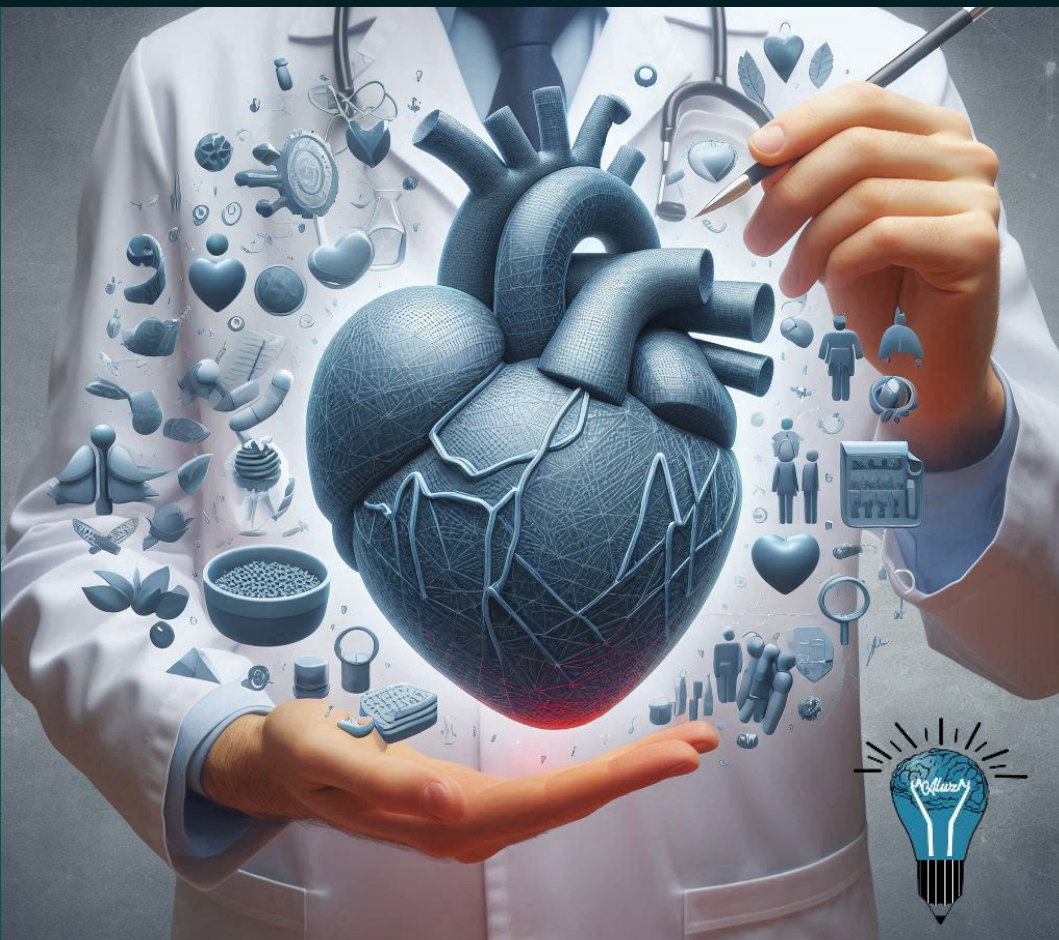
Saúde & Educação

Pesquisa, Sociedade e Transversalidade

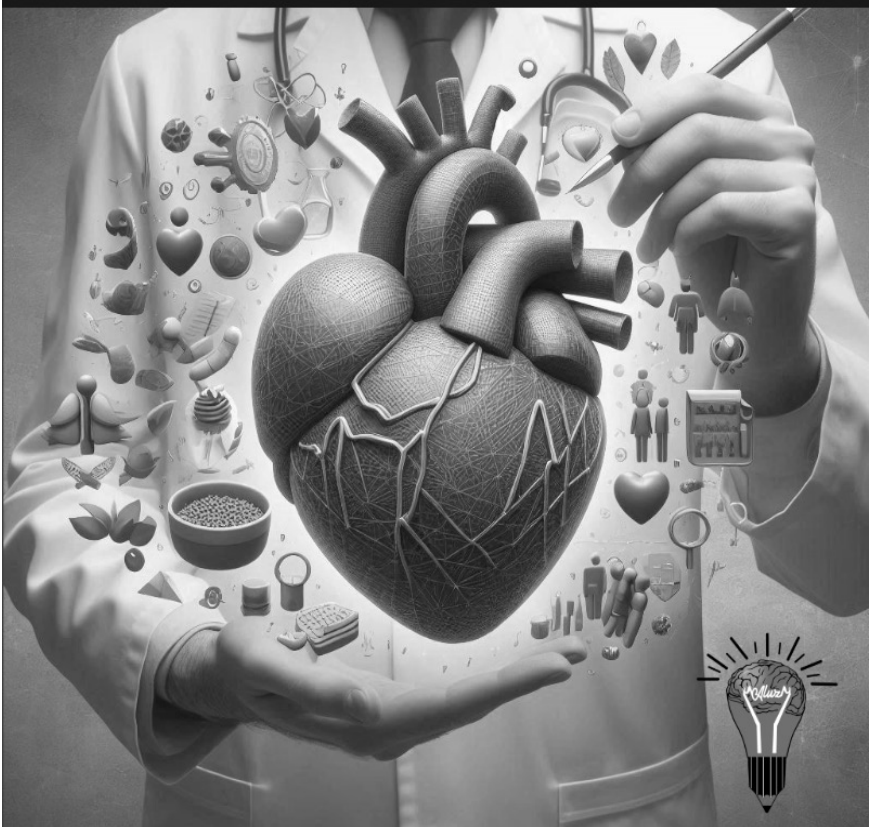
Jemima dos Santos Carvalho da Silva
Cássia Rozária da Silva Souza
Daniely de Souza Nakamura
Gedryka Tayana de Almeida Stein
Cintia Raquel Canhete
Estela Canhete
Carlos José Domingos Alface



Saúde & Educação

Pesquisa, Sociedade e Transversalidade

Jemima dos Santos Carvalho da Silva
Cássia Rozária da Silva Souza
Daniely de Souza Nakamura
Gedryka Tayana de Almeida Stein
Cintia Raquel Canhete
Estela Canhete
Carlos José Domingos Alface



Diretora: Bárbara Aline Ferreira Assunção
Produção Gráfica, Capa, Diagramação: Editora Aluz
Revisão Técnica: Karoline Assunção
Jornalista Grupo Editorial Aluz: Barbara Aline Ferreira Assunção, MTB 0091284/SP
Bibliotecária Responsável: Sueli Costa, CRB-8/5213

CARO LEITOR,
Queremos saber sua opinião sobre nossos livros. Após a leitura, siga-nos no Instagram @revistarcmos e visite-nos no site https://submissoesrevistacientificaosaber.com/livros/

Copyright © 2024 by Jemima dos Santos Carvalho da Silva; Cássia Rozária da Silva Souza; Daniely de Souza Nakamura; Gedryka Tayana de Almeida Stein
Cintia Raquel Canhete; Estela Canhete; Carlos José Domingos Alface
EBPCA - Editora Brasileira de Publicação Científica Aluz

Contato:
Email: rcmos.rev@gmail.com
Telefone: +55 11 97228-7607
Prefixos Editoriais:
ISSN 2675-9128
ISBN 978-65-994914
ISBN 978-65-996149
ISBN 978-65-995060
DOI 10.51473

Endereço: Rua Benedito Carlixto, 143, térreo – Centro, SP, Mongaguá, Brasil | CEP: 11730-000. CNPJ 30006249000175

https://submissoesrevistacientificaosaber.com/livros/

Conselho Editorial:
Pós-Dra. Fabíola Ornellas de Araújo (São Paulo, Brasil)
Pós-Dr. José Crisólogo de Sales Silva (São Paulo, Brasil)
Pós-Dr. Sérgio Nunes de Jesus (Rondônia, Brasil)
Dr. Maurício Antônio de Araújo Gomes (Massachusetts, Estados Unidos)
Dr. Jorge Adrihan N. Moraes (Paraguai)
Dr. Eduardo Gomes da Silva Filho (Roraima, Brasil)
Dr. Eliuvomar Cruz da Silva (Amazonas, Brasil)
Dra. Ivanise Nazaré Mendes (Rondônia, Brasil)
Dra. Maria Cristina Sagário (Minas Gerais, Brasil)
Dra. Silvana Maria Aparecida Viana Santos (Espírito Santo, Brasil)
Dra. Celeste Mendes (São Paulo, Brasil)
Dr. Ivanildo do Amaral (Assunção, Paraguai)
Dr. Luiz Cláudio Gonçalves Júnior (São Paulo, Brasil)
Dr. José Maurício Diascânio (Espírito Santo, Brasil)
Dr. Geisse Martins (Flórida, Estados Unidos)
Dr. Cyro Masci (São Paulo, Brasil)
Dr. André Rosalem Signorelli (Espírito Santo, Brasil)
Me. Carlos Jose Domingos Alface (Maputo, Moçambique)
Me. Carlos Alberto Soares Júnior (Fortaleza, Ceará, Brasil)
Me. Michel Alves da Cruz (São Paulo-SP, Brasil)
Me. Paulo Maia (Belém, Pará, Brasil)
Me. Hugo Silva Ferreira (Minas Gerais, Brasil)
Me. Walmir Fernandes Pereira (Rio de Janeiro-RJ, Brasil)
Me. Solange Barreto Chaves (Vitória da Conquista, Bahia, Brasil)
Me. Rita de Cassia Soares Duque (Mato Grosso, Brasil)

Revisores:
Guilherme Bonfim (São Paulo, Brasil)
Felipe Lazari (São Paulo, Brasil)
Fernando Mancini (São Paulo, Brasil)

Equipe Técnica:
Editora-chefe: Bárbara Aline Ferreira Assunção
Editor de Publicações: Luiz Fernando Souza Mancini

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Saúde e Educação Pesquisa, Sociedade e Transversalidade. Livro Digital - PDF
1. Ed – São Paulo: EBPCA - Editora Brasileira de Publicação Científica Aluz, 2024.
ISBN: 978-65-85931-
DOI: 10.51473/ed.al.sep
CDD-370
Índices para catálogo sistemático:
1. I. saúde. 2. educação 3. sociedade I Jemima dos Santos Carvalho da Silva; Cássia Rozária da Silva Souza; Daniely de Souza Nakamura; Gedryka Tayana de Almeida Stein; Cintia Raquel Canhete; Estela Canhete; Carlos José Domingos Alface
2. (Org.) Título
3. CDD-340

Índices para catálogo sistemático:
1. Educação

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009

Agradecimentos

A realização deste e-book, foi possível graças ao apoio, à colaboração e ao trabalho conjunto de diversas pessoas e instituições. Gostaríamos de expressar nossa gratidão a todos que contribuíram para a concretização deste projeto.

Em primeiro lugar, agradecemos aos autores e colaboradores que, com seus conhecimentos e experiência, enriqueceram este trabalho. Sua dedicação e comprometimento com a pesquisa e a prática em saúde e educação foram fundamentais para o sucesso deste e-book.

Aos nossos colegas organizadores, pela dedicação, coordenação e empenho em todas as etapas do processo editorial. A troca de ideias e a colaboração mútua foram essenciais para a realização deste projeto.

Aos nossos familiares e amigos, pelo apoio emocional e incentivo contínuo durante a realização deste trabalho. Suas palavras de encorajamento nos deram forças para seguir adiante.

Por fim, dedicamos este e-book a todos os profissionais e pesquisadores que atuam nas áreas da saúde e educação, cujos esforços diários impactam diretamente na construção de uma sociedade mais inclusiva e saudável.

Nosso sincero agradecimento!

Os Organizadores.

Introdução

Este livro oferece uma abordagem transversal, onde saúde e educação são tratados como forças complementares que moldam a qualidade de vida dos indivíduos e o desenvolvimento sustentável da sociedade. O volume reúne pesquisas e experiências, destacando estratégias inovadoras e práticas bem-sucedidas que contribuem tanto para a promoção da saúde quanto para a evolução educacional.

Os capítulos cobrem desde a participação comunitária e a sustentabilidade como pilares de promoção da saúde, até os desafios da qualidade de vida e da saúde mental na sociedade contemporânea. A tecnologia também é um ponto central, sendo abordada como uma ferramenta para humanização e avanços tanto no campo da saúde quanto da educação.

Além disso, temas como educação ambiental, saúde coletiva, saúde infantil e inovações digitais são explorados, oferecendo uma visão integradora sobre as dinâmicas que permeiam esses campos. Assim, o e-book convida os leitores a refletirem sobre as possibilidades de transformação social por meio de ações e políticas que envolvem tanto o setor educacional quanto o de saúde.

Os autores, por meio de suas pesquisas e experiências práticas, proporcionam ao leitor uma compreensão dos desafios e das soluções que surgem quando saúde e educação caminham lado a lado, destacando a importância da participação coletiva, da sustentabilidade e da inovação.

Sumário

Introdução.....6

1 Participação Comunitária e Sustentabilidade: Estratégias para Promoção da Saúde.....8
Cássia Rozária da Silva Souza; Bárbara Aline Ferreira Assunção

2 Qualidade de Vida e Saúde Mental: Desafios e Soluções na Sociedade Moderna.....32
Arthur Amorim Silva; Indianara Lehrbach Bento Brusco; Isac da Silva Macêdo

3 Tecnologia e Humanização: Avanços Digitais e Cuidados Personalizados na Saúde e Educação.....50
Bárbara Aline Ferreira Assunção

4 Educação Ambiental e Saúde: Conexões para um Futuro Sustentável.....60
Bruna Custódio

5 Promoção da Saúde Infantil: Fortalecendo Parcerias entre Escola, Família e Comunidade.....80
Carlos José Domingos Alface; Bruna Custódio

6 Políticas de Saúde Coletiva: Impacto na Sociedade Moderna.....96
Carlos José Domingos Alface

7 Programa Saúde da Família: Transformando Vidas com Cuidados Integrados.....112
Bruna Custódio; Maurício Akira Kimura Nakamura; Daniely de Souza Nakamura; Dayane Franco de Moura; Jemima dos Santos Carvalho da Silva; Laudelina Mary Luz Costa

8 Inovações em Saúde Digital: Aplicações de Telemedicina e e-Saúde.....130
Cássia Rozária da Silva Souza; Carlos José Domingos Alface

9 Bioética e Direitos Humanos na Saúde e Educação.....154
Cássia Rozária da Silva Souza

10 Saúde Bucal e sua Integração com a Comunidade.....173
Paloma Kheltry da Silva Macêdo; Carlos José Domingos Alface

1

Participação Comunitária e Sustentabilidade: Estratégias para Promoção da Saúde

Cássia Rozária da Silva Souza

Bárbara Aline Ferreira Assunção

DOI: 10.51473/ed.al.sep1



INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (2000) reconhece o SUS como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, destacando seu escopo que vai desde atendimentos ambulatoriais simples até transplantes de órgãos. O sistema assegura atendimento integral, universal e gratuito para toda a população do país, sendo estruturado sobre três diretrizes básicas: descentralização dos serviços, participação da comunidade por meio dos conselhos de saúde e atendimento integral (Brasil, 2000).

Muitos não compreendem SUS, e essa falta de conhecimento tem sido explorada por alguns governantes e lideranças políticas para autopromoção, como se fosse um benefício concedido aos menos favorecidos, quando, na verdade, é um direito garantido pela Constituição e um dever do Estado. Um dos princípios do SUS é Participação Popular: Incentivo à democratização do conhecimento sobre saúde e doença, estimulando a organização comunitária para o controle social efetivo do sistema.

A importância de um atendimento mais humanizado no SUS, reconhecida pela Constituição Federal de 1988, é reiterada pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que visa melhorar as relações entre profissionais de saúde e a comunidade.

Embora o ocidente enfatize diagnósticos-padrão universais, é fundamental não esquecer as características básicas do funcionamento humano. Inserindo-se em comunidades de valores, operando de modo sistêmico e internalizando significados

culturais, as pessoas carregam dimensões psicossomáticas e evolutivas intencionais.

Independentemente das diferenças nos sistemas culturais, há elementos comuns, como sistemas de classificação de doenças, crenças sobre causas e tratamentos, explicações de cura por especialistas respeitados e normas culturais sobre o papel de doente (Lencastre, 2015).

Medicinas tradicionais, baseadas em teorias holistas, aliviam o sofrimento ao abordar contextos mais amplos, sem sobrecarregar o paciente com responsabilidade individual pela patologia, estabelecendo uma analogia entre a cura individual e a harmonia comunitária.

Pena e Gomes (2014) acreditam que a informalidade e a baixa renda mensal dessas atividades muitas vezes impõe um ritmo de trabalho exaustivo, gerando problemas de saúde, e ainda, condições de saneamento básico desfavoráveis, como a falta de local adequado para prática das necessidades fisiológicas, sendo realizadas quase sempre no ambiente natural de trabalho, contribuindo para péssimas condições de higiene. Somando-se a isso, alguns locais ainda possuem outros riscos, como por exemplo aqueles cercados por polos industriais, que transformam o modo de vida das comunidades locais, além de alterar as características do território e do meio ambiente.

MARCO TEÓRICO

Aspectos Históricos do Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil

Para entender os aspectos históricos do acesso aos serviços de saúde no Brasil, é preciso reconhecer que ter acesso a esses serviços implica na disponibilidade deles, e em utilizá-los no momento adequado e em condições apropriadas para que gerem resultados positivos. Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde envolve variáveis como a disponibilidade dos serviços e a percepção individual sobre saúde e necessidade de cuidados médicos.

Ao examinar a história do Sistema Único de Saúde (SUS), é evidente que sua formação está ligada a crises de saúde pública. As primeiras configurações do SUS podem ser observadas no início do século XX, quando o Brasil enfrentava diversas epidemias de doenças infectocontagiosas, como malária, varíola, febre amarela e cólera, que demandavam medidas estratégicas para proteger a saúde da população.

O desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro ocorreu em um cenário de crises contínuas, com estratégias sendo ajustadas conforme as necessidades surgiam. Ribeiro e Moreira (2016) apontam que as primeiras estratégias foram centradas em campanhas sanitárias para combater epidemias, adotando uma estrutura de saúde caracterizada por centralização, tecnicidade, burocracia e corporativismo. Além disso, essas campanhas tinham um caráter autoritário, com vacinação obrigatória, o que

gerou resistência, culminando na Revolta da Vacina em 1904.

Uma mudança nesse modelo mais autoritário ocorreu em 1920, quando o Departamento Nacional de Saúde foi reestruturado para focar em campanhas educativas visando a promoção da saúde e a adesão voluntária às vacinas. Esse período marcou o início da Previdência Social no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923 pela Lei Eloy Chaves (Lei nº 4.682), que organizou o seguro social através de contribuições de empregados, empregadores e do Estado, oferecendo aposentadoria, pensão por morte e assistência médica.

A Lei Eloy Chaves é considerada o marco inicial da Previdência Social no Brasil, abrangendo empregados de setores como portuário, telegráfico, água, energia, transporte aéreo, gás e mineração, estabelecendo 183 caixas de aposentadorias e pensões. A Seguridade Social, estabelecida pelo Direito, visa atender às necessidades sociais e tem evoluído de acordo com as circunstâncias sociais (Lencastre, 2015).

Em 1942, Lord Beveridge no Reino Unido separou o seguro social dos serviços sociais, definindo a Seguridade Social como uma responsabilidade estatal para o bem comum. Esse conceito inspirou uma nova fase da Seguridade Social, voltada para garantir uma existência digna por meio de ações públicas eficazes, para mitigar as necessidades sociais. No mesmo ano, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que visava cobrir áreas não atendidas pelos serviços tradicionais. A história do SUS está ligada à Previdência Social, refletindo a busca por proteção social de ambos os institutos.

Em 1960, a Lei nº 3.807/1960, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), ampliou os benefícios,

incluindo auxílios como natalidade, funeral e reclusão, e estendeu a assistência social a novas categorias profissionais. No entanto, a LOPS excluía trabalhadores rurais, o que levou à criação, em 1963, da Lei nº 4.214, estabelecendo o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRAL) para integrá-los ao sistema existente.

Seis anos depois, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que unificou as instituições previdenciárias sob controle governamental total. Até o final da década de 1970, a situação financeira era favorável devido ao rápido processo de industrialização e urbanização, resultando em um fluxo positivo entre contribuintes e beneficiários.

O modelo de atenção à saúde evoluiu para uma estrutura em rede, com a Atenção Primária à Saúde (APS) sendo um ponto central de estratégia assistencial e financeira. A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido em 1920, no relatório Dawson, que recomendava uma organização em diversos níveis: serviços domiciliares, centros de saúde primários, secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino (Mendes, 2015).

O acesso à saúde no Brasil foi estruturado pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), um movimento científico-político que fundamentou a Constituição Federal de 1988 e guiou a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. A reforma trouxe a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, direcionando as políticas públicas de saúde do país. A Reforma Sanitária Brasileira dos anos 1980 resultou na criação do SUS, um sistema universal, descentralizado e integral de saúde. Estabelecido pela Constituição Federal de 1988, o SUS introduziu princípios de universalização do acesso, integralidade das ações de saúde,

regionalização dos serviços e hierarquização dos níveis de atenção. Com a criação do SUS, houve uma mudança para um modelo de saúde que vai além da abordagem biomédica, integrando a assistência à saúde com as condições e determinantes da saúde-doença-cuidado. Em 1990, a Lei Orgânica de Saúde (LOS) reforçou o papel da sociedade na saúde e enfatizou a necessidade de políticas intersetoriais para melhorar as condições de vida e a saúde da população (Paim, 2017).

A LOS definiu o sistema de saúde como responsável por garantir acesso universal e equitativo, com base nas necessidades dos usuários e nos princípios de descentralização, regionalização, hierarquização e participação. Esses princípios foram fundamentais para a operacionalização do SUS, incluindo a inclusão de populações rurais nas políticas de saúde.

O SUS possui um modelo hierarquizado, com a Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada, visando resolver a maior parte dos problemas de saúde e oferecer um atendimento mais humanizado, integral e contínuo. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) no Ceará, reorientando o modelo de assistência à saúde para ações preventivas e curativas, com equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, focando no cadastramento das famílias e nas visitas domiciliares.

Para discutir os aspectos históricos do acesso aos serviços de saúde no Brasil, é necessário compreender que o acesso à saúde pública envolve a disponibilidade dos serviços, e a sua adequação em termos de tempo e condições, para que sua utilização possa gerar resultados positivos. Dessa forma,

o conceito de acesso à saúde inclui variáveis como a oferta de serviços e a percepção individual sobre saúde e necessidade de cuidado.

Ao examinar o histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que sua evolução é e marcada por crises de saúde pública. As primeiras configurações do SUS datam do início do século XX, quando o Brasil enfrentava epidemias de doenças infecciosas como malária, varíola, febre amarela e cólera, que demandavam medidas estratégicas para promover a saúde da população.

A construção do sistema de saúde no Brasil foi progressiva e adaptativa, com estratégias emergindo conforme as necessidades do momento. Ribeiro e Moreira (2016) indicam que as primeiras estratégias envolviam campanhas sanitárias voltadas para combater epidemias, com uma estrutura de saúde caracterizada por centralização, técnica, burocracia e corporativismo. Essas campanhas levaram a resistência, como a Revolta da Vacina de 1904, que se opôs à obrigatoriedade da vacinação.

Uma mudança para um modelo menos autoritário ocorreu em 1920, quando o Departamento Nacional de Saúde foi reestruturado para promover campanhas educativas, substituindo o viés autoritário por uma abordagem de saúde baseada em educação e voluntariedade. Nesse período, surgiu a Previdência Social no Brasil.

A Previdência Social teve seu marco inicial em 1923 com a Lei Eloy Chaves (Lei nº 4.682), que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Essa lei estabeleceu o seguro social por meio de contribuições de empregados, empregadores e da União, oferecendo aposentadoria, pensão por morte e

assistência médica. A legislação inicial abrangia trabalhadores de empresas portuárias, serviços telegráficos, água, energia, transporte aéreo, gás e mineração.

O conceito de Seguridade Social, desenvolvido por Lord Beveridge em 1942, no Reino Unido, dividiu o seguro social dos serviços sociais. Os serviços sociais foram encarados como responsabilidades do Estado, uma mudança para garantir uma existência digna por meio de ações públicas eficazes. Nesse mesmo ano, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado para cobrir áreas não contempladas pelos serviços tradicionais.

A Lei nº 3.807/1960, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), ampliou os benefícios previdenciários e incluiu novas categorias profissionais, embora tenha excluído trabalhadores rurais. A Lei nº 4.214 de 1963, instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRAL) para integrar esses trabalhadores ao sistema. Em 1969, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) foi criado para unificar as instituições previdenciárias, e o governo passou a ter controle total do sistema.

A evolução do sistema de saúde levou à estruturação dos serviços em rede, destacando a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), que surgiu no Reino Unido em 1920, no relatório Dawson, e propôs uma organização em diversos níveis de atendimento (Mendes, 2015).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) dos anos 1980 foi um marco culminando com a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988. O SUS estabeleceu um modelo de saúde universal, descentralizado e integral, baseado nos princípios de universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização

da atenção. A Lei Orgânica de Saúde (LOS) de 1990 seguiu esses princípios, enfatizando a responsabilidade compartilhada pela saúde e a necessidade de intervenção sobre determinantes sociais (Paim, 2017).

O SUS organiza a Atenção em três níveis: Primário, Secundário e Terciário. A Atenção Primária, a principal porta de entrada do sistema, visa resolver a maioria dos problemas de saúde de forma humanizada e integral. A Atenção Secundária é realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), focando em procedimentos de média complexidade. A Atenção Terciária inclui hospitais de urgência e emergência, oferecendo cuidados especializados e de alta complexidade.

Os serviços de reabilitação no SUS atendem casos que requerem acompanhamento contínuo após tratamento inicial, destacando a importância de atividades físicas e esportes adaptados na recuperação.

Um marco foi a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF) em 2011, que visou melhorar o acesso à saúde para populações rurais e marginalizadas (Brasil, 2013). O Programa Mais Médicos, criado em 2013, foi uma estratégia para aumentar a presença de médicos em áreas com escassez, mas foi descontinuado em 2019, resultando em uma crise de acesso a serviços de saúde em áreas remotas (Franco et al., 2019).

Um levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 2018 revelou que a descontinuação do Programa Mais Médicos deixou 284 municípios brasileiros, em 19 estados, sem cobertura de Atenção

Primária. É importante observar que essa análise não incluía a situação nos estados do Ceará, Amazonas e Espírito Santo, indicando que o déficit pode ser ainda maior (Andrade Jr, 2019). Esse cenário evidencia a grave problemática enfrentada pelas populações do campo, da floresta e das águas no acesso à saúde, que se agravou com o término do Programa no final de 2018.

A situação é ainda mais crítica devido à falta de interesse de médicos brasileiros em trabalhar nessas áreas. Muitos profissionais evitam atuar em localidades indígenas ou em municípios do interior nordestino, buscando evitar o isolamento. Isso destaca a dependência do país em relação a médicos estrangeiros.

Apesar dos avanços no acesso aos serviços de saúde no Brasil, os esforços para atender às necessidades das populações rurais são relativamente recentes. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF), criada em 2011, revelou a histórica invisibilidade e negligência dessas comunidades. Em 2019, os desafios persistem e, em alguns casos, houve retrocessos, com municípios que tinham cobertura de médicos enfrentando a escassez ou a ausência total de profissionais, evidenciando a necessidade de um enfoque mais atento às necessidades das populações do campo, da floresta e das águas, considerando a dívida histórica na garantia de seu direito à saúde.

Portanto, é evidente que, apesar dos avanços alcançados pelo SUS ao longo de sua trajetória, não há possibilidade de extinção deste sistema, dado seu papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na proteção da cidadania e na satisfação das necessidades da população.

Fatores que Influenciam o Acesso de uma População aos Serviços de Saúde

Vários fatores podem dificultar o acesso de uma população aos serviços de saúde, incluindo barreiras como baixa cobertura populacional, restrição dos serviços oferecidos, altos custos de oportunidade, barreiras financeiras, culturais e geográficas (Brasil, 2015). Esses desafios são relatados em estudos científicos.

No trabalho de Carvalho et al. (2018), intitulado "Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte", foi concluído que diferenças regionais em aspectos geográficos e organizacionais podem impactar o acesso às unidades de saúde.

Silva et al. (2017) destacam que a oferta insuficiente ou inexistente de consultas em diversas especialidades dificulta o trabalho dos gestores para garantir o acesso ao atendimento especializado. Essa escassez compromete a satisfação das necessidades de saúde dos usuários e a demanda por serviços de saúde. Para a autora, as causas possíveis das dificuldades no acesso às consultas especializadas incluem o número de vagas aquém do necessário, a quantidade insuficiente de médicos, a dificuldade de fixação desses profissionais em áreas interiores, a alta dependência do setor privado e a redução da participação da União e dos estados na oferta e no financiamento dos serviços.

No México, Molina-Salazar et al. (2018) observaram que a desigualdade no acesso aos serviços de saúde está associada ao analfabetismo, à pobreza e à falta de infraestrutura adequada em instituições de saúde.

Da mesma forma, Kassim et al. (2017), ao analisarem as disparidades socioeconômicas em três ilhas das Comores, na África Oriental, identificaram que as desigualdades de saúde são um desafio para a prestação de serviços, tanto em áreas rurais quanto urbanas. Os autores destacam que as disparidades de renda são fatores importantes para o acesso e a utilização dos serviços de saúde, evidenciando diferenças notáveis entre áreas rurais e urbanas e entre as ilhas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Etapas da Pesquisa

A pesquisa realizada para desenvolvimento desse capítulo se deu por meio de uma Revisão Integrativa. Para análise dos artigos, utilizou-se a técnica da revisão integrativa da literatura, por meio da construção de análise constituída a partir de seis etapas: (I) elaboração de uma pergunta norteadora; (II) busca ou amostragem na literatura; (III) coleta de dados; (IV) análise crítica dos estudos incluídos; (V) discussão dos resultados; (VI) e apresentação da revisão integrativa, visando obter um melhor entendimento sobre a temática baseada em estudos anteriores.

Desta forma, é possível dizer que a revisão integrativa busca nos inúmeros estudos disponíveis evidências que possam comprovar um fato. Ressalta-se que são aceitos tanto estudos experimentais como estudos não-experimentais, apresentando-se, assim, como uma abordagem metodológica que possibilita uma visão completa do fenômeno analisado.

Foram incluídos os estudos publicados na íntegra no período de 2014 a 2023, no idioma português, inglês e espanhol. Excluíram-se os estudos cujos textos não estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas; Da mesma forma, foram eliminados aqueles com temática não compatível com os objetivos deste trabalho.

Realizou-se a análise crítica dos artigos selecionados. Comprovada a adequação, os artigos selecionados tiveram suas informações registradas contendo título do periódico, autores, ano da publicação, idioma, base de dados, região/país do estudo, objetivos, métodos, resultados e conclusões. Os artigos foram enumerados de 1 a 12, de forma aleatória, à medida que foram analisados. Para a análise e interpretação dos resultados, que contemplam a quarta e quinta etapa da revisão proposta, os artigos foram lidos e seus resultados considerados como base para melhor compreender com a temática tem sido tratada na literatura publicada.

RESULTADOS

Os dados de caracterização dos estudos foram sistematizados para facilitar a interpretação dos resultados. Os artigos estão bem distribuídos em relação ao ano de publicação, não sendo encontrada publicação no ano de 2020, os demais foram distribuídos com 2 artigo publicado em 2014, 1 artigo em 2015, 1 artigo em 2016, 3 artigos em 2017, 3 artigos em 2018 e 2 artigos em 2019, totalizando 86,67% dos artigos publicados entre 2014 e 2023.

Em relação aos periódicos de publicação, verificou-se

que 60% (6 artigos) são revistas da área de Saúde Pública, 20% (3 artigos) da área de Ciências Sociais e 20% (3 artigos) da área de Saúde Coletiva (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos artigos por autor, ano, título e revista de publicação

ID	AUTOR (ANO)	TÍTULO	REVISTA DE PUBLICAÇÃO
1	Andrade Júnior, S.g. (2019)	Balanço de Gestão: Biênio 2017-2019	CONASEMS
2	Carvalho, B R. Et Al. (2018)	Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte	Cadernos de Saúde Coletiva
3	Franco, M.; Almeida, F.; Giovanella, L. (2019)	A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos	Saúde em Debate
4	Gama.; Fernandes; Parente, R.; Secoli, S. (2018)	Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil	Cadernos de Saúde Pública
5	Kassim; Alolga; Kassim; Assanhou; Hongchao; Aixia (2017)	Socioeconomic Disparities in Health Outcomes and Access to Health Care across Three Islands in Comoros	Journal of Health Care for the Poor and Underserved
6	Lencastre (2015)	Ecologias e concepções culturais de saúde, doença e cura: Reflexões iniciais	Sensos
7	Mendes (2015)	A construção social da atenção primária à saúde	CONASS
8	Molina-Salazar, R.; Aguilar-Bustamante, F.; Amozurrutia--Jimenez, J. (2018)	Acceso con equidad en los servicios de salud en México: un enfoque institucional	Horizontes Sanitarios
9	Ribeiro; Moreira, J. Et Al. (2016)	A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil	Cadernos de Saúde Pública
10	Paim, J. S. (2017)	Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva?	Planejamento Político e Público

ID	AUTOR (ANO)	TÍTULO	REVISTA DE PUBLICAÇÃO
11	Pena, L.; Gomez, (2014)	Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador	Ciência & Saúde Coletiva
12	Silva, Et Al. (2017)	Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte	Ciência & Saúde Coletiva

Fonte: dados da pesquisa, 2024

Prosseguindo com a análise dos artigos, a Tabela 2 apresenta sua caracterização de acordo com o objetivo, local de realização da pesquisa, metodologia utilizada e sujeitos da pesquisa.

Tabela 2. Caracterização dos artigos por objetivo, cenário, metodologia e sujeitos da pesquisa

ID	Objetivo	Local	Metodologia	Sujeitos
1	Avaliar o balanço de gestão no biênio 2017-2019	Brasil	Relatório de gestão	Conselhos municipais de saúde
2	Avaliar o acesso às unidades de atenção primária em pequenos municípios	Municípios brasileiros de pequeno porte	Estudo transversal	Unidades de atenção primária
3	Investigar a perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos	Brasil	Estudo qualitativo	Supervisores do Programa Mais Médicos
4	Realizar um inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas	Amazonas, Br	Inquérito populacional	Comunidades ribeirinhas
5	Analisar as disparidades socioeconômicas em saúde e no acesso à saúde em três ilhas em Comoros	Comoros	Estudo transversal	População das ilhas

ID	Objetivo	Local	Metodologia	Sujeitos
6	Explorar ecologias e concepções culturais de saúde, doença e cura	Não especificado	Estudo teórico e reflexivo	Não aplicável (teórica)
7	Discutir a construção social da atenção primária à saúde	Brasil	Revisão teórica	Não aplicável (teórica)
8	Investigar o acesso equitativo aos serviços de saúde no México	México	Estudo institucional	População usuária de serviços de saúde
9	Avaliar a saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil	Brasil	Estudo descritivo	Trabalhadores rurais
10	Discutir a Reforma Sanitária Brasileira como expressão da revolução passiva	Brasil	Análise crítica histórica	Não aplicável (teórica)
11	Estudar a saúde dos pescadores artesanais e os desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador	Comunidades pesqueiras	Estudo descritivo	Pescadores artesanais
12	Avaliar a dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em pequenos municípios	Municípios brasileiros de pequeno porte	Estudo de caso	Municípios de pequeno porte

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

A partir da Tabela 2 é possível observar que a maioria dos estudos foi realizada no Brasil, com foco em diferentes regiões e populações como áreas urbanas, rurais, ribeirinhas e pequenas cidades. Metodologicamente, a predominância é de estudos transversais e descritivos, que analisam o acesso e a cobertura de serviços de saúde, além de alguns inquéritos populacionais focados em grupos como trabalhadores rurais e pescadores artesanais. Apenas alguns artigos adotaram abordagens teóricas e

reflexivas, abordando questões como a construção social da saúde e a história do campesinato.

Os sujeitos da pesquisa variam entre populações urbanas e rurais, trabalhadores, comunidades ribeirinhas e pescadores, com artigos focando em profissionais de saúde, como os supervisores do Programa Mais Médicos. Dessa forma, há uma diversidade de cenários e grupos estudados, refletindo uma preocupação com o acesso à saúde em diferentes contextos socioeconômicos e geográficos.

Em relação aos sujeitos da pesquisa salienta-se que os autores priorizaram a percepção de profissionais de saúde que lidam com trabalhadores da área rural. Todavia, se verifica a presença dos próprios trabalhadores enquanto sujeitos, destacando-se o estudo de Gama et al. (2018), ID 4, que teve como sujeitos 492 ribeirinhos residentes na zona rural do Município de Coari – AM, população mais adequada à realidade do estudo proposto nesta dissertação.

Faz-se importante mencionar a escassez de estudos sobre o acesso de trabalhadores rurais aos serviços de saúde. Foi possível verificar que os artigos selecionados para esta pesquisa são diversificados em relação aos objetivos. Não foi encontrada nenhuma pesquisa sobre o acesso desses profissionais aos serviços de saúde, o que evidencia a sua invisibilidade pelas políticas públicas e pela comunidade acadêmica.

DISCUSSÃO

O acesso aos serviços de saúde pela população rural brasileira demonstra-se precário, sendo comprovado pelos estudos analisados as dificuldades de acesso destacando-se distância, problemas de mobilidade, locais de moradia de difícil acesso até a falta de conhecimento sobre o processo saúde-doença.

Essa situação precária foi destacada pela falta de medicamentos, vacinas e materiais de trabalho acessíveis aos profissionais de saúde para atendimento da população. A questão da falta de saneamento básico merece destaque em relação à saúde dessa população, visto que a qualidade da água, por sua vez, está dependente de sua quantidade, haja vista os gradientes necessários à dissolução, diluição e transporte de uma gama de substâncias benéficas ou maléficas à vida, tratando-se de uma relação de proporção entre quantidade e qualidade. Os riscos de estiagem, escassez e mesmo as cheias potencializam mais ainda os riscos de poluição dos mananciais.

Essa qualidade possui uma relação intrínseca com a gestão da bacia hidrográfica, onde as formas de uso do solo serão os parâmetros para definir o grau de impacto na área da bacia hidrográfica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) ao menos 3,4 milhões de pessoas em todo o mundo morrem em decorrência da falta de tratamento adequado da água para consumo. Dessa forma, evidencia-se a problemática existente entre o binômio quantidade/qualidade da água.

As políticas públicas de saneamento básico vêm experimentando um novo ciclo com o marco legal, regulatório

e institucional e a retomada dos investimentos e, apesar dos avanços no setor, e os esforços ainda estão longe de garantir o direito ao saneamento básico no país, enfrentando desafios de diferentes dimensões, destacando-se a política-ideológica, a institucional, a de financiamento, a de gestão, a da matriz tecnológica, a da participação e de controle social, dentre outras.

Em seu trabalho 'Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte', Carvalho et al (2018), concluiu que diferenças regionais em aspectos geográficos e organizacionais podem interferir no acesso às unidades.

Já Gama et al (2018) destacaram em sua pesquisa essa problemática da distância para as populações das águas, mencionando que dentre os problemas de saúde relatados nos últimos 30 dias de seu estudo, destacaram-se as queixas álgicas (45,2%). Os principais recursos utilizados nos cuidados com a saúde foram medicamentos alopáticos (70,3%), superando o uso de plantas medicinais (44,3%). A distância pode ser traduzida quando se pensa que os ribeirinhos navegam em média 60,4km e demoram cerca de 4,2 horas para acessar a zona urbana do município.

De acordo com os autores, a população ribeirinha estudada é caracterizada pelo baixo nível econômico e acesso limitado à zona urbana. Os problemas de saúde são solucionados na maior parte das vezes pelo uso de medicamentos alopáticos. As limitações geográficas que constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida dos ribeirinhos podem limitar a aquisição de informações epidemiológicas dessas populações (Gama et al., 2018).

Não foram encontradas pesquisas semelhantes em relação ao conhecimento sobre políticas públicas e o acesso aos serviços de saúde, o que limitou uma discussão sobre o assunto, assim como em relação ao tempo de trabalho diário, fatores verificados com resultados significativos em relação ao acesso aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa demonstrou que a acessibilidade das populações aos serviços de saúde é precária, verificando-se como principais variáveis que influenciam nessa questão, a geografia do local, por localizações distantes dos centros urbanos ou de difícil acesso, como é o caso de populações ribeirinhas, em que o acesso à comunidade só é possível pelo rio. Evidenciou-se a falta de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde para lidar com essas populações, desconhecendo a peculiaridade de seus territórios e doenças, fator que dificulta até mesmo a comunicação profissional/paciente. Os resultados demonstraram que a procura dessas populações pelos serviços de saúde é baixa para atendimentos preventivos, sendo estes mais realizados pelo público feminino e quanto mais complexa a especialidade necessária mais difícil o acesso.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a distância tem sido um dos principais fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, verificando-se que aqueles que chegam às suas por meio de chão batido tem ainda mais dificuldade do que aqueles que chegam a barco. Esse fato

pode ser explicado pelo caminho de terra se tornar mais longo, considerando que a variável de desfecho do estudo foi calculada a partir do tempo de percurso dos participantes de sua residência a uma unidade de saúde.

Também não foram encontrados resultados que possibilitassem uma comparação com o resultado evidenciado neste estudo sobre a relação entre o acesso aos serviços de saúde e o tempo de trabalho diário dos moradores de Bananeiras. Provavelmente se deva a falta de tempo para conseguirem percorrer o caminho até uma unidade de saúde. Porém, para que seja possível explicar de forma concreta esse fator associado faz-se necessário que outras pesquisas sejam realizadas sobre o assunto a fim de aprofundar esse resultado.

O uso de práticas populares para tratamento de doenças foi percebido como uma prática comum na população de Bananeiras, o que pode ser percebido como uma busca das pessoas em resolver seus problemas de saúde ou pela própria cultura das populações rurais, sendo uma sugestão de pesquisas futuras, o entendimento sobre essa variável.

Ao final do estudo conclui-se que o acesso aos serviços de saúde pública é dificultado pela distância e tempo de percurso até as unidades de atendimento, com o conhecimento sobre políticas públicas e tempo de trabalho diário verificado como fator associado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE JÚNIOR RSG. Balanço de Gestão: Biênio 2017-2019. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/09/BalancoDeGestao_web.pdf

CARVALHO, Bruna Ré et al. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 462-469, dic. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800040471.

FAO. Securing sustainable small-scale fisheries: sharing good practices from around the world. FAO Fisheries and Aquaculture Technical Paper. N° 644. Roma. FAO; 2019. 184p.

FRANCO CM, ALMEIDA PF, GIOVANELLA L. A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. Saúde em Debate. 2019 May 6; 43:15-29.

GAMA AS, FERNANDES TG, PARENTE RC, SECOLI SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2018 Feb 19;34:e00002817.

KASSIM Said Abasse, ALOLGA Raphael Nammahime, KASSIM Said Mohamed, ASSANHOU Assogba Gabin, HONGCHAO Li, AIXIA Ma. Socioeconomic Disparities in Health Outcomes and Access to Health Care across Three Islands in Comoros. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2017, v. 28, n.3, p.1116 – 1140. ISSN 1548-6869.

MENDES, EV. A construção social da atenção primária à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MOLINA-SALAZAR, Raúl E.; AGUILAR-BUSTAMANTE, Francisco;

AMOZURRUTIA-JIMENEZ, José A. Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. Horiz. sanitario, Villahermosa, v. 17, n. 3, p. 197-207, dic. 2018. http://dx.doi.org/10.19136/hs.a17n3.2089.

OMS - World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: World Healt Organization; 1998.

RIBEIRO; MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 1698-1708, 2016.

PAIM, JS. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? Planej Polít Públicas 2017; (49):15-33.

PENA, P. G. L.; GOMEZ, C. M. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 12, p. 4689–4698, 2014.

SILVA, Camila Ribeiro et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016.

2

Qualidade de Vida e Saúde Mental: Desafios e Soluções na Sociedade Moderna

Arthur Amorim Silva

Indianara Lehrbach Bento Brusco

Isac da Silva Macêdo

DOI: 10.51473/ed.al.sep2



INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, a qualidade de vida e a saúde mental são temas de crescente relevância, refletindo a complexidade das experiências individuais e coletivas. A qualidade de vida é um conceito multifacetado que abrange o bem-estar físico e emocional, os aspectos como a satisfação com o emprego, o ambiente de vida e as interações sociais. A saúde mental, por sua vez, é uma componente crítica da qualidade de vida, influenciando a maneira como os indivíduos percebem e enfrentam os desafios diários.

O problema central desta pesquisa reside na necessidade de compreender como a qualidade de vida e a saúde mental têm sido abordadas na literatura científica, considerando a interrelação entre esses fatores e suas implicações para práticas e intervenções eficazes.

A pergunta de pesquisa que guia este estudo é: Quais são os principais temas e abordagens na pesquisa sobre qualidade de vida e saúde mental publicados entre 2014 e 2024? Como esses estudos contextualizam e contribuem para a compreensão e melhoria da qualidade de vida e da saúde mental em diferentes esferas sociais e profissionais?

A justificativa para este estudo baseia-se na crescente preocupação com o impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida e saúde mental, em um cenário de rápidas mudanças sociais e econômicas. A revisão da literatura é essencial para identificar tendências emergentes, lacunas no conhecimento e melhores práticas para promover um bem-estar equilibrado.

A relevância deste estudo está na sua capacidade de oferecer uma visão integrada dos desafios e soluções atuais, contribuindo para a formulação de políticas e práticas mais eficazes na promoção da qualidade de vida e saúde mental.

O objetivo geral desta pesquisa é realizar uma revisão integrativa da literatura sobre qualidade de vida e saúde mental, enfocando estudos publicados entre 2014 e 2024. Os objetivos específicos incluem identificar os principais temas abordados na pesquisa, analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida e a saúde mental, e avaliar as contribuições s para a prática e a teoria nesse campo.

Para atingir esses objetivos, a metodologia adotada é a revisão integrativa, que permitirá a análise e a síntese crítica dos estudos selecionados. A revisão integrativa será conduzida por meio de uma busca sistemática em bases de dados científicas reconhecidas, como PubMed, Scopus, Web of Science e Google Scholar, além de repositórios institucionais e acadêmicos. A seleção dos estudos será realizada considerando artigos publicados entre 2014 e 2024, em português, espanhol e inglês.

A estratégia de busca incluirá termos e combinações de palavras-chave como “Qualidade de vida” AND “saúde mental”, “Quality of life” AND “mental health”, e “Calidad de vida” AND “salud mental”. Os artigos serão triados em duas fases: primeiro, pela relevância dos títulos e resumos, e segundo, pela avaliação completa dos textos selecionados. A extração e análise dos dados serão feitas utilizando um formulário de coleta padronizado para garantir uma abordagem sistemática e detalhada.

Por fim, a síntese dos dados permitirá construir um panorama sobre as abordagens e resultados dos estudos

em qualidade de vida e saúde mental, identificando lacunas na literatura. Esta revisão integrativa proporciona uma compreensão das contribuições e sugerirá direções futuras para a pesquisa e a prática no campo da qualidade de vida e saúde mental.

MARCO TEÓRICO

Saúde Mental

A saúde mental desempenha um papel decisivo na qualidade de vida, no ambiente de trabalho, onde diversos fatores podem impactar o bem-estar dos indivíduos. A Psicologia do Trabalho, como descrito por Zanelli (2014), surge como um campo essencial para compreender e enfrentar essas questões.

Zanelli (2014) define a Psicologia do Trabalho como a área que busca entender a relação entre comportamento humano e o ambiente laboral, examinando como os processos organizacionais influenciam a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores. A análise dos impactos psicossociais no ambiente de trabalho é fundamental para promover um espaço saudável e produtivo.

A compreensão do comportamento humano dentro das organizações é essencial para avaliar como a cultura do ambiente de trabalho afeta os indivíduos e seu desempenho (Pereira, 2014). Moraes et al (2024) exploram essa dinâmica ao abordar o comportamento organizacional, destacando a importância de estudar o que os funcionários fazem e como essas

ações impactam o desempenho das empresas. Assim, torna-se evidente que o comportamento no local de trabalho está ligado à satisfação e ao bem-estar dos funcionários.

A satisfação no trabalho, por sua vez, é influenciada por teorias como as propostas por McGregor, que distingue entre a Teoria X e a Teoria Y. McGregor, inspirado pelos estudos de Elton Mayo sobre satisfação no trabalho, descreve a Teoria X como uma visão pessimista do trabalhador, sugerindo que ele é motivado por recompensas externas e avesso à responsabilidade (Mororó, 2021).

Em contraste, a Teoria Y propõe que os trabalhadores são motivados por realizações pessoais e oportunidades de crescimento, alinhando suas metas pessoais com as da organização (Ramos, 2018). Essa perspectiva mais otimista enfatiza a importância de criar ambientes de trabalho que promovam a realização pessoal e o engajamento (Felipe et al., 2021).

Essas teorias oferecem uma base para compreender a importância da percepção do trabalhador sobre seu papel dentro da empresa (Borges, 2024). Quando os profissionais de Psicologia do Trabalho analisam essas percepções, podem identificar áreas onde a cultura organizacional pode contribuir para problemas de saúde mental (Peixoto, Vasconcelos e Bentivi, 2020).

A implementação de programas voltados para a qualidade de vida no trabalho pode, então, ajudar a reduzir a incidência de doenças ocupacionais, como Transtorno de Ansiedade, Transtorno Depressivo, Transtorno de Stress Pós-Traumático e Síndrome de Burnout (Brasil, 2020). Identificar e tratar essas condições é necessário para melhorar a saúde mental dos funcionários e, o desempenho organizacional (Araújo et al, 2021).

Portanto, a Psicologia do Trabalho ajuda a entender as interações entre o indivíduo e a organização e propõe intervenções práticas para promover a saúde mental e o bem-estar no ambiente laboral (Peixoto, Vasconcelos e Bentivi, 2020).

Ao focar na qualidade de vida dos trabalhadores, os psicólogos contribuem para a criação de ambientes de trabalho mais saudáveis e produtivos, beneficiando tanto os funcionários quanto as organizações como um todo.

Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é multifacetado, englobando o bem-estar pessoal e a autoestima, além da satisfação com o estilo de vida, o emprego e o ambiente em que se vive (Felipe et al., 2021).

Segundo Gondim e Borges (2020) essa noção abrange aspectos essenciais como capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar e valores culturais, éticos e religiosos. A interconexão desses fatores determina a percepção global da qualidade de vida de um indivíduo.

A perspectiva de Moraes et al (2024) sobre a qualidade de vida destaca sua natureza interdisciplinar, sugerindo que as contribuições de diversas áreas do conhecimento são indispensáveis para transformar práticas assistenciais.

Essa abordagem é fundamental para superar modelos biomédicos tradicionais, que ignoram aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais nas estratégias de promoção e tratamento da saúde. Ao incorporar uma visão mais abrangente, é

possível adotar paradigmas integrados no processo saúde-doença (Peixoto, Vasconcelos e Bentivi, 2020).

Fatores sociais, culturais e econômicos atua na construção de uma vida saudável (Borges, 2024). Felipe et al., (2021) ressaltam que problemas de saúde e suas consequências afetam a satisfação pessoal e o bem-estar físico, emocional e social. Assim, a qualidade de vida está ligada à saúde geral do indivíduo e à capacidade de equilibrar diferentes dimensões da vida.

A vida acadêmica, por exemplo, ilustra um desafio específico relacionado à qualidade de vida. Muntyanu, Anastasiya, et al (2020) apontam que a demanda acadêmica intensiva nas faculdades pode comprometer o bem-estar físico e social dos estudantes. Porto, Palacios e Neiva (2020) corroboram essa visão, observando que a entrada na universidade, apesar de ser um sonho realizado para muitos, impõe mudanças e exigências que podem afetar a qualidade de vida dos novos alunos.

A avaliação da qualidade de vida, portanto, deve considerar uma ampla gama de determinantes, como alimentação, saneamento básico, educação e meio ambiente (Gálvez Olivares, et al., 2020). Com a aceleração das atividades diárias e a escassez de tempo para descanso e lazer, a qualidade de vida se torna um equilíbrio delicado (Borges, 2024).

Pereira (2014) destaca que o comportamento reativo frente à correria do dia a dia pode prejudicar esse equilíbrio, evidenciando a importância de práticas que promovam a saúde mental e física.

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida, como indicado permitem medir e comparar aspectos específicos de forma individualizada. No entanto, é essencial atualizar esses

instrumentos para refletir mudanças temporais e espaciais. Esses instrumentos ajudam a capturar a complexidade da qualidade de vida e suas variações (Porto, Palacios; Neiva, 2020)

Assim, a saúde e qualidade de vida estão interligadas. Gálvez Olivares, et al (2020) enfatizam que uma boa qualidade de vida vai além da saúde física e mental; ela envolve estar em harmonia com si mesmo e com o ambiente ao redor.

Para alcançar essa harmonia, é fundamental adotar hábitos saudáveis, cuidar do corpo, manter relacionamentos positivos e reservar tempo para o lazer (Borges, 2024). Muntyanu et al (2020) sugerem que práticas como o uso do humor para enfrentar o estresse, definir objetivos de vida e manter um senso de controle sobre a própria vida são essenciais para promover uma qualidade de vida equilibrada.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo adota uma abordagem de revisão integrativa para analisar a literatura sobre qualidade de vida e saúde mental, enfocando artigos publicados entre 2014 e 2024. A escolha dessa metodologia visa proporcionar uma visão abrangente e crítica dos estudos disponíveis, permitindo a integração de conhecimentos variados e a identificação de tendências e lacunas. A revisão integrativa é ideal para consolidar informações de diferentes fontes e áreas de estudo, oferecendo uma análise dos temas investigados.

A definição do problema e dos objetivos desta revisão foca em compreender como a qualidade de vida e a saúde mental têm

sido abordadas nos últimos dez anos. Busca-se responder a perguntas-chave como: Quais são os principais temas e abordagens na pesquisa sobre qualidade de vida e saúde mental? Quais fatores têm sido destacados como influentes na qualidade de vida e na saúde mental, e como esses fatores são contextualizados nas diversas áreas de estudo? E, como os estudos têm contribuído para a compreensão e a prática relacionada à promoção da qualidade de vida e à gestão da saúde mental?

Para a seleção dos estudos, serão considerados artigos publicados entre 2014 e 2024 e escritos em português, espanhol e inglês. A revisão abrangerá estudos que abordem aspectos relacionados à qualidade de vida e saúde mental. A busca será realizada em bases de dados científicas reconhecidas, como PubMed, Scopus, Web of Science e Google Scholar, bem como em repositórios institucionais e acadêmicos.

A estratégia de busca será elaborada para garantir uma cobertura completa da literatura relevante. Utilizando termos e combinações de palavras-chave como “Qualidade de vida” AND “saúde mental”, “Quality of life” AND “mental health”, e “Calidad de vida” AND “salud mental”, as buscas serão ajustadas conforme necessário para cada base de dados. Artigos revisados por pares e que atendam aos critérios de inclusão foram considerados.

A seleção dos artigos será realizada em duas fases. Na primeira fase, os títulos e resumos serão triados para verificar a relevância dos estudos. Na segunda fase, será feita uma avaliação completa dos textos dos artigos selecionados para garantir que atendem aos critérios de inclusão estabelecidos. Esta abordagem assegura que estudos pertinentes e de alta qualidade sejam incluídos na revisão.

A extração e análise dos dados serão realizadas utilizando um formulário de coleta padronizado. As informações extraídas incluirão referências bibliográficas, objetivos do estudo, metodologia utilizada, principais achados e conclusões, além dos fatores identificados como influentes na qualidade de vida e na saúde mental. A análise qualitativa dos dados permitirá identificar padrões, temas recorrentes e lacunas na literatura.

Desta forma, a síntese dos dados será conduzida para construir um panorama sobre as abordagens e resultados dos estudos em qualidade de vida e saúde mental. Esta discussão será baseada na integração dos dados coletados e permitirá uma compreensão das contribuições para o campo, além de sugerir direções futuras para pesquisa e prática.

RESULTADOS

Para análise dos resultados, apresentamos a seguir uma tabela com os estudos utilizados nessa revisão, contendo a autoria, título, ano, área temática e publicação.

Autoria	Título	Ano	Área Temática	Publicação
Araújo D. N. et al.	Aumento da Incidência de Síndrome de Burnout nas atividades laborais durante a pandemia de Covid-19	2021	Síndrome de Burnout, Pandemia de Covid-19	Revista Multidisciplinar de Humanidades
Araujo, G. S. de	Teletrabalho: evolução e desenvolvimento e sua identificação dentro da empresa de call center	2014	Teletrabalho, Ambiente de Trabalho	Trabalho de Conclusão de Curso, Univ. Estadual da Paraíba

Autoria	Título	Ano	Área Temática	Publicação
Borges, H R	Relação entre Resiliência e Saúde Mental de estudantes de medicina	2024	Resiliência, Saúde Mental	RCMOS - Revista Científica Multidisc. O Saber
Felipe, I. F. R. et al.	Impactos da Pandemia de Covid-19 sobre Profissionais de Gestão de Pessoas	2021	Impactos da Pandemia, Gestão de Pessoas	Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande
Gálvez Olivares, M et al.	Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica	2020	Saúde Mental, Qualidade de Vida em Idosos	Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría
Gondim, S.; Borges, L. O.	Significados e Sentidos do Trabalho do Home Office: Desafios para a Regulação Emocional	2020	Home Office, Regulação Emocional	Artmed
Moraes, J. P. et al.	O impacto da satisfação e motivação na construção de um clima organizacional saudável	2024	Satisfação no Trabalho, Clima Organizacional	Revista de Casos e Consultoria
Mororó, T. S.	O processo de urbanização no Brasil da Primeira República e a segregação social consequente	2021	Urbanização, Segregação Social	Revista Cient. Semana Acad.,
Muntyanu, et al.	The burden of alopecia areata: a scoping review focusing on quality of life, mental health and work productivity	2023	Alopecia Areata, Qualidade de Vida, Produtividade no Trabalho	Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology
Peixoto, A. L. Vasconcelos, E. F., Bentivi, D. R. C.	Covid-19 e os Desafios Postos à Atuação Profissional em Psicologia Organizacional e do Trabalho: uma Análise de Experiências de Psicólogos Gestores	2020	Psicologia Organizacional, COVID-19	Revista Psicologia: Ciência e Profissão

Autoria	Título	Ano	Área Temática	Publicação
Pereira, D. D. C. V.	As formas de comprometimento segundo Chris Argyris e sua definição dos tipos de mundo comportamental	2014	Comprometimento, Comportamento Organizacional	Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco
Porto, J. B., Palacios, P., Neiva, E.	Ajustes e Mudanças Organizacionais em Tempos de Pandemia da Covid-19	2020	Mudanças Organizacionais, Pandemia de COVID-19	Revista Psicologia Organizacional e do Trabalho, Artmed
Ramos, A. J.	O que é mindset e como esse conceito pode ajudar no seu crescimento profissional	2018	Mindset, Crescimento Profissional	Rock Content
Zanelli, C., Andrade, E. B. Bastos, V. B.	Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil	2014	Psicologia Organizacional, Trabalho	Artmed

Fonte: Dados da Pesquisa, 2024.

DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados revela uma ampla gama de abordagens sobre a qualidade de vida e saúde mental. A tabela apresentada oferece uma visão detalhada das principais áreas de pesquisa, permitindo uma compreensão crítica das tendências e lacunas na literatura.

A temática da Síndrome de Burnout e os impactos da pandemia destacam-se como preocupações centrais. O estudo de Araújo et al. (2021) explora o aumento da síndrome de burnout durante a pandemia, evidenciando a intensificação

da sobrecarga e do estresse entre os profissionais. Felipe et al. (2021) analisam os impactos gerais da pandemia sobre os profissionais de gestão de pessoas, sublinhando a necessidade de intervenções para melhorar a saúde mental em ambientes de trabalho. Esses estudos ressaltam como a pandemia amplificou problemas preexistentes e criou novos desafios para a saúde mental dos trabalhadores.

Além disso, a pesquisa sobre home office e teletrabalho é significativa. Gondim e Borges (2020) abordam os desafios emocionais e organizacionais relacionados ao trabalho remoto. O trabalho de Araujo (2014) complementa essa discussão ao examinar a evolução do teletrabalho e sua identificação dentro de empresas de call center. Juntos, esses estudos ilustram as mudanças no ambiente de trabalho e os desafios que surgem com a adoção do home office, destacando a necessidade de novas estratégias de gerenciamento e suporte emocional.

Outro tema relevante é a resiliência e a saúde mental, explorado por Borges (2024) e Gálvez Olivares et al. (2020). Borges investiga a relação entre resiliência e saúde mental entre estudantes de medicina, enquanto Gálvez Olivares et al. realizam uma revisão sobre a qualidade de vida e saúde mental em adultos maiores. Esses estudos contribuem para a compreensão de como a resiliência pode impactar a saúde mental e a qualidade de vida, além de oferecer estratégias para promover um melhor bem-estar psicológico.

Os estudos sobre satisfação no trabalho e clima organizacional realizados por Moraes et al. (2024) e Porto et al. (2020) fornecem uma visão sobre a importância do clima organizacional saudável e as mudanças organizacionais durante

a pandemia. Moraes et al. analisam o impacto da satisfação e motivação na construção de um ambiente de trabalho positivo, enquanto Porto et al. discutem ajustes organizacionais necessários durante a pandemia. Essas análises ressaltam a conexão entre satisfação no trabalho, clima organizacional e saúde mental, indicando que um ambiente de trabalho positivo pode ser importante para o bem-estar dos funcionários.

Estudos sobre comprometimento e comportamento organizacional (Pereira, 2014) e mindset e crescimento profissional (Ramos, 2018) oferecem perspectivas adicionais sobre como fatores individuais e organizacionais influenciam a saúde mental e a qualidade de vida. Pereira investiga as formas de comprometimento no ambiente de trabalho, enquanto Ramos explora como o conceito de mindset pode apoiar o crescimento profissional e a saúde mental. Esses estudos complementam a análise ao destacar a importância de fatores individuais e organizacionais no contexto da saúde mental.

Em suma, a análise dos resultados indica uma interconexão entre o ambiente de trabalho, a pandemia e a saúde mental. Os estudos revisados destacam a necessidade de estratégias integradas para melhorar a qualidade de vida e a saúde mental, abordando tanto as questões estruturais quanto as emocionais que afetam os indivíduos no ambiente de trabalho.

CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou uma visão abrangente sobre a qualidade de vida e a saúde mental, evidenciando como essas áreas têm sido exploradas na literatura científica. A revisão integrativa dos estudos permitiu atingir os objetivos propostos, fornecendo uma análise dos principais temas abordados e das contribuições para a prática e a teoria.

A pergunta norteadora do estudo, que questionava os principais temas e abordagens na pesquisa sobre qualidade de vida e saúde mental entre 2014 e 2024, foi respondida de forma satisfatória. Os principais achados revelaram que a qualidade de vida e a saúde mental estão interconectadas e que as preocupações com essas áreas têm se intensificado.

O aumento dos casos de síndrome de burnout e o estresse relacionado ao ambiente de trabalho foram identificados como problemas centrais. A pandemia exacerbou essas condições e trouxe novos desafios para a saúde mental, revelando a necessidade de intervenções mais eficazes.

Além disso, a pesquisa destacou a importância do ambiente de trabalho e das novas dinâmicas, como o home office, que trouxe à tona questões emocionais e organizacionais. A necessidade de estratégias adequadas para o gerenciamento remoto e suporte emocional foi evidenciada. A resiliência emergiu como um fator categórico na manutenção da saúde mental, oferecendo novas perspectivas sobre como apoiar o bem-estar psicológico dos indivíduos em diferentes contextos.

Os estudos revisados mostraram que a satisfação no

trabalho e o clima organizacional são fundamentais para a qualidade de vida. Um ambiente de trabalho positivo e saudável está relacionado com o bem-estar dos funcionários e pode ajudar a mitigar problemas de saúde mental. A análise revelou que fatores individuais, como mindset e comprometimento, desempenham um papel importante na saúde mental e na qualidade de vida, destacando a necessidade de considerar tanto aspectos estruturais quanto pessoais.

Em síntese, os resultados desta revisão integrativa indicam que uma abordagem integrada e multidimensional é essencial para promover a qualidade de vida e a saúde mental. As tendências e lacunas identificadas fornecem uma base para futuras pesquisas e para o desenvolvimento de práticas e políticas mais eficazes no campo. A compreensão desses aspectos permitirá a formulação de estratégias que abordem de forma mais eficaz os desafios contemporâneos relacionados à saúde mental e à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO D. N, *et. al.* Aumento da Incidência de Síndrome de Burnout nas atividades laborais durante a pandemia de COVID-19. Revista Multidisciplinar de Humanidades, Vassouras, v. 12, nº. 2, mai./ago. 2021, p. 85-90. https://doi.org/10.21727/rm.v12i2.2813

ARAUJO, G. S. de. Teletrabalho: evolução e desenvolvimento e sua identificação dentro da empresa de c*all center*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2014. 30p.

BORGES, Heloisa Ribeiro. Relação entre Resiliência e Saúde Mental de estudantes de medicina. RCMOS-Revista Científica Multidisciplinar O Saber, v. 1, n. 1, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.309-de-28-de-agosto-de-2020-275240601. Acesso em set. 2024.

FELIPE, I. F.R. *et.al*. Impactos da Pandemia de Covid-19 sobre Profissionais de Gestão de Pessoas. Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, vol. 13, nº 2, abr./jun. 2021, p. 211-225.: http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1558

GÁLVEZ OLIVARES, Marcela, et al. "Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica." *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 58.4 (2020): 384-399.

GONDIM, S. BORGES, L. O. Significados e Sentidos do Trabalho do Home Office: Desafios para a Regulação Emocional. *In:* QUEIROGA, F. Orientações para o home office durante a pandemia da Covid-19: Contribuições da Psicologia Organizacional e do Trabalho no contexto da pandemia. [recurso eletrônico]. Revista Psicologia Organizacional e do Trabalho. Porto Alegre: Artmed, 2020, p. 39-48

MORAES, Jairo Jhuan Pinheiro et al. O impacto da satisfação e motivação na construção de um clima organizacional saudável. Revista de Casos e Consultoria, v. 15, n. 1, p. e35898-e35898, 2024.

MORORÓ, T.S.P. O processo de urbanização no Brasil da Primeira República e a segregação social consequente. Revista Científica Semana Acadêmica, Fortaleza, 208ª ed. v.9, 2021. http://dx.doi.org/10.35265/2236-6717-208-9178

MUNTYANU, Anastasiya, et al. "The burden of alopecia areata: a scoping review focusing on quality of life, mental health and work productivity." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 37.8 (2023): 1490-1520.

PEIXOTO, A. L. A., VASCONCELOS, E. F. BENTIVI, D. R. C. Covid-19 e os Desafios Postos à Atuação Profissional em Psicologia Organizacional e do Trabalho: uma Análise de Experiências de Psicólogos Gestores. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, vol. 40, 2020, p.1-18.: https://doi.org/10.1590/1982-3703003244195

PEREIRA, D. D. C. V. As formas de comprometimento segundo Chris Argyris e sua definição dos tipos de mundo comportamental. Dissertação, Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014. 141 p.

PORTO, J. B. PALACIOS, K. P. NEIVA, E R. Ajustes e Mudanças Organizacionais em Tempos de Pandemia da Covid-19. *In:* QUEIROGA, F. Orientações para o home office durante a pandemia da Covid-19: Contribuições da Psicologia Organizacional e do Trabalho no contexto da pandemia. [recurso eletrônico]. Revista Psicologia Organizacional e do Trabalho. Porto Alegre: Artmed, 2020, p.59-65.

RAMOS, A. J. O que é mindset e como esse conceito pode ajudar no seu crescimento profissional. 13 ago. 2018. Disponível em: https://rockcontent.com/br/blog/mindset/ Acesso em set. 2024.

ZANELLI, J. C. ANDRADE, J. E. B. BASTOS, A. V. B. Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, 513 p.

3

Tecnologia e Humanização: Avanços Digitais e Cuidados Personalizados na Saúde e Educação

Bárbara Aline Ferreira Assunção

DOI: 10.51473/ed.al.sep3



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o avanço acelerado das tecnologias digitais tem transformado diversos setores, especialmente a saúde e a educação. O uso de inteligência artificial, telemedicina e plataformas digitais trouxe maior eficiência e acessibilidade, redefinindo o modo como serviços são oferecidos e recebidos. No entanto, esses avanços também levantam questões sobre a necessidade de manter o elemento humano no centro desses cuidados.

Este capítulo explora como a tecnologia pode ser integrada de maneira equilibrada com práticas humanizadas, proporcionando cuidados personalizados e atenciosos tanto na área da saúde quanto na educação.

A proposta é refletir sobre a importância de uma abordagem que, ao mesmo tempo, incorpore os benefícios das inovações tecnológicas e preserve o contato humano, essencial para um atendimento e aprendizado mais empático.

MARCO TEÓRICO

Humanização no Serviço Público de Saúde

A saúde, conforme descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é um estado de bem-estar físico, mental e social. Para garantir que as pessoas alcancem esse estado, é necessário um sistema de assistência médica eficiente, o que levou à

criação de hospitais. No entanto, com o avanço da tecnologia, novas abordagens de diagnóstico e tratamento surgiram, muitas voltadas para doenças antes incuráveis. Esses avanços tecnológicos demandaram que os profissionais de saúde se especializassem cada vez mais, a fim de atender à crescente complexidade dos serviços de saúde.

Nesse cenário, a tecnologia trouxe inovação, desafiando o sistema de saúde a equilibrar a precisão técnica com a humanização do cuidado. Em resposta a críticas sobre o tratamento desumanizado no Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi regulamentado em 2000 e, em 2003, surgiu a Política Nacional de Atenção às Urgências. Ambas as iniciativas buscavam transformar o atendimento, focando no respeito e na dignidade do paciente (Brasil, 2006).

O avanço das tecnologias digitais na saúde, como a telemedicina, inteligência artificial e prontuários eletrônicos, trouxe melhorias na eficiência e precisão dos cuidados, destacando a necessidade de humanizar essas interações. Para que o atendimento seja humanizado, é essencial ouvir tanto os usuários quanto os profissionais de saúde, estabelecendo um diálogo ético baseado no respeito e na empatia (Ferreira; Artmann, 2018).

As tecnologias podem e devem ser utilizadas para facilitar esse processo, com ferramentas que promovam uma comunicação mais efetiva entre pacientes e profissionais, tornando o cuidado mais próximo e acolhedor (Silva et al., 2023).

Além disso, as diretrizes estabelecidas na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006) reforçam o compromisso de garantir um atendimento humanizado, organizado e respeitoso,

ao mesmo tempo em que reconhecem as responsabilidades dos pacientes no processo de tratamento. No contexto atual, em que a transformação digital é uma realidade, a humanização se torna ainda mais necessária para garantir que as inovações tecnológicas não resultem em distanciamento ou perda de empatia no atendimento.

Assim, o desafio contemporâneo é utilizar as inovações tecnológicas para aprimorar diagnósticos e tratamentos e para fortalecer o cuidado centrado no paciente, respeitando sua individualidade e promovendo uma relação de confiança. O acolhimento humanizado, aliado aos avanços digitais, pode transformar a maneira como os cuidados de saúde são oferecidos, proporcionando mais segurança, conforto e uma experiência mais personalizada aos pacientes (Deslandes, 2004).

Humanização na Educação

A humanização na educação diante do excesso de informações torna a reflexão crítica mais difícil, com dados sendo oferecidos de forma fragmentada e sem o devido contexto. Com o avanço das tecnologias na educação, surgem novas ferramentas para ensinar desde plataformas de ensino online até recursos audiovisuais que permitem uma imersão mais completa em temas. O desafio permanece em equilibrar a acessibilidade e o volume de informações com a contextualização necessárias para uma compreensão significativa (Lucietto et al., 2022).

A escola autônoma e humanizada proposta por Moreto (2005) é um exemplo de como a educação pode, de fato, oferecer um ambiente onde as relações pedagógicas conhecimento, e o

façam de maneira crítica, participativa e inclusiva, valorizando as vozes de todas as comunidades envolvidas.

A tecnologia, embora associada à desumanização e distanciamento, também pode ser uma aliada na promoção de uma educação humanizada e mais inclusiva. Quando usada de forma consciente, permite a valorização de diferentes culturas, desmistificando estereótipos e preconceitos (Barros, 2024). Como aponta Oliva (2009), é necessário superar o etnocentrismo para apreciar a diversidade histórica e cultural.

Nesse sentido, as tecnologias educacionais têm o potencial de ampliar o repertório pedagógico, utilizando recursos multimídia, como vídeos, jogos educativos, literatura digital e outras ferramentas interativas (Lucietto et al., 2022).

Além disso, a literatura desempenha um papel fundamental na educação contemporânea, conforme discute Queiroz (2007), facilitando o conhecimento de diferentes realidades e modos de pensar, abrindo espaço para a diversidade artística e cultural. O uso de recursos digitais na disseminação de obras literárias, pode enriquecer o processo de ensino e aprendizagem, permitindo que essas histórias cheguem a um público amplo.

Iniciativas que promovem a inclusão de jogos, como sugerido por Mamigonian (2004), tornam-se ainda mais importantes com o auxílio das tecnologias digitais, sendo possível criar uma educação que valorize a diversidade, e que construa relações saudáveis. Assim, a combinação entre avanços digitais e uma pedagogia humanizada torna-se essencial para formar cidadãos mais críticos.

A integração da tecnologia na educação e a necessidade de humanização dos métodos pedagógicos são questões

essenciais para enfrentar os desafios contemporâneos. Para que os professores possam oferecer uma educação que transforme realidades e expanda perspectivas, é imperativo que estejam equipados com metodologias diversificadas e uma formação cultural e humanizada (Gatti, 2019). A tecnologia, quando utilizada de maneira eficaz, pode ampliar o alcance dos conteúdos e enriquecer a experiência educativa, mas exige um olhar atento e crítico para evitar a superficialidade e a reprodução de estereótipos (Barros, 2024).

Para Oliva (2009) a tecnologia educacional pode servir como um recurso oferecer acesso a fontes e perspectivas que integram temas ao currículo escolar ilustrando como a tecnologia pode ser usada para diversificar o conteúdo e promover um entendimento mais contextualizado, a partir de plataformas interativas e recursos multimídia.

A tecnologia pode facilitar a integração de conteúdos oferecendo métodos de avaliação e engajamento. Diante do exposto, a confluência entre tecnologia e humanização na educação oferece oportunidades para enriquecer o aprendizado (Lucietto et al., 2022). A formação contínua de professores, aliada ao uso inovador de tecnologias, é essencial para criar um ambiente educacional que preparando os alunos para uma sociedade tecnológica.

Os impactos da Integração de Tecnologia e Humanização na Educação e na Saúde

No cenário contemporâneo, a interseção entre tecnologia e humanização tem desempenhado um papel na evolução dos

cuidados personalizados tanto na saúde quanto na educação. Na saúde, os avanços digitais têm possibilitado um atendimento mais preciso e eficiente, mas a integração dessas tecnologias com práticas humanizadas é essencial para garantir que o atendimento continue a respeitar e atender às necessidades individuais dos pacientes (Lucietto et al., 2022).

A utilização de tecnologias, como registros eletrônicos de saúde e telemedicina, permite que os profissionais de saúde ofereçam um cuidado mais detalhado e acessível. No entanto, para que esses avanços sejam eficazes, é necessário que os profissionais mantenham uma abordagem centrada no paciente, que utilize a tecnologia e promova uma interação pessoal e empática com os pacientes (Silva et al., 2023).

Essa necessidade de humanização relevante na educação, onde os avanços digitais têm transformado a maneira como os conteúdos são transmitidos e acessados. Plataformas de aprendizado online, ferramentas de gestão educacional e recursos multimídia têm o potencial de tornar a educação mais inclusiva e acessível (Lucietto et al., 2022).

No entanto, a eficácia dessas ferramentas depende da capacidade dos educadores de combinar a tecnologia com práticas pedagógicas que valorizem a individualidade e as necessidades específicas de cada aluno. A formação dos professores deve, portanto, incluir o domínio das tecnologias educacionais e o desenvolvimento de habilidades para aplicar essas ferramentas de forma a promover um ambiente de aprendizado que seja ao mesmo tempo inovador e acolhedor.

Assim como na saúde, onde a tecnologia deve ser utilizada para complementar e enriquecer a interação humana, na

educação, a integração tecnológica deve ser feita de maneira a apoiar e fortalecer a relação entre professores e alunos (Barros, 2024). A personalização do ensino, facilitada pelos avanços digitais, permite que os educadores adaptem os métodos de ensino às necessidades e estilos de aprendizagem de cada aluno. Contudo, essa personalização deve ser realizada com sensibilidade e compreensão das realidades individuais dos alunos, para que a tecnologia não se torne uma barreira, mas um meio de facilitar uma educação mais inclusiva e eficaz.

A humanização, portanto, é o elo que une os avanços digitais com o cuidado personalizado, seja na saúde ou na educação. Na saúde, isso se reflete na capacidade de oferecer um atendimento que é tanto tecnologicamente avançado quanto pessoalmente compassivo (Lucietto et al., 2022).

Na educação, é manifestado na utilização das tecnologias para criar experiências de aprendizado que são tanto inovadoras quanto sensíveis às necessidades dos alunos. Em ambos os campos, a integração bem-sucedida de tecnologia e humanização melhora a qualidade dos serviços oferecidos e promove um ambiente onde indivíduos são tratados com dignidade, o que é fundamental para a realização de um cuidado equitativo.

CONCLUSÃO

A convergência entre tecnologia e humanização é fundamental para garantir que os avanços digitais sirvam como ferramentas que aprimoram, e não substituem, o contato humano nas áreas da saúde e educação. Ao longo deste capítulo, vimos

que a incorporação de tecnologias, como telemedicina e plataformas de ensino digital, pode aumentar a precisão, a eficiência e a acessibilidade dos serviços.

Contudo, é necessário que esses avanços sejam usados de forma a fortalecer as relações humanas, mantendo o respeito pela individualidade e promovendo interações mais empáticas e personalizadas. A humanização do cuidado, seja com pacientes ou alunos, deve ser o fio condutor que norteia a adoção tecnológica, garantindo que o progresso digital caminhe lado a lado com práticas que valorizem a dignidade e o bem-estar das pessoas.

REFERÊNCIAS

BARROS, Atila. Da máquina à emoção: percepções do uso da inteligência artificial no desenvolvimento da inteligência emocional em ambientes educacionais. Revista Tópicos, v. 2, n. 10, p. 1-13, 2024.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. R. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2004.

FERREIRA, Laura Ribeiro; ARTMANN, Elizabeth. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, May 2018.

GATTI, B. Educação, escola e formação de professores: políticas e impasses. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. 50, p. 51-67, out./dez. 2019.

LUCIETTO, D A et al. Restabelecendo vínculos e compartilhando

conteúdos digitais de educação em saúde para uma comunidade escolar em situação de vulnerabilidade: avanços e desafios durante a pandemia de Covid-19. Research, Society and Development, v. 11, n. 4, p. e12211427243-e12211427243, 2022.

MAMIGONIAN, Beatriz G. África no Brasil: mapa de uma área em expansão. Topoi. Revista de História, Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, p. 33-53, 2004.

OLIVA, Anderson Ribeiro. A história africana nas escolas brasileiras. Entre o Prescrito e o vivido, da legislação educacional aos olhares dos especialistas (1995-2006). História, 2009, v. 28, n.2, p.143-172.

OMS/OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento OPAS/OMS. Genebra. 2005.
QUEIROZ, Maria. Isaura Pereira de. Coletividades negras: ascensão sócio-econômica dos negros no Brasil e em São Paulo. 2007.

SILVA, Luciano Cicero et al. Safe teleconsultation check list: a tool that can improve telemedicine and telepedeutics. Health and Society, v. 3, n. 06, p. 163-181, 2023.

SILVA, Joselina. União dos homens de cor: uma rede do movimento social negro após o Estado Novo. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

4

Educação Ambiental e Saúde: Conexões para um Futuro Sustentável

Bruna Custódio

Carlos José Domingos Alface

DOI: 10.51473/ed.al.sep4



INTRODUÇÃO

A preocupação com a destinação correta dos resíduos tornou-se uma questão central em diversos setores da sociedade, em um contexto onde a produção de lixo cresce de forma acelerada. Tal situação tem colocado o meio ambiente em risco, sendo tema de debates em conferências globais, cujo foco é mitigar os danos causados pela ação humana e promover práticas mais sustentáveis.

O descarte inadequado de resíduos em áreas urbanas e hospitalares, representa um dos principais desafios contemporâneos. Além de contribuir para a degradação ambiental, o aumento da produção de lixo afeta a saúde pública (Gouveia, 2012). A geração indiscriminada de resíduos ultrapassa os limites ambientais, envolvendo o desperdício de recursos naturais e energéticos, comprometendo a sustentabilidade do planeta e resultando em menos recursos disponíveis. É nesse contexto que a Educação Ambiental se destaca como uma ferramenta para promover mudanças comportamentais, incentivando uma mentalidade em que o ser humano considere o futuro do planeta.

Neste cenário, o presente capítulo busca investigar as conexões entre a gestão de resíduos hospitalares, a Educação Ambiental e a saúde pública, com o objetivo de identificar como práticas educativas voltadas para a sustentabilidade podem contribuir para a redução dos impactos ambientais e para a promoção de um futuro saudável.

A questão de pesquisa que norteia este estudo é: Como a educação ambiental pode ser utilizada como ferramenta para

melhorar o manejo dos resíduos hospitalares, contribuindo para a saúde pública e para um futuro sustentável?

Este estudo se justifica pela necessidade em se criar soluções integradas que envolvam saúde e meio ambiente. Dado o aumento da produção de resíduos hospitalares e a necessidade de práticas sustentáveis, é preciso investigar como a educação ambiental pode ser aplicada nesse contexto, considerando tanto a preservação ambiental quanto a saúde pública. A relevância do tema está ligada aos impactos ambientais e de saúde causados pelo manejo inadequado de resíduos de serviços de saúde (RSS), que representam um risco para os profissionais de saúde e para a população em geral.

Diante disso, o objetivo geral deste capítulo é analisar como a educação ambiental pode ser utilizada como ferramenta para promover a gestão adequada de resíduos hospitalares. Os objetivos específicos incluem identificar os principais desafios relacionados à gestão de resíduos hospitalares no Brasil; avaliar o papel da Educação Ambiental na conscientização de profissionais de saúde sobre o manejo dos resíduos; analisar o impacto das práticas de gestão de resíduos sobre a saúde pública e o meio ambiente. Dessa forma, o estudo visa estabelecer conexões entre educação ambiental, saúde e sustentabilidade, propondo soluções que possam contribuir para um futuro equilibrado.

MARCO TEÓRICO

Educação Ambiental como Agente Transformador da Saúde

Neste capítulo, pretendemos discutir as principais concepções sobre a Educação Ambiental, analisando as ideias de autores que propõem uma abordagem democrática desse campo. Definir Educação Ambiental é uma tarefa delicada, pois sua trajetória está marcada por processos diversos no uso dos recursos naturais, refletindo as diferentes maneiras pelas quais a sociedade interpreta, entende e interage com o meio ambiente. Além disso, busca-se soluções para os problemas ambientais que emergem ao longo dos anos.

A concepção de Educação Ambiental tem o propósito de promover uma reciprocidade equilibrada entre homem e natureza, fundamentada em uma compreensão existencial que se desenvolveu ao longo do tempo (Silva, 2016). Esse processo educativo visa formar indivíduos conscientes de seu papel no mundo, capazes de tomar decisões que contribuam para a construção de uma sociedade mais sustentável (Venâncio, 2023).

Nesse sentido, a Lei nº 9795 de 1999, em seu artigo 1º, complementa essa visão ao definir a Educação Ambiental como o processo por meio do qual o indivíduo e a coletividade constroem valores, conhecimentos, habilidades e atitudes voltadas para a conservação do meio ambiente, essencial para a qualidade de vida e sustentabilidade (Brasil, 1999).

Dessa forma, a Educação Ambiental se configura como

um processo pedagógico participativo e permanente, que busca desenvolver uma consciência crítica sobre os problemas ambientais, desde suas origens até os esforços de reversão de danos à natureza (Polli; Signorini, 2012).

A presença da Educação Ambiental facilita a conexão com a realidade cotidiana, permitindo que o aprendizado seja estendido à comunidade e que as problemáticas locais sejam enfrentadas de maneira coletiva (Venâncio, 2023), devendo ter um enfoque global e integrado, de modo que se desenvolvam soluções locais, usando recursos e tecnologias adequadas (Silva, 2016).

A Educação Ambiental, portanto, deve ser vista como um paradigma que integra a educação e o meio ambiente de forma indissociável, promovendo a conscientização sobre os problemas ambientais e incentivando o desenvolvimento de atitudes e compromissos, tanto individuais quanto coletivos, na busca por soluções e na prevenção de desafios (Venâncio, 2023).

Dessa forma, compreendemos que a Educação Ambiental deve fundamentar-se em uma transformação da percepção humana em relação à natureza, substituindo uma visão utilitarista dos recursos naturais por valores, atitudes e ações que minimizem o processo de degradação ambiental (Barros, 2020).

Em meio a essas discussões, surge a Educação Ambiental Crítica, conhecida como transformadora, emancipatória ou popular, que se consolida como uma alternativa às práticas hegemônicas de Educação Ambiental, que muitas vezes não promovem mudanças paradigmáticas para as transformações sociais necessárias no século XXI (Venâncio, 2023).

Conforme Loureiro (2012), a Educação Ambiental Crítica propõe um questionamento das abordagens

comportamentalistas, reducionistas e dualistas, que separam cultura e natureza. Essa perspectiva tem sido discutida por diversos pesquisadores e teóricos (Barros, 2020; Venâncio, 2023 e Guimarães et al., 2014) que defendem a necessidade de mudanças efetivas para enfrentar a crise socioambiental.

Para compreender a Educação Ambiental em sua totalidade, é essencial considerar seu processo histórico, consolidado por meio dos movimentos ambientalistas ao redor do mundo. Nos últimos anos, as catástrofes naturais e a escassez de recursos não renováveis trouxeram à tona uma reflexão sobre a importância da proteção ambiental e do uso sustentável dos recursos, com vistas a garantir a qualidade de vida das gerações futuras (Venâncio, 2023).

É nesse contexto de preocupações que a Educação Ambiental surge com uma perspectiva, onde o foco está na integração da sociedade em um processo colaborativo em prol do meio ambiente (Loureiro, 2012). Assim, a Educação Ambiental, ao conectar saúde e meio ambiente, reforça a necessidade de uma visão que reconheça a interdependência entre um ambiente saudável e o bem-estar humano. Neste contexto, o comprometimento social surge como um pilar para o aprimoramento da Educação Ambiental, essencial para que seus resultados alcancem a transformação desejada (Gonçalves Filho; Paiva, 2020).

Educação Ambiental, assim, se coloca como um processo transformador, moldando o comportamento dos indivíduos para que possam refletir sobre o presente e o futuro do meio ambiente, o que implica orientar a educação para a formação de cidadãos que compreendam o impacto de suas ações e decisões no mundo em que vivem (Corrêa; Pineda, 2017).

Revisitando os marcos que moldaram a Educação Ambiental em âmbito global, temos o primeiro passo que ocorreu em 1972, quando o Clube de Roma publicou um relatório abordando os desafios ambientais e a escassez de recursos naturais, propondo o princípio do desenvolvimento sustentável como uma diretriz global (Guimarães et al., 2014).

No mesmo ano, a Conferência de Estocolmo, organizada pela ONU, estabeleceu um panorama global sobre a necessidade de preservar o meio ambiente humano, desencadeando uma série de iniciativas que culminaram na formalização de princípios essenciais para a proteção ambiental (Venâncio, 2023).

Em resposta às discussões de Estocolmo, a UNESCO promoveu o Encontro Internacional sobre Educação Ambiental em Belgrado, em 1975 (Corrêa; Pineda, 2017). A Carta de Belgrado, resultante desse evento, destacou a erradicação de problemas como fome, pobreza e poluição, consolidando a Educação Ambiental como uma ferramenta fundamental para enfrentar tais desafios. Esse movimento continuou com a Conferência de Tbilisi, em 1977, que estabeleceu os objetivos e estratégias de uma Educação Ambiental ativa, destacando a necessidade de uma consciência coletiva sobre os impactos do comportamento humano no ambiente (Loureiro, 2012).

A ECO-92, realizada no Rio de Janeiro em 1992, consolidou a agenda de desenvolvimento sustentável para o século XXI. Com a adesão de 179 países, a conferência firmou um compromisso global para repensar o modelo de desenvolvimento, incorporando as dimensões econômicas, sociais e ambientais em busca de uma qualidade de vida mais equilibrada e sustentável (Corrêa; Pineda, 2017).

Esse evento foi seguido por uma série de encontros internacionais que reforçaram a importância de uma ação global coordenada para enfrentar os desafios ambientais, como o Congresso Sul-Americano de 1993, a Conferência do Clima em Berlim de 1995 e o II Congresso Ibero-Americano de Educação Ambiental em 1997 (Gonçalves Filho; Paiva, 2020).

Uma década após a ECO-92, o Encontro da Terra em Johannesburgo, conhecido como Rio + 10, visou avaliar o progresso das metas estabelecidas na Rio-92. Questões como mudanças climáticas, aumento da pobreza e a escassez de água ganharam destaque, demonstrando a interconexão entre os problemas ambientais e sociais e a urgência de ações mais integradas, no entanto, a falta de avanços na gestão de recursos naturais, indicou a complexidade dos desafios (Venâncio, 2023).

A conferência Rio + 20, realizada em 2012, refletiu as frustrações e críticas ao ritmo lento das ações concretas para alcançar o desenvolvimento sustentável, cujo argumento foi de que o maior obstáculo era a falta de comprometimento e de medidas práticas que pudessem reverter a degradação ambiental e garantir um futuro sustentável para as próximas gerações (Gonçalves Filho; Paiva, 2020).

Esses eventos históricos demonstram que a Educação Ambiental, para além de seu papel pedagógico, precisa ser vista como um movimento articulado com questões de saúde, qualidade de vida e justiça social (Corrêa; Pineda, 2017). A compreensão dos impactos ambientais sobre a saúde humana, como a propagação de doenças devido à poluição e à degradação dos ecossistemas, reforça a necessidade de uma abordagem que envolva tanto a proteção ambiental quanto o cuidado com a saúde

pública. Desta forma, Educação Ambiental e Saúde tornam-se campos interdependentes, onde a preservação do meio ambiente resulta em melhorias para a qualidade de vida das populações (Venâncio, 2023).

Reprocessamento de Resíduos e suas Implicações para a Educação Ambiental

É reconhecido que o crescimento populacional nas últimas décadas, aliado à intensificação dos processos de urbanização e consumo, tem provocado um aumento o na demanda por recursos materiais e energéticos, além de impulsionar a geração de resíduos sólidos. Esse cenário coloca um desafio para a gestão desses resíduos nas áreas urbanas, onde o impacto ambiental e na saúde pública pode ser devastador (Gonçalves Filho; Paiva, 2020).

Todavia, o cenário nem sempre foi assim. Até meados do século XX, a gestão dos resíduos integrava-se ao cotidiano de forma natural. Os restos de alimentos, por exemplo, serviam de alimentação para animais, e materiais como papel e madeira eram reutilizados (Corrêa; Pineda, 2017), no entanto, com a industrialização em massa e o advento de materiais, como o plástico, a quantidade de resíduos gerados cresceu, dificultando sua decomposição e reutilização.

Essa mudança no padrão de consumo e produção teve impactos diretos nos ciclos naturais de decomposição e reciclagem da matéria orgânica, gerando consequências de longo prazo (Venâncio, 2023). Conforme sinalizado pela ONU (2020), a tendência é que o crescimento populacional nas áreas urbanas continue alcançando cerca de 70% da população mundial até 2050,

o que pode comprometer a gestão dos resíduos sólidos urbanos.

Nesse contexto, a gestão inadequada dos resíduos sólidos tem efeitos ambientais e na saúde pública. A acumulação de lixo em áreas urbanas pode gerar a proliferação de doenças, contaminação de recursos hídricos e atmosféricos, além de afetar a qualidade de vida da população (Gonçalves Filho; Paiva, 2020). Barros (2020) destaca que a ação humana tem sobrecarregado os sistemas ecológicos, ao ponto de impedir que a degradação natural dos resíduos ocorra de maneira eficaz.

Essa problemática torna-se mais complexa quando consideramos a variedade de resíduos gerados, desde industriais até domésticos, com diferentes composições e potenciais de risco. A heterogeneidade dos componentes, somada à falta de políticas públicas, tem dificultado a implementação de uma gestão sustentável dos resíduos sólidos, como ressalta Ferreira (2012).

Todos nós contribuímos para o aumento da geração de resíduos. No Brasil, segundo a ABRELPE e o IBGE (2017), cada adulto descarta cerca de 1,071 kg de lixo por dia. Esse volume de resíduos, quando descartado de forma inadequada, agrava os problemas ambientais, colocando em risco a saúde da população, aumentando a exposição a doenças e contaminantes.

Para mitigar esses impactos, foi promulgada a Lei nº 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) (Brasil, 2010), visando à redução, reutilização e tratamento adequado dos resíduos, além da promoção de ações educativas para sensibilizar a população sobre a importância da gestão correta dos resíduos, tendo como um dos pilares a inclusão de programas de Educação Ambiental (Venâncio, 2023).

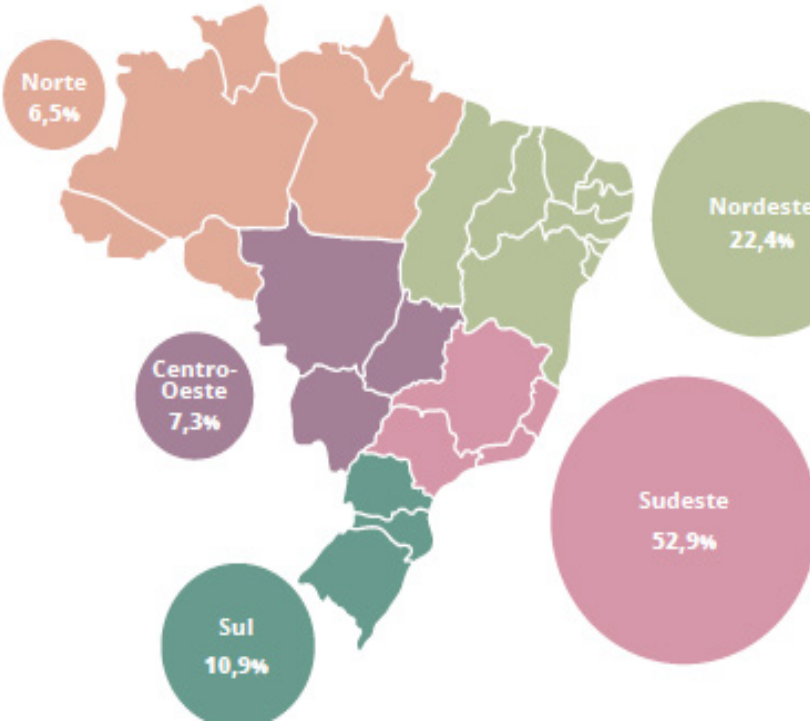
Além disso, a classificação dos resíduos sólidos, conforme

a norma NBR 10004 (2004), permite um tratamento diferenciado para cada tipo de resíduo, com base em seu potencial de risco. A categorização dos resíduos em materiais recicláveis e em resíduos perigosos é necessária para que se adotem as melhores práticas de descarte e reaproveitamento (Gonçalves Filho; Paiva, 2020).

A crescente produção de resíduos sólidos no Brasil e no mundo revela a urgência de ações para lidar com esse desafio global. Países em desenvolvimento, como o Brasil, produzem resíduos em volumes comparáveis aos de nações desenvolvidas, o que reforça a necessidade de políticas públicas e investimentos em tecnologias de reciclagem e tratamento de resíduos (Venâncio, 2023). Bilokon (2017) alerta que a produção mundial de resíduos sólidos urbanos (RSU) ultrapassa os 730 milhões de toneladas anuais, sendo a América Latina responsável por cerca de 100 milhões desse total.

A imagem a seguir demonstra o percentual de RSU produzidos por região no Brasil.

Figura 1 - Produção de RSU por região no Brasil



Fonte: ABRELPE (2019)

A região Sudeste do Brasil, como mostrado pela Figura 1, é a maior produtora de resíduos sólidos urbanos (RSU), com 52,9% da produção nacional, mais do que o dobro da região Nordeste, a segunda maior produtora (22,4%) (ABRELPE, 2019). Na cidade de São Paulo, a maior metrópole do país, a produção diária de lixo é de cerca de 18 mil toneladas, o que equivale a 1,6 kg de resíduos por habitante diariamente (IBGE, 2018). Esses números demonstram que a gestão inadequada dos resíduos agrava os problemas ambientais, comprometendo a saúde pública.

A ONU (2020) alerta que com o crescimento acelerado

das populações urbanas, que devem atingir 70% da população mundial até 2050, a gestão inadequada dos resíduos sólidos torna-se uma preocupação central para a sustentabilidade das cidades, tendo em vista que uma maior produção de lixo sobrecarrega os ecossistemas, interrompendo ciclos naturais de decomposição, tendo como consequências o risco a saúde pública em locais onde o manejo dos resíduos é deficiente.

Neste contexto, Barros (2020) destaca que a ação humana, ao gerar grandes volumes de resíduos, acaba por sobrecarregar os sistemas ecológicos e de infraestrutura urbana, levando à degradação do meio ambiente. A diversidade dos resíduos, que variam desde materiais domésticos até os industriais e hospitalares, exige uma gestão cada vez mais eficiente e políticas públicas bem estruturadas.

Diante do exposto, entende-se que a conscientização da população e a implementação de políticas eficazes são fundamentais para enfrentar esse desafio, garantindo a preservação do meio ambiente e a melhoria da qualidade de vida nas cidades.

Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde: Integrando Educação Ambiental e Saúde Pública

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) estão no centro de discussões que envolvem os riscos que podem oferecer à saúde pública e ao meio ambiente, e as medidas cabíveis para mitigar esses perigos. O aumento da infecção hospitalar, aliado à evolução de movimentos ambientalistas, intensificou o debate

sobre a gestão desses resíduos, resultando em maiores exigências por parte dos profissionais da saúde e da sociedade.

Embora Matos (2019) afirme que não há uma confirmação oficial que relacione os resíduos hospitalares aos riscos infecciosos, ele observa que a incidência de doenças microbianas não é mais elevada em pessoas que manipulam esses resíduos. Contudo, isso só é verdade em condições ideais de manejo e descarte. A igualdade de riscos para os que manipulam os resíduos hospitalares e para a comunidade em geral depende de um gerenciamento adequado.

No Brasil, os serviços de saúde precisam manter um padrão mínimo no gerenciamento dos RSS para garantir a segurança de todos os envolvidos, uma vez que a má gestão pode resultar em graves consequências, tanto para os trabalhadores quanto para o meio ambiente (Kobernovicz; Stroparo, 2021).

Rafiee et al., (2018) complementa esse raciocínio, explicando que o ambiente hospitalar pode ser tanto benéfico quanto prejudicial, dependendo das condições de higiene mantidas. Mesmo que um hospital funcione sob condições externas desfavoráveis, se suas condições internas de limpeza e gestão de resíduos forem inadequadas, sua operação se torna insustentável. Nesse contexto, a legislação desempenha um papel fundamental, estabelecendo diretrizes para garantir a segurança e o bem-estar de pacientes, profissionais e da população em geral.

Bento et al. (2017) enfatizam que a maioria dos resíduos gerados nos serviços de saúde é considerada de elevado risco, o que exige um gerenciamento adequado para evitar impactos à saúde e ao meio ambiente.

A disposição final dos RSS é o último estágio da gestão

desses resíduos, mas antes, diversas estratégias podem ser adotadas para reduzir sua produção, promover a reutilização e incentivar a reciclagem (Kobernovicz; Stroparo, 2021). Ainda que existam sistemas de tratamento, como autoclaves, micro-ondas, tratamentos químicos, radiação ionizante e incineração, é essencial reconhecer que uma parcela desses resíduos precisará ser encaminhada para disposição final, seja em aterros sanitários especializados ou por meio de outros métodos que garantam a proteção ambiental (Maamari et al., 2016).

A Educação Ambiental desempenha um papel central nesse processo, conectando as práticas de manejo dos resíduos de saúde a um futuro sustentável, já que a conscientização sobre a correta destinação dos RSS, o incentivo à redução do uso de materiais descartáveis e a promoção de práticas sustentáveis dentro dos serviços de saúde são fundamentais para minimizar os impactos negativos. Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde e o engajamento da sociedade em ações de reciclagem e reutilização de materiais contribuem para a construção de uma cultura de responsabilidade ambiental (Corrêa; Pineda, 2017). Cafure e Patriarcha-Graciolli (2014) alertam que o lixo hospitalar, quando mal gerenciado, representa riscos à saúde pública, agravados pela falta de informação sobre suas particularidades, facilitando a disseminação de doenças.

O risco ambiental, conforme Gonçalves Filho e Paiva (2020), refere-se aos perigos que o meio ambiente enfrenta, os quais podem variar dependendo do tipo de atividade, nível de exposição e gravidade dos efeitos. No caso dos RSS, o risco está presente tanto dentro quanto fora dos ambientes onde são gerados, afetando os profissionais que os manuseiam e, em casos

mais graves, os pacientes, cujo sistema imunológico se encontra comprometido. Para este grupo, a contaminação com resíduos hospitalares pode ter consequências fatais, ressaltando a importância de um manejo correto.

Embora representem uma pequena parcela dos resíduos sólidos produzidos pela sociedade, entre 50% e 80% dos RSS são similares aos resíduos domésticos. Os Resíduos de Serviços de Saúde são gerados por instituições, que incluem hospitais, clínicas, farmácias, laboratórios e consultórios. Canuto e Medeiros (2011) explicam que derivam de materiais utilizados no cuidado de pacientes, seja em ambiente domiciliar, público ou privado.

Ferreira (2012) aponta que o Brasil conta com mais de 30 mil unidades de saúde gerando resíduos, sem que haja uma solução definitiva para sua destinação final. No Brasil, diariamente são produzidas cerca de 149 mil toneladas de resíduos, dos quais 1 a 3% são RSS. Destes, uma fração, entre 10 a 25%, requer tratamento especial devido ao seu alto potencial de contaminação e risco.

A Resolução Conama Nº 5, de 5 de agosto de 1993, estabelece que os prestadores de serviços de saúde são responsáveis pelo gerenciamento dos seus resíduos sólidos, desde a geração até a disposição final, respeitando os requisitos de saúde pública e proteção ambiental (Brasil, 1993). No entanto, muitos desses prestadores não cumprem as normas estabelecidas.

A resolução classifica os RSS em quatro grupos: Grupo A (resíduos com risco biológico), Grupo B (resíduos com risco químico), Grupo C (rejeitos radioativos) e Grupo D (rejeitos comuns), cada um com um tratamento e destino adequado. De acordo com Guimarães et al., (2014) as técnicas mais comuns

utilizadas para o tratamento de resíduos patogênicos incluem esterilização a vapor, trituração, incineração e desinfecção química, cada uma com suas especificidades e aplicações.

No que tange à coleta e transporte dos RSS, tanto interno quanto externo, esses processos exigem cuidados. Os resíduos são armazenados em recipientes apropriados e transportados até as áreas de armazenamento externo. Já a coleta externa requer uma equipe especializada, conforme destaca Rafiee et al., (2018) que considera a incineração o método mais adequado, embora Matos (2019) defenda que a autoclavação seja o procedimento mais viável para determinados resíduos.

Portanto, o manejo de RSS exige uma abordagem integrada, que envolva tanto a educação ambiental quanto a conscientização de todos os envolvidos no processo, desde os profissionais de saúde até a sociedade em geral (Gonçalves Filho; Paiva, 2020). O fortalecimento da Educação Ambiental nos setores de saúde, é vital para garantir que práticas mais sustentáveis sejam adotadas, promovendo um futuro no qual saúde e sustentabilidade caminhem de mãos dadas.

CONCLUSÃO

Este capítulo evidenciou a relação entre Educação Ambiental, gestão de resíduos hospitalares e saúde pública, destacando a necessidade de uma abordagem para enfrentar os desafios contemporâneos. A análise enfatiza que a Educação Ambiental deve ser vista como um processo que propõe mudanças na forma como nos relacionamos com o meio ambiente.

Neste sentido, a implementação de políticas públicas, associada a programas educacionais, pode criar um ciclo em que a gestão adequada de resíduos hospitalares promova a conscientização ambiental. Por fim, é fundamental que todos os setores da sociedade, incluindo instituições de saúde, governos e cidadãos, se unam em um esforço coletivo para transformar a relação com os resíduos. A Educação Ambiental se torna um agente de mudança que pode inspirar ações sustentáveis em prol da saúde e do meio ambiente.

REFERÊNCIAS

ABRELPE. Panorama dos resíduos sólidos no Brasil. 2019. Associação Brasileira de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. Disponível em: http://abrelpe.org.br/panorama/.

BARROS, M. Aprendizagem Ambiental: uma Abordagem para a Sustentabilidade. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.

BENTO, D. G. et al. O gerenciamento de resíduos de serviço de saúde sob a ótica dos profissionais de enfermagem. Rev. Texto & Contexto Enferm, v 26, n. 1, 2017.

BILOKON, O. Lixo Urbano. (2017) Instituto de engenharia disponível em: https://www.institutodeengenharia.org.br/site/wp-content/uploads/2017/10/arqnot 10955.pdf acesso: jun. 2024.

BRASIL. Educação Ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. MEC Desporto, Lei nº. 9.795 de 27 de abril de 1999.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21. Brasília: Ministério do Meio Ambiente. 2010.

CAFURE, V. A; PATRIARCHA-GRACIOLLI, S. R. Os resíduos de serviço de saúde e seus impactos ambientais: uma revisão bibliográfica. Rev. Interações, v. 16, n. 2, Campo Grande, p. 301-314. jul/dez. 2014.

CANUTO, R. M; MEDEIROS, G. Resíduos Sólidos: do conhecimento a prática. Rev. Inova Ação, v. 1, n, 1, Teresina, p. 31-37 jan/jul. 2011.

CORRÊA, T H Barnabé; PINEDA, M Olivia García. Juventud y Desarrollo Sostenible. Anales de Ingeniería, ed. 939, p. 52-55, 2017.

FERREIRA N. V. dos S. (2012). *As narrativas de professoras reencantadas pela Educação Ambiental:* rede de formação tecida no/com o cotidiano. Tese de Doutorado. Vitória: UFES.

GUIMARÃES R M et al. Construção e validação de um índice de vulnerabilidade socioambiental para a vigilância e gestão de desastres naturais no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 19(10):4157-4165. 2014. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4157.pdf. Acesso: ago. 2024.

GONÇALVES FILHO, G; PAIVA, S G. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: Educação Ambiental em um processo educacional de conscientização. Revista Sítio Novo, v. 4, n. 3, p. 359-376, 2020.

GOUVEIA, N. Resíduos sólidos urbanos: Impactos Socioambientais e Perspectiva de Manejo Sustentável com Inclusão Social. São Paulo 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Informações de índices populacionais em déficit habitacional. 2017. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br. Acesso em: jun. 2024.

KOBERNOVICZ, Letícia; STROPARO, Telma Regina. Resíduos de

serviços de saúde (RSS): gerenciamento e análise dos custos de destinação. RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber, Brasil, v. 1, n. 12, p. 69–83, 2021. DOI: 10.51473/rcmos.v2i2.200.

LOUREIRO, C.F.B. Pesquisa-ação participante e educação ambiental: uma abordagem dialética e emancipatória. São Paulo: Annablume, 2012.

MATOS, C. Amélia Soares. Avaliação de requisitos técnicos para o desempenho operacional da autoclavação de resíduos de serviços de saúde. Dissertação de Mestrado, Repositório UFMG, 2019.

MAAMARI, O.; MOUAFFAK, L.; KAMEL, R.; BRANDAM, C.; LTEIF, R.; SALAMEH, D. Comparison of steam sterilization conditions efficiency in the treatment of infectious health care waste. Waste Management, v. 49, p. 462-468, 2016.

NACIONES UNIDAS - ONU. Declaración de Estocolmo sobre el Medio Humano. Estocolmo, junio de 1972. 2020. Disponible en: http://www.vitaecivilis.org.br/anexos/Declaracao_Estocolmo_1972.pdf>. Acesso: set. 2024.

POLLI, Anderson; SIGNORINI, Tiago. A Inserção Da Educação Ambiental Na Prática Pedagógica. Ambiente & Educação, Rio Grande, v. 17, n. 2, p.93-101, out. 2012.

RAFIEE, A.; DELGADO-SABORIT, J.M.; GORDI, E.; QUÉMERAIS, B.; MOGHADAM, V. K.; LU, W.; HASHEMI, F.; HOSEINI, M. Use of urinary biomarkers to characterize occupational exposure to BTEX in healthcare waste autoclave operators. Science of the Total Environment, p. 857-865, 2018.

SILVA, D. M. da. Daño Ambiental y su reparación. Curitiba: Juruá, 2016.

VENÂNCIO, G A de M. Rumo à formação de ecocidadãos: promovendo a sustentabilidade através da educação ambiental. 2023. 39 f. TCC. Bacharelado. Ciências Biológicas. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023.

5

Promoção da Saúde Infantil: Fortalecendo Parcerias entre Escola, Família e Comunidade

Carlos José Domingos Alface

Bruna Custódio

DOI: 10.51473/ed.al.sep5



INTRODUÇÃO

A promoção da saúde infantil envolve o acompanhamento médico, a interação e o suporte contínuo entre a família, a escola e a comunidade. Nos primeiros anos de vida, a criança se encontra em uma fase crítica de desenvolvimento, em que fatores como, cuidados de saúde e estímulos afetivos são essenciais para garantir um crescimento saudável (Santos, 2019). Entretanto, esse processo não acontece isoladamente; ele é influenciado pelo ambiente em que a criança está inserida.

Nesse contexto, a família desempenha um papel central na saúde e no bem-estar da criança, sendo responsável por proporcionar cuidados que vão além do físico, englobando aspectos emocionais e sociais. O apoio familiar é fundamental, durante os primeiros anos, quando as crianças são mais vulneráveis a fatores externos que podem impactar sua saúde e desenvolvimento.

Além disso, a relação que a criança estabelece com seus cuidadores influencia sua capacidade de enfrentar desafios e interagir socialmente, moldando sua personalidade e comportamento. Portanto, é imprescindível que a família esteja engajada e informada sobre a importância de sua atuação nesse processo (Rumor et al., 2023).

A escola atua como um espaço de socialização e aprendizado, oferecendo um ambiente propício para o desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas. O fortalecimento da parceria entre a escola e a família é necessário para garantir que as crianças recebam o suporte necessário em todos os aspectos de suas vidas. Quando pais e educadores

trabalham juntos, é possível identificar as necessidades de saúde e desenvolvimento, facilitando intervenções mais eficazes e abrangentes. Essa colaboração promove um ambiente mais coeso, onde as crianças se sentem apoiadas em diferentes esferas de sua vida.

Além disso, a comunidade desempenha um papel importante na promoção da saúde infantil, oferecendo recursos e suporte que podem complementar os cuidados familiares e escolares. Iniciativas comunitárias, como programas de educação em saúde e grupos de apoio, são fundamentais para fortalecer a rede de proteção em torno da criança, assegurando que suas necessidades sejam atendidas de maneira integrada (Kaneko; Lopes, 2029). Essa colaboração entre os três pilares — família, escola e comunidade — é essencial para criar um ambiente saudável e favorável ao desenvolvimento infantil, permitindo que cada criança tenha acesso a uma rede de suporte abrangente.

Os profissionais de saúde, por sua vez, têm um papel nesse cenário, pois podem direcionar suas ações para promover a saúde infantil. Eles orientam as famílias, realizam consultas para monitorar dados antropométricos, como peso e altura, e avaliam casos de risco, buscando apoio especializado quando necessário (Kaneko; Lopes, 2029).

Além disso, esses profissionais podem participar e coordenar atividades de educação em saúde, contribuindo para a conscientização e capacitação das famílias. Essa abordagem integrada é fundamental, uma vez que as dificuldades vivenciadas por crianças e seus familiares refletem a realidade do contexto em que estão inseridos.

Neste cenário, este estudo visa explorar a importância da

promoção da saúde infantil através do fortalecimento das parcerias entre escola, família e comunidade. A análise dessas interações permitirá identificar estratégias eficazes para melhorar a saúde e o bem-estar das crianças, contribuindo para um futuro mais saudável e sustentável.

MARCO TEÓRICO

Promoção da Saúde Infantil

A promoção da saúde infantil exige uma atenção cuidadosa a uma série de fatores que começam ainda no período gestacional. Complicações obstétricas, fetais e neonatais podem resultar em distúrbios emocionais, físicos e sociais, afetando a criança e a família. Um exemplo disso é a exposição ao alcoolismo durante a gestação, que pode causar efeitos de difícil detecção imediata. Entre os sinais mais comuns estão a inquietação, irritabilidade, tremores e hiperatividade.

Em casos mais graves, podem ocorrer malformações congênitas, como anomalias no trato geniturinário, deformidades nos membros, microcefalia e defeitos do tubo neural. Após o nascimento, bebês expostos a esses fatores enfrentam desafios como dificuldade em ganhar peso, maior risco de apneia do sono e Síndrome da Morte Súbita Infantil (Rodrigues et al., 2018).

Para que a criança cresça de maneira saudável, o apoio da família é essencial, sobretudo, no que diz respeito ao papel materno. A mãe desempenha uma função primordial na promoção da saúde infantil, sendo responsável por cuidados de higiene,

conforto e bem-estar desde os primeiros dias de vida. No entanto, esses cuidados devem ser compreendidos dentro de um contexto que inclui as dimensões familiar, social e cultural (Bravo, 2018). É importante que as mães tenham um espaço seguro para expressar suas dúvidas e inseguranças sobre o cuidado com seus filhos. Nesse sentido, é fundamental que elas recebam orientações sobre a importância do acompanhamento regular do crescimento de seus filhos por meio das consultas de puericultura nas unidades de saúde.

O acompanhamento familiar adequado é um fator para evitar falhas no cuidado infantil. Quando as famílias, não estão inseridas nesse processo de assistência, podem ocorrer lacunas, como o não comparecimento a consultas regulares, abandono do calendário de vacinação e negligência de cuidados básicos. Essas falhas muitas vezes têm raízes em questões socioeconômicas e históricas, que influenciam a valorização do cuidado infantil. Por isso, é necessário um esforço conjunto para fortalecer o vínculo entre a mãe e a criança, e garantir que esse suporte seja oferecido de forma contínua e acessível (Santos, 2019).

A puericultura, nesse contexto, trata-se de uma estratégia essencial para a promoção da saúde infantil. Através das consultas, é possível estimular os pais a oferecerem as melhores condições possíveis para o desenvolvimento de seus filhos, considerando sempre as limitações da realidade familiar (Mendes-Castillo et al., 2019).

Nessas consultas, o profissional de saúde tem a oportunidade de investigar o estado de saúde das crianças, avaliar seu desenvolvimento, identificar patologias e atualizar o calendário vacinal, o que contribui para um conhecimento

sobre as necessidades da comunidade atendida. Assim, a mãe se mantém como a principal figura de cuidado durante a infância, uma fase de vulnerabilidade biológica para o ser humano.

O fortalecimento desse papel materno e o estabelecimento de um vínculo efetivo entre mãe, filho e os serviços de saúde são fundamentais para garantir o crescimento saudável da criança. Para apoiar esse processo, o Ministério da Saúde estabelece um calendário mínimo de consultas de puericultura como se verifica na tabela a seguir, com o objetivo de monitorar de perto o desenvolvimento infantil e prevenir possíveis complicações.

Tabela 1 - Calendário mínimo de consultas de puericultura

LACTANTE 0-2 ANOS	**PRÉ ESCOLA 2-4 ANOS**	**ESCOLAS 5-10 ANOS**	**ADOLESCENTES 11-19 ANOS**
1ª SEMANA	24 MESES	5ANOS	11 ANOS
1 MÊS	30 MESES	6 ANOS	12 ANOS
2 MESES	36 MESES	7 ANOS	13 ANOS
3 MESES	42 MESES	8 ANOS	14 ANOS
4 MESES	48 MESES	9 ANOS	15 ANOS
5 MESES		10 ANOS	16 ANOS
6 MESES			17 ANOS
9 MESES			18 ANOS
12 MESES			19 ANOS
15 MESES			
18 MESES			

Fonte: Ministério Da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o Brasil apresentou uma redução na taxa de mortalidade infantil entre 1990 e 2010, caindo de 47,1 para 15,6 mortes por 1000 nascidos vivos (Brasil, 2010). Esse progresso é resultado de diversas ações, como a diminuição da pobreza, a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e o acompanhamento sistemático

do desenvolvimento infantil, incluindo o trabalho de organizações comunitárias, como as Pastorais (Bravo, 2018). No entanto, apesar dessa redução expressiva, há um caminho a percorrer para garantir que o direito à vida seja assegurado para todas as crianças. A mortalidade infantil continua a ser influenciada por fatores socioeconômicos e culturais que precisam ser abordados com novas estratégias (Alves; Coelho, 2022).

A garantia da saúde integral da criança desde o nascimento é fundamental, pois o período inicial de vida é o mais vulnerável. Contudo, é essencial reconhecer que a criança faz parte de um contexto familiar que exerce influência direta sobre seu desenvolvimento. Cabe à família a responsabilidade de seguir as orientações de saúde, como levar a criança às consultas de puericultura, nos primeiros seis meses de vida, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. Essas consultas permitem o acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento da criança, o que é preciso para garantir melhores condições de vida (Rumor et al., 2023).

Entretanto, é preciso refletir sobre os desafios que impedem famílias de cumprir essas obrigações de forma regular. Muitas vezes, o atendimento médico só é procurado em situações de emergência, negligenciando ações preventivas e o estabelecimento de um vínculo contínuo com um profissional de saúde que conheça o histórico da criança (Santos, 2019). Essa situação é agravada pelas desigualdades na oferta de serviços de saúde, que dificultam o acesso das famílias a consultas regulares em unidades básicas de saúde e em unidades de saúde da família.

Para garantir o acompanhamento contínuo e adequado, é necessário que os pais sejam informados sobre seus direitos

e deveres em relação à saúde de seus filhos. A educação das famílias sobre a importância do acompanhamento médico regular pode ajudar a promover um crescimento saudável e melhorar a qualidade de vida das crianças. Mesmo quando as mães realizam o número adequado de consultas de pré-natal, há uma falha na comunicação sobre a importância das consultas de puericultura, o que compromete o acompanhamento pós-natal.

Nesse contexto, é fundamental que os serviços de saúde aprimorem os mecanismos de captação precoce de gestantes, garantindo um atendimento pré-natal de qualidade, realizado por profissionais sensibilizados para as necessidades das famílias. Além disso, o acompanhamento contínuo da dupla mãe-bebê, como proposto pelo Ministério da Saúde, deve ser assegurado pelo menos até os dois anos de idade, para garantir o desenvolvimento saudável da criança (Alves; Coelho, 2022).

Nessa fase, devem ser observados o crescimento físico, o desenvolvimento neuropsicomotor, a alimentação, durante o período de desmame, e cuidados com a higiene e prevenção de acidentes. A vacinação e a promoção de estímulos adequados ao desenvolvimento infantil são aspectos que devem ser abordados durante essas consultas (Mendes-Castillo et al., 2019).

Mesmo crianças que nascem dentro dos parâmetros de normalidade requerem acompanhamento contínuo para assegurar que seu desenvolvimento prossiga de maneira adequada, reforçando a importância de um vínculo efetivo entre os serviços de saúde, a família e a comunidade, garantindo que todas as crianças tenham acesso aos cuidados necessários para crescerem saudáveis e com qualidade de vida.

O Papel da Família na Promoção da Saúde Infantil

O papel da família na promoção da saúde infantil é fundamental e pode influenciar o desenvolvimento emocional e físico da criança. De acordo com Rumor et al., (2023) a relação entre a mãe e a criança pode moldar comportamentos que se estendem para a vida adulta. Esse aprendizado pode levar a um desenvolvimento emocional primitivo, dificultando a formação de estratégias mais saudáveis para lidar com as adversidades da vida. Além disso, a família desempenha um papel no manejo psicológico das crianças diante de situações desafiadoras.

A qualidade da relação entre mãe e filho durante momentos de amamentação é vital, destacando a importância de a mãe dedicar tempo ao bebê para promover uma troca emocional significativa. Esse vínculo é necessário para o desenvolvimento social e cognitivo da criança (Silva; Braga, 2019). Uma relação de sensibilidade materna pode contribuir para um crescimento saudável, enquanto um temperamento difícil e uma conexão ruim entre mãe e filho podem ter consequências adversas. Quando a mãe se dedica a momentos de carinho e atenção, mesmo as interações difíceis podem ser superadas (Santos, 2019).

Por outro lado, mães que enfrentam perturbações emocionais podem ter dificuldade em oferecer cuidados adequados. Essa abordagem pode ser um reflexo da necessidade de mostrar ao mundo que estão fazendo um bom trabalho como mães, mascarando conflitos internos por meio de cuidados excessivos.

Diante dessa realidade, o papel dos profissionais de saúde torna-se essencial. Quando alterações nos padrões

de crescimento da criança são observadas, é fundamental que o profissional intervenha, direcionando suas ações para a família. Ensinar os pais sobre técnicas que estimulam o desenvolvimento da criança e a adoção de hábitos saudáveis pode facilitar mudanças positivas no estilo de vida da criança (Silva; Braga, 2019). Rumor et al., (2023) enfatizam que, quando uma patologia já está instalada, o profissional deve aconselhar o tratamento adequado para evitar consequências negativas.

Portanto, com o apoio e as orientações adequadas, tanto da família quanto dos profissionais de saúde, é possível criar um ambiente propício para a promoção da saúde infantil. Um trabalho conjunto que fortaleça o vínculo familiar e capacite os pais em suas funções pode levar a um desenvolvimento mais saudável e equilibrado para as crianças, assegurando que elas tenham as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios da vida de forma construtiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este capítulo apresenta uma revisão de literatura, a qual, segundo Gil (2007), é elaborada com base em material composto por livros e artigos científicos. Conforme destacado por Markoni e Lakatos (2001), a pesquisa bibliográfica é estruturada em oito etapas: a) definição dos objetivos; b) elaboração do plano de trabalho; c) identificação das fontes; d) localização das fontes e obtenção do material; e) leitura do material; f) anotação; g) organização de fichas; h) redação do trabalho.

Neste sentido, a pesquisa foi conduzida seguindo esse

procedimento. O levantamento bibliográfico foi realizado em fontes secundárias, com ênfase na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e incluiu artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Os critérios de inclusão dos artigos foram: ser um artigo de pesquisa completo, estar disponível eletronicamente, ser publicado em português, inglês ou espanhol, e ter data de publicação entre 2018 e 2024. Em contrapartida, os critérios de exclusão englobaram artigos duplicados nas bases de dados mencionadas.

RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em dois quadros em relação ao título, revista, ano de publicação e local da pesquisa.

Quadro 1 – Distribuição do título, revista, ano de publicação e local da pesquisa dos artigos encontrados na base de dados

ID	TÍTULO	REVISTA	ANO	LOCAL
1	Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel	Ciência & Saúde Coletiva	2021	Brasil
2	A alta em neonatologia: contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar no recém-nascido e família	Dissertação de Mestrado	2018	Universidade de Évora
3	Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração?	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2019	Brasil
4	A consulta de enfermagem em puericultura como estratégia de ensino aprendizagem: relato de experiência	Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.	2019	Brasil

ID	TÍTULO	REVISTA	ANO	LOCAL
5	Como o crack e outras drogas podem influenciar no desenvolvimento de crianças que foram expostas durante o período gestacional	Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais	2018	Brasil
6	Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil	Saúde em Debate	2023	Brasil
7	Saúde na escola: intersetorialidade e promoção da saúde	SciELO-Editora FIOCRUZ	2019	Brasil
8	Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa	Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar	2019	Brasil

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

A maioria dos artigos (77,78%) estava voltada para a saúde infantil, abordando temas como mortalidade infantil, desenvolvimento neonatal e fatores que influenciam o bem-estar de crianças. Além disso, 70% das revistas de publicação dos artigos foram da área de saúde, totalizando 6 artigos da área e 2 artigos na área de educação. Acredita-se que o número de revistas na área de saúde em destaque se dá, por ser um tema de relevância acadêmica, refletindo o crescente interesse em pesquisas que visam aprimorar as condições de saúde das crianças no Brasil.

Quanto ao ano de publicação dos artigos, três eram de 2018, dois de 2019, um de 2021 e um de 2023, indicando uma diversidade temporal nas publicações. A maioria dos artigos em estudo foi publicada no estado de São Paulo, com um artigo sendo publicado em Minas Gerais e outro em Pernambuco. Além disso, três artigos em estudo foram publicados fora do Brasil, em Portugal.

Outros fatores relacionados à pesquisa realizada nos artigos aqui em estudo foram verificados e descritos no Quadro 2, relacionados com os objetivos das pesquisas, a metodologia que utilizaram e os participantes.

Quadro 2 – Distribuição dos objetivos, metodologia e participantes das pesquisas dos artigos

ID	OBJETIVOS	METODOLOGIA	PARTICIPANTES DA PESQUISA
1	Investigar a relação entre mortalidade infantil e gênero no Brasil.	Análise de dados em painel.	Dados de registros de saúde.
2	Contribuir para a promoção da saúde e bem-estar no recém-nascido e família após a alta.	Estudo qualitativo com entrevistas.	Famílias de recém-nascidos e enfermeiros.
3	Identificar elementos relevantes para a elaboração de cenários em simulação realística.	Revisão de literatura/ documental.	Profissionais de saúde/ educadores.
4	Avaliar a consulta de enfermagem em puericultura como estratégia de ensino-aprendizagem.	Relato de experiência.	Crianças e suas famílias.
5	Analisar como o crack e outras drogas influenciam o desenvolvimento de crianças expostas.	Estudo descritivo com revisão de literatura.	Crianças expostas durante a gestação.
6	Avaliar as potencialidades e limites da articulação intersetorial para a promoção da saúde.	Pesquisa qualitativa/ entrevistas.	Educadores, profissionais de saúde/ gestores.
7	Discutir a intersetorialidade e sua influência na promoção da saúde nas escolas.	Revisão bibliográfica.	-
8	Identificar fatores que promovem o vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar.	Revisão integrativa da literatura.	Mães e recém-nascidos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Os objetivos dos artigos encontrados referiam-se a diferentes aspectos da saúde infantil e sua promoção, incluindo a análise da mortalidade infantil, a contribuição da enfermagem para o bem-estar dos recém-nascidos, e a investigação dos fatores que influenciam o desenvolvimento de crianças expostas a substâncias durante a gestação. Esses objetivos refletem a diversidade de enfoques e preocupações na área da saúde infantil.

Conforme a abordagem metodológica utilizada para o desenvolvimento da pesquisa nos artigos aqui em estudo, aos métodos foram de natureza qualitativa e quantitativa, incluindo análises de dados secundários, revisões integrativas, e estudos de caso. Entre os participantes da pesquisa estão mães e recém-nascidos, famílias de crianças que passaram por altas hospitalares, profissionais de saúde, educadores e gestores envolvidos em programas de saúde e educação. Essa variedade de participantes enriquece os resultados obtidos nos estudos.

CONCLUSÃO

A promoção da saúde infantil é um processo multifacetado que exige a colaboração efetiva entre família, escola e comunidade. Este estudo destacou a importância dessas parcerias na construção de um ambiente propício ao desenvolvimento saudável das crianças, durante os primeiros anos de vida, que são importantes para seu crescimento físico, emocional e social. A interação contínua e o suporte mútuo entre esses três pilares criam uma rede de proteção que pode mitigar os riscos e promover o bem-estar infantil.

Os resultados da pesquisa mostraram que as iniciativas voltadas para a promoção da saúde infantil, quando implementadas de forma integrada, podem levar a melhorias na saúde e na qualidade de vida das crianças. A atuação dos profissionais de saúde, no contexto de consultas regulares de puericultura, demonstra-se fundamental para orientar e capacitar as famílias, ajudando-as a entender a importância do cuidado contínuo e da prevenção. A capacidade de os pais de se engajarem nesse processo é um indicativo de que a saúde infantil não é uma responsabilidade isolada, mas um esforço conjunto.

Além disso, a análise dos artigos revisados revelou uma diversidade de enfoques, que vai desde a investigação da mortalidade infantil até a avaliação de intervenções em saúde, o que ilustra a amplitude dos desafios enfrentados nesse campo. Os dados apontam para a necessidade de estratégias que considerem as desigualdades sociais e culturais que ainda persistem, bem como o papel do ambiente no desenvolvimento infantil.

Dessa forma, reforça-se a urgência de políticas públicas que promovam a intersetorialidade entre saúde, educação e assistência social, garantindo que todos os aspectos da vida da criança sejam contemplados. O fortalecimento dos vínculos entre família, escola e comunidade promove a saúde infantil, contribuindo para a formação de cidadãos mais saudáveis e preparados para enfrentar os desafios futuros.

Conclui-se que a promoção da saúde infantil deve ser vista como uma prioridade coletiva, exigindo a mobilização de recursos e a conscientização da sociedade sobre seu papel nesse processo. Através de um trabalho colaborativo será possível assegurar um futuro sustentável para as novas gerações.

REFERÊNCIAS

ALVES, T Fernandes; COELHO, Alexandre Bragança. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 1259-1264, 2021.

BRAVO, A C S M. A alta em neonatologia: contributos de enfermagem para a promoção da saúde e bem-estar no recém-nascido e família. 2018. Dissertação. Mestrado. Universidade de Évora.

KANEKO, R M U; LOPES, M H B de Moraes. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 53, p. e03453, 2019.

MENDES-CASTILLO, A M C et al. A consulta de enfermagem em puericultura como estratégia de ensino aprendizagem: relato de experiência. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. v. 19, 1, p. 46-50, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guidelines for Community Noise. Noise sources and their measurement. 1999. Disponível em: <http://www. who.int/ docstore/peh/noise/ guidelines2.html>. Acesso em: set. 2024.

RODRIGUES, Amanda Prachthäuser et al. Como o crack e outras drogas podem influenciar no desenvolvimento de crianças que foram expostas durante o período gestacional. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2018.

RUMOR, P Camila F et al. Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. Saúde em Debate, v. 46, p. 116-128, 2023.

SANTOS S. Carlos. Saúde na escola: intersetorialidade e promoção da saúde. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2019.

SILVA, B A A; BRAGA, L P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 22, n. 1, p. 258-279, 2019.

6

Políticas de Saúde Coletiva: Impacto na Sociedade Moderna

Carlos José Domingos Alface

DOI: 10.51473/ed.al.sep6



INTRODUÇÃO

A saúde coletiva desempenha um papel fundamental na construção de sociedades mais saudáveis no contexto contemporâneo, marcado por desigualdades sociais. Este capítulo aborda a relação entre as políticas de saúde e seu impacto na sociedade moderna, destacando a importância da abordagem comunitária e da mobilização social na promoção da saúde e do bem-estar coletivo, tornando possível desenvolver intervenções que atendam às necessidades da população, e que contribuam para a transformação estrutural das condições de vida.

A implementação de políticas de saúde eficazes requer uma compreensão do território e das dinâmicas que nele operam. Assim, o mapeamento comunitário, a comunicação estratégica e a mobilização social são pilares para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais acessível, devendo a interação entre profissionais de saúde e a comunidade ser uma parceria ativa que reconhece o conhecimento local, promovendo o empoderamento dos grupos sociais.

Neste contexto, este capítulo tem como objetivo analisar como a saúde coletiva, por meio de políticas inclusivas e participativas, pode impactar a sociedade moderna. Tem-se como objetivos específicos, explorar as abordagens comunitárias, as estratégias de comunicação e a mobilização social como instrumentos para a promoção da saúde e a construção de um ambiente que favoreça o bem-estar coletivo. Através de uma análise das práticas atuais, este capítulo busca contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que respondam às demandas e que

fortaleçam a participação ativa da população nas decisões que afetam suas vidas e sua saúde.

MARCO TEÓRICO

Abordagem Comunitária e Dinâmicas Territoriais em Saúde Coletiva

A abordagem comunitária no campo da saúde coletiva implica em uma compreensão do território e das pessoas que ali residem, indo além de um espaço geográfico; representando as dinâmicas sociais estabelecidas entre seus moradores, instituições e organizações, além da relação com o ambiente, o que constitui a base para ações futuras voltadas à saúde. Dentro dessa perspectiva, a abordagem comunitária em saúde busca ampliar o engajamento, envolvendo tanto os profissionais de saúde quanto a população organizada como participantes ativos desse processo (Ferreira; Cordón; Ferreira, 2024).

Essa ampliação de foco integra subjetividades ao processo de cuidado e redefine as intervenções, que passam a combinar conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias com ferramentas de comunicação social, visando mobilizar, organizar e engajar grupos na promoção e defesa da saúde e das condições de vida digna (Pereira et al., 2020; Meneses, 2019). Assim, o impacto das práticas de saúde coletiva se estende para a promoção de uma transformação das estruturas sociais, com efeitos sobre a saúde da população.

Embora não exista uma metodologia universal para a abordagem comunitária, é imperativo que o agente social responsável tenha clareza em relação aos objetivos que guiam sua ação (Paiva; Ferreira, 2023). Planejamento e intencionalidade são fundamentais, portanto, um contato eficiente com a comunidade precisa ser pensado, incluindo uma compreensão das razões e da importância dessa interação, devendo considerar os detalhes do contexto, garantindo que a abordagem seja um processo contínuo (Silva et al., 2019).

A prática de saúde em comunidades reflete as contradições e os movimentos sociais presentes no dia a dia dessas populações (Lucena et al., 2022). A saúde coletiva, portanto, não se limita ao acúmulo de conhecimento científico e tecnológico, incorporando saberes e práticas socioculturais que estão enraizados no contexto histórico de cada sociedade.

Essa visão exige que os agentes de saúde compreendam as crenças, tradições e valores das comunidades em que atuam. Mais do que impor soluções externas, o desafio é ajudar as pessoas a reconhecerem os aspectos de suas tradições, incentivando o diálogo e a introdução de ideias, aproveitando o saber acumulado e compartilhado (Cirino et al., 2021).

O processo de abordagem comunitária em saúde é educativo e participativo. A troca de conhecimentos entre profissionais de saúde e a comunidade fortalece o tecido social, criando um espaço de aprendizagem mútua (Meneses, 2019). A construção coletiva de soluções em saúde, com base em experiências compartilhadas, torna-se uma ferramenta para o empoderamento da comunidade e para a melhoria das condições de vida (Scaff et al., 2019).

Esse processo é direcionado aos profissionais de saúde, em especial àqueles de nível superior, que mantiveram uma distância da comunidade. A superação dessa barreira é fundamental para uma prática de saúde mais próxima, que se afaste do isolamento característico do modelo hegemônico e tecnicista de exercício profissional (Cirino et al., 2021; Ferreira; Cordón; Ferreira, 2024).

O engajamento das comunidades nas práticas de saúde coletiva pode contribuir para a concepção de políticas de saúde mais eficazes, impactando a sociedade moderna, bem como melhorando a qualidade de vida da população como um todo.

Comunicação Comunitária como Estratégias para Inclusão nas Políticas de Saúde

A comunicação eficaz com a comunidade é um elemento central na promoção da saúde coletiva e na implementação de políticas públicas voltadas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). As Conferências de Saúde realizadas no Brasil têm reafirmado a importância da comunicação, da informação e da educação como ferramentas essenciais para alcançar esses objetivos (Ferreira; Cordón; Ferreira, 2024; Góis, 2023).

Dentro desse contexto, as políticas de saúde precisam adaptar-se às demandas contemporâneas, priorizando a promoção do acesso para a população de informações acessíveis, através dos meios de comunicação de massa (Pereira et al., 2020). É necessário que os setores de Comunicação Social das políticas públicas compreendam a comunicação como um processo ativo de apropriação das tecnologias de informação,

buscando democratizar o conhecimento e ampliar o alcance das ações de saúde (Silva et al., 2024).

Para que essa transformação ocorra, é fundamental repensar o papel das tecnologias de informação e comunicação no contexto da organização social (Silva et al., 2019). Deve-se evitar a uniformização de valores e reconhecer que as redes sociais e organizações comunitárias operam de maneiras dinâmicas. Ao aproveitar as potencialidades educativas dessas tecnologias, é possível contribuir para a universalização das ações em saúde, promovendo o aumento da qualidade de vida (Paiva; Ferreira, 2023). Contudo, é necessário capacitar os profissionais de saúde, que podem enfrentar dificuldades em dominar as dimensões dos processos de comunicação no campo da saúde coletiva.

No primeiro contato com a comunidade, a apresentação do profissional de saúde é necessária, devendo ser planejada, pois a comunicação começa desde a primeira interação (Meneses, 2019). A forma como o profissional se veste, fala e se posiciona pode criar barreiras ou facilitar o diálogo. O uso de uma linguagem acessível, o respeito pelos costumes locais e a demonstração de interesse genuíno pelos problemas cotidianos das pessoas são passos importantes para construir uma relação de confiança. Além disso, ao fazer perguntas, é importante contextualizar o porquê delas, explicando como as respostas contribuirão para o trabalho de saúde coletiva. Essa abordagem respeitosa reforça a valorização dos modos de vida da comunidade, suas crenças e sentimentos, tornando o processo comunicativo mais efetivo e empático (Scaff et al., 2019).

Um dos desafios principais na comunicação com a comunidade é superar atitudes elitistas, onde os profissionais, muitas

vezes, se posicionam de forma aguerrida, considerando a população local inculta ou incapaz de colaborar nesse processo (Góis, 2023). Essa postura deve ser eliminada em prol de uma comunicação mais horizontal e inclusiva.

Da mesma forma, o basismo — a ideia de que é necessário estar inserido na base comunitária para modificar a realidade — precisa ser revisto. O mais importante é partir do nível em que se encontra a comunidade e aprender com ela, em um processo de troca e colaboração (Silva et al., 2024). O autoritarismo, que silencia as vozes populares, deve ser evitado, pois prejudica toda a dinâmica de abordagem e enfraquece os processos de construção conjunta de soluções para os problemas de saúde (Cirino et al., 2021; Pereira et al., 2020).

Trabalhar com comunidades é desafiador, e nem sempre as equipes de saúde estão preparadas para enfrentar as requisições dessa tarefa. Requer-se coragem para correr riscos e disposição para buscar formas de pensar e agir em coletividade (Silva et al., 2024). A preparação prévia e o compromisso com a realidade da comunidade são essenciais para que a comunicação seja eficiente. Nesse sentido, a parceria com a comunidade torna-se um componente fundamental, em tempos de redefinição dos papéis sociais (Scaff et al., 2019).

Outro ponto importante na comunicação com a comunidade é a geração de informações locais, a partir do contato direto com os moradores (Silva et al., 2024), para obter dados objetivos e percepções subjetivas, que revelam comportamentos que influenciam a saúde e o bem-estar da comunidade (Ferreira; Cordón; Ferreira, 2024). Essa percepção da subjetividade é tão importante quanto os dados clínicos e epidemiológicos, pois

ajuda a contextualizar os problemas de vida e de saúde dentro de uma perspectiva sociocultural e ambiental.

A análise institucional, por sua vez, visa identificar as instituições formais e informais que exercem influência na comunidade. A abordagem comunitária transcende os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde, expandindo-se para outros setores e órgãos, tanto governamentais quanto não governamentais (Silva et al., 2024). Esse processo envolve uma complexa rede de entidades representativas de diversos grupos sociais, cujas forças de mobilização e nível de engajamento precisam ser avaliadas (Paiva; Ferreira, 2023).

A pesquisa sobre os equipamentos e entidades é essencial para garantir a colaboração dessas instituições, fortalecendo a implementação de políticas públicas de saúde e promovendo o engajamento ativo da comunidade na busca por melhores condições de vida e saúde (Pereira et al., 2020). Assim, a comunicação com a comunidade, quando bem estruturada dentro das políticas de saúde coletiva, pode facilitar a implementação de ações em saúde, e promover a participação ativa dos cidadãos na construção de soluções para os desafios na saúde pública.

Mobilização Comunitária: Empowerment na Construção de Políticas Inclusivas

A mobilização comunitária é um elemento nas políticas de saúde coletiva, promovendo a conscientização e a participação ativa da comunidade na solução de problemas que afetam o bem-estar coletivo. Esse processo envolve despertar, nos indivíduos e nas organizações comunitárias, a consciência de que possuem o

poder para influenciar suas condições de vida, embora, muitas vezes, não o utilizam de forma eficaz. O papel dos profissionais de saúde, nesse contexto, é de atuar como facilitadores, acompanhando a comunidade na identificação e na resolução de problemas prioritários (Ferreira; Cordón; Ferreira, 2024).

Esse trabalho exige uma visão coletiva de futuro, baseada em um conhecimento da realidade local, o que serve como base para a criação de ideias e para o impulso necessário à mudança (Pereira et al., 2020). A mobilização comunitária não pode se limitar a esforços isolados com indivíduos ou famílias, devendo se expandir para um exercício mais amplo no tecido social, promovendo a organização política da comunidade (Lucena et al., 2022). No entanto, os desafios dessa mobilização estão cada vez mais complexos na sociedade moderna, marcada pela redefinição de identidades e pela globalização (Silva et al., 2019).

A influência de atores internacionais e a desterritorialização da participação — em que os indivíduos, se desconectam das questões locais — enfraquece o sentido de pertencimento e dificulta a mobilização social em contextos característicos (Pereira et al., 2020). Para superar esses desafios, é essencial que os profissionais de saúde compreendam o capital social existente na comunidade, ou seja, as redes de confiança e a colaboração que podem ser mobilizadas para as ações de saúde (Scaff et al., 2019). A participação comunitária é um direito garantido pela Constituição. Participação significa compartilhar, trocar e influenciar nas decisões que afetam a saúde individual e coletiva (Silva et al., 2024). A conscientização da comunidade sobre esse direito é necessária para garantir que todos os cidadãos participem das decisões que impactam suas vidas, pois a participação

plena fortalece o controle social sobre as políticas de saúde, permitindo que a população se organize e defenda seus interesses, ao mesmo tempo em que contribui para o sucesso das ações de saúde coletiva (Pereira et al., 2020).

A criação de um ambiente que favoreça a participação democrática é necessária para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas. Ao garantir que cada cidadão possa exercer sua cidadania, as ações de saúde coletiva podem contribuir para elevar a consciência política da população, fortalecendo sua capacidade de organização (Paiva; Ferreira, 2023).

Contudo, é importante reconhecer que, em alguns momentos, as ações podem se tornar difíceis de serem mantidas. A falta de participação ativa da sociedade civil nas decisões políticas ao longo da história contribui para a fragmentação e enfraquecimento das iniciativas comunitárias. Mesmo quando é permitida, há o risco de a comunidade replicar as mesmas estratégias utilizadas pelas elites dominantes, perpetuando desigualdades (Góis, 2023). Portanto, se faz necessário que os profissionais e os agentes envolvidos no processo de mobilização comunitária permaneçam cautelosos a essas armadilhas históricas, adotando abordagens participativas que empoderem a comunidade, garantindo que ela se aproprie dos processos de decisão de maneira democrática (Lucena et al., 2022).

Essa é a chave para construir uma mobilização social diligente que possa enfrentar os desafios da saúde coletiva na sociedade contemporânea, fortalecer os vínculos comunitários e promover a justiça social.

Mapeamento Comunitário e Planejamento em Saúde Coletiva para a Promoção do Bem-Estar

O mapeamento comunitário desempenha um papel fundamental na saúde coletiva, pois possibilita a identificação e análise do território habitado pela população (Ferreira; Cordón; Ferreira, 2024), estabelecendo uma ligação entre as condições de vida dos indivíduos e o acesso aos serviços de saúde, incluindo a coleta e organização de informações demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias. Esses dados são, então, interpretados por meio de mapas básicos e temáticos, oferecendo uma visão das dinâmicas locais (Silva et al., 2024).

Enquanto o mapa básico delimita o território, contemplando aspectos como a configuração urbana e rural, os mapas temáticos oferecem uma visão mais específica dos serviços de saúde, de outros equipamentos sociais, como escolas e creches, e das vias de acesso da população a esses recursos (Góis, 2023).

Esses mapas, além de ilustrarem os fluxos de demanda das unidades de saúde, permitem uma análise espacial dos principais problemas de saúde, cruzando informações epidemiológicas com dados sociodemográficos, o que é fundamental para a tomada de decisões mais precisas (Scaff et al., 2019).Essa metodologia facilita a priorização das intervenções em saúde, concentrando os recursos e esforços nos grupos populacionais que necessitam de atenção (Meneses, 2019).

Além disso, serve de base para as etapas subsequentes de planejamento e programação das ações de saúde, assegurando que os recursos sejam distribuídos de forma mais eficiente. Portanto, o mapeamento é uma ferramenta que alia a eficiência

econômica à justiça social, contribuindo para a operacionalização de políticas de saúde mais inclusivas. O diagnóstico comunitário é o próximo passo após o mapeamento e é essencial para o desenvolvimento de um planejamento, envolvendo a coleta e análise de informações detalhadas sobre a comunidade, como o número de habitantes, os níveis de escolaridade, as principais causas de óbito, a renda familiar, as condições ambientais e os meios de transporte e comunicação mais utilizados. Além disso, considera as instituições locais e suas influências na melhoria das condições de vida da população (Cirino et al., 2021).

O planejamento, por sua vez, consiste em programar o desenvolvimento de ações de saúde com base nas informações coletadas durante o mapeamento e o diagnóstico (Silva et al., 2019). Para planejar, é necessário um conhecimento detalhado das condições de vida e de trabalho da população residente no território, bem como das formas de organização e atuação de órgãos governamentais e não governamentais (Scaff et al., 2019).

Além disso, o planejamento deve envolver uma abordagem comunicativa, mantendo um diálogo entre os representantes das instituições e a comunidade. A participação popular é importante nesse processo, pois garante que as ações planejadas reflitam as reais necessidades da população (Meneses, 2019).

Uma das ferramentas no processo de planejamento é a construção de uma árvore de problemas, que sistematiza as informações sobre os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade (Lucena et al., 2022). A partir desta, é possível delinear uma árvore de objetivos, que orienta as ações a serem implementadas e que devem seguir uma perspectiva intersetorial, integrando os diferentes setores da sociedade

para encarar os obstáculos de forma mais abrangente (Scaff et al., 2019). Nesse sentido, o planejamento em saúde coletiva compreende diferentes áreas, como educação, transporte e saneamento básico, buscando soluções integradas (Ferreira; Cordón; Ferreira, 2024).

A implementação dessas ações requer uma lógica de gestão flexível, focada em projetos e não em estruturas burocráticas, implicando reorganizar as equipes de trabalho, promovendo uma gestão descentralizada e modular, que fortaleça tanto o controle gerencial quanto o controle social sobre o processo de implementação das ações (Meneses, 2019).

Por fim, a avaliação é um aspecto importante nesse ciclo de ações em saúde, ocorrendo de forma contínua, envolvendo tanto os agentes sociais quanto a comunidade, e se desdobra em dois níveis: interno, dentro das equipes de saúde, e externo, no relacionamento com a comunidade (Cirino et al., 2021).

Essa prática de avaliação constante fortalece o trabalho coletivo, ajusta as estratégias de intervenção e promove uma reflexão crítica sobre os resultados alcançados, assegurando que os objetivos propostos sejam revisados e adaptados para atender às demandas da população de forma mais diligente (Pereira et al., 2020). Assim, o mapeamento, o diagnóstico, o planejamento e a avaliação formam um ciclo interligado e continuado, essencial para o sucesso das políticas de saúde coletiva na sociedade moderna.

CONCLUSÃO

A conclusão deste estudo evidencia a relevância de aproximar as práticas de atenção à saúde dos interesses coletivos da sociedade, reafirmando a saúde coletiva como um pilar para a construção de políticas de saúde que impactem a sociedade moderna. Ao longo do capítulo, constatou-se que a mobilização dos grupos sociais, em conjunto com os profissionais de saúde, é essencial para fomentar uma reflexão crítica e ações que reorientem os serviços de saúde. A prática da abordagem de comunidade, quando aplicada de forma coerente, exige uma capacitação contínua dos profissionais envolvidos, que além de competências técnicas, precisam desenvolver a curiosidade científica aliada à sensibilidade política e afetiva.

Essa combinação consente que o trabalho em saúde seja realizado de forma orgânica e alinhada aos interesses das classes populares, contribuindo para a realização de um projeto histórico de uma sociedade mais saudável. A partir dessa perspectiva, a saúde coletiva se transforma em um instrumento de transformação social, impulsionando a luta por políticas públicas que promovam a saúde como um direito de todos. A operacionalização dessas ideias exige uma reconceptualização do processo de trabalho em saúde, com foco em questionar a pertinência das práticas atuais. O caminho aqui proposto é dinâmico, sendo necessário um compromisso com a mobilização social e com a democratização da sociedade brasileira.

Por fim, é importante ressaltar que as técnicas e metodologias apresentadas ao longo deste capítulo não devem ser vistas

como um modelo a ser replicado em diferentes contextos. Pelo contrário, tratam-se de instrumentos operacionais que devem ser adaptados de acordo com as necessidades de cada comunidade. Essa flexibilidade é essencial para garantir que as políticas de saúde sejam capazes de responder às demandas sociais, promovendo a saúde coletiva como um motor de desenvolvimento social e humano.

REFERÊNCIAS

CIRINO, J. Antônio et al. Estratégias para a acreditação dos serviços de saúde. Editora Appris, 2021.

FERREIRA, Maria Amália Dorsch; CORDÓN, Jorge Cordón; FERREIRA, Luísa Dorsch. abordagem de comunidades nas práticas de saúde. RCMOS-Revista Científica Multidisciplinar O Saber, v. 1, n. 1, 2024. https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i1.2024.265

GÓIS, Palmyra Sayonara de. Processo saúde-doença da população urbana e desigualdades socioespaciais: o caso de Pau dos Ferros-RN. Repositório UFPE, 2023.

LUCENA, Marcelle Medeiros et al. Para além do processo transexualizador: concepção e implementação de um serviço despatologizador e integral à saúde trans e travesti no contexto da atenção primária à saúde na cidade de Porto Alegre (RS). Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 17, n. 44, p. 2873-2873, 2022.

MENESES, Michele Neves. 'Experenciar em ação': significados da educação popular no fazer e agir do agente comunitário de saúde. 2019. Repositório UFRGS.

PAIVA, A Menezes; FERREIRA, Marcos Aurelio Marques. Saúde

em Crise: Uma análise da gestão de políticas públicas durante a pandemia de Covid-19. Doc, 2023.

PEREIRA, Allan de Gouvêa et al. Tecnologias do cuidado de si: o uso de aplicativos de saúde para o gerenciamento do câncer. 2020. Tese de Doutorado. Fiocruz.

SCAFF, Luísa Almeida et al. Construção do modelo lógico do programa saúde na escola no âmbito nacional. Repositório UFSC, 2019.

SILVA, Mariana Santos da et al. Gestão da informação para o planejamento e controle da capacidade operacional do serviço hospitalar. Repositório UFAL, 2019.

SILVA, Beatriz Amaral Ferreira da et al. O papel do bacharel em saúde coletiva na estratégia de saúde da família do Distrito Federal: um relato de experiência. 2024. Fiocruz.

7

Programa Saúde da Família: Transformando Vidas com Cuidados Integrados

Bruna Custódio
Maurício Akira Kimura Nakamura
Daniely de Souza Nakamura
Dayane Franco de Moura
Jemima dos Santos Carvalho da Silva
Laudelina Mary Luz Costa

DOI: 10.51473/ed.al.sep7



INTRODUÇÃO

A saúde da população brasileira sempre teve sua base alicerçada no caráter emergencial e curativo, em que o médico era o centro do processo, caracterizando-se pela forte burocracia do Estado, que determinava as prioridades de atendimento e as formas de resolução das questões da saúde pública. Contudo, essa abordagem foi sendo questionada à medida que se reconheceu a importância de uma visão mais integral e preventiva da saúde. O Programa Saúde da Família (PSF) representa um avanço nesse sentido, pois visa tratar doenças, promovendo uma saúde que abarca diversas dimensões da vida, incluindo o bem-estar físico, emocional e social (Brito; Mendes; Santos Neto, 2018).

Ao se pensar em qualidade de vida, muitas vezes a concepção é reduzida à ausência de doenças físicas. No entanto, essa visão é simplista; a qualidade de vida envolve felicidade e satisfação pessoal em múltiplas dimensões, que incluem aspectos profissionais, sociais, fisiológicos, emocionais e espirituais, todos interligados em busca de um equilíbrio. Nesse contexto, o PSF busca promover essa visão da saúde, reconhecendo que o bem-estar vai além do tratamento de doenças e deve incluir a promoção de ambientes saudáveis, educação em saúde e valorização da participação comunitária.

O PSF se fundamenta na ideia de que o cuidado deve ser próximo à comunidade, envolvendo uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, que trabalham em conjunto para atender as necessidades de cada grupo familiar (Mendes et

al., 2019). Essa equipe realiza um trabalho de conscientização, promovendo hábitos saudáveis e prevenindo doenças, transformando a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, além de criar um vínculo de confiança que é essencial para a efetividade do cuidado.

Além disso, o Programa Saúde da Família atua de forma integrada com as políticas públicas e sociais, buscando identificar e intervir nos determinantes sociais da saúde que afetam as comunidades. Essa estratégia melhora as condições de saúde, contribuindo para a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde. Assim, ao ampliar o conceito de saúde e priorizar a prevenção, o PSF responde às demandas emergenciais, se tornando um agente de transformação social, promovendo o desenvolvimento humano e comunitário.

O objetivo deste capítulo é analisar a importância do Programa Saúde da Família como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde integral, ressaltando sua atuação na prevenção de doenças, na promoção de qualidade de vida e no fortalecimento dos vínculos comunitários. Ao explorar essas dimensões, pretende-se evidenciar como o PSF pode ser um modelo eficaz para enfrentar os desafios da saúde pública no Brasil, contribuindo para um sistema de saúde mais justo, acessível e humano.

MARCO TEÓRICO

A Evolução Histórica da Assistência Hospitalar

Nos primórdios da civilização, a assistência médica era entrelaçada com elementos religiosos e místicos, refletindo uma visão de mundo onde as doenças eram interpretadas como fenômenos sobrenaturais. Nesse contexto, o médico atuava como um profissional de saúde, sendo considerado um sacerdote, desempenhando um papel central na cura e na interpretação das aflições humanas. Essa relação intrínseca entre saúde e espiritualidade estabelece as bases para compreendermos a evolução dos hospitais ao longo da história.

Para traçar a origem dos hospitais, é essencial considerar a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a descreve como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não como a ausência de doenças (Pereira et al., 2021). Essa perspectiva holística implica que, para que o ser humano goze de saúde, ele deve receber assistência adequada quando enfermo. A área da saúde passou por movimentos de recomposição ao longo da história, refletindo as articulações entre sociedade e Estado que moldam as respostas sociais às necessidades e problemas de saúde.

A necessidade de assistência em saúde justifica a criação de hospitais, que teve suas origens na China, por volta do século XII a.C., com agências dedicadas ao atendimento de doentes pobres (Brito; Mendes; Santos Neto, 2018). No Brasil, antes da chegada da família real, os métodos de cuidado à saúde

eram rudimentares, baseados em ervas, cantos de Pajés e em boticários que viajavam pelo Brasil Colônia. Com a chegada da família real, a demanda por cuidados médicos levou à criação de instituições como o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, que se tornaram os primeiros pilares da assistência à saúde no país até a república.

Na primeira metade do século XIX, começa a preocupação com a infraestrutura hospitalar no Brasil. Os hospitais do período colonial, mantidos por ordens religiosas ou instituições filantrópicas, eram vistos como focos de epidemias, assemelhando-se a espaços de confinamento, como prisões e quartéis. Funcionavam mais como asilos para indigentes e depositários de doentes, refletindo uma visão limitada sobre o cuidado à saúde (Pereira et al., 2021).

Contudo, com o avanço tecnológico nos últimos tempos, surgiram novas possibilidades para diagnósticos e tratamentos, permitindo o desenvolvimento de terapias inovadoras para doenças antes sem esperança de cura. Esse progresso exigiu que os profissionais de saúde se especializassem cada vez mais, obrigando-os a uma constante atualização para atender às demandas de uma prática médica em evolução (Dupont, El-Dine; Santos, 2021).

Os hospitais são organizações complexas que diferem de outras instituições por seu foco na saúde e na vida do ser humano, necessitando de uma gestão eficaz para alcançar seus objetivos. Brito; Mendes e Santos Neto (2018), observam que essas organizações prestadoras de serviços são afetadas pela intangibilidade, inseparabilidade, heterogeneidade e perecibilidade

dos serviços oferecidos. Apesar do Brasil contar com uma rede histórica de serviços hospitalares, a Atenção Hospitalar ainda enfrenta diversas dificuldades, que impactam as dimensões sociais da saúde.

Nas últimas décadas, a Atenção Hospitalar tem sido um tema central de debate no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), levando à busca de novas perspectivas para o setor. Algumas estratégias apontadas incluem a garantia de acesso, a humanização dos serviços, a inserção na rede SUS, a democratização da gestão e a contratualização hospitalar. Essa nova abordagem exige uma prática cooperativa entre a rede de serviços e os usuários, antes e depois do processo saúde-doença (Mendes et al., 2019).

É imperativo que essa prática se concretize na realidade, visando melhorar a organização da atenção à saúde, responder às necessidades da população e fortalecer a proximidade com os usuários. Além disso, é fundamental eliminar gastos desnecessários, promovendo assim um sistema de saúde mais eficiente e acessível para todos. A evolução da assistência hospitalar, portanto, é um reflexo das mudanças sociais e culturais, destacando a importância de uma abordagem integrada e humanizada na promoção da saúde.

A Promoção da Saúde e a Necessidade de Humanização no Sistema de Saúde Brasileiro

O Brasil, como Estado de Direito e do Bem-Estar Social, carrega a responsabilidade essencial de promover a saúde de seus cidadãos, uma obrigação estabelecida pela Constituição Federal de 1988. No artigo 196, afirma-se que a saúde é um

direito de todos e um dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Este princípio é um pilar do sistema de saúde brasileiro, que busca assegurar cuidados para todos os indivíduos (Mendes et al., 2019). Nesse contexto, a promoção da saúde, que remonta a 1945 com as contribuições do médico historiador canadense Henry Sigerist, delineia quatro tarefas essenciais da Medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Desde então, a promoção da saúde tem sido um tema de intenso debate, buscando explorar e modificar os determinantes sociais que afetam a saúde das populações (Pereira et al., 2021).

A promoção da saúde se torna mais relevante quando consideramos marcos importantes em sua evolução, como a Carta de Ottawa, que propõe capacitar as populações a melhorarem seu bem-estar e a terem maior controle sobre sua saúde. A Segunda Conferência em Adelaide, realizada em 1988, destacou a criação de ambientes sociais e físicos favoráveis à saúde, enquanto a Declaração de Jacarta, em 1997, reafirmou a saúde como um direito humano para o desenvolvimento social e econômico.

A Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, consolidou essa visão ao alinhar-se ao que preconiza a legislação brasileira. Nesse cenário, a promoção da saúde se posiciona como uma estratégia abrangente, que visa identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, empoderando a população para que tenha maior controle sobre seu bem-estar (Dupont,El-Dine; Santos, 2021).

O Governo brasileiro, apesar de enfrentar desafios, busca garantir acesso a serviços de saúde, incluindo consultas médicas e exames, através de iniciativas como o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa tem como objetivo aproximar pacientes e equipes de saúde de forma humanizada, promovendo a saúde da população e atendendo suas necessidades de forma integral.

Entretanto, relatos sobre a frieza nas relações interpessoais dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são comuns, com pacientes sentindo que os profissionais de saúde desenvolvem uma indiferença em relação à dor alheia ao longo do tempo. Esse fenômeno, conhecido como "calosidade profissional," pode resultar em um tratamento impessoal, onde a comunicação sobre diagnósticos se torna fria e distante, delegando responsabilidades a outros membros da equipe e evitando o contato emocional (Pereira et al., 2021).

Essa calosidade, embora compreensível, pode prejudicar o processo de cura, criando um distanciamento que torna os pacientes vulneráveis em relação ao sofrimento emocional. No entanto, a importância de um atendimento humanizado tem sido cada vez mais reconhecida, respaldada pela Constituição Federal de 1988 e reforçada pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que visa aprimorar as relações entre profissionais de saúde e a comunidade (Dupont,El-Dine; Santos, 2021).

A humanização no atendimento, portanto, é uma necessidade fundamental para a construção de um sistema de saúde que respeite a dignidade de cada indivíduo e atenda de maneira efetiva às necessidades da população. Assim, ao integrar

o Programa Saúde da Família dentro dessa perspectiva, reforça-se a importância de uma abordagem colaborativa e integral, onde o cuidado se torna uma prática coletiva e humanizada.

A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se destaca como um modelo fundamental na promoção de cuidados integrados à saúde no Brasil, reunindo uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Essa equipe trabalha de maneira colaborativa para implementar ações que abrangem desde a prevenção de doenças até a promoção da saúde, focando no atendimento integral das necessidades da população (Brito; Mendes; Santos Neto, 2018). A importância dessa abordagem se evidencia no fato de que, 30.996 equipes de ESF distribuídas por 5.272 municípios, com concentração na região Nordeste e algumas equipes no Sudeste.

Um dos aspectos que torna a ESF eficaz é sua atuação em território adscrito, onde cada equipe atende entre 600 a 1.000 famílias, o que permite um conhecimento das condições de vida e saúde das comunidades atendidas. Segundo Gastão e Guerrero (2010), a ESF é fundamentada em conhecimentos oriundos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. Essa base teórica e prática permite que as equipes realizem análises constantes das condições de saúde da população, facilitando a execução de práticas adequadas para o combate a problemas de saúde, por meio de ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos.

Ademais, a ESF representa uma das principais estratégias

propostas pelo Ministério da Saúde para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), partindo da atenção básica (Brito; Mendes; Santos Neto, 2018).

Essa estratégia visa a prestação de assistência integral e contínua de qualidade e escolha da família e de seu contexto social como núcleo central de abordagem no atendimento à saúde, humanizando as práticas de saúde, estabelecendo um vínculo de confiança entre os profissionais de saúde e a comunidade, cbem como, ontribuindo para a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença.

Compreendendo a saúde como um fenômeno complexo, a ESF busca reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais em favor da saúde e qualidade de vida da população. Para isso, emprega técnicas que favorecem uma dinâmica política e administrativa mais integrada e eficaz. Essa reestruturação é necessária para garantir que os serviços de saúde atendam de maneira mais eficiente as necessidades da população, promovendo um sistema de saúde mais acessível (Pereira et al., 2021).

Assim, a ESF se consolida como um modelo de cuidado que trata doenças, buscando transformar a realidade social e melhorar as condições de vida das comunidades atendidas.

A Atenção Primária à Saúde no Contexto Histórico

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu como um recurso fundamental para a organização dos sistemas de saúde, sendo reconhecida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS e UNICEF em 1978, em

Alma-Ata, Cazaquistão. Este evento marcou um ponto de virada na história da saúde pública ao estabelecer o lema "saúde para todos no ano 2000", que visava romper as barreiras de acesso a serviços de saúde que afetavam segmentos da população mundial. A ênfase na universalização do acesso à saúde tornou-se um marco histórico, buscando garantir que todos, independentemente de sua condição social, pudessem usufruir de cuidados adequados. Contudo, as disparidades sociais ainda eram prevalentes, e a atenção à saúde se mantinha curativa. Com o avanço tecnológico, muitos passaram a encontrar a saúde cada vez mais inacessível, levando a OMS (1979) a alertar que campanhas focadas no controle de problemas de saúde não teriam resultados duradouros sem um acompanhamento adequado que incluísse a prevenção, promoção e manutenção da saúde.

A partir da década de 1960, começou-se a reavaliar o modelo médico centrado no controle das enfermidades. Relatórios como o de Lalonde de 1974 e as visitas de Halfdan Mahler à China, delinearam as bases do que viria a ser a APS contemporânea (Pereira et al., 2021).

Nos anos de 1977 e 1978, conferências organizadas pela OMS e UNICEF reuniram especialistas para discutir os fatores que contribuíam para o sucesso dos sistemas de saúde em diversos contextos políticos e econômicos. O resultado dessas discussões foi uma meta ambiciosa: assegurar que todos os cidadãos do mundo alcançassem um nível de saúde que lhes permitisse viver de forma saudável até o ano 2000. A Conferência de Alma-Ata, assim, posicionou a APS como o foco principal das políticas de saúde, enfatizando a necessidade de ações prioritárias e

estratégias de alto impacto para atender a população.

Em 1979, a Assembleia Mundial de Saúde ratificou as resoluções da Conferência de Alma-Ata, convocando os países membros a desenvolverem estratégias que materializassem a meta "Saúde Para Todos no Ano 2000". Na época, ficou evidente que metade da população mundial ainda não tinha acesso a atendimento de saúde digno, e a APS foi vista como uma solução viável para diminuir a lacuna entre os privilegiados e os mais carentes (Brito; Mendes; Santos Neto, 2018).

Para garantir uma cobertura de serviços de saúde abrangente, as ações deveriam ser adaptadas às necessidades da população, promovendo a universalidade e a participação comunitária, além de integrar uma rede hierarquizada de serviços (Mendes et al., 2019). A OMS (1991) orientou os sistemas de saúde nacionais pelos princípios da APS, que demandavam mudanças estruturais fundamentais. Entretanto, a diversidade das realidades sociais nos países tornava a implementação desses princípios uma tarefa complexa.

Uma década após a Conferência de Alma-Ata, surgiu uma reflexão intitulada "De Alma-Ata ao ano 2000: reflexões no meio do caminho", que concluiu que alguns setores da população permaneciam sem acesso a serviços de saúde adequados, resultando em altos índices de mortalidade por doenças evitáveis (Dupont,El-Dine; Santos, 2021). Novas estratégias focadas nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram propostas, ressaltando a importância da APS e seus componentes essenciais.

Em 1986, um novo movimento para a promoção da saúde surgiu no Canadá, como resposta à crise da medicina, marcada por altos custos que não se traduziam em qualidade de vida.

Esse movimento enfatizou a necessidade de vincular a saúde às condições de vida dos pacientes. Destaca-se que o modelo biomédico, até então predominante, mostrava-se insuficiente para a promoção da saúde, dando espaço a uma concepção mais abrangente que considera a saúde como um compromisso social (Mendes et al., 2019).

No Brasil, a APS se consolidou como pilar das políticas de saúde, levando o governo a implementar iniciativas como o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família, que visam melhorar a saúde pública integrando a atenção primária às necessidades da população (Brito; Mendes; Santos Neto, 2018).

Essas propostas reconhecem a importância da participação comunitária e do acesso equitativo aos serviços de saúde. O fortalecimento da APS no Brasil, portanto, representa um avanço em direção à construção de um sistema de saúde mais justo e eficaz, que busca atender as demandas de todos os cidadãos.

A Interdisciplinaridade na Atenção Primária à Saúde da Família

A interdisciplinaridade é uma prática coletiva essencial na área da saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para que os profissionais dessa equipe – que inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e educadores físicos – possam atender às necessidades de saúde da população, é preciso manter um diálogo colaborativo.

Isolar-se em um núcleo de competência limita a capacidade de atendimento, uma vez que as questões de saúde

demandam uma abordagem integrada. Assim, é vital que o profissional reconheça suas limitações e busque no próximo a ampliação de seus conhecimentos, promovendo assim uma ação mais integral e efetiva (Pereira et al., 2021).

Dentro desse cenário, o enfermeiro desempenha um papel central, na promoção da saúde e no diálogo com pacientes e suas famílias. Nascimento et al. (2011) enfatizam a importância de identificar fatores que possam interferir no tratamento e na qualidade de vida dos pacientes. Essa comunicação aberta e é fundamental para que o profissional de saúde possa orientar sobre prevenção, transmissão e tratamento de doenças, assegurando que o cuidado seja abrangente e respeite as particularidades de cada indivíduo (Dupont,El-Dine; Santos, 2021). Entretanto, a eficiência das políticas públicas voltadas para a saúde tem um impacto nas condições socioeconômicas da população. A falta de acesso a necessidades básicas, como moradia, alimentação, educação e saúde, pode agravar a vulnerabilidade social. Nesse contexto, Pereira et al., (2021) alerta para a importância de reconhecer os atores sociais que habitam essas realidades. Ignorar suas vozes é desconsiderar as dimensões históricas, econômicas e políticas que permeiam as questões de saúde.

A colaboração entre os profissionais de saúde são fundamentais para garantir uma assistência eficaz. Romano (1999) ressalta que conhecer e valorizar as competências de cada membro da equipe enriquece o atendimento, permitindo que a troca de informações seja fluida e que o paciente receba cuidados de forma integral. Silva (2010) complementa essa ideia ao afirmar que o diálogo entre os saberes é necessário para estabelecer conexões entre as áreas de atuação profissional.

Entretanto, a formação dos profissionais de saúde muitas vezes é centrada em uma abordagem biomédica, o que pode restringir a dinâmica de trabalho em equipe. Peduzzi (2001) aponta que essa limitação pode resultar em uma hierarquia que privilegia o modelo médico em detrimento de outros saberes e práticas, como as educativas e psicossociais, relegando-as a um papel secundário. Essa situação é preocupante, pois impede uma visão mais ampla e integrada do cuidado em saúde.

Nesse cenário de interação profissional, é essencial lembrar a perspectiva de Hannah Arendt, que considera o poder como uma habilidade humana coletiva que emerge da ação conjunta (Brito; Mendes; Santos Neto, 2018). Arendt (2009) argumenta que o poder nunca é propriedade de um indivíduo, mas sim um fenômeno que se sustenta na coesão do grupo.

O consentimento mútuo entre os profissionais é fundamental para a eficácia do trabalho em equipe, pois ninguém pode atuar de forma isolada. Essa dinâmica de consentimento e colaboração fortalece a equipe, resultando em um atendimento mais humanizado e eficaz para a população, que é, em última análise, o objetivo primordial da Estratégia Saúde da Família.

CONCLUSÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) emerge como um pilar fundamental na transformação da abordagem da saúde no Brasil, promovendo um modelo de cuidado que vai além do simples tratamento de doenças. Este capítulo explorou a evolução histórica da assistência à saúde, enfatizando a transição de um

sistema centrado na emergência e na cura para um enfoque que valoriza a prevenção e a promoção da saúde integral. A partir dessa perspectiva, o PSF se destaca pela capacidade de intervir nos determinantes sociais da saúde, reconhecendo a complexidade do fenômeno saúde e a necessidade de uma abordagem integrada. A atuação da equipe multiprofissional, que inclui médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, é essencial para o sucesso do PSF. Ao se aproximarem das comunidades, essas equipes tratam doenças e promovem educação em saúde e hábitos saudáveis, estabelecendo laços de confiança que são necessárias para a efetividade do cuidado, o que permite um entendimento das necessidades de saúde e a implementação de ações adaptadas às especificidades de cada grupo familiar.

Além disso, a humanização no atendimento, promovida pelo PSF, contrabalança a "calosidade profissional" que muitas vezes permeia o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao priorizar relações interpessoais e um atendimento sensível, o PSF contribui para a construção de um sistema de saúde que respeita a dignidade de cada indivíduo, fortalecendo a participação comunitária e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

A interdisciplinaridade é outro aspecto-chave na Estratégia Saúde da Família, permitindo que os profissionais de diferentes áreas de conhecimento colaborem em prol de um cuidado eficaz. Essa interação enriquece a prática profissional, respondendo à complexidade das necessidades de saúde da população, contribuindo para um modelo que busca melhorar as condições de vida e promover a qualidade de vida integral.

Por fim, ao longo deste capítulo, ficou claro que o PSF é uma ferramenta de transformação social. Através de sua

abordagem integrada e humanizada, o Programa Saúde da Família tem o potencial de enfrentar os desafios da saúde pública no Brasil, promovendo um sistema de saúde mais justo, acessível e humano. Assim, a continuidade e o fortalecimento do PSF são importantes para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde adequados, com o objetivo de alcançar um estado de bem-estar pleno e sustentável para a população brasileira.

REFERÊNCIAS

ARENDT, H. A promessa da política. Tradução de Pedro Jorgensen Jr.; Revisão técnica de Eduardo Jardim; Organização e introdução de Jerome Kohn. Rio de janeiro: DIFEL, 2009.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, p. 975-995, 2018.

DUPONT, P; EL-DINE, G Polati; DOS SANTOS, Siegrid Kurzawa Zwiener. Relevância da comunicação de más notícias pelo profissional da saúde de maneira adequada: revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 9, p. e8695-e8695, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. A construção social da atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, 2019.

OMS/OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da OPAS/OMS. Genebra. 2005.

OMS. De Alma-Ata al año 2000: Reflexiones a médio camino. Ginebra. 1991.

OMS/UNICEF, Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil 1979.

PEREIRA, Felipe Zibetti et al. Mortalidade Infantil e sua relação com as políticas públicas em saúde sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado de Goiás. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 1, p. 3331-3348, 2021.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista Saúde Pública, 2001.

ROMANO, B. W. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SILVA, A.L.M.A. Referência e Contrarreferência em Campina Grande: limites e possibilidades. Trabalho Acadêmico Orientado do Curso de Enfermagem- Bacharelado e Licenciatura. Universidade Estadual da Paraíba- UEPB. Campina Grande-PB, 2010.

8

Inovações em Saúde Digital: Aplicações de Telemedicina e e-Saúde

Cássia Rozária da Silva Souza

Carlos José Domingos Alface

DOI: 10.51473/ed.al.sep8



INTRODUÇÃO

As inovações em Saúde Digital, com ênfase na Telemedicina e nas plataformas de e-Saúde, têm transformado a prestação de cuidados médicos e a gestão da saúde pública. O Programa de Telemedicina, por exemplo, desenvolve ações que integram os serviços de saúde por meio de teleassistências, ampliando o acesso e a qualidade do cuidado à saúde integral da população. Essas tecnologias baseiam-se no uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), permitindo uma melhor conexão entre profissionais e pacientes, independentemente de sua localização geográfica.

A telemedicina utiliza-se de diversas ferramentas digitais, como aplicativos baseados na web, teleconsultas e abordagens multimídia. Essas inovações melhoram os resultados dos cuidados médicos, promovendo maior eficiência no tratamento e na prevenção de doenças, conforme destacam Jacob e Jacob (2013). Além disso, ela facilita o intercâmbio de informações médicas e a realização de consultas a distância, ampliando o acesso aos serviços de saúde, em áreas de difícil acesso, onde o suporte clínico é limitado. Estudos demonstram que a custo-efetividade da telemedicina é um de seus principais atrativos, fornecendo evidências de que sua adoção pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que a telemedicina envolve a prestação de serviços de saúde em que a distância é um fator crítico, utilizando as TICs para o tratamento, prevenção e gerenciamento de doenças. A aplicação de

tais tecnologias não se limita à prestação de cuidados clínicos, englobando o suporte à gestão de informações, como o uso de prontuários eletrônicos, receitas digitais e comunicação nos serviços de emergência. Nesse sentido, Caetano et al. (2024), observam que a telemedicina tem um papel essencial em áreas como a atenção primária, telemonitoramento domiciliar e suporte aos gestores, gerando informações de forma rápida e eficaz para a tomada de decisões em saúde.

A telemedicina tem demonstrado potencial na superação de barreiras geográficas e no suporte clínico remoto, permitindo a monitoração de pacientes e a utilização de uma variedade de tecnologias digitais. O foco na melhoria do acesso à saúde é um dos pontos centrais dessa abordagem, visto que ela proporciona aos pacientes a possibilidade de serem atendidos em locais remotos, reduzindo desigualdades no atendimento médico.

Diante dessas inovações, a presente pesquisa delimita-se ao estudo da Telemedicina, buscando entender os fatores que influenciam sua implantação e como essa tecnologia pode contribuir para uma transformação positiva no setor da saúde. Os avanços das TICs, modificaram a prática profissional, permitindo mudanças organizacionais, promovendo melhor comunicação e uma perspectiva multiprofissional, essenciais para a educação em saúde e a prestação de serviços mais integrados e eficientes.

MARCO TEÓRICO

Tecnologias para Promoção da Saúde

A inovação em saúde digital tem transformado o cenário dos cuidados de saúde, com o avanço de tecnologias aplicadas ao cotidiano dos profissionais de saúde, como a enfermagem. Essas inovações otimizam os processos de trabalho, promovendo uma maior adesão e engajamento dos pacientes aos tratamentos. Nesse contexto, tecnologias em saúde são entendidas como um conjunto de saberes, ferramentas e práticas que auxiliam na definição de intervenções terapêuticas e na estruturação dos processos de cuidado, impactando a produção e a entrega de serviços de saúde.

A telemedicina e a e-Saúde exemplificam a maneira como a tecnologia tem sido aplicada como instrumento de cuidado humano. Essas tecnologias podem ser classificadas em leves, leves-duras e duras, conforme o grau de envolvimento humano e o uso de equipamentos ou estruturas. As tecnologias leves dizem respeito à construção de vínculos, acolhimento e gestão dos processos de trabalho, promovendo interações mais humanas e focadas no cuidado. Já as tecnologias leves-duras se referem ao uso de saberes estruturados, como a clínica médica e as orientações baseadas em evidências, enquanto as duras envolvem equipamentos e estruturas físicas, como máquinas e protocolos rígidos (Pereira et al., 2016).

Um exemplo de aplicação de tecnologias leves-duras em saúde digital é o uso de instrumentos de avaliação como

o Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES), que mensura a confiança materna na amamentação. Esse tipo de ferramenta permite identificar áreas de baixa autoeficácia na amamentação, possibilitando a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno de maneira proativa. Tais iniciativas demonstram o potencial de tecnologias em saúde para otimizar cuidados preventivos e promover uma atenção mais personalizada e eficiente.

Assim, as tecnologias em saúde digital e as aplicações de telemedicina e e-Saúde estão cada vez mais integradas às rotinas de cuidado, ampliando o acesso dos pacientes aos serviços de saúde e qualificando o processo de tomada de decisão clínica e o planejamento de intervenções, criando um ambiente mais eficiente e humanizado.

Telemedicina

As inovações em saúde digital, no campo da telemedicina e e-Saúde, têm exercido um papel transformador na prestação de serviços de saúde, ampliando o acesso e melhorando a qualidade do atendimento. A experiência com a telemedicina tem se mostrado uma ferramenta eficaz para promover a cooperação entre profissionais e a melhoria contínua dos sistemas de saúde, integrando diferentes níveis de atendimento e especialidades de forma remota, sendo importante em países de grande extensão territorial ou com limitações de infraestrutura de saúde.

A telemedicina, entendida como a prestação de serviços de saúde a distância, oferece uma gama de possibilidades, desde consultas com especialistas até o envio de exames, como

radiografias, imagens histopatológicas e outros documentos médicos, para a obtenção de segundas opiniões, facilitando diagnósticos mais rápidos e precisos, reduzindo a necessidade de deslocamento dos pacientes para centros de maior complexidade, o que pode ser um desafio em áreas remotas ou carentes de serviços especializados.

Outro aspecto positivo da telemedicina é o fortalecimento da comunicação entre centros de saúde e hospitais de referência. Ao permitir a troca de informações entre profissionais e instituições, a telemedicina contribui para a continuidade do cuidado e para a tomada de decisões clínicas assertivas. No entanto, a implementação dessa tecnologia enfrenta desafios, como os custos envolvidos com equipamentos, transporte de dados, manutenção das plataformas tecnológicas e a necessidade de formação adequada de recursos humanos (Lapão et al., 2016).

Apesar dessas barreiras, o potencial da telemedicina e da e-Saúde é vasto. À medida que novas soluções digitais são desenvolvidas e os custos associados à sua implementação são reduzidos, a expectativa é que essas tecnologias se tornem cada vez mais acessíveis e integradas aos sistemas de saúde, facilitando o atendimento em regiões menos favorecidas, e contribuindo para a descentralização e democratização dos serviços de saúde, promovendo um cuidado mais equitativo e eficiente.

Gestão da Informação em Saúde

A gestão eficaz das informações na área da saúde tornou-se fundamental para alcançar resultados positivos, com a crescente digitalização do setor. O uso de tecnologias avançadas

tem permitido um gerenciamento mais eficiente desses dados, conforme Pinochet (2011), que destaca que a administração adequada de informações nas organizações hospitalares não só melhora a eficiência dos processos, mas pode ser fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Além disso, o gerenciamento de informações em saúde atua na vigilância e monitoramento, possibilitando intervenções rápidas e assertivas. No entanto, o diferencial do setor de saúde em relação a outros segmentos é que a eficácia no uso de tecnologias pode, determinar a sobrevivência de um paciente.

Com o avanço das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), o volume de dados gerados no setor da saúde cresce o que aumenta a necessidade de sistemas eficientes para gerenciar essas informações. Garcia e D'Elia (2005) afirmam que, à medida que a tecnologia avança, aumenta a demanda por profissionais que saibam lidar com as novas ferramentas digitais. O grande volume de dados exige uma gestão organizada para que a informação correta seja acessada favorecendo a tomada de decisões críticas em tempo hábil.

Neste cenário, surge a e-saúde (ou saúde eletrônica), que integra diferentes aspectos da prestação de serviços de saúde por meio de TICs, facilitando o acesso a informações e aprimorando a qualidade do atendimento. A telemedicina, uma aplicação de e-saúde, é um dos exemplos mais promissores de como as tecnologias digitais podem transformar o setor. Por meio dela, pacientes podem ser monitorados remotamente, o que aumenta a acessibilidade aos serviços de saúde e permite a realização de diagnósticos e tratamentos de forma mais rápida e eficaz. Isso representa uma mudança no modelo tradicional

de atendimento, colocando o paciente no centro do processo e melhorando a continuidade do cuidado (Gómez & Jadad, 2005).

No entanto, a implementação de sistemas de e-saúde enfrenta diversos desafios. O elevado custo de implantação e manutenção, e no setor público, é uma das barreiras mais significativas. De acordo com Gutierrez (2011), os investimentos em TI na saúde ainda são baixos quando comparados a outros setores, o que dificulta a adoção em larga escala de soluções tecnológicas. Além disso, a resistência dos profissionais de saúde em relação à adoção de novas tecnologias pode ser um obstáculo. Estudos de Cavalcante et al., (2012) apontam que a falta de clareza nas metas e objetivos dos projetos de TI e a insegurança quanto à qualidade dos dados fornecidos pelos sistemas dificultam a integração dessas tecnologias ao cotidiano hospitalar.

Apesar dessas dificuldades, os benefícios das TICs na saúde são indiscutíveis. A integração de informações por meio de sistemas como os Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) possibilita uma maior agilidade na geração de dados clínicos e administrativos, facilitando o trabalho de gestores e profissionais de saúde. Além disso, o uso de prontuários eletrônicos e a comunicação entre serviços de emergência são exemplos de como as TICs podem otimizar o atendimento e melhorar a eficiência dos serviços prestados (Marin, 2010).

Diante do exposto, fica claro que a inovação tecnológica na saúde, por meio da e-saúde e da telemedicina, apresenta inúmeras oportunidades para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir custos operacionais. No entanto, é necessário que os gestores do setor de saúde invistam na capacitação dos profissionais e na infraestrutura adequada para que essas tecnologias

possam ser adotadas de forma eficiente e segura. Mais do que nunca, o sucesso da transformação digital na saúde depende de uma abordagem colaborativa entre gestores, profissionais de saúde e os próprios pacientes, garantindo que as tecnologias sejam usadas para melhorar a vida de todos. Os tipos de tecnologias em saúde citados são melhor descritos no Quadro 1:

Quadro 1. Classificação das tecnologias em saúde

Tecnologias leves	Chamadas de tecnologias relacionais, produzem vínculos, acolhimento, autonomização. É capaz de gerar informações para a equipe de saúde e para o usuário.
Tecnologias leve-duras	São chamadas de tecnologias-saberes, se configuram como aquelas que operam no processo de trabalho em saúde.
Tecnologias duras	Tratam-se das máquinas-ferramentas, tais como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais, tendo ela relação com o problema e a saúde do usuário e como pode ser utilizada para solucionar a necessidade de saúde.

Fonte: Mehry (2002).

As inovações em saúde digital vêm transformando a maneira como os serviços de saúde são prestados, com a telemedicina e as tecnologias de e-Saúde ganhando destaque nesse cenário. A utilização de diferentes tipos de tecnologias – leves, leve-duras e duras – desempenha papel fundamental na ampliação do acesso, na qualidade do atendimento e na eficiência dos sistemas de saúde.

Silva et al., (2009) afirmam que as tecnologias leves, focadas nas interações humanas, são essenciais para a promoção de cuidados de saúde, pois envolvem a criação de relações de reciprocidade entre profissionais e pacientes. Esse tipo de tecnologia não depende de equipamentos físicos, mas

de habilidades interpessoais e da comunicação, o que a torna indispensável para o sucesso da telemedicina, onde a interação remota pode aproximar os profissionais de saúde e seus pacientes, favorecendo o cuidado integral. De forma semelhante, Santos, Frota e Martins (2016) destacam que as tecnologias leves são fundamentais para ações de educação em saúde, contribuindo para melhorar a comunicação e o entendimento dos pacientes sobre seus tratamentos, o que é facilitado por plataformas digitais e de e-Saúde.

Já as tecnologias leve-duras, segundo Sabino et al. (2016), envolvem o uso de conhecimentos estruturados e técnicas específicas, como massagens terapêuticas, aromaterapia e outras práticas que, embora não dependam de maquinário avançado, exigem saberes técnicos. No contexto da telemedicina, essas tecnologias podem ser aplicadas através de orientações e suporte remoto, permitindo que os pacientes realizem certas práticas de autocuidado em suas próprias casas, orientados por profissionais à distância.

Por outro lado, as tecnologias duras estão associadas ao uso de equipamentos e máquinas. Exemplos incluem aparelhos de diagnóstico por imagem e monitores de sinais vitais, que são vitais em ambientes hospitalares e, cada vez mais, acessíveis no contexto da telemedicina. O avanço da saúde digital possibilita que pacientes realizem exames e monitoramento de suas condições em casa, com os dados sendo enviados para os profissionais de saúde, otimizando o cuidado contínuo.

No ambiente hospitalar, a alta concentração de tecnologias duras é vista, nas unidades de terapia intensiva (UTIs), onde o uso de equipamentos como multiparâmetros e respiradores é

essencial para a monitorização e controle dos pacientes. Com o advento da e-Saúde, esses dispositivos estão cada vez mais conectados e integrados, permitindo o monitoramento remoto e a intervenção precoce, mesmo quando o paciente não está fisicamente presente na unidade hospitalar. O funcionamento adequado dessas tecnologias, especialmente os alarmes visuais e sonoros, proporciona maior segurança aos profissionais de saúde, reforçando a importância de sua integração com sistemas de telemedicina e monitoramento remoto.

Além disso, o Brasil (2009) classifica as tecnologias em saúde de acordo com sua natureza, propósito e estágio de difusão, o que reflete a abrangência das inovações tecnológicas nos diferentes setores do sistema de saúde. As tecnologias voltadas para a atenção à saúde, tanto em ambientes hospitalares quanto em secretarias de saúde e no Ministério da Saúde, são essenciais para garantir que os avanços na telemedicina e na e-Saúde sejam aplicados de forma eficaz e equitativa em todo o país.

Dessa maneira, as inovações em saúde digital, incluindo a telemedicina e e-Saúde, estão mudando o paradigma do cuidado, integrando tecnologias leves, leve-duras e duras para oferecer um atendimento mais acessível, eficaz e seguro. Essa convergência tecnológica fortalece a saúde pública e privada, garantindo que tanto pacientes quanto profissionais se beneficiem das novas ferramentas disponíveis (Ravioli; Soarez; Scheffer, 2018).

A Figura 1 descreve essa forma de classificação:

Figura 1. Classificação das tecnologias em saúde de acordo com a natureza material, o propósito e o estágio de difusão

Quanto à natureza material

- *Medicamentos;*
- *Equipamentos e suprimentos*: ventilador, marcapassos cardíacos, luvas cirúrgicas, *kits* de diagnóstico, etc. ;
- *Procedimentos médicos e cirúrgicos;*
- *Sistemas de suporte*: bancos de sangue, sistemas de prontuário eletrônico, etc.;
- *Sistemas gerenciais e organizacionais:* sistema de informação, sistema de garantia de qualidade, etc.

Quanto ao propósito

- *Prevenção*: visa proteger os indivíduos contra uma doença ou limitar a extensão de uma seqüela (exemplo: imunização, controle de infecção hospitalar, etc.);
- *Triagem*: visa detectar a doença, anormalidade, ou fatores de risco em pessoas assintomáticas (mamografia, exame de Papanicolau);
- *Diagnóstico*: visa identificar a causa e natureza ou extensão de uma doença em pessoas com sinais clínicos ou sintomas (eletrocardiograma, raios X para detectar fraturas ósseas);
- *Tratamento*: visa melhorar ou manter o estado de saúde, evitar uma deterioração maior ou atuar como paliativo;
- *Reabilitação*: visa restaurar, manter ou melhorar a função de uma pessoa com uma incapacidade física ou mental.

Quanto ao estágio de difusão

- *Futura*: em estágio de concepção ou nos estágios iniciais de desenvolvimento;
- *Experimental*: quando está submetida a testes em laboratório usando animais ou outros modelos;
- *Investigacional*: quando está submetida a avaliações clínicas iniciais (em humanos);
- *Estabelecida*: considerada pelos provedores como um enfoque-padrão para uma condição particular e difundida para uso geral;
- *Obsoleta/abandonada/desatualizada*: sobrepujada por outras tecnologias ou foi demonstrado que elas são inefetivas ou prejudiciais.

Fonte: Brasil (2009)

As inovações em saúde digital e as aplicações de telemedicina e e-Saúde estão redefinindo a maneira como a informação e o cuidado em saúde são geridos. Um dos pilares desse avanço é

o uso de softwares e sistemas de informação, que desempenham papel central na organização e integração dos dados de saúde. De acordo com Hanna, Ball e Edwards, os sistemas de informação em saúde podem ser classificados em três tipos principais, cada um com aplicações distintas e essenciais para a eficácia dos serviços de saúde digital.

Há os sistemas limitados quanto aos objetivos e ao escopo, voltados para áreas específicas de aplicação, que são fundamentais para atender necessidades pontuais, como o acompanhamento de doenças crônicas ou o gerenciamento de prontuários eletrônicos. No contexto da telemedicina, esses sistemas são utilizados para facilitar consultas virtuais e o acesso rápido às informações clínicas dos pacientes, permitindo que os profissionais de saúde tomem decisões mais informadas e precisas.

Em seguida, destacam-se os sistemas de informação hospitalar, que integram componentes clínicos, administrativos e financeiros em uma rede de comunicação unificada. Esses sistemas são essenciais para o funcionamento eficiente dos hospitais, garantindo que todos os dados necessários para o atendimento ao paciente estejam disponíveis e sincronizados entre diferentes departamentos. No contexto da e-Saúde, esses sistemas possibilitam a gestão remota de recursos hospitalares e permitem que dados de pacientes atendidos via telemedicina sejam integrados ao sistema hospitalar, garantindo continuidade no cuidado.

Por fim, os sistemas corporativos de informação em saúde são mais amplos e robustos, capturando e armazenando informações completas sobre os atendimentos e tratamentos de saúde. Esses sistemas são utilizados para consolidar dados de saúde em nível nacional, facilitando o monitoramento da saúde

pública e permitindo que os gestores de saúde identifiquem tendências e planejem intervenções mais eficazes. No contexto da telemedicina e da e-Saúde, esses sistemas corporativos podem ser conectados a redes regionais e nacionais de saúde, proporcionando uma visão abrangente da situação de saúde em diferentes localidades e possibilitando uma resposta mais coordenada e eficiente.

Nesse cenário, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), instituída pelo Brasil (2016), desempenha um papel decisivo, visando padronizar e integrar os sistemas de informação em saúde, combatendo a heterogeneidade dos dados que prejudica a tomada de decisões e a eficiência dos serviços. A PNIIS estabelece diretrizes para a implementação de tecnologias de informação na saúde, promovendo a interoperabilidade entre os sistemas e fortalecendo a coleta e o uso de dados para melhorar os serviços de telemedicina e e-Saúde.

Essas tecnologias, além de facilitarem a atuação dos profissionais de saúde, contribuem para a promoção da saúde. Os avanços em sistemas de informação integrados permitem que os profissionais acessem dados em tempo real, tomem decisões rápidas e implementem cuidados de maneira eficiente, beneficiando os pacientes tanto nos atendimentos presenciais quanto remotos. Dessa forma, as inovações em saúde digital, impulsionadas pelos sistemas de informação e orientadas pelas diretrizes da PNIIS, estão modernizando o cuidado à saúde. A telemedicina e a e-Saúde são ferramentas que, através da integração de informações e tecnologias, promovem uma assistência mais ágil, segura e eficaz.

Implementação de Tecnologia para Melhoria da Telemedicina

A gestão da saúde em um país de dimensões continentais como o Brasil apresenta desafios imensos, no que diz respeito à coleta, análise e disseminação de informações de saúde. A criação de um observatório epidemiológico tem sido apontada como uma ferramenta estratégica para melhorar a qualidade das decisões em saúde pública. Esse observatório serviria aos gestores, a pesquisadores e à população em geral, fornecendo dados acessíveis e compreensíveis sobre a saúde da população, sem exigir especialização técnica para sua interpretação. No Brasil, iniciativas semelhantes já estão em andamento, como o Sistema de Informação em Saúde, que trouxe avanços na melhoria dos serviços de saúde.

De acordo com Sass et al. (2012), o crescente uso de tecnologias digitais na saúde tem um impacto direto e positivo na qualidade dos serviços prestados. Essas tecnologias ajudam a reduzir morbidade e mortalidade, melhorando a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes, ao facilitar o fluxo de informações entre os diferentes níveis de atendimento. No contexto da telemedicina e e-Saúde, essa melhoria no fluxo de dados é fundamental para garantir diagnósticos mais rápidos, tratamentos mais eficazes e, em última instância, melhores resultados para a saúde pública.

A implementação de sistemas de informação em saúde desempenha um papel central no apoio à tomada de decisões administrativas. Estudo de Jaana et al. (2009) e Pinochet (2011) demonstravam que esses sistemas auxiliam os gestores a tomar

decisões mais informadas, baseadas em dados epidemiológicos, permitindo inclusive a prevenção de doenças sazonais e a antecipação de demandas nos serviços de saúde. Esse tipo de aplicação reforça o potencial dos sistemas de telemedicina, ao integrar dados em tempo real que ajudam a monitorar surtos e a organizar respostas rápidas a crises de saúde pública.

No entanto, com o aumento da adoção de tecnologias da informação (TI) na área da saúde, surgem novos desafios. Como apontam Pereira et al. (2016), é preciso que sejam implementadas políticas de segurança rigorosas e definidos procedimentos claros para a inserção e gestão dos dados nos sistemas. A credibilidade e a eficácia dessas tecnologias dependem da qualidade e segurança das informações armazenadas. Além disso, o uso de dados sensíveis em saúde exige a conscientização de todos os profissionais envolvidos, uma responsabilidade que recai sobre a área de TI e a gestão de saúde de forma contínua e integrada.

Apesar dos avanços, a gestão de informações em saúde no Brasil ainda enfrenta lacunas. Muitas vezes, os sistemas não atendem às necessidades dos gestores e outros usuários. A falta de flexibilidade e usabilidade dessas tecnologias pode dificultar a visualização dos dados de forma clara e acessível. Em alguns casos, as informações são apresentadas em formatos complexos, como gráficos de dados agregados ou tabelas de dados brutos, o que limita a capacidade de interpretação e uso efetivo das informações por parte dos gestores e da população em geral.

Em resumo, enquanto as inovações em saúde digital e as aplicações de telemedicina e e-Saúde têm o potencial de transformar o setor, ainda existem desafios a serem superados. A criação de um observatório epidemiológico, a melhoria contínua

dos sistemas de informação, e o fortalecimento das políticas de segurança de dados são passos essenciais para garantir que essas tecnologias cumpram seu papel de promover uma saúde mais eficaz, acessível e inclusiva.

Vigilância Epidemiológica e Criação de Observatórios de Saúde

A vigilância epidemiológica é fundamental para a saúde pública, pois envolve a coleta, análise e interpretação sistemática de dados com o objetivo de identificar e monitorar doenças em uma população. Essa prática permite a detecção precoce de surtos, o acompanhamento de casos esporádicos e a tomada de medidas rápidas para proteger a saúde coletiva. Além disso, a vigilância epidemiológica auxilia no planejamento de intervenções e no monitoramento do progresso em metas de saúde pública, possibilitando um melhor entendimento sobre o curso natural de doenças e suas implicações na sociedade.

Em cada estágio da vigilância epidemiológica, diferentes sistemas são implementados para monitorar aspectos da pirâmide das doenças infecciosas, como diagnóstico clínico, confirmação laboratorial, hospitalização e notificações (Sousa, 2016). Esses sistemas geram informações para gestores e profissionais da saúde tomarem decisões baseadas em dados concretos. Nesse sentido, a telemedicina e as soluções de e-Saúde emergem como ferramentas integrando dados em tempo real e ampliando a capacidade de resposta às emergências de saúde pública.

A qualidade da informação produzida pela vigilância depende da organização e coordenação dos sistemas de

monitoramento, como afirmam Bruniera-Oliveira et al. (2017). Sistemas bem desenhados e eficientes facilitam a coleta de dados e garantem que os profissionais de saúde possam tomar decisões informadas e rápidas durante crises. A capacidade de identificar surtos, rastrear contatos e avaliar exposições em tempo real fortalece a resposta a emergências e otimiza o controle de doenças, como demonstrado em várias frentes de combate a epidemias.

Nesse contexto, observatórios de saúde surgem como soluções inovadoras, capazes de reunir informações de diversas fontes para melhorar a tomada de decisão em saúde pública. Wilkinson (2015) aponta que, embora a estrutura e funções dos observatórios variem, seus principais objetivos incluem monitorar tendências de saúde, identificar lacunas de informação e fornecer suporte para avaliações de políticas de saúde pública. Essas plataformas tecnológicas são essenciais para promover a vigilância contínua e fornecer dados para diferentes partes interessadas, incluindo gestores e cidadãos.

Com o avanço das tecnologias digitais, os observatórios de saúde passaram a desempenhar um papel no suporte à tomada de decisões baseadas em dados. De acordo com Ferreira (2012), esses observatórios informam os gestores de saúde sobre tendências e necessidades emergentes e influenciam políticas públicas de maior impacto. A tecnologia permite que os observatórios atualizem suas bases de dados, tornando-se uma ferramenta ágil para a coleta e disseminação de informações em tempo real.

Esses sistemas têm o potencial de transformar dados em inteligência acionável, como ressaltam Pinto e Rocha (2017). A

qualidade das informações e a capacidade de análise dos observatórios são importantes para monitorar as tendências em saúde, facilitando o planejamento e a implementação de políticas mais eficazes. Além disso, essas plataformas tecnológicas permitem uma colaboração dinâmica entre atores de diferentes áreas, promovendo uma abordagem mais integrada para a gestão da saúde pública.

O uso crescente de tecnologias de informação na saúde está ligado à melhoria dos indicadores de saúde. Barcellos et al. (2016) destacam que os observatórios são respostas eficazes à necessidade de dados confiáveis e integrados. Esses sistemas fornecem uma visão ampla da saúde populacional, abrangendo desde determinantes sociais até prevalências de doenças e resultados de saúde, permitindo análises em múltiplas escalas, promovendo a criação de estratégias mais refinadas para a gestão de crises de saúde.

A criação de plataformas de observação como o C&HO, examinada por Barcellos et al. (2016), exemplifica o potencial de inovação tecnológica em saúde, com foco em mudanças climáticas e seus impactos. Essas plataformas integram diversas bases de dados e promovem a colaboração entre instituições de pesquisa e órgãos governamentais. Ao fornecer acesso a dados de diferentes fontes, os observatórios contribuem para o desenvolvimento de pesquisas acadêmicas e a criação de políticas baseadas em evidências.

Deste modo, as inovações em saúde digital, por meio da telemedicina, e-Saúde e a criação de observatórios epidemiológicos, estão transformando a forma como a saúde pública é gerida. Essas tecnologias permitem uma abordagem mais proativa,

integrando dados em tempo real, promovendo a colaboração entre setores e fornecendo uma base sólida para a tomada de decisões estratégicas que impactam a saúde da população. A transformação digital na saúde é uma necessidade para enfrentar os desafios dinâmicos da saúde global.

A Figura 2 apresenta uma estrutura geral do C&HO, considerando as diferentes fases da implementação.

Figura 2. Estrutura Geral do C&HO



Fonte: Brasil (2010).

Conforme é possível observar na Figura 2, os autores primaram pela integração e compartilhamento de dados. Barros et al. (2004) destacam que uma das principais contribuições do

Observatório de Recursos Humanos em Saúde é sua capacidade de oferecer uma estrutura abrangente para o planejamento estratégico de recursos humanos, utilizando as melhores evidências disponíveis. Essa abordagem baseada em dados fortalece o desenvolvimento de políticas de saúde ao permitir que gestores e tomadores de decisão formulem agendas nacionais e regionais flexíveis, capazes de se adaptar às diferentes realidades e demandas regionais. Ao alinhar o planejamento com o contexto específico de cada localidade, o Observatório contribui para a criação de estratégias mais eficazes e sustentáveis no setor da saúde, garantindo que os recursos humanos estejam preparados e distribuídos para enfrentar os desafios emergentes.

CONCLUSÃO

As inovações em Saúde Digital por meio da Telemedicina e e-Saúde, têm promovido uma transformação na forma como os cuidados de saúde são prestados e gerenciados. O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) tem facilitado o acesso a serviços de saúde em áreas remotas, melhorado a eficiência do atendimento médico e promovido a integração de redes assistenciais. A Telemedicina, em particular, mostrou-se uma solução eficaz na superação de barreiras geográficas, proporcionando consultas e diagnósticos a distância, além de facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e centros especializados.

A expansão dessas tecnologias demonstra um impacto positivo na qualidade dos serviços de saúde, otimizando a

gestão de informações médicas, como prontuários eletrônicos e receitas digitais, e proporcionando suporte remoto contínuo aos pacientes. Contudo, o sucesso na implementação dessas soluções depende da superação de desafios como os custos com infraestrutura e a capacitação dos profissionais de saúde.

A longo prazo, as plataformas de e-Saúde e Telemedicina têm o potencial de descentralizar e democratizar o acesso à saúde em países com grandes extensões territoriais ou em regiões com limitações de infraestrutura médica. Com a contínua evolução tecnológica e a redução dos custos, essas soluções digitais prometem revolucionar a gestão e a prestação de cuidados de saúde, proporcionando maior equidade e eficiência no atendimento à população.

Em conclusão, o futuro da Telemedicina e das tecnologias de e-Saúde aponta para um cenário onde o acesso universal à saúde é facilitado por soluções digitais, ampliando o alcance dos serviços de saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. A adoção dessas inovações deve ser incentivada como parte de uma estratégia para melhorar os cuidados de saúde, com foco na inclusão, qualidade e sustentabilidade.

REFERÊNCIA

BARCELLOS C, ROUX E, CECATTO P, P GOSSELIN, MONTEIRO AM, DE MATOS VP, et al. Um observatório para recolher e divulgar informações sobre os efeitos relacionados com a saúde da mudança ambiental e climática. Rev Panam Salud Publica. 2016; 40 (3): 167-73.

BARROS, A. F. R. et al (Org.). Observatório de recursos humanos

em saúde no Brasil: estudos e análises, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRUNIERA-OLIVEIRA, Robson et al. Epidemiological surveillance of land borders in North and South America: a case study. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, v. 59, 2017.

CAVALCANTE, R. B. et al. Sistema de Informação Hospitalar: utilização no processo decisório. JHI: Journal of Health Informatics, São Paulo, v.4, n.3, p. 73-79, 2012.

GARCIA, E; D'ELIA, M. E. S. Secretária Executiva. 1.ed. São Paulo: IOB-Thomson, 2005.

GODOY, J. S. M. et al. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em unidades básicas de saúde brasileiras. JHI: Journal of Health Informatics, São Paulo, v.4, n.1, p. 3-9, 2012.

GUTIERREZ, M. A. Sistemas de Informação Hospitalares: progressos e avanços. JHI: Journal of Health Informatics, São Paulo, v.3, n.2, 2011.

JAANA, M., WARD, M. M., PARÉ, G.; SICOTTE, C. Antecedents of clinical information technology sophistication in hospitals. Health Care Management Review, 31(4), 289-299, 2009.

JACOB VC, JACOB IC. Avaliação da usabilidade na web: biblioteca eletrônica SciELO e a base de dados Scopus. Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação 2013.

LAPÃO LV, et. al. Roteiro estratégico para a telemedicina na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da telemedicina. An Inst Hig Med Trop 2016; 15 (Supl. 1): S65- S73.

MARIN, Heimar Fátima. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. Journal of Health Informatics, v. 2, n. 1, 2010.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PEREIRA, Teresa Avalos et al. Use of Information and Communication Technologies by Teachers of the Health Area of the Universidade Federal de São Paulo. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, n. 1, p. 59-66, 2016.

PINOCHET, L Hernan C. Tendências de tecnologia de informação na gestão da saúde. Mundo saúde, v. 35, n. 4, p. 382-94, 2011.

PINTO, Luiz Felipe; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Innovations in Primary Health Care: the use of communications technology and information tools to support local management. Ciencia & saude coletiva, v. 21, n. 5, p. 1433-1448, 2017.

RAVIOLI, A Franco; SOAREZ, P Coelho De SCHEFFER, M César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). Cad. Saúde Pública [online]. 2018.

SASS, Arethuza et al. Depression in elderly enrolled in a control program for hypertension and diabetes mellitus. Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012.

SILVA, Norberto Peçanha da et al. A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio à disseminação das informações em saúde. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

WILKINSON, John. Public Health Observatories in England: recent transformations and continuing the legacy. Cadernos de saude publica, v. 31, p. 269-276, 2015.

CAETANO, Rosângela et al. *Desafios e oportunidades para a telemedicina em tempos de pandemia pela COVID-19:* uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz-3drwpJf/?lang=pt Acesso em: set. 2024.

9

Bioética e Direitos Humanos na Saúde e Educação

Cássia Rozária da Silva Souza

DOI: 10.51473/ed.al.sep9



INTRODUÇÃO

O conceito de intersetorialidade está inserido em diversas políticas públicas brasileiras, tendo como exemplo a interação entre educação e saúde. No âmbito educacional está relacionado à ideia de parceria entre instituições governamentais, não governamentais e comunidade, sendo uma alternativa na melhoria do processo de educação e, no campo da saúde, tem sido considerado um elemento fundamental para a mudança no modelo de atenção e reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil et al., 2017).

A ação conjunta entre Saúde e Educação existe desde o século XX. No período, havia uma concepção higienista que tinha como objetivo examinar, controlar e disciplinar a infância. Já na educação, eram promovidas práticas pedagógicas individualistas, focadas em mudança comportamental e de atitudes, não considerando as condições de vida nas quais cada indivíduo estava inserido. Mesmo com as limitações da relação entre ambos os setores é notável a importância do trabalho conjunto destes até os tempos atuais. Existem evidências de que esses setores, ao trabalharem juntos, desenvolvem resultados promissores para a comunidade. Como metodologia, optou-se por pesquisa de natureza bibliográfica, realizada através da análise de publicações de periódicos disponibilizados por meio eletrônico, sendo utilizada a técnica da revisão integrativa da literatura, para análise dos artigos.

MARCO TEÓRICO

Ética no Setor Saúde

A bioética, em conjunto com os direitos humanos, desempenha um papel fundamental no campo da saúde, no relacionamento entre profissionais de saúde e os pacientes. Este vínculo é marcado por situações delicadas que demandam mais do que o conhecimento técnico; exigem uma postura ética e humana para lidar com as complexidades do cuidado. A ética é fundamental nesses momentos, servindo como um guia de bom senso e percepção para lidar com a fragilidade humana. No entanto, o simples debate conceitual sobre ética não é suficiente para transformar a prática profissional. O desafio está em incorporar essa reflexão de maneira concreta e prática.

A formação dos profissionais de saúde deve ir além da transmissão de normas abstratas, focando em um ensino contextualizado em ética. Uma nova pedagogia é necessária para romper com o padrão de descompasso entre a formação ética e a prática clínica. Conforme sugerem Fabeni e Matos (2021), a bioética tem como finalidade a análise dos avanços científicos e o impacto desses avanços na vida humana. Refletir sobre as implicações éticas de novas tecnologias e práticas médicas é necessário para garantir que a ciência avance em harmonia com os valores humanos.

Profissionais de saúde são treinados para lidar com situações clínicas de variadas gravidades, mas muitas vezes não são preparados para enfrentar questões mais amplas,

como desigualdades sociais, fome e corrupção, que afetam a saúde. Essas questões revelam uma lacuna na formação, que precisa contemplar o conhecimento técnico e a capacidade de lidar com os determinantes sociais da saúde. Como observou Torres (2003), os profissionais vivem em um dilema entre duas realidades: a competência técnica e a necessidade de atuar em um campo ético mais amplo, para o qual nem sempre estão preparados.

A formação contínua e interdisciplinar é essencial para que o profissional de saúde possa atuar de forma eficaz e ética. Ferreira e Ramos (2006) argumentam que essa formação deve ser baseada em uma pedagogia estruturada, com meios inovadores para colocar em prática as teorias éticas, integrando-as à realidade sensível do cuidado. A saúde coletiva, por exemplo, é um campo que exige uma abordagem interdisciplinar, onde o foco é a promoção da saúde e a cidadania. É um campo que, como afirma Torres (2003), não possui limites rígidos, exigindo dos profissionais um posicionamento ético flexível e adaptável.

A relação entre ética e moral merece destaque. Enquanto a ética pode ser considerada universal, baseada em princípios aceitos, a moral é particular e pode variar de acordo com contextos culturais, religiosos e familiares. Haidt e Kesebir (2010) explicam que a moralidade está conectada aos sentimentos dos indivíduos, e Engel (2004) complementa, destacando que a moral dominante reflete os valores da classe social hegemônica. Esse ponto de vista é reforçado por Singer (2002), que alerta para os perigos de uma ética restrita e insuficiente para guiar o que é certo ou errado, especialmente em um campo tão complexo quanto a saúde.

Nesse contexto, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), adotada pela UNESCO em 2005, surge como uma tentativa de estabelecer um marco ético global que oriente as questões biomédicas, biotecnológicas e sociais. A DUBDH busca garantir a dignidade humana em todos os aspectos relacionados à saúde e à ciência, servindo como um farol para a atuação ética de profissionais e instituições. O artigo 23 da Declaração é claro ao afirmar que todos os estados-membros têm a responsabilidade de promover a educação em bioética em todos os níveis de ensino, reforçando a necessidade de uma formação contínua e abrangente.

Portanto, é importante que a bioética e os direitos humanos sejam debatidos e incorporados na formação e prática dos profissionais de saúde. Essas disciplinas oferecem as ferramentas necessárias para que os profissionais possam lidar com os desafios éticos e morais que emergem das complexas interações entre ciência, sociedade e saúde.

O Ensino na Bioética

No Brasil, o ensino de bioética enfrenta desafios relacionados à forma de incorporar essa disciplina nos currículos de formação em saúde. Universidades têm ajustado seus Projetos Político-Pedagógicos (PPP) e filosofias educacionais para atender à demanda por uma formação que contemple a técnica, a ética e a bioética (Neves Junior et al., 2016). No entanto, a formação dos profissionais de saúde é marcada por uma prática pedagógica distante da realidade prática, resultando em um conhecimento descolado das necessidades do cotidiano profissional.

Esse distanciamento entre teoria e prática ressalta a necessidade de uma transformação no ensino da bioética, que deve ser vista como um processo dinâmico e contínuo, capaz de acompanhar as mudanças nas práticas de saúde e no próprio processo de ensino-aprendizagem. A complexidade dessa transição envolve a criação de estratégias pedagógicas que disseminem conhecimentos técnicos e favoreçam a construção de uma moral profissional baseada em princípios éticos e na capacidade de tomar decisões com responsabilidade.

Um ensino de bioética eficaz precisa ir além da simples transmissão de conteúdos e normas, exigindo uma reflexão crítica sobre as experiências passadas e presentes no campo da saúde. A formação deve considerar as práticas de educação em saúde, os movimentos sociais e os serviços de atenção, integrando esses elementos à tutoria e ao apoio profissional, de forma a oferecer um aprendizado que vá além da técnica, promovendo um cuidado integral e humanizado (Boff, 2001), incluindo, como propõe a Teoria do Cuidado de Boff (1999), o desenvolvimento de uma atitude de responsabilidade contínua, onde o cuidado é um compromisso ético e humano.

Ressalta-se que o processo de ensino-aprendizagem da ética ocorre de maneira direta e indireta. A educação direta envolve o diálogo e a reflexão crítica, enquanto a indireta está relacionada às experiências e valores vivenciados pelos profissionais em sua prática. Nesse sentido, Braibant (1996) observa que, muitas vezes, a formação dos profissionais de saúde foca mais nas técnicas de sua profissão, deixando de lado a formação moral. Isso cria uma lacuna que precisa ser preenchida, quando se considera a importância da bioética no campo da saúde.

A educação em saúde, especialmente nas atividades de extensão universitária, tem mostrado sinais de transformação, com uma nova geração de profissionais mais conscientes das complexidades éticas envolvidas no cuidado. Esses programas extensionistas, além de oferecerem uma formação prática, proporcionam um espaço para a reflexão crítica sobre o cuidado em saúde, enfatizando a importância do bem-estar físico, psicológico e social das comunidades atendidas (Sousa; Esperidião; Medina, 2017).

Ao refletir sobre a moral e a ética, percebe-se que esses conceitos, embora relacionados, têm implicações distintas. A moral é influenciada pelo contexto social, religioso e econômico em que o indivíduo está inserido. Já a ética, no campo da bioética, busca transcender essas influências para formular princípios universais que orientem o comportamento humano no que tange às ciências da vida.

Dessa forma, é fundamental estabelecer um padrão moral claro no ensino da bioética, capaz de impactar as práticas tradicionais e de orientar os profissionais de saúde em suas ações cotidianas. Isso envolve estudar a moralidade das condutas humanas dentro do contexto das ciências da vida e buscar um equilíbrio entre o conhecimento técnico e a responsabilidade ética, como sugerem Medeiros e Parra Filho (2021). Assim será possível formar profissionais competentes e preparados para enfrentar os desafios éticos que emergem no cuidado com a vida humana.

Bioética e Biodireito

A bioética, diferentemente do conceito de ética, que pode ser encontrado em definições gerais, é um campo especializado de estudo que requer referências mais específicas. O termo foi introduzido em 1971 pelo biólogo Van Rensselaer Potter, com o intuito de ressaltar a importância das ciências biológicas para a sobrevivência do planeta e a qualidade de vida. Potter buscava conectar o progresso científico com a ética, considerando a bioética como uma ponte para integrar as ciências da vida com os valores humanos. Essa abordagem inovadora ampliou o debate sobre como a ciência poderia servir à preservação da vida e à proteção da dignidade humana.

Conceitualmente, a bioética é descrita como o estudo sistemático da conduta humana nas ciências da vida e nos cuidados à saúde, considerando essa conduta à luz de valores e princípios morais. Essa disciplina se destaca por sua natureza interdisciplinar, abordando temas nas áreas da biologia e da saúde, sempre com um olhar atento aos dilemas morais e éticos que surgem com os avanços tecnológicos e científicos. A bioética, portanto, transcende a ética tradicional ao lidar com questões específicas da biotecnologia e das biociências, com o objetivo de garantir que o desenvolvimento científico respeite a dignidade humana.

Lepargneur (1996) define a bioética como uma resposta da ética às novas questões originadas pela ciência, no campo da medicina. Ele afirma que a bioética representa o esforço de usar o conhecimento científico de forma responsável, abordando os desafios da vida, saúde e morte. No entanto, embora esses conceitos ofereçam uma base sólida, a bioética é uma disciplina em

constante evolução, adaptando-se às novas demandas da sociedade e às mudanças nas práticas médicas e tecnológicas, o que a torna uma área relevante para garantir uma vida digna e a proteção dos direitos humanos.

Nesse contexto, a bioética pode ser entendida como uma "ética das biociências", voltada para preservar a dignidade humana e promover o respeito pelos valores morais. Sugere-se que essa ética deve combinar humildade, responsabilidade e competência, além de ser interdisciplinar e transcultural, para garantir que a humanidade seja sempre colocada no centro das decisões científicas. Esse posicionamento destaca a importância de uma abordagem ética que considere os avanços técnicos e o impacto desses avanços na vida humana e nas relações sociais.

Destaca-se que a bioética engloba os avanços da biotecnologia, os cuidados com a saúde e a ética profissional, problematizando essas áreas para buscar soluções adequadas. Na prática, a bioética atua como uma ponte entre os profissionais de saúde e os valores éticos, orientando tanto as ações individuais quanto as políticas públicas. Nesse sentido, ela ajuda a alinhar o que se deve fazer com o que é realizado, criando um horizonte ético para a prática profissional na saúde.

No campo da Atenção Primária à Saúde (APS), Simas et al. (2016) apontam que questões bioéticas surgem nas interações cotidianas, seja nas relações entre os profissionais de saúde ou entre profissionais e pacientes. Conflitos éticos podem emergir tanto nas unidades de saúde quanto em visitas domiciliares, especialmente em situações que envolvem a falta de humanização no atendimento ou divergências entre valores técnicos e saberes populares. Esses conflitos mostram

a necessidade de se aprofundar o estudo dos aspectos bioéticos na APS, uma vez que a qualidade do atendimento depende de boas relações entre os envolvidos.

Vidal, Gomes e Siqueira-Batista (2016) reforçam essa necessidade ao defender que a bioética na APS requer estudos que investiguem os principais problemas éticos enfrentados. Esses problemas, segundo os autores, estão ligados a questões como a falta de articulação entre políticas públicas intersetoriais, o acesso limitado aos serviços de saúde e as desigualdades sociais. Além disso, os conflitos entre os saberes científicos e os saberes populares representam um desafio ético, dificultando a resposta plena às demandas de saúde.

Siqueira-Batista (2016), ao investigar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), identificaram cinco grandes grupos de problemas bioéticos na APS: desigualdade de acesso, conflitos relacionados ao ensino-trabalho-comunidade, questões de sigilo e confidencialidade, tensões entre equipe e usuários, e conflitos internos na equipe. Esses resultados revelam a presença de dilemas morais que, embora mais sutis do que os observados em ambientes hospitalares, afetam a qualidade do cuidado oferecido. Estudos adicionais são essenciais para compreender melhor esses problemas e buscar soluções mais eficazes.

O biodireito, que se baseia no princípio da dignidade da pessoa humana, está ligado à bioética, no contexto das transformações promovidas pela biomedicina. A Constituição Federal brasileira, em seu artigo 199, parágrafo 4º, estabelece que o corpo humano não pode ser objeto de comercialização, protegendo a dignidade do ser humano contra exploração. Assim, o biodireito oferece uma estrutura jurídica para garantir que os avanços

biomédicos sejam conduzidos de maneira ética e respeitosa.

A bioética, com suas raízes na busca pela qualidade de vida, incorpora princípios fundamentais como a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça. Esses princípios são fundamentais para orientar o comportamento dos profissionais de saúde e para promover um debate ético sobre temas polêmicos, que exigem um diálogo multidisciplinar sobre o certo e o errado, o que deve ou não ser feito.

O surgimento da bioética na década de 1970 trouxe consigo a necessidade de criar metodologias que permitissem a análise dos problemas éticos emergentes. O trabalho de Beauchamp e Childress (1979) foi fundamental nesse sentido, ao propor os quatro princípios básicos da bioética – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – que desde então têm servido como diretrizes para a tomada de decisões éticas na prática médica. Esses princípios, apesar de não serem absolutos, oferecem um framework útil para organizar argumentos e resolver dilemas éticos em situações concretas, fortalecendo o papel da bioética como uma ferramenta essencial para a promoção da dignidade humana na ciência e na saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa de natureza bibliográfica, realizada através da análise de publicações de periódicos disponibilizados por meio eletrônico. Para análise dos artigos foi utilizada a técnica da revisão integrativa da literatura, baseando-se nos conceitos de Mendes, Silveira e Galvão (2008), por meio da construção de análise

constituída a partir de seis etapas: (I) elaboração de uma pergunta norteadora; (II) busca ou amostragem na literatura; (III) coleta de dados; (IV) análise crítica dos estudos incluídos; (V) discussão dos resultados; (VI) e apresentação da revisão integrativa, visando obter um melhor entendimento sobre a temática baseada em estudos anteriores.

Nesta primeira etapa da Revisão Integrativa estabeleceu-se a delimitação dos objetivos e da questão que orienta este estudo, sendo responsável por facilitar a coleta dos dados. A pesquisa foi realizada através do levantamento dos periódicos científicos publicados em bases eletrônicas de dados.

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: Bioética; Educação; Saúde, utilizando o operador booleano AND. As mesmas estratégias foram utilizadas em língua inglesa. Ressalta-se que foi utilizado como critérios de inclusão que os artigos estivessem disponíveis na íntegra, no idioma português, inglês e espanhol e dentro do recorte temporal dos últimos dez anos. E como critérios de exclusão o fato de não responder à pesquisa e aos objetivos e problemas traçados na mesma, repetidos nas bases de dados, além de excluir aqueles que tiverem sido publicados antes do ano de 2018.

A quarta etapa da Revisão Integrativa trata-se da análise crítica dos artigos selecionados. Neste estudo foram considerados os cinco primeiros níveis de evidências. Para a análise e interpretação dos resultados, os artigos foram lidos e seus resultados considerados como base para melhor compreender como a temática tem sido tratada na literatura publicada.

A discussão dos resultados foi realizada com base nas evidências encontradas nos artigos selecionados, considerando os

resultados convergentes e divergentes verificados pelos autores. Conforme Souza, Silva e Carvalho (2010), nessa fase realiza-se a interpretação e síntese dos resultados, comparando os dados evidenciados durante a análise dos artigos.

Os artigos foram enumerados de forma aleatória, à medida que foram analisados. Os resultados são apresentados em um quadro sinóptico, considerando o título, revista, autores, ano, lugar, área do conhecimento e as principais evidências identificadas na análise.

RESULTADOS

A base de dados SciELO proporcionou 7 artigos com a busca dos descritores, e todos respondiam à pergunta de partida. Em todos os artigos ocorreu a sua leitura integralmente antes de serem excluídos do presente trabalho.

Quadro 1 – Artigos selecionados / base de dados para a Revisão Integrativa

Base de dados	Quantidade de artigos selecionados
SciELO	5
Science Gate	2
Total	7

Fonte: dados da pesquisa, 2024

Quadro 2 – Síntese dos artigos obtidos na Revisão Integrativa

ID	Título	Autor	Publicação/ Base de Dados	Objetivo	Método	Conclusão
1	Eutanásia: uma morte digna.	Fabeni; Matos	RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. Science Gate	Realizar uma análise teórica acerca do direito a uma morte digna.	Pesquisa qualitativa.	Foram apresentados eutanásia, distanásia, suicídio assistido e ortotanásia, pacientes em estágio terminal.
2	Experimentação científica com seres humanos.	Medeiros; Parra Filho.	RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. Science Gate	Apresentar pesquisas acerca da experimentação científica com seres humanos.	Pesquisa bibliográfica	Defender melhorias de qualidade de vida.
3	Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil.	Neves Junior, Et. Al,	Rev. bioét. Scielo	Identificar se a disciplina de bioética na matriz curricular nos cursos de medicina do Brasil.	Revisão integrativa	Observou-se aumento do número de oferta de disciplinas autônomas de bioética nos cursos médicos

4	(Bio) ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro.	Simas, Et Al.	Ciência & Saúde Coletiva. Scielo	Fazer mapeamento dos problemas (bio) éticos identificados pelos trabalhadores da APS do RJ.	Estudo exploratório	A proposição de referenciais teóricos e o desenvolvimento de ações educativas são necessários.
5	Bioethics and Family Health Strategy: mapping problems.	Siqueira-Batista	Saúde e Sociedade Scielo	Apresentar resultados dos problemas (bio) éticos identificados pelos membros das equipes da ESF de Viçosa (MG).	Qualitativa, pesquisa social.	Se comparadas às questões (bio) éticas existem situações de conflitos morais atinentes ao âmbito da atenção primária à saúde.
6	A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial	Sousa; Esperidiã; Medina.	Ciência & Saúde Coletiva Scielo	Analisar a ação intersetorial desenvolvida entre os setores saúde e educação	Dimensões de análise	Os resultados apontaram que os sujeitos definem a intersetorialidade como parceria e trabalho conjunto.

7	Estratégia Saúde da Família em Cena: a Formação Bioética dos Agentes Comunitários de Saúde, em Três Atos.	Vidal; Gomes; Siqueira-Batista	Rev. bras. educ. med., Scielo	Expõe os resultados da I Oficina de Formação em Bioética e ESF, dirigida aos Agentes Comunitários de Saúde	Quantitativa/ descritiva.	A bioética, é caixa de ferramentas capaz de propiciar aos ACS conceitos, teorias e métodos éticos para o exercício do cuidado na Estratégia Saúde da Família.

DISCUSSÃO

A ética é fundamental para o profissional de saúde e Fabeni e Matos (2021) enfatizam que a bioética analisa os efeitos éticos sobre o indivíduo. Concordando com essa perspectiva, Ferreira e Ramos (2006), informam que é fundamental que esse profissional tenha acesso a um educador que possa fornecer base teórica para o seu exercício. Assim, o conhecimento prático do ensino adquirido precisa ser desenvolvido de maneira sistemática e reflexiva para que o profissional possa ganhar competência e confiança em seu trabalho.

Neves Junior et. al (2016), destacaram que muitas universidades brasileiras têm buscado readaptar as estratégias de seus PPPs com foco no ensino da bioética. O processo de ensino e aprendizagem através da educação dialética conduz os valores

vivenciados durante o processo da profissão. Com isso, a qualidade das instituições de Ensino Superior tem sido uma preocupação com o crescimento do setor, inúmeras são as instituições privadas que surgem, precisando de uma atuação ativa dos órgãos de fiscalização e controle para garantir esta qualidade.

Evidencia-se, conforme palavras de Medeiros e Parra Filho (2021) que é preciso estabelecer um padrão quanto à progressão do ensino de bioética impactando no campo das ciências da vida. Siqueira (2016) complementa ao afirmar que a bioética é a ética da ciência interdisciplinar e transcultural que prevalece o sentido do ser humano.

Entra-se no rol da atenção à saúde para dizer que a bioética cria pontes entre profissionais, instituições e políticas públicas, evitando o que foi citado por Simas et. al (2016) como falta de humanização por profissionais e conflitos familiares durante visitas domiciliares. Dividem o mesmo pensamento, Vidal, Gomes e Siqueira-Batista (2016) quando destacam que a bioética no campo da atenção à saúde exige avanços firmados por estudos sobre os principais problemas éticos.

CONCLUSÃO

Esse estudo destacou que a educação em Saúde permite a relação interativa entre comunidade e profissionais envolvidos, possibilitando troca de ideias e críticas que devem ser consideradas, investigadas e filtradas para o que sejam traçadas estratégias para melhoria na qualidade dos serviços.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. Espírito e saúde. IN: LIMA, L. M. A. Espírito na saúde. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano. Compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BRAIBANT, G. Perspectivas internacionais no ensino da ética em saúde: entrevistas. Bioética. 1996.

ENGEL, E. M. O desafio das biotécnicas para a ética e a Antropologia. Rio de Janeiro: Editora Veritas, 2004.

FABENI, Pricila. MATOS, E. Eutanásia: uma morte digna. RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP, v. 02, n. 2, p. 01-10, fev. 2021.

FERREIRA, Heliane Moura; RAMOS, Laís Helena. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação de enfermagem. Acta Paul Enferm 2006;19(3):328-31 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a12v19n3.pdf. Acessado em set. 2024.

HAIDT, J.; KESEBIR, S. Morality. IN: Handbook of Social Psychology. 5.ed. Nova Iorque: McGraw Hill, 2010.

MEDEIROS; PARRA FILHO. Experimentação científica com seres humanos. RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. v. 10, p. 01-11, out. 2021. DOI: 10.51473/rcmos.v10i10.178.

NEVES JUNIOR, et. al, Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. Rev. bioét. (Impr.). 2016; 24 (1): 98-107 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241111

SIMAS, Keith Bullia da Fonseca et al. (Bio)ética e Atenção

Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1481-1490, 2016.

SINGER, P. Ética prática. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo et al. Bioethics and Family Health Strategy: mapping problems. Saúde e Sociedade, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2016.

SOUSA, Marta Caires de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1781-1790, 2017.

TORRES, Wilma da Costa. Bioethics and health psychology: reflecting upon life and death questions. Psicologia: Reflexão e Crítica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. v. 16, n. 3, p. 475-482, 2003.

VIDAL, Selma Vaz; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família em Cena: a Formação Bioética dos Agentes Comunitários de Saúde, em Três Atos. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 67-76, Mar. 2016.

10

Saúde Bucal e sua Integração com a Comunidade

Paloma Kheltry da Silva Macêdo

Carlos José Domingos Alface

DOI: 10.51473/ed.al.sep10



INTRODUÇÃO

A integralidade da assistência ao usuário requer um olhar que considere o indivíduo, sua família, domicílio e comunidade. Para isso, é imperativo fortalecer os vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade, promovendo ações intersetoriais que abordem as múltiplas dimensões que influenciam o bem-estar e a saúde das pessoas (Brasil, 1997; Gomes, 2022).

A saúde bucal vista como a ausência de problemas dentários, se revela complexa quando considerada em conjunto com a saúde geral do indivíduo. De acordo com Nunes et al. (2023), essa relação é essencial para compreender a importância da saúde bucal no contexto da saúde integral.

Cavalcante (2022) ressalta que a saúde bucal é evidenciada pela aparência saudável da boca, enquanto Novais et al. (2022) a definem como uma dentição funcional. Além disso, Valério (2023) propõe uma visão da saúde bucal, que inclui aspectos como manducação, linguagem e a dimensão erótica, mostrando que a saúde bucal transcende a funcionalidade.

Contudo, a avaliação da saúde bucal deve ir além das estruturas dentárias, pois está ligada ao bem-estar psicossocial, influenciando aspectos como a fala, a percepção do sabor dos alimentos e as relações afetivas (Brandão, 2022). Assim, torna-se evidente que a falta de priorização da saúde bucal, ignorada em contextos onde não está relacionada à mortalidade, reflete a necessidade de um maior engajamento da comunidade.

As dificuldades econômicas e a falta de interesse em cuidar da saúde bucal são obstáculos que podem ser superados

por meio de ações diretas dos profissionais de odontologia, mas que dependem de variáveis extrabucais, como desenvolvimento econômico, ideologia do estado, organização governamental, nível educacional da população, cultura e tradições populares (Martins, 2022). A história da odontologia na América Latina, iniciada com a publicação de um manual odontológico em 1960, evidencia a evolução do cuidado em saúde bucal, que precisa ser ampliado para envolver a comunidade (Matos, 2021).

Este capítulo surge da necessidade de aprimorar a atenção à saúde na comunidade, integrando a saúde bucal como um componente. As conferências de Alma Ata (1978) e Ottawa (1986) reforçam a relevância da atenção primária, destacando a importância de uma visão integrada da saúde. A variação nas concepções sobre saúde bucal sublinha a necessidade de considerar os aspectos psicossociais, que impactam a qualidade de vida. O objetivo geral é explorar estratégias de integração da saúde bucal, visando aprimorar a qualidade da atenção à saúde e promover uma abordagem mais eficaz dentro da comunidade. Os objetivos específicos incluem investigar as concepções sobre saúde bucal, avaliar os desafios na priorização da saúde bucal e contribuir para a formação de profissionais de saúde, disseminando conhecimento sobre a importância da integração da saúde bucal no contexto da saúde integral.

MARCO TEÓRICO

A formação e capacitação contínuas dos profissionais de saúde são fundamentais para promover uma cultura de compromisso com a gestão pública, permitindo a incorporação de conhecimentos e a criação de vínculos entre profissionais e famílias assistidas, consolidando os princípios da vigilância à saúde (Silva, 2020).

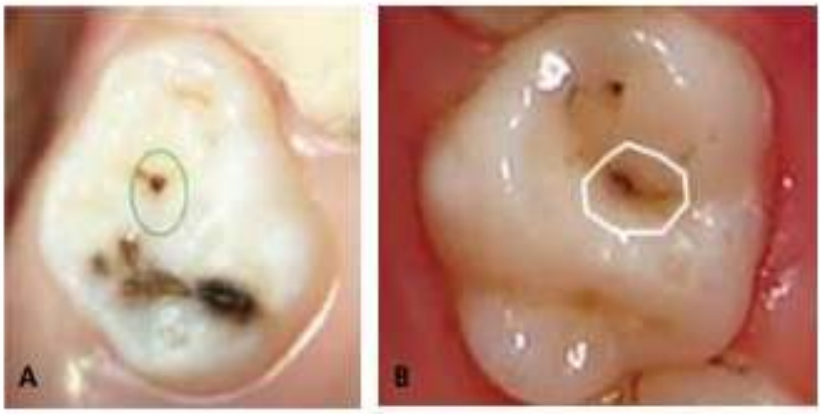
Para operacionalizar os procedimentos de prevenção e controle de doenças, são essenciais exames clínicos e avaliações, incluindo a saúde bucal. A monitorização do crescimento, a avaliação da acuidade visual e a atualização do calendário vacinal são práticas que reforçam a integralidade do cuidado (Oliveira, 2021). Neste contexto, uma equipe multiprofissional que adota práticas interdisciplinares e ações intersetoriais cumpre uma função na reorganização do sistema de saúde brasileiro, promovendo a melhoria da qualidade de vida da população.

A saúde bucal, em particular, é afetada por diversos fatores, dentre eles a desmineralização dos dentes, que quando inicia na camada externa do esmalte, pode resultar em microcavidades, que exigem tratamentos conservadores. No entanto, uma vez que a cárie penetra na dentina, se torna uma ameaça à saúde dental (Narvai, 2022). Essa realidade destaca a importância de um acompanhamento regular ao dentista, pois pequenas cavidades podem evoluir para condições mais graves, como canais radiculares, se não forem monitoradas (Griffin et al., 2017).

À medida que a cárie avança, a perda da estrutura dentária aumenta, elevando o risco de fraturas, cáries recorrentes e perda

dentária. Assim, o tratamento precoce, com restaurações pequenas, é preferível em relação a intervenções mais intricadas (Filgueiras, 2021). Neste contexto, o trabalho conjunto entre a comunidade e os profissionais de saúde bucal é necessário para prevenir seu avanço, por meio da educação sobre práticas de higiene bucal e a importância das visitas regulares ao dentista.

Figura 1: Lesões Microcavitadas e o Aspecto do Esmalte Dentário



Fonte: Heinrich-Weltzien; Bartsch; Eick, 2014

Na Figura 1, representada pela letra A, observa-se uma lesão microcavitada em esmalte com um aspecto arredondado típico. Já na letra B, é evidenciada uma lesão microcavitada em esmalte que apresenta perda de contorno do sulco, caracterizando uma descontinuidade, ilustrando as lesões em superfícies oclusais, onde a cárie incipiente ativa se manifesta como danos esbranquiçados, mantendo a morfologia da fissura intacta, enquanto a cárie incipiente inativa pode ser visualizada como uma fenda acastanhada ou preta, com a morfologia da fissura preservada (Ahovuo-Saloranta et al., 2017).

Esse tipo de cárie é preocupante em crianças, muitas vezes resultante da falta de conscientização dos pais sobre a importância da higiene bucal, além de que uma dieta rica em açúcares, aliada ao hábito de tomar leite durante a noite sem a devida higiene, pode levar ao seu surgimento destacando mais uma vez a necessidade de intervenções educativas que envolvam a comunidade, capacitando os responsáveis a cuidarem da saúde bucal dos infantes (Papageorgiou et al., 2017).

Sugere-se que o controle das condições bucais deve ser fundamentado em modelos de gestão de doenças crônicas, com a implementação de múltiplas estratégias para identificar determinantes individuais, familiares e comunitários (Heinrich-Weltzien; Bartsch; Eick, 2014).

Diante do exposto, entende-se que a promoção da saúde bucal deve ser uma prioridade nas estratégias de saúde pública, engajando profissionais de odontologia, educadores e a comunidade, voltando-se para o fortalecimento de hábitos saudáveis e a educação contínua sobre a importância da higiene bucal.

METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, foi adotada uma abordagem de pesquisa bibliográfica, que se revela essencial para a revisão e análise de referenciais teóricos relevantes sobre as estratégias de integração da saúde bucal. A pesquisa foi conduzida por meio de uma busca sistemática em bases de dados científicas reconhecidas, como PubMed, Scopus e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O processo de busca incluiu

a utilização de palavras-chave específicas, como “integração da saúde bucal”, “comunidade” e “Atenção Básica”, o que garantiu uma coleta abrangente de materiais. Além das bases de dados, foram consultados livros e periódicos especializados, complementando a diversidade de fontes analisadas.

Os referenciais teóricos selecionados foram avaliados quanto à sua relevância e consistência, garantindo que os conteúdos fossem incluídos na análise, proporcionando uma visão contextualizada das estratégias de integração da saúde bucal.

Após a seleção, os referenciais teóricos foram organizados e classificados, permitindo uma compreensão de como essas estratégias são implementadas na prática. Essa organização possibilitou relacionar os conceitos encontrados com as características do sistema de saúde brasileiro, destacando as nuances que influenciam a integração da saúde bucal com a comunidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentamos uma tabela de revisão sistemática que compila as principais informações de estudos sobre saúde bucal e sua integração com a comunidade, visando fornecer uma visão das pesquisas realizadas, abrangendo desde a eficácia de selantes dentários até a influência de fatores psicossociais na saúde bucal de diferentes grupos populacionais.

Os dados foram organizados para facilitar a consulta e a análise crítica, permitindo uma compreensão dos desafios e estratégias na promoção da saúde bucal no contexto comunitário.

Tabela: Dados da Revisão Sistemática

Autor(es)	Título	Ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Fonte
AHOVUO--SALORANTA, A. et al.	Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth.	2017	Revisão Sistemática	Avalia a eficácia de selantes em fossetas e fissuras para prevenir cáries em dentes permanentes.	Cochrane Database Syst Rev.
BRANDÃO, R. M. et al.	A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos.	2022	Dissertação	Investiga como o medo do tratamento odontológico afeta a saúde bucal.	Repositório UFSC.
CAVALCANTE, P. S.	Representações do cuidado em saúde bucal de crianças em vulnerabilidade em cidade do Nordeste do Brasil.	2022	Dissertação	Analisa como o cuidado em saúde bucal é percebido em crianças em situação de vulnerabilidade.	Repositório UFC.
FILGUEIRAS, F. F.	Mestrado Prof em Saúde da Família.	2021	Dissertação	Dissertação focada nas práticas de saúde da família e suas implicações na saúde bucal.	Universidade Federal de Juiz de Fora.
GOMES, S. L. L. de Alencar	A educação em saúde bucal como estratégia para a promoção da integração ensino-serviço--comunidade.	2022	Dissertação	Investiga a importância da educação em saúde bucal na integração entre ensino e serviço em unidades de atenção primária.	Repositório UFC.

Autor(es)	Título	Ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Fonte
GRIFFIN, S. O. et al.	Estimating the cost of school sealant programs with minimal data.	2017	Estudo de Custo	Estima os custos de programas de selantes escolares utilizando dados limitados.	J Public Health Dent.
HEIRICH-WELTZIEN, R. et al.	Dental caries and microbiota in children with black stain and non-discoloured dental plaque.	2014	Estudo Experimental	Analisa a relação entre cárie dental e microbiota em crianças com manchas pretas e placa dental não descolorida.	Caries Res.
MARTINS, F. C.	O desenvolvimento de estratégias para a retomada do cuidado em saúde bucal frente a pandemia de covid-19.	2022	Tese de Doutorado	Aborda estratégias de odontologia de mínima intervenção para retomar os cuidados em saúde bucal após a pandemia.	Universidade de São Paulo.
MATOS, J. X.	Caderneta de saúde bucal materno-infantil: uma proposta para acompanhamento odontológico e educação em saúde.	2021	Dissertação	Propõe sistema de acompanhamento odontológico e educação em saúde.	Universidade Federal do Tocantins.
NARVAI, P. C.	SUS: uma reforma revolucionária.	2022	Livro	Analisa a reforma do Sistema Único de Saúde (SUS) e implicações para a saúde pública e saúde bucal.	Autêntica Editora

Autor(es)	Título	Ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Fonte
NOVAIS, C. A. L. M. et al.	Influência da autopercepção em saúde bucal na qualidade de vida dos idosos: revisão integrativa.	2022	Revisão Integrativa	Explora como a autopercepção de saúde bucal afeta a qualidade de vida entre os idosos.	Brazilian Journal of Development.
NUNES, A. M. et al.	Atuação do cirurgião-dentista na promoção da saúde bucal das comunidades indígenas.	2023	Pesquisa	Examina o papel dos dentistas na promoção da saúde bucal em comunidades indígenas.	Research, Society and Development
OLIVEIRA, T. F. et al.	As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro.	2021	Dissertação	Analisa as mudanças na política de atenção primária durante o governo Bolsonaro e suas consequências para a saúde bucal.	Universidade Federal da Paraíba.
PAPAGEORGIOU, S. N. et al.	Performance of pit and fissure sealants according to tooth characteristics: A systematic review and meta-analysis.	2017	Revisão Sistemática	Avalia o desempenho de selantes em fossetas e fissuras com base nas características dos dentes.	J Dent.
SILVA, P. K. G. da	Ações de enfermagem na promoção da saúde do idoso na atenção básica.	2020	Dissertação	Investigar as ações de enfermagem voltadas para a promoção da saúde bucal em idosos na atenção básica.	Repositório UEMA.

Autor(es)	Título	Ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Fonte
VALÉRIO, A. L. V.	Corporeidade, saúde e cultura: o sentido do Sesc como espaço educativo para crianças e jovens.	2023	Dissertação	Analisar o papel do Sesc como um espaço educativo que promove a saúde bucal entre crianças e jovens.	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

A análise dos dados apresentados na tabela revela um panorama sobre a saúde bucal e sua interconexão com a comunidade, destacando tanto os avanços nas práticas odontológicas quanto os desafios.

Estudos como o de Ahovu-Saloranta et al. (2017) e Papageorgiou et al. (2017) demonstram a eficácia dos selantes dentários na prevenção de cáries, sublinhando a importância de intervenções precoces na infância. Esses achados reforçam a necessidade de programas de saúde bucal nas escolas, o que se alinha com as abordagens preventivas discutidas na literatura, como as de Griffin et al. (2017), que enfatizam o custo-benefício das iniciativas de selamento dentário.

Por outro lado, a pesquisa de Cavalcante (2022) sobre a saúde bucal de crianças em situação de vulnerabilidade expõe as disparidades existentes no acesso a cuidados odontológicos, refletindo um cenário onde fatores socioeconômicos influenciam a saúde. A obra de Gomes (2022) complementa essa visão ao explorar como a educação em saúde bucal pode servir como um vetor de mudança, promovendo a integração entre ensino, serviço e comunidade.

Além disso, as investigações de Martins (2022) sobre a odontologia de mínima intervenção, em um contexto pós-pandemia, destacam a necessidade de adaptar as práticas odontológicas às realidades contemporâneas, como a saúde mental e o medo do tratamento, conforme discutido por Brandão (2022). O entrecorte entre saúde bucal e saúde mental é um aspecto negligenciado, mas necessário para uma abordagem integrada.

Considera-se que a análise dos dados sugere que, embora existam estratégias para a promoção da saúde bucal, a implementação de políticas públicas integradas é fundamental. É preciso que as iniciativas considerem as realidades socioeconômicas e culturais da comunidade, promovendo acesso aos cuidados odontológicos e fomentando a educação em saúde como uma ferramenta para a transformação social.

DISCUSSÃO

A discussão sobre a saúde bucal e sua integração com a comunidade revela uma confluência de perspectivas que, embora possam divergir, em geral, corroboram a necessidade de uma abordagem abrangente e colaborativa. Gomes (2022) enfatiza a importância de fortalecer os vínculos entre profissionais de saúde e a comunidade, alinhando-se com Nunes et al. (2023), que destacam a saúde bucal como um componente da saúde integral. No entanto, enquanto Gomes propõe um enfoque intersetorial, Nunes e seus colegas advertem que a saúde bucal deve ser vista a partir de uma relação com a saúde geral do indivíduo, sugerindo uma compreensão para efetivar mudanças.

Cavalcante (2022) e Novais et al. (2022) oferecem definições complementares sobre saúde bucal, mas Valério (2023) se destaca ao introduzir uma perspectiva integrada, incorporando aspectos psicossociais. Brandão (2022) também chama a atenção para as implicações emocionais e sociais da saúde bucal, sugerindo que a visão tradicional pode ser limitada. Esse entrecorte de ideias desponta que, embora haja um consenso sobre a importância da saúde bucal, as abordagens podem variar, enfatizando diferentes dimensões do cuidado.

Martins (2022) menciona as barreiras econômicas e culturais que dificultam a priorização da saúde bucal, apontando para a necessidade de intervenções que considerem essas variáveis extrabucais, que se conecta com a análise histórica de Matos (2021), que observa a evolução do cuidado odontológico na América Latina e a urgência de uma abordagem que inclua a comunidade. Neste contexto, a formação e capacitação contínuas dos profissionais de saúde, conforme discutido por Silva (2020), se tornam necessários para a construção de uma cultura de saúde que priorize a integração com a comunidade, permitindo a implementação de ações efetivas.

As contribuições de Oliveira (2021) sobre a necessidade de exames clínicos regulares e de uma equipe multiprofissional corroboram a ideia de que a saúde bucal deve ser integrada a um sistema de cuidados. Essa visão é reforçada por Narvai (2022), que discute os riscos associados à cárie e a importância do monitoramento regular. O alerta sobre a cárie em crianças, enfatizado por Papageorgiou et al. (2017), ressalta a responsabilidade coletiva na promoção da saúde bucal, indicando que intervenções educativas são essenciais para capacitar os profissionais,

as famílias e a comunidade. A proposta de Heinrich-Weltzien, Bartsch e Eick (2014) sobre a gestão das condições bucais como uma estratégia crônica sublinha a necessidade de um olhar que identifique determinantes sociais, familiares e comunitários. A análise de Griffin et al. (2017) sobre os custos dos programas de selantes dentários se insere nessa discussão, destacando a importância de intervenções preventivas. Por sua vez, a pesquisa de Filgueiras (2021) sobre o tratamento precoce da cárie e a necessidade de monitoramento contínuo reforçam a importância de uma estratégia integrada.

Portanto, a discussão evidencia que, embora existam divergências nas definições e abordagens da saúde bucal, há um consenso sobre a necessidade de uma integração entre os cuidados odontológicos e a comunidade. As diferentes perspectivas ressaltam a complexidade da saúde bucal como um fator que impacta o bem-estar geral, exigindo um esforço conjunto de profissionais, famílias e a sociedade. A construção de um modelo de saúde bucal que valorize essa interconexão é desejável e essencial para a promoção de uma saúde integral.

CONCLUSÃO

A conclusão deste capítulo revela uma discussão rica sobre a integração da saúde bucal com a comunidade. De um lado, há uma convergência entre os autores quanto à importância de uma abordagem integral e intersetorial, e ao mesmo tempo, surgem divergências na maneira como essa integração é concebida.

Há uma ênfase coletiva na importância da educação em

saúde e no papel fundamental que ela desempenha na prevenção de problemas bucais, sobretudo, em crianças. Entende-se que a interconexão entre os cuidados odontológicos e a comunidade é necessária para uma assistência inclusiva, onde fatores sociais, econômicos e culturais são tão importantes quanto os aspectos clínicos. Assim, a construção de políticas públicas que favoreçam essa integração se mostra como um caminho promissor para o avanço da saúde bucal no Brasil.

REFERÊNCIAS

AHOVUO-SALORANTA, A., et al. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 31;7:CD001830.

BRANDÃO, Romero Meireles et al. A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos. Repositório UFSC, 2022.

CAVALCANTE, P. S. Representações do cuidado em saúde bucal de crianças em vulnerabilidade numa cidade do Nordeste do Brasil. 2022. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/64533. Acesso: set. 2024.

FILGUEIRAS, F Ferreira. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.

GOMES, Sória Leopoldo Lima de Alencar. A educação em saúde bucal como estratégia para a promoção da integração ensino-serviço-comunidade em uma unidade de atenção primária à

saúde do município de Fortaleza-CE. 2022. 138 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2022. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/70058. Acesso: set. 2024.

GRIFFIN, S. O., et al. Estimating the cost of school sealant programs with minimal data. J Public Health Dent. 2017 Jul 04.

HEINRICH-WELTZIEN, R.; BARTSCH, B.; EICK, S. Dental caries and microbiota in children with black stain and non-discoloured dental plaque. Caries Res. 2014;48(2):118-25.

MARTINS, Fábio Carneiro. O desenvolvimento de estratégias para a retomada do cuidado em saúde bucal frente a pandemia de covid-19: Odontologia de Mínima Intervenção (OMI). 2022. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MATOS, Jaqueline Xavier. Caderneta de saúde bucal materno-infantil: uma proposta para acompanhamento odontológico e para educação em saúde.2021.144f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Palmas, 2021.

NARVAI, Paulo Capel. SUS: uma reforma revolucionária. Autêntica Editora, 1. ed. 2022, 272p.

NOVAIS, Cicero Anderson Lourenço Moreira et al. Influência da autopercepção em saúde bucal na qualidade de vida dos idosos: revisão integrativa. Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 2, p. 9026-9050, 2022.

NUNES, Amanda Mendes et al. Atuação do cirurgião-dentista na promoção da saúde bucal das comunidades indígenas. Research, Society and Development, v. 12, n. 12, p. e04121243805-e04121243805, 2023.

OLIVEIRA, T Fernandes et al. As inflexões da contrarreforma na

política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro: implicações sobre a Estratégia Saúde da Família. Dissertação. Universidade Federal da Paraíba, 2021.

PAPAGEORGIOU, S. N., et al. Performance of pit and fissure sealants according to tooth characteristic ‰: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2017 nov; 66:8-17.

SILVA, P Kelson G da. Ações de enfermagem na promoção da saúde do idoso na atenção básica. Repositório UEMA, 2020.

VALÉRIO, Alan Luis Vieira. Corporeidade, saúde e cultura: o sentido do Sesc como espaço educativo para crianças e jovens. 2023. Dissertação (Mestrado em Educação: Currículo). Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Currículo da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

Os Autores

Arthur Amorim Silva
arthuramorim6669@gmail.com

Bárbara Aline Ferreira Assunção
a.ferreiraeduca@gmail.com

Carlos José Domingos Alface
carlosalface9@gmail.com

Cássia Rozária da Silva Souza
crsouza@uea.edu.br

Daniely de Souza Nakamura
daniely_souza123@hotmail.com

Dayane Franco de Moura
day.zootec@gmail.com

Indianara Lehrbach Bento Brusco
medicinaindianara@gmail.com

Isac da Silva Macêdo
isacderek@hotmail.com

Jemima dos Santos Carvalho da Silva
medjemimacarvalho@gmail.com

Laudelina Mary Luz Costa
meyreluzcosta@hotmail.com

Maurício Akira Kimura Nakamura
mauricio.nakamura@unemat.br

Paloma Kheltry da Silva Macêdo
palomamacedoo.pk@gmail.com

Sobre os Organizadores

Jemima dos Santos Carvalho da Silva



Bacharela em Enfermagem pelo Centro Universitário São Lucas Ji- Paraná/RO (UNISL). Pós Graduada em Auditoria em Enfermagem e Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais (IPEMIG). Acadêmica de Medicina pela Universidad Central do Paraguay (UCP).

Cássia Rozária da Silva Souza



Doutora em Enfermagem Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Amazonas. Especializações: Enfermagem Obstétrica; Adm. Hospitalar e Unidades de Saúde; Formação Pedagógica para a Enfermagem; Gerontologia, entre

outras. Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia área Gestão em Saúde Ambiental pela Universidade Federal do Amazonas. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Pesquisa em Ciências da Saúde e Humanidades da Universidade do Estado do Amazonas. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade da Estado do Amazonas (UEA).Coordenadora de Projetos de Extensão e Orientadora de Iniciação Científica da UEA e da Fundação Hospital Adriano Jorge da Secretaria do Estado de Saúde. Coordenadora Pedagógica da Unidade de Desenvolvimento Docente e Apoio ao Ensino da Universidade do Estado do Amazonas (UDDAE-UEA). Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Telessaúde UEA. Atua nas áreas: Educação em Saúde; Saúde do Idoso; Tecnologias Educacionais; Tecnologias Sociais; Atenção Básica de Saúde; Formação Profissional; Populações Vulneráveis.
crsouza@uea.edu.br
Lattes:http://lattes.cnpq.br/3871070918626174
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9790-3713

Daniely de Souza Nakamura



Bacharela em Enfermagem pela Universidade do Estado do Mato Grosso (2018). Especialista em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade Futura (2019). Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faveni (2021). Graduanda em medicina pela Universidad Central do Paraguay (UCP).

Gedryka Tayana de Almeida Stein



Nascida e criada na baixada Cuiabana - MT. Acadêmica do 4° ano de Medicina na Universidad Central del Paraguay e mãe da pequena Cecília. Participou da Liga Acadêmica de Oncologia por 1 ano, há 3 anos faz parte da Liga Acadêmica de Neonatología onde é a atual presidente. É voluntária no abrigo infantil de Ponta Porã e em algumas ações sociais na igreja e na faculdade.

Cintia Raquel Canhete



Nascida em Ponta Pontã- MS, (15/12/87). Funcionária pública desde 2006. Atualmente trabalha no ministério do trabalho. Graduada pela Universidade Anhanguera em Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos (2019) e pós graduada em cálculos trabalhistas (2022). Graduanda do 4º ano em medicina pela Universidad Central Del Paraguay (UCP).

Estela Canhete



Nascida e criada em Ponta Porã - MS . Dedicou seus estudos na Escola Estadual Joaquim Murtinho. Formada em Ciências Contábeis, seu principal acontecimento foi o nascimento de sua filha. Atualmente é concursada e graduanda do 10º período de medicina pela Universidad Central del Paraguay.

Carlos José Domingos Alface



É mestre em Ensino de Química pela Universidade Pedagógica de Maputo (UPM). Doutorando em Química Analítica pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E-mail: carlosalface9@gmail.com

Saúde & Educação

Pesquisa, Sociedade e Transversalidade

Jemima dos Santos Carvalho da Silva
Cássia Rozária da Silva Souza
Daniely de Souza Nakamura
Gedryka Tayana de Almeida Stein
Cintia Raquel Canhete
Estela Canhete
Carlos José Domingos Alface

