivos e metas que norteiam a Matriz de Ações e Indicadores no plano municipal de SAN. O trabalho realizado foi de: resgatar no plano anterior as metas que deveriam ser mantidas e ampliadas; inserir metas para responder às necessidades identificadas no instrumento de Diagnóstico Local do município; inserir metas de pautas importantes no cenário nacional para a garantia da SAN, que já são executadas pelos municípios, mas não estavam redigidas e pactuadas no plano anterior.

O trabalho foi então apresentado à equipe da secretaria, na forma de uma matriz com objetivos, metas, indicadores de avaliação, fontes dos indicadores, prazo de execução, responsável pela execução e responsável pelo orçamento. Nesse momento, os técnicos das secretarias pediram para que houvesse um momento de discussão com os respectivos secretários municipais de saúde, uma vez que cabia a eles o compromisso com a execução da meta dentro das respectivas secretarias.

Com o aval dos respectivos secretários seguimos o trabalho discutindo e ajustando a redação, a escolha do indicador de avaliação, da forma como os indicadores seriam sistematizados e seus responsáveis, além da identificação de um responsável e dos demais parceiros inseridos em uma mesma meta.

Com a matriz de metas concluídas, o trabalho do município foi o de redigir um novo Plano de SAN 2023-2027, dentro da estrutura padronizada além de preparar e chamar o município para uma Conferência de SAN para validação do material trabalhado. Até aqui parece apenas mais uma experiência de equipes municipais, entretanto a ressalva cabe ao trabalho coletivo realizado entre as secretarias no esforço de convergir ações que garantam a situação de segurança alimentar no município, no exercício de reconhecer o território e as ações em execução, bem como na identificação dos orçamentos municipais, distribuídos entre as secretarias, que precisam ser alocados em cada ação. Um exercício de intersetorialidade.

### **A Secretaria de Saúde e os desafios do SISVAN**

Um grande exercício para a equipe de saúde foi olhar para a situação do estado nutricional do município e compreender a importância do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como sistema de informação que organiza as avaliações de estado nutricional e de consumo alimentar do município. Trabalhos evidenciam a melhora da cobertura das avaliações antropométricas (BARBOSA *et al.*, 2023; NASCIMENTO, 2017; RICCI *et al.*, 2023), considerando que esse sistema de informação é um assunto recorrente quando se trata de informações de estado nutricional. Para as pesquisas de base populacional como a Pesquisa Nacional de Saúde, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua ou mesmo para o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), as informações de estado nutricional possuem rigor metodológico em seu processo amostral de domicílios, porém não informam o cenário municipal do estado nutricional. Dessa forma, olhar para o SISVAN e melhorar sua cobertura de avaliação de estado nutricional, possibilita ao município a qualificação da informação no nível municipal. E esse foi o exercício provocado pela equipe de assessoria, junto à equipe da secretaria de saúde.

As equipes de saúde da modalidade Estratégia de Saúde da Família (ESF), são as responsáveis pela alimentação do SISVAN no município. Com uma cobertura de avaliação de estado nutricional de 60% de crianças menores de 5 anos, usuárias do SUS no ano de 2022, o município possui cobertura maior que a do Estado de São Paulo SP (37%) para a mesma população/período. Os técnicos da secretaria de saúde identificaram que as equipes que haviam instituído a prática de alimentação do sistema, eram as mesmas que incorporaram a cultura do cuidado baseado na família, divergente das equipes de saúde das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) tradicionais. Nestas unidades a organização das ações ainda está centrada no atendimento médico,

ficando mais difícil sensibilizar as equipes para a alimentação do sistema com os dados nutricionais.

Uma fortaleza identificada nesse processo foi a incorporação dos dados de estatura e peso introduzidos dentro do sistema de informação E-SUS durante os atendimentos da Atenção Primária, que são migrados para os relatórios do SISVAN. Ainda que sejam informações não obrigatórias, a que pese essa fragilidade, estudos de avaliação de cobertura já evidenciam como essa modalidade de acompanhamento tem proporcionado melhora da cobertura geral nas diferentes fases da vida (NUNES, PACHECO-GALESI, OLIVEIRA, 2021).

O compromisso da equipe da saúde foi o de melhorar a cobertura das avaliações do estado nutricional junto às equipes de ESF, criando como meta o cadastro de 30 novos usuários/mês no SISVAN, assim como o de melhorar o cumprimento da condicionalidade da saúde atrelada ao programa de transferência de renda - Bolsa Família, garantindo 50% de cumprimento da condicionalidade.

No ciclo de políticas públicas, a construção de indicadores e a identificação dos sistemas de monitoramento, fomentam a cultura de ciclos de avaliação e são estruturantes para a decisão baseada em evidências (PORTELA, 2000). Diante do contexto da má nutrição no cenário brasileiro, onde a obesidade, a desnutrição e as hipovitaminoses associam-se ao panorama de insegurança alimentar, ações de Vigilância Alimentar em Saúde tornam-se ferramenta fundamental para a orientação dos gestores de saúde. Para olhar para o município e reconhecer o estado nutricional da população usuária da Atenção Primária nas diferentes fases da vida, o SISVAN é ferramenta indispensável e com constante necessidade de qualificação.

## Referências Bibliográficas

BARBOSA, Brena Barreto *et al.* Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), estado nutricional de idosos e sua relação com desigualdades sociais no Brasil, 2008-2019: estudo ecológico de série temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 32, n. 1, e2022595, 2023.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3<sup>o</sup> ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Trad. Mariana Echalar. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. vol. 33, n. 7, 2017.

NASCIMENTO, F.A.; SILVA, S.A.; JAIME, P.C. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, e190028, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190028>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190028>. Acesso em: 21 jun 2023.

PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8.

RICCI, J. M. S. *et al.* Marcadores do consumo alimentar do Sisvan: tendência temporal da cobertura e integração com o e-SUS APS, 2015-2019. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 28, n. 03, pp. 921-934. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.10552022> <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.10552022EN>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.10552022>. Acesso em: 21 jun 2023.

RIGON, S. A; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 3, mar, 2016.

NUNES, K. R.; PACHECO-GALESI, L. F. OLIVEIRA, M. R. M. Marcos Legais da Alimentação e Nutrição no Brasil e o fortalecimento da VAN na construção de políticas públicas.2021. In. LIMONGI, J.E (Org.). **Vigilância em Saúde: Interfaces entre a Saúde Pública e a Pesquisa Científica**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. 238. p. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920185>

SOUZA, L. B.; ARCÊNCIOI, R. A.; CÂNDIDOI, F. C. A. *et al.* As iniquidades sociais da Atenção Primária à Saúde e a intersetorialidade: um estudo descritivo. **Rev Bras Enferm**. 2020. Vol. 73, num, 6. Pg 1-9.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 137, p. 7-13, jan-abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. 1986. Disponível em <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>. Acesso em: 06 abr 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social determinants of health discussion paper 2. Geneva, 2010.



## Capítulo 5

### **A Teoria da mudança na estruturação do Programa Tupã 2030: Programa de Promoção Integral e Sustentável da Saúde e Bem-Estar da Criança e do Adolescente**

*Juliana Indaya de Lima Castro  
Maria Paula de Albuquerque  
Maria Rita Marques de Oliveira*

A desnutrição e a obesidade infantil, são reconhecidamente fatores de risco para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na vida adulta (BRASIL, 2014). Crianças com obesidade têm 75% mais chances de se manterem com obesidade na adolescência e 89% dos adolescentes com obesidade se tornarem adultos com obesidade (KARTIOSUO *et al.*, 2019).

No Brasil, as DCNT constituem a primeira causa de morte prematura e respondem por 56% dos óbitos de homens e 44% de mulheres (BRASIL, 2021). Os custos associados à hipertensão, diabetes e obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2018, alcançaram 3,45 bilhões de reais. Fatores de risco como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e predisposição genética associados a um ambiente obesogênico, desempenham um papel importante no desenvolvimento dessas condições (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019).

A desnutrição e a obesidade infantil são condições fortemente marcadas por determinantes sociais da saúde. A sua erradicação, uma das principais metas do Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), exige abordagens sistêmicas, abrangentes, interdisciplinares e intersetoriais, com o envolvimento de governos, pais, cuidadores, sociedade civil, instituições acadêmicas e o setor privado (OPAS, 2014).

Portanto, para o enfrentamento de um problema complexo como a má nutrição infantil é necessário colocar os sujeitos nos centros das ações e com envolvimento ativo no processo de resolução (GOMES; SOARES; BRONZATTO, 2015). Em abordagens sistêmicas, os atores sociais, por meio de metodologias participativas, são chamados a reconhecer o problema e planejar estratégias de forma colaborativa, ao mesmo tempo que promovem a identidade pessoal e social, a autonomia, a conscientização e a libertação dos envolvidos (XIMENES *et al.*, 2017).

As metodologias participativas configuram um conjunto de instrumentos e métodos empregados com o propósito de alcançar um objetivo comum (KUMMER, 2007), embasado no princípio fundamental da participação, proposto

por Paulo Freire, e que sofreu evolução, com o passar dos anos, devido às transformações sociais (WEITZMAN, 2008). Essas abordagens visam promover a participação ativa, o empoderamento e a conscientização das comunidades, possibilitando que os sujeitos tenham voz e influência nas decisões (FURTADO *et al.*, 2021).

Além disso, caracterizam-se por ser de fácil compreensão, ter ênfase na qualidade do processo, por ser uma tarefa constante, interativa, flexível e adaptada à realidade e às necessidades do grupo (WEITZMAN, 2008). As etapas essenciais incluem a formação do grupo de trabalho, identificação do problema, proposição de soluções, definição de metas, planejamento, execução e a avaliação (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Existem inúmeros tipos de instrumentos que abrangem a abordagem participativa, como o diagnóstico participativo que envolve os passos descritos acima, com auxílio de técnicas como entrevistas, discussão com a comunidade, questionários (TAKIYAMA; SILVA UÉDIO, 2009); ou com cursos de preparação curricular para profissionais de saúde com técnicas de oficinas, teatros, rodas de conversas (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015).

A *brainstorming*, ou tempestade de ideias, é uma abordagem de discussão em grupo que envolve a geração de ideias por parte dos participantes, para assim solucionar problemas ou desenvolver trabalhos criativos (PASTANA; SANTO; SOUSA, 2022). Essa ferramenta permite identificar e definir as ações com base nas necessidades individuais e coletivas, além de favorecer a integralidade e equidade (LEITE *et al.*, 2020).

Da mesma forma, "World Café" é uma metodologia ativa que busca gerar ideias e promover conversas significativas e claras nos objetivos e no tema (TEZA *et al.*, 2013); a construção é colaborativa e coletiva, por meio da organização de pequenos grupos para discutir as conexões das ideias e os resultados são compartilhados com o grupo maior (OZÓRIO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a Teoria da Mudança igualmente emerge como um instrumento dentro desse grupo de metodologias participativas e permite a implantação de um plano de transformação social, cultural e comportamental voltado para o enfrentamento da má nutrição infantil.

A Teoria da Mudança é um método colaborativo de planejamento e avaliação para promover mudança social. Ela exige que os participantes estejam claros sobre seus objetivos de longo prazo, que formulem ações para alcançá-los e indicadores para mensurá-los (RODRIGUES *et al.*, 2022). Essa abordagem promove a colaboração entre diferentes atores e aumenta a legitimidade e aceitação das políticas públicas pela população ao atender às necessidades e expectativas de todos os envolvidos (CASSETTI; PAREDES-CARBONELL, 2020).

A Teoria da Mudança conta também com um elemento visual e ilustrativo: o modelo lógico. Este elemento tem a função de auxiliar na compreensão das relações causais entre a intervenção e seus resultados, e fornece aos agentes

sociais envolvidos, recursos para a tomada de decisão e aprimoramentos necessários na intervenção em questão (MENDES *et al.*, 2022).

Na seção seguinte deste capítulo, pretende-se relatar a experiência que empregou metodologias participativas, orientadas pela Teoria da Mudança, como estratégia de enfrentamento da má-nutrição. Trata-se do Programa “Tupã 2030” realizado no município de Tupã, localizado no interior do Estado de São Paulo, um recorte do projeto de pesquisa-ensino-extensão intitulado de Formação em Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus fatores de risco associados no Estado de São Paulo ArticulaRRAS-DCNT-SP.

### **Tupã 2030: Um programa para promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil**

O município de Tupã, localizado na região oeste do estado de São Paulo, possui uma população estimada de 63.928 habitantes (IBGE, 2022), dos quais, 7,3% estão na primeira infância (0 e 6 anos). Em 2021, o município registrava uma taxa de vigilância e monitoramento nutricional inferior a 20% pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2021), e entre as acompanhadas pelo sistema, 14,23% das crianças menores de cinco anos apresentavam-se em risco de sobrepeso, 4,88% sobrepeso e 4,25% obesidade.

Tupã apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,771 (IBGE, 2010) e um Índice Município Amigo da Primeira Infância (IMAPI) de 43, considerado um desempenho médio. O IMAPI utiliza os cinco domínios do modelo conceitual de *Nurturing Care* (OMS, 2018) para classificar o desempenho dos 5570 municípios brasileiros nos cuidados com a Primeira Infância. Comparado aos outros municípios, Tupã ocupa a posição 3282º no ranking nacional e 440º entre os 645 municípios de São Paulo (IMAPI, 2022).

Em 2021, devido às suas características geográficas, Tupã foi convidada pelo Centro de Ciência Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (INTERSSAN – UNESP), Tupã foi chamada a participar, como cidade laboratório, de um estudo, fruto de um hackathon<sup>2</sup> internacional, de prevenção à obesidade infantil envolvendo ações intersetoriais e tecnologias que pudessem facilitar esse processo.

A proposta do programa se caracteriza por duas inovações: uma no campo da tecnologia, com o desenvolvimento de ferramenta para o apoio do enfrentamento da má nutrição infantil com a integração de base de dados oficiais do município para apoiar o gestor na tomada de decisão e a segunda no campo da inovação social, com a construção colaborativa e participativa de um programa voltado ao bem-estar e saúde nutricional das crianças de Tupã. Este

---

<sup>2</sup> Hackathon é um evento colaborativo e intensivo, geralmente de curta duração, em que equipes multidisciplinares se reúnem para desenvolver soluções inovadoras para desafios tecnológicos ou sociais (PINHEIRO *et al.*, 2020).

capítulo trata da segunda inovação, que na linha do tempo, passou pela etapa de articulação e sensibilização dos atores sociais, de diagnóstico e construção participativa e se encontra, no momento, em fase de implementação.

Outro aspecto importante a ser considerado é que o aceite do prefeito de Tupã e o engajamento dos secretários de Educação, Saúde e Desenvolvimento Social e suas equipes técnicas ocorreram durante a pandemia de COVID-19. Tal período foi marcado pela desorganização de importantes políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como o Programa de Alimentação Escolar (PNAE) e pela sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS), com impacto direto na quantidade e qualidade das práticas de promoção à saúde e prevenção da Atenção Primária à Saúde (APS).

Como resultado do afastamento social imposto pela pandemia de COVID-19, houve o desafio das interações e articulações iniciais do Programa Tupã 2030, que aconteceram, em sua maior parte, por meio da utilização de tecnologias e plataformas digitais, dependentes de conectividade e nem sempre familiares aos participantes.

O processo participativo utilizou um instrumento de diagnóstico das ações locais públicas de soberania e segurança alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, criado pelo INTERSSAN em 2019; para a elaboração de análise situacional na construção de planos de segurança alimentar e nutricional, o qual aborda questões importantes relativas ao acesso aos alimentos, saúde e nutrição.

Além disso, foram utilizados dados públicos secundários no momento do diagnóstico situacional, como Cadastro Único (CadÚnico), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) entre outros. O diagnóstico identificou os recursos pré-existent e lideranças locais para adequada mobilização social.

Em uma lógica, do “o que temos, e o que queremos” o programa Tupã 2030 utilizou a Teoria da Mudança, posto que é uma abordagem que descreve como um programa gera resultados específicos de longo prazo por meio de uma sequência lógica de resultados intermediários.

A construção do programa, inicialmente centrada na primeira infância, contou com rodas de conversas, grupos focais e fóruns, com o objetivo de identificar e sistematizar, de forma participativa e inclusiva, propostas para o enfrentamento da má nutrição infantil e favorecer a contribuição de diferentes perspectivas e setores da sociedade.

Para organizar os trabalhos, foi constituído um grupo gestor do programa, composto por profissionais das secretarias de Educação, Saúde, Desenvolvimento Social, Agricultura, Cultura e Esporte e com a facilitação de membros do INTERSSAN e do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN). Esse grupo, liderado pelo Secretário de Educação, desempenhou a tarefa central na articulação, construção e implementação do programa e continuou se reunindo em frequência semanal.

Os dois fóruns ocorreram de forma presencial e contaram com os vários segmentos da comunidade de Tupã. No primeiro Fórum, foram utilizadas metodologias participativas, como maquetes e "world café", para explorar diferentes conhecimentos e perspectivas no combate à má nutrição infantil e assim alcançar "o que queremos" proposto pelo programa para 2030.

O segundo fórum teve como objetivo priorizar, através de votação, quais das ações identificadas e sistematizada no primeiro fórum seriam implementadas no âmbito do programa. Por exemplo, das diversas ações levantadas do âmbito da saúde, a ação priorizada foi incluir/fortalecer ações educativas para pais e/ou responsáveis no cuidado responsivo e parentalidade em momentos de consultas de puericultura e grupos de gestantes nos equipamentos de saúde, Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (ESF), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e Centro de convivência – Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Das ações elencadas no primeiro fórum, foram priorizadas quatro do seguimento da saúde, quatro da educação, três da agricultura, duas do meio ambiente, quatro ações do desenvolvimento social, uma da cultura e esporte e duas do âmbito da governança. Após identificar as ações prioritárias, o grupo gestor desenvolveu uma matriz lógica; ferramenta visual que relaciona as atividades de um projeto com seus resultados, objetivos e impactos, além disso, facilita a compreensão das relações entre diferentes elementos do planejamento (PEREIRA, 2015).

Para a construção do programa Tupã 2030 foram utilizadas diretrizes internacionais e políticas públicas norteadoras, dentre elas, e com maior destaque, o SUS dentro da APS, como coordenadora e ordenadora dos cuidados integrados no território, que consideram a saúde de forma ampla e sistêmica com seus determinantes sociais. Nesse sentido, o programa se inspirou na característica de intersetorialidade do SUS, e suas interfaces com as políticas e diretrizes de SAN já existentes, como o Pacto de Milão, e o próprio Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e Plano Paulista de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN/SP).

As diretrizes e princípios do programa pactuados nos Fóruns e grupos focais buscaram garantir a saúde integral de crianças e adolescentes por meio de ações centradas na criança como prioridade e intervenções nos determinantes ampliados de saúde, integralidade dos processos educativos, engajamento multisetorial, ter o território como referência, promover ambientes saudáveis e sustentáveis, e realizar tomada de decisão baseada em evidências e avaliação dos resultados.

O programa apresenta seis dimensões e envolve ações de cuidado, proteção social, educação, ambientes saudáveis e favoráveis às práticas de saúde, promoção do acesso e disponibilidade de alimentos saudáveis e seguros e apresenta uma interface de inovação tecnológica como apoio aos cuidados diretos da criança.

Após ser promulgado como lei municipal, o programa Tupã 2030 ganhou status de política de estado e com aspectos orçamentários próprios. Os indicadores do programa Tupã 2030, para além do seu papel vital de monitoramento, avaliação e adequação das ações propostas, devem responder à visão do programa de que é de “estar entre os 10 municípios do Estado de São Paulo com melhor desempenho na saúde nutricional de suas crianças”. Para tanto, serão utilizados indicadores específicos da primeira infância, como os utilizados na plataforma "primeira infância primeiro". Os indicadores utilizados nesta plataforma foram escolhidos conforme a metodologia “*Nurturing Care*” e abrangem cinco eixos do desenvolvimento infantil: saúde, segurança e proteção, nutrição, educação e parentalidade e permitem a análise comparativa entre os municípios (OMS, 2018). Entretanto, o programa também terá seus próprios indicadores, ainda em construção, especialmente relacionados aos ambientes saudáveis, à disponibilidade e regulamentação de alimentos e à governança, devido à importância e natureza interdisciplinar dessas dimensões.

Como ação já implementada no programa, no segundo semestre de 2022 aconteceu a chamada nutricional para as crianças da primeira infância. Realizada nos equipamentos de educação, em ação intersetorial, articulada com profissionais da saúde e instituições acadêmicas na área da saúde, foram verificados peso e estatura das crianças com posterior diagnóstico nutricional utilizando as curvas de referências recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Esta ação possibilitou atualização do diagnóstico nutricional de 883 crianças menores de cinco anos, e destas 18,4%, 7,9% e 3,6% se encontravam em risco para sobrepeso, sobrepeso e obesidade, respectivamente. Frente ao diagnóstico encontrado, foi realizado processo de formação para os profissionais das secretarias de educação, desenvolvimento social e saúde sobre a abordagem da obesidade infantil nos diferentes contextos. A formação profissional é uma das ações-meio da matriz lógica do Programa.

Uma das características do programa Tupã 2030 e desafio para sua escalabilidade é a dimensão da governança. A vontade política identificada neste município laboratório não deve ser dada por óbvia. Ao contrário, manter a disponibilização, por parte da gestão do município, de recursos humanos, políticos e financeiros é fator decisivo para que a intersetorialidade ocorra. Por outro lado, manter a participação social no programa requer ações contínuas de articulação entre os envolvidos, sempre com vistas a um objetivo de futuro comum.

Por fim, o programa Tupã 2030, na vigência de uma pandemia, demonstrou surpreendente capacidade convocatória, especialmente nos dois fóruns, com a participação de profissionais do setor público, profissionais independentes, lideranças comunitárias e agentes sociais. No contexto do Projeto ArticulaRRAS, o programa Tupã-2030 representou um laboratório para aplicação da Teoria da Mudança como uma alternativa ao modelo teórico lógico. E os resultados mostram que essa ferramenta é muito potente, quando se depara com uma rede de atores com propósitos bem definidos.

## Referências bibliográficas

- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 45, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 76 p. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- CASSETTI, V.; PAREDES-CARBONELL, J. J. La teoría del cambio: **una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria**. *Gac Sanit*, Barcelona, v. 34, n. 3, p. 305-307, jun. 2020. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112020000300014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000300014&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 23 maio. 2023.
- FERREIRA, A. P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2019, v. 22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>. Acesso em: 16 maio. 2023.
- FURTADO, J. P. *et al.* Participação e avaliação participativa em saúde: reflexões a partir de um caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e210283, 2021.
- GOMES, M. A. O.; SOARES, N.; BRONZATTO, L.A. Metodologias Participativas: Elaboração e Gestão de Projetos. **WWF Projeto BR**, 2015. Disponível em: [https://d3nehc6yl9qzo4.cloudfront.net/downloads/manual\\_metodologias\\_participativas\\_v4.pdf](https://d3nehc6yl9qzo4.cloudfront.net/downloads/manual_metodologias_participativas_v4.pdf). Acesso em: 6 jul. 2023.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. **Tupã**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/tupa.html>. Acesso em: 22 maio 2023.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022. **Tupã**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/tupa.html>. Acesso em: 22 maio 2023.
- IMAPI - Índice Município Amigo da Primeira Infância. **Tupã, SP**. Disponível em: <http://imapi.org/perfil/tupa-sp>. Acesso em: 22 maio 2023.

INTERSSAN – Centro de Ciência e Tecnologia para a Soberania e a Segurança Alimentar e Nutricional. **Instrumento de diagnóstico das ações locais públicas de soberania e segurança alimentar e nutricional no estado de São Paulo Botucatu – 2019**. Disponível em: <http://redesans.com.br/rede/wp-content/uploads/2020/01/Diagn%C3%B3stico-SAN-%E2%80%93-Estado-de-S%C3%A3o-Paulo.pdf>. Acesso em: 30 maio. 2023

KARTIOSUO, N. *et al.* Predicting overweight and obesity in young adulthood from childhood body-mass index: comparison of cutoffs derived from longitudinal and cross-sectional data. **The Lancet Child & Adolescent Health**, [S.l.], v. 3, n. 11, p. 795-802, nov. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31451394/>. Acesso em: 22 maio. 2023.

KUMMER, L. Metodologia participativa no meio rural: uma visão interdisciplinar: **conceitos, ferramentas e vivências**. Salvador: GTZ, 2007. 155p. [s.l.; s.n.].

LEITE, C. Q. *et al.* Utilização da técnica participativa brainstorming como método de educação em saúde em uma escola pública de Porto Velho, Rondônia. In: **Diálogos: Economia e Sociedade**, Porto Velho, volume especial, n.1, p. 1-10, jan. 2020

MENDES, C. S. S. *et al.* Logical model of telenursing program of a high complexity oncology care center. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, n. 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Nurturing Care for Early Childhood Development in Support**. Geneva: WHO, 2018. ISBN: 9789241514064. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514064>. Acesso em: 22 maio 2023.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes**. Washington, DC: OPAS, 2014.

OZÓRIO, F. J. D. G. *et al.* World Café: metodologia ativa para a compreensão da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva. **Brazilian Journal of Development**, 2020. 6(6), 37858-37876. DOI: 10.34117/bjdv6n6-355.

PASTANA, C. O., SANTO, D. F. E., SOUSA, I. S. Estratégias de ensino: algumas concepções na aplicação do GV/GO e do Brainstorming com acadêmicos de Pedagogia. **Pesquisa e Debate em Educação**. 2022 12(1), 1–13, e34684. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2022.v12.34684>

PINHEIRO, A. *et al.* O que acontece após um Hackathon? Um Estudo Empírico. In: SEMINÁRIO INTEGRADO DE SOFTWARE E HARDWARE (SEMISH), 47. , 2020, Cuiabá. **Anais [...]**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2020. p. 1-12. ISSN 2595-6205. DOI: <https://doi.org/10.5753/semish.2020.11312>.



ROCHA, N. H. N.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 597-615, set./dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00056>.

RODRIGUES, P. P. *et al.* Aplicação da teoria da mudança em uma organização da sociedade civil. **Perspectivas em Diálogo**, Naviraí, v. 09, n. 19, p. 301-317, jan./abr. 2022.

SISVAN. Ministério da Saúde. **Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 21 maio. 2023.

TAKIYAMA, L. R.; SILVA UÉDIO, R. L. Experiências na Utilização de Metodologias Participativas para a Construção de Instrumentos de Gestão Costeira no Estado do Amapá, Brasil. **Revista de Gestão Costeira Integrada - Journal of Integrated Coastal Zone Management**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 33-45, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388340126003>. Acesso em: 2 jul. 2023.

TEZA, P. *et al.* Geração de ideias: aplicação da técnica World Café. **International Journal of Knowledge Engineering and Management (IJKEM)**, 2013, 2.3: 1-14.

WEITZMAN, R. Educação popular em segurança alimentar e nutricional: uma metodologia de formação com enfoque de gênero. Belo Horizonte: **Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas**, 2008. 232 p.

XIMENES, V. M. *et al.* Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária: suas contribuições às metodologias participativas. **Psicologia em Pesquisa**, 11(2), 4-13. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23440>. DOI: 10.24879/2017001100200161

## Capítulo 6

### Guia alimentar para os Povos Guaranis - Tekoa Jejy-ty

*Comunidade Jejy-ty:*

*Marinês Borges*

*Olívia da Silva*

*Terezinha Molinico*

*João Batista Ortega*

*Vilson Borges*

*Marcelo da Silva*

*Marcelino Timóteo Verai*

*Helena Borges*

*Sabrina Kerexú Mirim Borges*

*Leonardo da Silva*

*Comunidade Acadêmica:*

*Amanda dos Reis Faria*

*Ana Livia Marques Chester Silva*

*Christian Adrian Santos do Nascimento*

*Florência Custódio Mondlane*

*Gabriela de Andrade Meira*

*Marcela Gonçalves de Melo Dias*

*Tiago Souza da Silva*

*Viviane Gislaine do Nascimento*

*Maria Rita Marques de Oliveira*

O Guia Alimentar dos Povos Guaranis elaborado pela comunidade da aldeia Jejy-ty com a ajuda de alunos e professores da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) é um dos produtos do projeto ArticulaRRAS. Foi uma ação realizada em parceria com o projeto “Pesquisa Cidadã para o monitoramento e a promoção da alimentação saudável na comunidade”. Fruto do trabalho de dois anos de debate sobre cultura, agricultura e saúde na comunidade indígena. Os principais atores do trabalho foram os “pesquisadores cidadãos”, bolsistas do CNPq que pertencentes à Tekoa Jejy-ty. O Guia consiste numa reinterpretação do Guia Alimentar Brasileiro a partir da Cosmovisão Guarani, sua cultura alimentar e sua luta pela terra e pela comida de cada dia. O objetivo deste texto foi contar o percurso de construção do Guia Alimentar na comunidade e sumarizar o seu conteúdo.

## **Como surgiu a ideia**

Tudo começou quando a equipe de elaboração do projeto “ArticulaRRAS” entendeu que seria necessário incluir na proposta ações voltadas às comunidades tradicionais e, então, foram incluídos no projeto os municípios do Estado de São Paulo com o maior número de comunidades indígenas e comunidades remanescentes de quilombos. No Vale do Ribeira, encontram-se 4 terras indígenas e 2 remanescentes de quilombos em Cananéia, 5 terras indígenas e 1 remanescente de quilombo em Iguape, 9 remanescentes de quilombo e 1 terra indígena em Eldorado e 7 remanescentes de quilombo em Iporanga. Então, Cananéia, Iguape, Eldorado e Iporanga foram incluídos no projeto.

Compreendendo as especificidades das comunidades tradicionais, o projeto incluiu a participação de bolsistas das comunidades, os quais se convencionou chamar de “bolsistas cidadãos”. O processo de articulação com os municípios do Vale do Ribeira foi complicado. Iguape e Cananéia manifestaram interesse, chagaram a participar de algumas atividades de diagnóstico, mas não aderiram ao processo de formação. Da parte da saúde indígena, tivemos muita dificuldade de inserção junto ao Polo Regional em Miracatu, Distrito Sanitário Especial Indígena (DISEI) e com a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). A Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) nos recebeu e nos deu algumas orientações. Considerando as dificuldades de contato com os órgãos oficiais, a compreensão de que as atividades deveriam ocorrer a partir do protagonismo da comunidade e, ainda, a parceria existente entre a UNESP de Registro e o território, fizemos contato direto com a Aldeia Jeju-ty, cuja comunidade concordou em participar do projeto durante uma roda de conversa em Guarani, facilitada pelo Cacique Leonardo. Havia muita curiosidade no grupo para saber mais sobre questões diversas de saúde. Nessa altura, se juntaram ao grupo os bolsistas de graduação do Edital de Ações Afirmativas da UNESP. As equipes estavam formadas. Foram muitas rodas de conversa, os grupos se dividiram para debater saúde, nutrição, cultura, agricultura, culinária.

Nas rodas de conversa participavam os bolsistas da comunidade (professores, agentes de saúde e agente sanitário, entre outros) adultos e crianças. Na maioria das vezes as ideias eram expressas por meio de desenhos. Também ocorreram muitos momentos de degustação das “comidas típicas”, alimentos que a comunidade tem pouco acesso. No primeiro ano foi realizado plantio e nada cresceu. No segundo ano, com apoio de alunos da agronomia, as plantas cresceram e produziram, inclusive, o milho Guarani. Sobre as práticas de saúde, aos poucos foi se fortalecendo a ideia de fazer um livro. Surgiu então a proposta de estudar o Guia Alimentar da População Brasileira.

## **Como o Guia foi elaborado**

O primeiro passo foi estudar o Guia Alimentar Brasileiro. E a pergunta norteadora foi “Como orientação se aplica à nossa comunidade?”, “O que nós

temos a acrescentar aqui”. Numa outra atividade foram levantados os alimentos consumidos pela comunidade e debatido como eles poderiam ser combinados. Foram relacionados os alimentos da mata, do quintal e da cidade. Em muitos momentos foram preparados alimentos típicos com ajuda dos mais velhos. Alguns utensílios foram resgatados, como o pilão e a peneira. Durante dois anos, as fotos dessas atividades foram registradas. E, no final, para elaborar o Guia, viu-se a necessidade de produzir fotos específicas. A Maninês já havia se apropriado de muitas receitas, já estava bem mais a vontade para falar frente às câmaras e já havia juntado vários utensílios. Com isso, foram feitas filmagens planejadas e as fotos que faltavam. Algumas fotos foram tiradas fora da aldeia, quando a Marinês e a Terezinha passaram uma semana na UNESP, em Botucatu. Outros conteúdos do Guia foram resultado de rodas de conversa com a participação do Cacique Leonardo, que trouxe para o debate a cosmovisão e cultura Guarani.

### **O que se encontra no Guia**

A apresentação faz referência a Tekoa Jejy-ty, se modo de vida e sua luta para a subsistência e preservação de sua cultura. A Tekoa Jejy-ty e outras comunidades da região consideram que sem a demarcação das terras não conseguirão alcançar a sua segurança alimentar e nutricional. Faz referência ao atendimento que recebem do Sistema Único de Saúde (SUS) e o quanto dos serviços precisam avançar para atender as demandas da comunidade. A Tekoa Jejy-ty fica muito perto de Iguape e, por essa razão, sofrem muito a influência dos Juruá (brancos). Destaca o papel das mulheres na preservação da culinária Guarani e relata que no dia-a-dia a alimentação da comunidade tem sido muito monótona porque há diversos fatores que dificultam a produção de alimentos na aldeia. Também faz referência à avaliação nutricional realizada na comunidade, com casos de desnutrição, obesidade, hipertensão e relatos de anemia. A discriminação social aparece como fator que prejudica a saúde mental. Por fim, conta como a construção do Guia foi uma oportunidade para rememorar os bons momentos e degustar boa comida.

No capítulo 2, se fala da **importância da alimentação para os povos Guaranis**. E a importância centra-se na preservação da cultura e conhecimento dos antepassados, no alimento como fonte de saúde que nutre o corpo e a alma. A alimentação promove a comunhão com a natureza e fortalece a vida em comunidade.

No capítulo 3, os alimentos são classificados em **alimentos da mata, dos rios, da roça, do quintal e da cidade**. Considera-se que nos rios, na roça e no quintal encontram-se os alimentos consumidos sem qualquer modificação. Basta tomar da natureza preparar e comer. Já os alimentos da cidade, não são apanhados da hora, passaram por modificações nas indústrias alimentícias, os quais podem ser classificados conforme o seu grau de processamento, quanto maior for a transformação desse alimento.

A **variedade de alimentos na refeição** foi tema do capítulo 4, neste capítulo discute-se a importância dos nutrientes nos alimentos e como os alimentos são agrupados para que se façam boas combinações nas refeições. Além disso, discute a importância dos cuidados sanitários com os alimentos. Nesse capítulo são apresentados diversos pratos da culinária guarani no contexto de combinações adequadas dos alimentos.

**Comer para alimentar o corpo e o espírito** remete ao alimento sagrado que para os Guaranis, o milho é o mais importante deles. Plantar, colher, preparar e comer as refeições em comunidade estão sempre associados a cerimônias no contexto da religiosidade dos povos Guaranis. No Guia dos povos Guaranis, os dez passos para a alimentação Guarani tiveram origem no Guia Alimentar da População Brasileira, com modificações.

**Quadro 1.** Dez passos para alimentação saudável, quadro comparativo, entre os guias.

<b>Guia dos Povos Guaranis</b>	<b>Guia Brasileiro</b>
1. Fazer de alimentos "in natura" a base da alimentação.	1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades.	2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.
3. Diminuir o consumo de alimentos da cidade.	3. Limitar o consumo de alimentos processados.
4. Evitar alimentos com ingredientes desconhecidos (ultraprocessados).	4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.
5. Comer com regularidade e atenção, na companhia da família ou da comunidade.	5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.
6. Dar preferência para alimentos produzidos na própria aldeia, nas aldeias vizinhas ou de produtores locais.	6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.
7. Valorizar as habilidades culinárias e os pratos típicos.	7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.
8. Procurar ter uma alimentação diversificada, que contemple todos os grupos alimentares.	8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.
9. Seguir os princípios de higiene no preparo e armazenamento dos alimentos.	9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

10. Compartilhar com todos os conhecimentos Guaranis para uma vida saudável.

10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

**Plantar, colher, preparar com cuidado para ter comida saudável** são práticas a serem cultivadas e um direito das comunidades indígenas. O exercício da cidadania e controle social é uma prática necessária para a realização desse direito.

A **Alimentação da Criança Guarani até os 2 anos de idade**, tem a vida em família e a amamentação como fatores fundamentais.

Todos os capítulos do Guia Brasileiro foram interpretados na cultura Guarani, conforme mostrado no quadro 2.

**Quadro 2.** Correspondência dos conteúdos nos dois guias.

<b>Guia dos Povos Guaranis</b>	<b>Guia Brasileiro</b>
A importância da alimentação para as comunidades Guaranis.	Princípios
Alimentos da mata, dos rios, da roça, do quintal e da cidade	A escolha dos alimentos
Variedade dos alimentos nas refeições	Dos alimentos à refeição
Comer para alimentar o corpo e o espírito.	O ato de comer e a comensalidade
Plantar, colher, preparar com cuidado para ter comida saudável	A compreensão e a superação de obstáculos
Dez passos da alimentação Guarani	Dez passos para uma alimentação adequada e saudável
Alimentação da criança Guarani.	Para saber mais

### **Considerações finais**

O Guia alimentar dos Povos Guaranis representa uma reinterpretação do Guia Alimentar Brasileiro, atendendo todas as suas diretrizes. No entanto, este Guia apresenta elementos concretos da realidade dos Guaranis no Vale do Ribeira, refletindo a sua luta para a sobrevivência e uma elevada capacidade de resiliência, em ambientes pouco favoráveis. E criar condições que favoreçam as práticas culinárias guaranis, vai além da garantia de um direito, é também um tributo à história alimentar do povo brasileiro, tão marcada pelos saberes indígenas.

### **Referências bibliográficas**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

## Capítulo 7

### **Formação em doenças crônicas para as equipes de saúde: desafios da educação a distância**

*Mariana Fagundes Cinti*

*Talita Cardoso Rossi*

*Carla Maria Vieira*

O desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é complexo, tornando necessárias ações que foquem no indivíduo e comunidade, e leve em consideração aspectos sociais, econômicos e culturais. Além de agravos decorrentes das DCNT, elas geram efeitos econômicos adversos para as famílias e as comunidades, e para o sistema de saúde. Frente a complexidade desses fatores, o cuidado aos usuários com essas comorbidades necessita de uma rede articulada e organizada de serviços (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

As equipes atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham papel fundamental para promoção da saúde, prevenção de doenças e redução dos agravos, por serem a porta de entrada e articuladora de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2021; MARIN *et al.*, 2017). Porém, existem lacunas no cuidado às pessoas com DCNT, como a dificuldade de desempenhar ações para o controle de fatores de risco, ausência de um diagnóstico precoce e dificuldade de manutenção do tratamento. Há também uma forte tendência de práticas de saúde embasadas em um modelo biomédico, individualista, tecnicista e baseado no modelo de cuidado a eventos agudos, caracterizado por uma insuficiência de ações de promoção da saúde e prevenção de enfermidades e a fragmentação dos cuidados dentro da RAS (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

#### **As metodologias de ensino e o Ensino a Distância (EaD)**

As atividades educativas do curso foram pensadas de maneira a proporcionar a aprendizagem significativa e a construção coletiva do saber (LIMA, 2017). Abordando aspectos relevantes para a mudança de práticas para promover a qualificação do processo de trabalho, e, assim, ser estratégica na qualificação do cuidado em saúde nos territórios.

Desde da regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), a Educação a Distância (EaD) está sendo utilizada de forma complementar ao ensino presencial ou totalmente em formato virtual, no âmbito da saúde. Há um uso crescente das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) nos processos educativos em saúde, sobretudo as digitais, confirmado pelo último censo realizado pela Associação Brasileira de Educação a Distância (ABED) que revelou a presença da EaD, em suas diversas modalidades, em todo o território nacional (LEMOS; DUTRA; REZENDE, 2021).



Tendo em vista a alta carga de trabalho dos profissionais da saúde, esse modelo de ensino torna-se viável por ampliar a flexibilidade, a acessibilidade nos serviços de saúde e garantir maior alcance territorial e disponibilidade para dedicação às atividades de formação. Assim, processos formativos virtuais facilitam o acesso desses profissionais ao conhecimento, de acordo com as suas necessidades e sua disponibilidade de horários (LEMOS; DUTRA; REZENDE, 2021).

As diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) enfatizam a importância da articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social, conferindo especial relevância ao contexto do trabalho como espaço educativo (BRASIL, 2018). Estas, ainda, ressaltam a importância de que as atividades educativas partem da problematização da realidade por seus atores de maneira a estar em consonância com as questões e desafios mais importantes em cada contexto (LEMOS; DUTRA; REZENDE, 2021).

Os recursos das metodologias ativas de ensino aprendizagem se mostram como caminhos para a efetivação dos princípios da aprendizagem significativa no ensino remoto para profissionais da área da saúde. Esses métodos promovem maior protagonismo dos educandos, utilizando estratégias conectadas com a prática profissional que favorecem o desenvolvimento da capacidade crítica em relação aos processos de trabalho (LIMA, 2017).

Nesse contexto, a oferta deste curso de formação se faz de extrema relevância, por abordar conteúdos de amplo alcance em DCNT e seus fatores de risco, de maneira acessível e embasado na realidade e dificuldades das equipes da APS. Com o objetivo de preparar essas equipes no enfrentamento às DCNT, na promoção do desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas para a prevenção e o controle dessas doenças e seus fatores de risco.

A modalidade EAD do curso “*A Gestão do Território na Linha de Cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis*”, foi idealizada e construída para os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde de 66 municípios do Estado de São Paulo.

A aproximação inicial com os municípios e a apresentação do processo formativo foram realizados por meio de encontros *online*. No entanto, devido a dificuldades logísticas, não foi possível estabelecer contato com as equipes de saúde da APS em todos os municípios envolvidos. Portanto, a opção foi realizar encontros presenciais em todos os municípios selecionados.

Os encontros presenciais foram uma ótima oportunidade para se aproximar dos diversos membros das equipes e tornar o processo de vínculo mais concreto, especialmente considerando que as equipes estavam retomando o trabalho presencial e enfrentando uma carga de trabalho intensa. Além disso, o contato direto com as equipes foi a estratégia escolhida para facilitar a resolução de dúvidas e tornar os profissionais parte ativa do processo. Isso foi especialmente importante, uma vez que o processo formativo proposto previa a participação ativa e o trabalho em equipe.

### *A construção e validação do currículo:*

Inicialmente, a equipe, composta pela coordenadora do projeto, estudantes bolsistas da área da saúde vinculados ao projeto e colaboradores da área da saúde e da área da educação, idealizou e elaborou um Projeto Político Pedagógico (PPP) para o curso. O documento descreve a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, referenciadas na pedagogia da problematização, crítica (BERBEL, 2012; BODERNAVE, 2005; BRASIL, 2004) e comprometida com a transformação social e do modelo de atenção em saúde, em consonância com a PNEPS (BRASIL, 2018), adotado para a estruturação do currículo desse curso.

Nele descrevemos o perfil de competência, detalhando os conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas para os egressos do curso. A construção desse documento se baseou em quatro contribuições: (1) na Chamada 28/2020 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS); (2) nas respostas do instrumento de diagnóstico<sup>3</sup>, que foi preenchido por cada uma das equipes das unidades de saúde dos municípios participantes do curso; (3) na análise qualitativa dos diários de campo realizados durante as visitas aos municípios e (4) na experiência em Atenção Primária à Saúde dos integrantes da equipe do projeto.

Em seguida, realizamos três painéis com especialistas (PINHEIRO; FARIAS; ABE-LIMA, 2013) para validação da metodologia. O primeiro painel teve o objetivo de discutir o referencial pedagógico do curso e os dois seguintes de validar o perfil de competências. Foi feito um encontro virtual com profissionais especialistas da área da educação, saúde e educação em saúde, para a apresentação e validação da metodologia e referencial pedagógico, em que foram expostos os principais aspectos do PPP e realizadas adequações após as considerações finais.

Os painéis de especialistas para validação do perfil de competência foram apresentados a profissionais especialistas da área acadêmica, da assistência em serviços de saúde das áreas da medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, educação física e um profissional do cargo de gestão. Para apresentar cada um dos itens do perfil de competências, utilizamos um formulário *online* (*Google Forms*) em que os participantes puderam incluir ou excluir itens que desejassem e achassem pertinentes, além de inserir comentários.

Concluída essa etapa, os itens aprovados e correspondentes aos conhecimentos, habilidades e atitudes quanto ao objetivo de aprendizagem foram agrupados de acordo com sua similaridade de temas e conteúdo, e deram origem aos dois eixos e dez módulos que compõem a carga horária assíncrona do curso, discorrido ao longo do próximo tópico.

---

Apresentado no capítulo 2

*A elaboração do conteúdo assíncrono do curso:*

Após a finalização do currículo, o curso pôde ser disponibilizado na plataforma Moodle, apoiada pelo NEAD.TIS da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista (UNESP), um Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA), e estruturado da seguinte maneira:

**Quadro 1.** Apresentação dos eixos e módulos do curso “A gestão do território na linha de cuidado das DCNT – 2022”

EIXO 1: SE APROXIMANDO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM DCNT NO TERRITÓRIO	
Módulo 1	Território como espaço de produção de saúde e doença
Módulo 2	O cuidado com as DCNT: o que dizem as diretrizes?
Módulo 3	O cuidado com as DCNT: fatores de risco
Módulo 4	O cuidado com a saúde do território
Módulo 5	As relações de cuidado: indivíduo
Módulo 6	As relações de cuidado: grupos
Aprendendo a sistematizar a experiência	
EIXO 2: AS LINHAS DE CUIDADO, REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA	
Módulo 1	A construção do SUS e APS no Brasil
Módulo 2	O modelo de atenção às condições crônicas
Módulo 3	A articulação da rede
Módulo 4	A vivência do usuário

O primeiro eixo, intitulado “Se aproximando do cuidado dos pacientes com doenças crônicas no território”, contou com seis módulos que abordaram conteúdos e atividades relacionadas ao território, aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), intersectorialidade, diretrizes clínicas das DCNT e manejo dos fatores de risco evitáveis (alimentação saudável, atividade física e tabagismo).

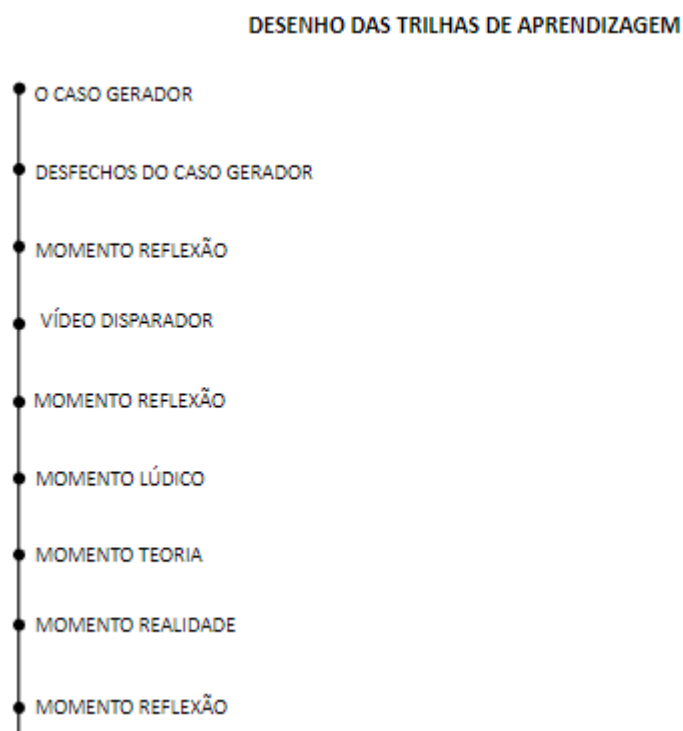
Também foi discutido e apresentada a abordagem do indivíduo e do coletivo, os conceitos de epidemiologia, estratificação de risco e indicadores em saúde.

Já o Eixo 2 intitulado “As linhas de cuidado, redes de atenção à saúde e itinerário terapêutico do paciente com doença crônica” abordou um conceito mais ampliado sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e como se dá a articulação dessas RAS, os sistemas de saúde, os Modelos de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e, também como acontece a experiência do usuário na busca pelo cuidado dentro dessa rede.

A partir disso, planejamos e estruturamos cada módulo em formato de percursos virtuais, chamados de trilhas de aprendizagem, que consistem em um conjunto integrado e sistemático de ações e metodologias de aprendizagem que visam desenvolver e oferecer possibilidades aos cursistas de trilhare e construir suas próprias experiências de aprendizagem (RAMOS; BICALHO, 2021). Com o objetivo de proporcionar aos cursistas condições de desenvolver o perfil de competências esperado, levando em consideração o nível de conhecimento de cada profissional. Dessa forma, cada cursista pôde seguir seu próprio itinerário dentro do curso, trilhar e construir sua própria experiência de aprendizagem (RAMOS; BICALHO, 2021).

As trilhas de aprendizagem foram pensadas em cada módulo seguindo um modelo pré-determinado, de acordo com a figura a seguir:

**Figura 1.** Desenho das trilhas de aprendizado utilizado na elaboração das atividades de cada módulo, 2022.



O objetivo foi introduzir o tema, proporcionar momentos de reflexão e crítica sobre a temática e suas ações pessoais a respeito, trazer a teoria de acordo com as diretrizes e referenciais teóricos do Ministério da Saúde e, também, que cada profissional compartilhasse sua vivência e experiência com os demais colegas.

Para trabalhar os conteúdos e possibilitar que as atividades pudessem ilustrar a realidade e tornar o curso mais dinâmico, utilizamos recursos audiovisuais e interativos, dispondo de Objetos Virtuais de Aprendizagem (OVAs) como animações, videoaulas com professores especialistas nos conteúdos abordados, documentários, imagens interativas, histórias em quadrinhos, *quizz*, entrevistas, nuvem de palavras, murais interativos e fóruns de discussão para partilha de experiências e itinerários no curso.

#### *Elaboração do conteúdo síncrono do curso:*

Os momentos síncronos foram compostos por *lives* transmitidas pela plataforma *Youtube* na primeira semana de curso para acolher os participantes e, também, no decorrer do curso, conduzidos por especialistas nos temas abordados e que objetivaram promover uma maior interação entre os cursistas e especialistas.

#### **Análise das atividades desenvolvidas**

Uma vez que todos os módulos foram disponibilizados na plataforma, com tempo hábil para sua realização, participantes da equipe do projeto ArticulaRRAS se reuniram em dois momentos de caráter avaliativo. Os encontros contaram com a presença de membros da equipe de idealização e produção de conteúdo do curso, da equipe de tutores, que acompanharam os cursistas durante o curso com *feedback* de atividades avaliativas, e da equipe que realizava visitas a campo, que tiveram contato direto com os cursistas antes e após o início do curso, de forma a obter uma representatividade dos diversos âmbitos do projeto e processo formativo.

Inicialmente foi disponibilizado um formulário no *Google Forms* composto por dois campos para descrição de potencialidades e fragilidades relacionadas ao processo formativo, que foi preenchido antes da reunião, de acordo com a visão de cada uma das pessoas envolvidas. Foi agendada uma reunião *online*, mediada por uma das participantes, na qual cada um dos presentes pôde expor sua perspectiva. Com o apoio de uma ferramenta de apresentação interativa, os pontos positivos e negativos foram identificados a partir da fala dos profissionais envolvidos e agrupados em núcleos de sentido (MINAYO, 2014) apresentados a seguir.

Dentre as potencialidades e fragilidades percebidas, podemos destacar seis categorias: conteúdo e proposta pedagógica, o trabalho em equipe, os recursos, dificuldade em responder com singularidade e equipe reduzida do ArticulaRRAS, problemas de comunicação e dificuldade dos educandos.

## **Conteúdo e proposta pedagógica**

Em relação ao conteúdo e metodologia proposta no curso, os membros da equipe participantes apontaram a proximidade pessoal à prática profissional, como vantagem para planejar as atividades apresentadas e promover um diálogo entre teoria e prática de forma problematizadora.

A partir do contato com o curso, foram identificadas mudanças na prática profissional dos cursistas, como a retomada de grupos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mudanças no processo de trabalho e maior compreensão de manejo das DCNT por parte de outros núcleos profissionais além da categoria médica. Também foi destacada a importância na elaboração do conteúdo a partir do perfil de competências validado por especialistas, de forma a favorecer o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes alinhadas com as diretrizes clínicas e políticas públicas.

## **O trabalho em equipe do ArticulaRRAS**

O trabalho em equipe para a elaboração dos conteúdos do curso foi identificado como potencialidade. Foram destacados pontos como a experiência de trabalho prévia na APS, por parte dos idealizadores, como um ponto positivo, uma vez que permitiu uma maior compreensão das problemáticas levantadas a partir da etapa diagnóstica do projeto. As reuniões periódicas e uma equipe com habilidades para além do núcleo profissional, também foram identificadas como potencialidade na criação de conteúdos e estratégias pedagógicas diversificadas.

Além disso, a presença de uma articuladora entre as equipes envolvidas facilitou a comunicação e resolução de problemas identificados nos diferentes grupos de trabalho de forma integrada.

## **Recursos**

O fato de o curso ter sido ofertado predominantemente de forma remota permitiu o acesso de profissionais em locais diversificados, com escassa oferta de polos de ensino com ofereçam cursos de educação permanente e continuada. Além disso, a plataforma utilizada para a oferta do curso foi apontada como de fácil manejo por parte dos idealizadores do curso, o que permitiu que os conteúdos fossem organizados de forma a permitir uma fácil navegação para os educandos. Por outro lado, tutores e educandos relataram dificuldades em navegar na plataforma, o que dificultou a oferta de *feedbacks* e as postagens de atividades. Outro ponto levantado foi a pluralidade de recursos de fácil utilização para criação de OVAs como editores de áudio, vídeo, imagens e animações, plataformas interativas, plataformas de gamificação, dentre outros, o que permitiu a elaboração de conteúdos dinâmicos e atraentes para os educandos. Porém, foi identificada a falta de apoio tecnológico e espaço físico adequado para realização do curso nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia de Saúde da Família.

## **Dificuldade de responder com singularidade e equipe reduzida do ArticulaRRAS**

O grande número de inscritos foi identificado como uma potencialidade, contudo, uma equipe reduzida para elaboração e execução do curso impossibilitou que houvesse respostas mais individualizadas em relação à demanda emergente de dúvidas e devolutivas dos educandos, o que possivelmente fragilizou a adesão contínua ao curso por um maior número de pessoas. A equipe reduzida do ArticulaRRAS também significou dificuldades para responder às vicissitudes do cotidiano, o que, em momentos, fragilizou o processo de trabalho dos grupos com entrada e saída de profissionais, situações de saúde e conciliação de carga horária com outros vínculos empregatícios.

## **Problemas de comunicação**

Problemas na comunicação foram apontados como uma fragilidade, tanto para o trabalho das equipes de elaboração e execução do curso, quanto para a realização do curso por parte dos educandos. A falta de comunicação entre gestores, e articuladores locais, com os educandos dificultou a adesão uma vez que a carga horária pactuada não foi garantida de forma adequada para realização do curso.

Os momentos síncronos também tiveram fragilidades em seu formato, com similaridades à lógica de transmissão de conteúdo, o que impossibilitou uma comunicação mais horizontalizada e maior participação dos educandos. Entre as equipes do projeto, a falta de comunicação em momentos significou conteúdos de aula repetitivos. E por último, também não foi possível garantir uma comunicação efetiva entre os participantes do curso, o que trouxe possíveis fragilidades em relação ao vínculo e senso de grupalidade.

## **Dificuldades dos educandos**

Foram identificadas dificuldades em relação à carga horária e trabalho em equipe por parte dos educandos, a partir do relato das profissionais participantes tiveram contato direto com os educandos em visitas de campo. Em relação à carga horária do curso, esta foi considerada extensa e com aulas muito longas. Por outro lado, a gestão não garantiu horários definidos para a realização do curso, como pactuado no início. Nesse sentido, a adesão ficou fragilizada pela percepção de que o curso não cabia na rotina de trabalho dos profissionais. Também em relação à garantia de horário, o trabalho em equipe representou um desafio uma vez que nem sempre era possível realizar encontros entre os diversos núcleos profissionais, o que representa fragilidades em relação ao processo de trabalho.

## **Próximos passos**

Concluimos que, apesar de haver potencialidades como a experiência da equipe de planejamento e execução do curso na APS, que possibilitou entender as problemáticas de processo de trabalho dos profissionais nesse nível de

atenção, os cursistas tiveram dificuldade em realizar as atividades, de carga horária e conteúdo extenso, segundo as devolutivas dos mesmos, por não haver tempo hábil garantido e disponibilizado para isso, e isso fragilizou o acompanhamento e continuidade do curso. Sendo assim, é importante pensar em atividades que abordem conteúdos essenciais de maneira compacta e reforçar a garantia do tempo e recursos tecnológicos para realização das atividades, por parte dos gestores dos municípios.

A comunicação entre os grupos de trabalho da equipe do ArticulaRRAS e com os cursistas, se apresentou como chave essencial para o caminhar do curso. Dessa forma, momentos síncronos em plataformas que permitam maior interação entre ministrantes de conteúdo e educandos se faz de extrema importância, além de maior disponibilidade de tutores, para garantir devolutivas qualificadas e construtivas a todos os educandos. Além de reuniões com maior periodicidade entre as equipes do ArticulaRRAS.

### **Referências bibliográficas**

BERBEL, N.A.N. **A metodologia da problematização com o Arco de Mareguéz - uma reflexão teórico-epistemológica**. Editora da Universidade Estadual de Londrina - EDUEL, Londrina, 2012.

BORDENAVE, J.D. **El método del arco, una forma de hacer educación problematizadora**. Edición Decisio Educación Popular, 2005.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Portaria GM/MS no 198 de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 14 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria de consolidação no 1, de 2 de junho de 2021. **Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2021.

LIMA, V.V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Revista Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421- 434, 2017.



MARIN, M. J. S.; NASCIMENTO, E. N.; TONHOM, S. F. da R.; ALVES, S. B. D. A.; OTANI, M. A. P.; GIROTTO, M. A.; SILVA, L. C. de P. e. Educação permanente: avanços de uma especialização em Saúde da Família na modalidade a distância. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 4, 2017

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LE MOS, A.S.P; DUTRA, E.B.; REZENDE, M.J. Tecnologias digitais para a educação permanente em saúde: uma revisão de escopo de experiências nacionais. In: GUIZARD, F.L.; DUTRA, E.B.; PASSOS, F.M.D. **Em mar aberto: perspectivas e desafios para o uso de tecnologias digitais na Educação Permanente em Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2021, p. 15-73.

PINHEIRO, J.Q.; FARIAS, T.M.; ABE-LIMA, J.Y. Painel de Especialistas e Estratégia Multimétodos: Reflexões, Exemplos, Perspectivas. **Revista PUCRS Psicologia**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 184-192, 2013.

RAMOS, W.M.; BICALHO, R.N.M. trilhas de aprendizagem aplicadas no e-learning para a educação permanente dos profissionais de saúde. In: GUIZARD, F.L.; DUTRA, E.B.; PASSOS, F.M.D. **Em mar aberto: perspectivas e desafios para o uso de tecnologias digitais na Educação Permanente em Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2021, p. 144-190.

SILOCCHI, C., JUNGES, J.R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 599-615, maio/ago, 2017.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto ArticulaRRAS foi desenvolvido em quatro eixos: diagnóstico, formação, avaliação e comunicação. Neste livro foram relatadas as experiências que envolveram maior interação com as pessoas e municípios. A parte do diagnóstico de dados secundários, assim como todas as atividades de comunicação envolveram a construção de uma plataforma virtual e essa experiência não foi relatada aqui, mas poderá ser explorada na plataforma do ArticulaRRAS ([www.articularras.com.br](http://www.articularras.com.br)). Além de outras iniciativas não constam aqui os resultados da avaliação final, obtidos por meio de grupos focais com as equipes de saúde e gestores.

Além de tudo, um projeto iniciado em plena pandemia de Covid-19, 2021, não pode menosprezar esse evento, como desarticulador dos serviços promoção da saúde e cuidados das condições crônicas e que certamente interferiu na adesão às atividades do projeto.

A presença da academia nos processos de políticas públicas tem se mostrado uma estratégia promissora na qual há que se investir esforços na construção de pontes e parcerias. Também no contexto do Projeto ArticulaRRAS, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade e o trabalho em rede foram processos que exigiram grande empenho, por serem ainda pouco vivenciados, o que nos lembra Antônio Machado, dramaturgo espanhol “Caminante, no hay camino, se hace camino al andar” (Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao andar). E ao caminhar é que se descobrem os atalhos. Para a próxima caminhada, com a experiência do ArticulaRRAS, teremos o mapa de mais alguns deles. E desejamos, ao divulgar nossas experiências, que mais pessoas possam se beneficiar delas.

*Maria Rita Marques de Oliveira*