UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**“AGENTE APRENDE EM PROSA SOBRE FEBRE
MACULOSA: UMA EXPERIÊNCIA DA REGIÃO
METROPOLITANA DE SÃO PAULO”**

Cristina Sabbo da Costa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Departamento de Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Delsio Natal

São Paulo

2018

“AGENTE APRENDE EM PROSA SOBRE FEBRE MACULOSA: UMA EXPERIÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO”

Cristina Sabbo da Costa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Departamento de Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Delsio Natal

São Paulo

2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução parcial ou total é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação da autora, título, instituição e ano da tese.

As fotos são de propriedade da autora e foram registradas com a autorização expressa dos profissionais de saúde que participaram das atividades inerentes a este trabalho. Foram utilizadas exclusivamente como parte do método de pesquisa e contribuíram para registrar e evidenciar a forma de construção do processo de investigação e intervenção.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu pai **Jurandyr Sabbo** (in memoriam), que infelizmente não logrou acompanhar-me ascender em mais este degrau de minha formação pessoal e profissional, mas que forneceu grande parte dos atributos necessários para que eu pudesse alcançá-lo. Segui até aqui inspirada em sua história, com quase 50 anos, pai de 4 filhos, uma casinha e um fusca, saiu em busca de sua formação universitária e com êxito tornou-se o orgulho de nossa família, pois foi um exemplo de homem bom, perseverante, ético e sobretudo amoroso. Nos mostrou que é preciso perseguir os sonhos mesmo que pareçam distantes, porém sempre, com muito esforço, comprometimento e caráter, porque segundo vossos ensinamentos, nada sobre o qual valesse a pena viria fácil.*

AGRADECIMENTOS

*A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a execução deste estudo,
obrigada pelo incentivo.*

*Aos colegas da SUCEN, principalmente aqueles que estiveram mais próximos neste
momento, Adriano, Marcia, Vera, Daniele, Roseli, Marli e Juliana.*

*Aos agentes comunitários de saúde da UBS Alvarenga que me acolheram em
todas as vezes que estive na unidade.*

A Elisangela, gestora da UBS pelo valioso apoio.

*Aos colegas do grupo de FMB da Região Metropolitana de São Paulo pela
inspiração em investigar esta região.*

*Aos colegas da equipe técnica de São Bernardo do Campo Vera, Cristiane,
Andreia e Marco pelos momentos que dividi com vocês, pelas ideias, pelas
informações e pelo incentivo que muito me gratificou estar com esta equipe.*

Ao Professor Delsio Natal pelo apoio a todos os momentos do projeto.

A minha família que significa minha raiz e minha história.

As minhas filhas Beatriz e Giovana pelas inspirações e alegrias.

Ao meu esposo Eduardo que esteve ao meu lado em mais esta jornada.

Ao meu cãozinho Theo que não saiu do meu lado neste tempo difícil da redação.

E, a Deus que ampara e dá luz a minha vida.

EPÍGRAFE

Tenho tanto sentimento...

Tenho tanto sentimento
Que é frequente persuadir-me
De que sou sentimental,
Mas reconheço, ao medir-me,
Que tudo isso é pensamento,
Que não senti afinal.

Temos, todos que vivemos,
Uma vida que é vivida
E outra vida que é pensada,
E a única vida que temos
É essa que é dividida
Entre a verdadeira e a errada.

Qual porém é a verdadeira
E qual errada, ninguém
Nos saberá explicar;
E vivemos de maneira
Que a vida que a gente tem
É a que tem que pensar.

Fernando Pessoa

Sabbo, C.C. Agente aprende em prosa sobre febre maculosa: uma experiência da região metropolitana do Estado de São Paulo. [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

RESUMO

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma doença aguda, transmitida por carrapatos, com curso variável, que pode ocorrer com formas leves e atípicas, até formas graves, com alta taxa de letalidade. A dificuldade no diagnóstico oportuno por deficiência no envolvimento dos profissionais de saúde e ausência de esclarecimentos da população, em áreas de transmissão, é uma das causas desta alta letalidade. Este estudo foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada em área de relevância epidemiológica para FMB, com incidências recorrentes de casos e óbitos no município de São Bernardo do Campo na Região Metropolitana de São Paulo. O objetivo principal do estudo foi implantar e analisar uma proposta de intervenção educativa participativa em saúde e ambiente envolvendo a equipe de agentes comunitários de saúde com a temática de vigilância da FMB em uma área de transmissão visando a produção de novos saberes para o enfrentamento da doença na região. O método de pesquisa qualitativa utilizado seguiu a linha da pesquisa participante, a pesquisa-ação, com uso de instrumentos como entrevistas, rodas de conversa, oficinas de planejamento, mapas falantes, painéis, fotos, filmagens e observação participante. O processo saúde doença da FMB na região serviu de tema norteador além de outros como educação em saúde e ambiente, e o planejamento educativo. O processo de aprendizagem vivenciado pelos profissionais de saúde foi avaliado positivamente, demonstrando que houve sensibilização, diálogo, reflexão e decisão conjunta nos vários momentos proporcionados pelas oficinas pedagógicas. As atividades realizadas promoveram oportunidades para os agentes conduzirem e

organizarem suas próprias tarefas e os momentos de planejamento das ações foram relevantes, e inovadores; além de outras demonstrações de envolvimento como a recomendação de ampliação para outros temas e para outras localidades, evidenciando satisfação e acolhimento da proposta, embora também aponte para a preocupação com a temática na região e a necessidade em ampliar as discussões. A pesquisa participante mostrou-se extremamente adequada para a interação do grupo estimulando o interesse por buscar soluções aos problemas levantados gerando nos profissionais um sentimento de empoderamento. Estes resultados indicam que estas metodologias podem ser incorporadas aos programas de vigilância de outras doenças com o objetivo de melhorar o envolvimento dos agentes comunitários de saúde nos planos de ações educativas nas localidades onde atuam.

Descritores: pesquisa participante, pesquisa-ação, promoção da saúde, educação em saúde, planejamento educativo participativo, planejamento estratégico em saúde, febre maculosa e agente comunitário de saúde.

ABSTRACT

Sabbo, C.C. Learning in prose on spotted fever: an experience of the metropolitan region of the State of São Paulo, 2018.

Brazilian Spotted Fever (BSF) is an acute disease, transmitted by ticks, with a variable course, which can occur with mild and atypical forms, to severe forms, with a high lethality rate. The difficulty in the opportune diagnosis due to the deficiency in involvement of health professionals and the lack of clarification of the population in transmission areas is one of the causes of this high lethality. This study was developed in a Basic Health Unit located in an area of epidemiological relevance for FMB, with recurrent incidence of cases and deaths in the municipality of São Bernardo do Campo in the Metropolitan Region of São Paulo. The main objective of the study was to establish and analyze a proposal for participatory educational intervention in health and environment involving the team of community health professionals with the theme of FMB surveillance in a transmission area aiming at the production of new knowledge for coping with the disease in the region. The qualitative research method used was participatory research or action research, with use of planning workshops, wheels of conversation, interviews, talking maps, panels, photos, filming and participant observation. The disease health process of the BSF in the region served as a guiding theme besides others such as education in health and environment, and educational planning. The learning process experienced by health professionals was evaluated positively, demonstrating that there was awareness, dialogue, reflection and joint decision in the various moments provided by the pedagogical workshops. The activities carried out provided opportunities for the agents to conduct and organize their own tasks and the moments of action planning were relevant and innovative; as well as other demonstrations of involvement such as

the recommendation for extension to other themes and other locations, showing satisfaction and acceptance of the proposal, although it also points to the concern with the theme in the region and the need to broaden the discussions. The participant research method proved to be extremely suitable for the group's interaction, stimulating interest in seeking solutions to the problems raised, generating a feeling of empowerment for these professionals. These results indicate that these methodologies can be incorporated into surveillance programs for other diseases with the aim of improving the involvement of community health professionals in educational plans in the places where they operate.

Keywords: participatory research, action research, health promotion, health education, participatory educational planning, strategic planning of health, spotted fever and community health professional.

INDICE

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 O homem, o ambiente e o processo saúde e doença.....	15
1.2 A Febre Maculosa Brasileira.....	21
1.3 Educação e Promoção de Saúde no Brasil.....	29
1.4 Educação em saúde: um processo de construção social.....	40
2 PROBLEMAS E DESAFIOS.....	50
3 PRESSUPOSTOS.....	51
4 OBJETIVOS.....	52
4.1 GERAL.....	52
4.2 ESPECÍFICOS.....	52
5 METODOLOGIA	53
5.1 O método.....	53
5.2 O cenário de estudo.....	57
5.3 O público envolvido.....	59
5.4 As instituições envolvidas.....	61
5.5 Os instrumentos de pesquisa.....	61
A. Observação participante.....	62
B. Diário de Campo.....	63
C. Oficinas pedagógicas.....	63
D. Técnicas de grupo.....	63
• História do nome.....	64
• Painéis coloridos.....	64
• Roda viva.....	65
• Caixa de surpresas.....	65
• Corpo humano.....	65
• O reverso da roda.....	66

E. Mapa Falante.....	66
F. Planejamento Estratégico.....	66
• Painel 1 – problematização.....	67
• Painel 2 - categorização de problemas I.....	67
• Painel 3 – categorização de problemas II.....	68
• Painel 4 - plano de ação.....	68
G. Visitas de Acompanhamento.....	69
H. Reunião de Análise Coletiva.....	69
I. Rodas de Conversa.....	69
J. Fotografias e Filmagens.....	70
5.6 Técnica de análise dos resultados.....	70
5.7 Considerações éticas.....	74
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	75
6.1 Visitas Técnicas.....	75
6.2 Unidade Básica de Saúde.....	79
6.3 Agentes Comunitários de Saúde.....	80
6.4 O Processo Educativo Participativo.....	81
A. Oficina Pedagógica I.....	82
B. Oficina Pedagógica II.....	85
C. Oficina Pedagógica III.....	88
D. Oficina Pedagógica IV.....	93
E. Oficina Pedagógica V.....	99
6.5 Análise dos Problemas.....	100
6.6 Avaliação Individual dos ACSs.....	107
6.7 Análise Coletiva dos ACSs	110
6.8 Fórum Técnico.....	116
7 PRODUTOS GERADOS	117

7.1	Produto 1.....	117
7.2	Produto 2.....	118
7.3	Produto 3.....	119
7.4	Produto 4.....	120
7.5	Produto 5.....	121
8	DISCUSSÃO.....	122
9	CONCLUSÕES	138
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
11	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147
12	LISTA DE ANEXOS	
	Anexo 1 – Declaração de anuência da SUCEN	155
	Anexo 2 - Carta de Anuência da Prefeitura Municipal.....	156
	Anexo 3 - Termo de responsabilidade do pesquisador.....	157
	Anexo 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	158
	Anexo 5 - Roteiro de observação de campo e entrevista.....	159
	Anexo 6 – Roteiro das oficinas pedagógicas.....	160
	Anexo 7 – Formulário de avaliação.....	161
	Anexo 8 – Lattes Professor Doutor Delsio Natal.....	163
	Anexo 9 – Lattes Cristina Sabbo da Costa.....	164
	Anexo 10 – Fotos ilustrativas da oficina pedagógica I	165
	Anexo 11 - Fotos ilustrativas da oficina pedagógica II	166
	Anexo 12 – Fotos ilustrativas da oficina pedagógica III.....	167
	Anexo 13 – Fotos ilustrativas da oficina pedagógica IV.....	168
	Anexo 14 – Fotos ilustrativas da oficina pedagógica V.....	169
	Anexo 15 – Fotos ilustrativas das Técnicas de Grupo.....	170
	Anexo 16 – Fotos ilustrativas dos instrumentos do Planejamento Estratégico.....	171
	Anexo 17 – Fotos ilustrativas das avaliações, individual e coletiva.....	172

LISTA DOS QUADROS

Quadro 1 - Descrição do percurso metodológico e resumo das atividades.....	72
Quadro 2 - Lista de problemas caracterizados de acordo com a reflexão sobre suas causas.....	95
Quadro 3 - Lista de problemas caracterizados de acordo com a reflexão sobre a sua governabilidade e responsabilidade.....	98
Quadro 4 – Plano de mobilização sobre a Febre Maculosa Brasileira na Unidade Básica do Alvarenga.....	106

LISTA DE SIGLAS

- ACS: Agente Comunitário de Saúde
- CCZ: Centro de Controle de Zoonoses
- CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
- CVE: Centro de Vigilância Epidemiológica
- FMB: Febre Maculosa Brasileira
- ONU: Organizações das Nações Unidas
- PES: Planejamento Estratégico Situacional
- PNEPS: Plano Nacional de Educação Permanente em Saúde
- SBC: São Bernardo do Campo
- SES-SP: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- SMS: Secretaria Municipal de Saúde
- SUCEN: Superintendência de Controle de Endemias
- SUS: Sistema Único de Saúde
- TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS: Unidade Básica de Saúde
- VE: Vigilância Epidemiológica

1 - INTRODUÇÃO

1.1 O HOMEM, O AMBIENTE E O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.

Não há dúvidas de que os *Homo sapiens* são os grandes responsáveis pela perda da biodiversidade do planeta resultante da pressão que exerce sobre o ambiente. A principal característica que marca a espécie do *Homo sapiens* é a sua capacidade de pensar e raciocinar, qualidade única nestes seres, além de ser conhecido por suas complexas estruturas sociais e sistemas de comunicação. Os seres desta espécie apresentam um cérebro altamente desenvolvido, capazes de criar e articular um sistema de linguagem complexo, raciocínios abstratos e a resolução de problemas. (SIGNIFICADOS, 2018).

Segundo MUCCI (2009), não há nos dias de hoje local onde a espécie humana não possa habitar. Esta espécie que aparece na terra há alguns milhões de anos ocupa um espaço privilegiado, pois ao mesmo tempo o que o torna apto a sobreviver em todos os locais da Terra, faz dele o maior poluidor entre todos os seres vivos. Em conjunto com todas as habilidades do ser humano está a sua desenvoltura corporal, que faz com que consiga utilizar ferramentas que auxiliam a alterar o ambiente com o objetivo de favorecer o seu bem-estar e tornar o meio adequado a sua sobrevivência.

O maior determinante do processo de organização do espaço é a necessidade econômica imposta pelo ser humano, que vai reordenar o espaço seja pela agricultura, exploração mineral, transporte de mercadorias, produção de energia, fabricação de produtos ou a construção de cidades. As modificações do espaço determinam as alterações ambientais e por consequência a propagação de doenças devido à pressão constante sobre os ecossistemas naturais (SILVA, 1986 e 1997).

Segundo SILVA (1997), o uso do solo nas cidades não é homogêneo, as paisagens refletem as formas de ocupação por motivos econômicos e sociais, que por sua vez determinam as condições ambientais e de moradia, o adensamento populacional e o precário saneamento ambiental, são fatores que podem ser considerados de risco para a ocorrência de doenças, inclusive para àquelas transmitidas por vetores. O espaço é o cenário onde se desenvolvem as interações entre os diferentes segmentos das sociedades humanas e a natureza e as doenças surgem ou, pelo menos, são modificadas por estas interações.

Os ecossistemas são complexos e seu funcionamento depende de inúmeras variáveis, além disto o uso inadequado do ambiente pelo ser humano, grande causador do desequilíbrio ambiental, produz inúmeros problemas ambientais como: a poluição do ar, da água, do ar além do mau uso do solo; provocando chuvas ácidas, efeitos estufas, poluição atmosférica, destino inadequado de lixo, extração exacerbada dos recursos naturais; uma lista de infortúnios que provocam efeitos nocivos à saúde (MUCCI, 2009).

Ainda segundo MUCCI (2009), a biodegração natural pode refletir em algum desequilíbrio, e estresse no ecossistema natural, embora quase sempre reversível. No entanto, o ambiente urbano, não são autossustentáveis onde o ecossistema sempre estará em desequilíbrio mesmo se promovendo alguns processos de tratamento, causando alterações ambientais estruturais irreversíveis que diminuem a qualidade de vida. Ainda para o autor, a solução para os problemas ambientais passa pela mudança de comportamento e somente poderá ser alterado a partir do conhecimento, e sem este suporte qualquer ação ou intervenção do humano no meio em que vive se torna frágil e ineficaz.

Para reverter estes processos seria necessário um grande esforço mundial, e para tanto seria necessário, de acordo com entidades ambientalistas, um tratado internacional neste sentido, visando delineamentos de políticas públicas que minimizassem esta situação, mas infelizmente as tentativas destes acordos, anunciadas nas grandes mídias, têm sido tímidos diante dos exageros cometidos pela degradação dos meios de produção por todo o mundo. E finalmente, a solução dos problemas ambientais passa pela mudança de comportamento baseada no conhecimento, sem o suporte da educação qualquer ação de intervenção se torna frágil e ineficaz (MUCCI, 2009).

Diante dos impasses gerados por uma conjuntura da modernidade responsável pela degradação social e ambiental, se faz urgente uma revisão das normas, valores, orientações culturais, formas de conhecimento para todas as sociedades. A crise ambiental é sem dúvida a maior razão para uma discussão ampla e profunda uma vez que é também responsável por grande parte dos problemas sociais mundiais (ZIONI, 2009).

Enquanto este esforço não ocorre, muitas doenças têm acometido a população e, compreender o processo de organização do espaço é uma forma de entender o papel de distribuição de doenças que nos remete a relevância dos estudos epidemiológicos cada vez mais direcionados para melhor interpretar as causas e os efeitos que estes desequilíbrios sociais e ambientais provocam na saúde humana. A epidemiologia vem sendo um campo bastante amplo de investigações das doenças, mantendo seu caráter essencialmente coletivo e social. E segundo a Associação Internacional de Epidemiologia, tem por definição a disciplina de epidemiologia, “os estudos dos fatores que determinam a frequência das doenças nas coletividades humanas” . Estudos estes que vem contribuindo e subsidiando a área da saúde

coletiva para o planejamento; a organização das ações; as avaliações de programas e os procedimentos preventivos e terapêuticos, pois uma vez estabelecido os fatores determinantes de uma doença, é possível subsidiar o seu monitoramento e até indicar intervenções, aliviando o impacto e a disseminação da doença na população (NATAL et al, 2009).

A compreensão da causalidade vem sofrendo várias influências no decorrer dos anos desde o século XIX, com o pioneirismo de JONH SNOW e o estudo que desenvolveu sobre a cólera em Londres. Ao desenvolver o raciocínio epidemiológico, o grande mérito do médico foi desprender-se da medicina individual para focalizar a doença na população, observando as pessoas, conseguindo visualizar o cenário de ocorrência da doença, desde aquela época então, estava estabelecida a importância do ambiente e do comportamento humano para elucidar as ocorrências daquela doença (NATAL et al, 2009).

Somente para fins de registros, lembramos que na área de saúde pública no Brasil, vários autores se dedicaram ou vem se dedicando ao longo de muitos anos, a arte dos estudos epidemiológicos, como: OSWALDO CRUZ, PAULA SOUZA, EMILIO RIBAS, ADOLFO LUTZ, além de outros mais recentes citados por NATAL et al (2009) como AROUCA; LESER; ROUQUAYROL; FORATTINI; ALMEIDA FILHO; LAURENTI; TRAVASSOS; e muitos outros.

Vários momentos históricos delinearam a evolução dos estudos epidemiológicos até os dias atuais, porém em nenhum dos momentos há de se desprezar os conhecimentos adquiridos, ao contrário, apesar da nova concepção voltada para as análises espaciais com o auxílio de computadores, a nova ferramenta não substitui a prática tradicional de apreensão de particularidades evidenciadas pela investigação

direta, *in locus*. É no local de ocorrência das doenças que se pode reunir informações qualitativas, para a compreensão das inter-relações que definem as redes multicausais (NATAL et al, 2009).

A temática de epidemiologia não será aprofundada diante de toda sua complexidade, mas há de se destacar a relevância do seu caráter interdisciplinar para ampliar as discussões sobre o processo saúde e doença, para além dos muros das ciências médicas e biomédicas onde esta ciência surgiu. Outros aspectos, também relevantes ao processo de investigação e interpretação de fatores determinantes das doenças na população humana, vem ganhando espaço no decorrer da história dos estudos epidemiológicos, são os *aspectos ambientais e sociais*, presentes desde os primeiros estudos epidemiológicos e direcionaram algumas das discussões deste trabalho.

Nos aspectos ambientais, como já indicado anteriormente, a intervenção dos seres humanos pode provocar modificação da estrutura e função das paisagens naturais, resultando muitas vezes em alterações definitivas e irreversíveis que resultam em consequências drásticas interferindo nos recursos naturais e até mesmo em fenômenos naturais como deslizamentos, enchentes, desmatamentos, alterações dos recursos hídricos, desflorestamento e outros.

Destaca-se o processo de desaparecimento de massas florestais, fundamentalmente causada pela atividade humana é diretamente causada pela ação antrópica dos seres humanos e sua relação com a natureza, principalmente devido à destruição de florestas para a obtenção de solo para cultivos agrícolas ou para extração de madeira. As emergências das doenças infecciosas têm sido resultado do processo de fragmentação, pois uma vez alterado o ambiente pode favorecer a proliferação e

dispersão de vetores assim como reservatórios e agentes patogênicos. A perda da biodiversidade pode aumentar a prevalência de patógenos por conta da perda do efeito de diluição (OGRZEWALSKA et al in SCINACHI, 2017).

Nos aspectos sociais, ALVES (2006) verificou que, numa análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais em um grupo de alta vulnerabilidade social, existem diferenças significativas nas condições socioeconômicas e demográficas, relacionadas às diversas categorias de vulnerabilidade ambiental. Em algumas áreas, a vulnerabilidade social é agravada por situações de risco e degradação ambiental.

Segundo PAIM (1998), a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto um processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade; analisa as práticas de saúde, a exemplo do processo de trabalho, e sua articulação com as demais práticas sociais; e procura compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde e como se organiza para enfrentá-los.

Em áreas com alta vulnerabilidade ambiental apresentam condições socioeconômicas significativamente piores, além de maior concentração de crianças e jovens, do que aquelas com menor grau de vulnerabilidade ambiental, o que revela a existência de áreas críticas, onde ocorre uma forte concentração de problemas e riscos sociais e ambientais. Estas situações apontam justamente para os grupos sociais com maiores níveis de pobreza e privação social, que por sua vez, possuem a menor capacidade de reação às situações de risco, e vão residir em áreas com maior exposição ao risco e à degradação ambiental, configurando-se situações de alta vulnerabilidade socioambiental (ALVES, 2006).

Há uma relação direta entre exposição a riscos ambientais e precariedade de acesso a serviços públicos. A ausência de infraestrutura urbana (água, esgoto, coleta de lixo, etc.) expõe as populações residentes nestas áreas as doenças. Esta sobreposição ou cumulatividade de riscos e problemas sociais e ambientais representa um grande desafio para as políticas públicas, que na maioria das vezes, são compartimentalizadas segundo áreas de intervenção setorial. Há uma tendência de grupos de baixa renda residirem em áreas com más condições urbanísticas e sanitárias e em situações de risco e degradação ambiental. A explicação é que estas áreas são as únicas acessíveis à população mais pobre, seja por se tratarem de áreas públicas, de preservação ou serem áreas muito desvalorizadas no mercado imobiliário por se tratar de áreas de risco ambiental e falta de infraestrutura urbana (JACOBI in ALVES, 2006).

Desta forma, fica evidenciada a necessidade de um trabalho diferenciado nestas áreas, pois para alcançar uma capacidade de reação e busca de solução em conjunto com a comunidade, diante das problemáticas de saúde e risco de morte, são necessários aportes do componente educativo para criar um processo que possibilite o incremento e fortalecimento desta capacidade de reação, propiciando alternativas para a melhoria das condições de vida e saúde das populações que apresentam um maior grau de vulnerabilidade social e ambiental.

1.2 A FEBRE MACULOSA BRASILEIRA

Inicialmente denominada Febre Maculosa das Montanhas Rochosas, foi identificada pela primeira vez no Estado de Idaho, nos Estados Unidos, no final do século XIX e seu nome deveu-se em razão da grande incidência de casos nos estados americanos cortados pela cadeia das Montanhas Rochosas. Em 1906, o agente etiológico,

a *Rickettsia rickettsii* foi descrito por *Howard Taylor Ricketts*, e identificou também o carrapato como principal vetor de transmissão. A febre maculosa tem características semelhantes ao tifo, e em função dessa semelhança, *Ricketts* foi convidado a colaborar em pesquisas durante uma epidemia de tifo no México, e dias após isolar e identificar o microrganismo causador da doença, contaminou-se e veio a falecer de tifo em 1910 (DEL FIOLE et al, 2010).

Doença causada pela bactéria *Rickettsia rickettsii* considerada como espécie mais agressiva do mundo, chegando a 80% de letalidade dos casos não tratados (ANGERAMI et al, 2012). Importante zoonose que tem sido relatada em vários países da América como Canadá, México, Costa Rica, Panamá, Colômbia, Brasil e Argentina e a doença recebe nomes distintos de acordo com sua posição geográfica como Febre Manchada no México, Febre Maculosa Brasileira no Brasil e Febre Tóbia na Colômbia (LABRUNA, 2009).

No Brasil, a descrição da Febre Maculosa Brasileira (FMB) datam de 1929 por José Toledo Piza (médico do hospital de isolamento atual Instituto de Infectologia Emilio Ribas) na cidade de São Paulo, onde as ocorrências de casos estavam associadas ao chamado "*Typho exanthemático de São Paulo*", nome dado a doença naquela época (PIZA, 1932). Documentos recentes demonstram haver indícios de que a doença possa ter sido registrada antes mesmo deste período, segundo o Instituto Bacteriológico de São Paulo há um documento assinado por Doutor Adolpho Lutz de um caso de óbito por *Typho exanthemático*, em setembro de 1900 (PINTER et al, 2016).

Casos registrados em vários municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) foram constatados na década de 1930 como Guarulhos, Osasco, Caieiras,

Jandira, São Bernardo, São Caetano, Itapeverica da Serra e Mauá (TRAVASSOS, 1939 in PINTER et al, 2016). A expansão das áreas de transmissão na RMSP com ocorrência em áreas urbanas e com elevadas taxas de letalidade demonstraram uma expansão dos focos da doença para áreas periféricas da cidade, ocorrendo também em outros municípios como Mogi das Cruzes, Diadema e Santo André (KATZ, 2009; PINTER, et al 2011).

Em meados de 1932, Piza verifica a proximidade dos casos desta doença com os casos da Febre Maculosa das Montanhas Rochosas (FMMR) nos Estados Unidos e somente em 1937, a doença passa a ser chamada de Febre Maculosa Brasileira (FMB). Houveram poucos relatos de casos nos anos subsequentes entre 1950 a 1980, e ainda não se sabe o que pode ter ocorrido neste período (PINTER, et al 2016).

No início da década de 1980, no entanto, novos casos de FMB voltam a ser descritos no Estado de São Paulo, mais especificamente na Região de Campinas onde a doença passa a ocorrer de maneira endêmica nesta região, sobretudo nos municípios de Pedreira e Jaguariúna localizados nas bacias hidrográficas dos rios Atibaia, Jaguari e Camanducaia, tornando-se um relevante problema de saúde pública na região se tornado área de notificação compulsória em 1996 (LIMA, et al 2003).

A reemergência da doença também foi observada em Minas Gerais, nesse período, principalmente na região do Vale do Jequitinhonha, e se deu na mesma época em que a FMB voltou a ser descrita em São Paulo. A região sudeste até então vem sendo a de maior concentração de casos da doença e os Estados envolvidos são, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo há também relatos de casos na Bahia (LIMA et al, 2003; GALVÃO et al, 2005; KATZ et al, 2009; PINTER et al, 2011).

O reconhecimento da importância da doença no país é relativamente recente pelo Ministério da Saúde quando estabelece como uma doença de notificação compulsória, através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.943 datada de 18 de outubro de 2001. E no Estado de São Paulo a partir de 2002 por determinação da Secretaria de Estado da Saúde (PINTER et al, 2011).

A FMB é considerada uma doença em expansão, segundo dados do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. Desde 1985 até 2017 foram totalizados 882 casos de onde 435 foram a óbitos. Avaliando a década de 2007 a 2017 foram 636 casos com 341 óbitos com uma letalidade que chega próximo aos 55%. É uma doença grave com início abrupto, uma vez ocorrida a infecção, o período de incubação até o início dos sintomas pode variar de dois a quatorze dias, uma média de sete dias após o parasitismo por carrapato. Pode ocorrer também a infecção através de lesões na pele ocasionadas pelo esmagamento do carrapato ao tentar retirá-lo. Não há transmissão homem a homem (CVE, 2018).

O quadro clínico da doença inicialmente se apresenta de forma súbita e inespecífico com episódios agudos febris associado à cefaleia intensa, mialgia, calafrios, parecido com quadro gripal. Pode haver inapetência, dor abdominal, náusea e vômitos. O exantema é um importante achado clínico, no entanto sua presença não deve ser considerada como única condição para fortalecer a suspeita, pois pode estar ausente e retardar e dificultar o diagnóstico e tratamento e consequentemente aumento do risco de óbito (BRASIL a, 2010; ANGERAMI et al, 2013).

Por motivo da alta letalidade desta doença, principalmente devido ao diagnóstico e tratamento tardio, há necessidade de conhecer e identificar os determinantes epidemiológicos como: estar em área conhecida de transmissão; ter estado em

presença de vegetação; exposição aos vetores; ter relato de parasitismo por carrapato, ou contato com seus hospedeiros. São elementos relevantes para que ocorra a decisão rápida de suspeita de FMB e início de tratamento imediato (PINTER, et al 2011).

A introdução precoce de antibióticos específicos para FMB em casos suspeitos tem sido uma importante recomendação nos protocolos médico visando uma redução da letalidade da doença, pois seus índices são altos, em alguns momentos chegaram a acometer 80% dos casos em algumas localidades, pois é uma doença agressiva e se não diagnosticada e tratada precocemente pode levar a óbito, sendo indicado que todo caso suspeito deve ser tratado imediatamente, além do monitoramento clínico e laboratorial durante todo o período de tratamento. As únicas drogas eficazes para o tratamento são a *doxiciclina* e o *cloranfenicol*, sendo a primeira a mais efetiva. A imunidade adquirida possivelmente é duradoura contra reinfecção (BRASIL, 2010a; PINTER et al, 2011; ANGERAMI et al, 2013).

A FMB destaca-se do grupo das febres maculosas como a mais comum e a mais letal das riquetsioses onde os agentes etiológicos são riquetsias, e o vetor é o carrapato do gênero *Amblyomma*. Os carrapatos são hematófagos e infectam-se ao sugarem animais silvestres. Diferentes espécies de carrapatos são implicadas como vetores da *R. rickettsii* em diferentes regiões. As principais espécies envolvidas na transmissão da FMB no Brasil são o *Amblyomma sculptum*; *Amblyomma aureolatum* e *Amblyomma ovale* e todas essas espécies estão presentes no Estado de São Paulo, região onde se concentra o maior número de ocorrência de casos e de óbitos do país (PINTER e LABRUNA, 2006; PINTER et al 2011 e PINTER et al, 2016).

O *A. sculptum* encontra-se bem adaptado na região de Campinas no interior do estado de São Paulo. Uma região de cerrado e mata atlântica devastada por intensa atividade agrícola e onde esta espécie de carrapato é predominante por toda a região. A maior parte dos casos de FMB no Brasil envolvem áreas de mata com a presença de capivaras, embora este animal não seja um reservatório, amplifica e dissemina a *R. rickettsii* entre os carrapatos. As mudanças constantes no meio ambiente, as alterações no manejo de espécies domésticas como bovinos e equinos, o cultivo de pastagens e o aumento da oferta de alimentos são prováveis causas do aumento da população do *A. sculptum* e consequente aumento de casos da doença no interior do Estado (SOUZA, 2009).

As investigações de casos na região do interior paulista têm demonstrado uma característica muito peculiar daquelas áreas onde ocorrem os casos e óbitos por FMB, geralmente são os seres humanos que adentram as áreas de mata e desta forma servem como hospedeiros acidentais do agente infeccioso. As principais características dos locais prováveis de infecção por FMB descritas nas investigações são: a presença de capivaras, celeiros, pastos sujos, matas ciliares e/ou parques públicos com áreas de mata degradada e coleções hídricas (SUCEN, 2004; KATZ et al, 2009; PINTER et al, 2011).

A epidemiologia da FMB na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), muito difere das ocorrências do interior. A espécie de carrapato predominante nesta região é o *A. aureolatum*, vetor restrito a áreas de retalhos da mata atlântica, em ambiente alterado devido a urbanização. Esta espécie de carrapato está presente em áreas de mata arbórea de modo que haja cobertura vegetal suficiente para impedir que os raios de luz solar alcancem o chão (PINTER et al, 2011).

Esta espécie de carrapato é capaz de transmitir a *R. rickettsii* na fase adulta quando parasita o cão doméstico que é considerado sentinela para FMB. Em condições naturais são os canídeos (cachorro do mato) os principais hospedeiros do *A. aureolatum*, mas a devastação das áreas afasta os canídeos selvagens, que precisam de vegetação natural para sobreviver, e assim são os cães domésticos que se parasitam por essa espécie de carrapato quando adentram a mata (PINTER e LABRUNA, 2006 e SCINACHI et al, 2017).

A FMB vem sendo uma ameaça para as comunidades da RMSP que vivem adjacentes aos fragmentos de mata, principalmente na periferia de alguns municípios desta região onde há ocorrências da doença e cujos casos estão diretamente relacionados ao desmatamento e fragmentação da Mata Atlântica (SCINACHI et al, 2017)

As investigações de casos de FMB nesta região tem demonstrado que há registros da presença de animais domésticos (cão ou gatos) nas residências onde os casos ocorreram, demonstrando o envolvimento destes animais na cadeia de transmissão da doença, pois carregam os carrapatos infectados para dentro das moradias afetando os humanos, e desta forma, caracterizam grande parte dos óbitos por FMB na RMSP (PINTER e LABRUNA, 2006 e SCINACHI et al, 2017).

Os municípios da RMSP que possuem registro da presença do *A. aureolatum*: Arujá, Caieiras, Diadema, Franco da Rocha, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo do Campo e São Paulo (PINTER, 2011). Os municípios com registros de ocorrências de casos de FMB nesta região no período entre 2007 e 2017 foram: Diadema, Guarulhos, Mogi das Cruzes, Osasco, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo do Campo, São Paulo e Mairiporã (CVE, 2018).

Um dos maiores e constantes desafios da vigilância de FMB na RMSP refere-se ao controle de animais domésticos por razão de viverem soltos aos arredores das áreas de mata, sob risco constante de parasitismo por *A. aureolatum* e passíveis de conduzir carrapatos infectados até as moradias e provocar a ocorrência de casos da doença em humanos. Outro desafio é manter informados e atuantes os profissionais de saúde, incluindo a equipe médica das áreas de transmissão de FMB com relação a possíveis ocorrências da doença, pois a rápida suspeita de um possível caso de FMB deve levar ao tratamento imediato e oportuno evitando novos casos de óbitos por uma doença passível de ser tratada. É comum constatar ausência de informações sobre a FMB nas Unidades Básicas de Saúde localizadas em áreas de transmissão (PINTER, et al 2011 e PINTER et al 2016).

Por se fazer necessário manter orientações constantes sobre a doença para a população destas áreas alguns temas são imprescindíveis de serem abordados como: a) os principais sinais e sintomas da doença para que se torne um tema de fácil acesso e percepção da população, para que os identifique e procure rapidamente o atendimento médico; b) a verificação periódica do corpo, principalmente de idosos e crianças que podem ser parasitados por carrapatos e ter dificuldades de identificá-los; c) a guarda responsável de animais domésticos, principalmente em locais de moradias próximas as áreas de matas; e ainda manter nas UBSs próximos a estas áreas informações sobre o histórico de presença de carrapatos da espécie *Amblyomma* na localidade (SUCEN, 2004; PINTER, et al 2011 e PINTER et al 2016).

Diante dos desafios, se faz necessário desenvolver um trabalho educativo específico e diferenciado sobre o tema em áreas de transmissão com a finalidade de sensibilizar os donos de animais domésticos sobre o potencial envolvimento destes animais na cadeia de transmissão da doença e refletir sobre o papel de relevância do cuidador,

reconhecendo os riscos do parasitismo humano por carrapatos. Tem sido necessário investigar quais os processos pedagógicos e quais as estratégias seriam necessárias para que gestores e profissionais de saúde sejam capazes de lidarem de forma criativa com esta temática em áreas de transmissão da doença (SABBO, 2013).

E o principal desafio, reconhecer que informar e orientar não tornam os indivíduos capazes de agirem, sendo necessário estimular o tema a partir de um processo pedagógico diferenciado que consiga envolver, sensibilizar e partilhar as informações de forma interativa e participativa para que os indivíduos acreditem ser os responsáveis de sua própria saúde; e em desempenhar o papel de protetores dos seus animais de estimação e de sua família. Situações que ao se apresentarem como desafios, motivaram este trabalho.

1.3 EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

As discussões sobre educação em saúde datam de muito tempo, desde a idade média na Europa já se acreditava na importância da temática quando haviam recomendações de boas práticas alimentares, de higiene e horas prolongadas de sono para que as pessoas vivessem melhor. Em meados do século XVIII, com influência das ideias de John Locke, havia divulgação sobre questões de higiene e saúde em livros. Naquela época acreditava-se que apenas a divulgação de informações seria suficiente para provocar mudanças em comportamentos dos seres humanos sobre os cuidados com a saúde (PELICIONI M.C.F. e PELICIONI, A.F., 2007 e SILVA et al, 2012).

No Brasil, desde o século XIX, o ensino sobre higiene já fazia parte do curriculum de formação da área médica. No Rio de Janeiro em meados de 1924, consta em

documento do Conselho Nacional de Saúde a criação do primeiro pelotão de saúde em uma escola estadual, sendo estes os primeiros passos na direção do programa de educação em saúde do país (CNS, 1996, p.2).

E, em São Paulo, em 1925, o médico sanitário Horácio de Paula Souza criou a Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com a finalidade de *"promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica"*. Surgiu pela primeira vez o título de Educador Sanitário, conferido pelo Instituto de Higiene do Estado, hoje Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), cuja responsabilidade principal na época era a divulgação de noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais (CANDEIAS, 1988; PELICIONI M.C.F. e PELICIONI, A.F., 2007; SILVA et al, 2012).

Segundo AROUCA (2003), o final do século XIX e início do século XX pode ser considerado um período histórico na concepção e prática de educação em saúde, este período foi pautado pelo campo do conhecimento higienista. Um momento onde a Higiene estava fortemente associada a um pensamento político como uma forma de explicar e intervir sobre os problemas de saúde. As orientações centravam a responsabilidade de produção da saúde sob o aspecto individual, onde as intervenções se caracterizavam como prescrições de normas aplicadas aos diversos espaços da vida social, seja em casa, na escola, na família ou trabalho. O autor ressalva que esta forma de abordagem sobre a higiene, reduz o processo educativo meramente a aplicação de "medidas higiênicas" como solução dos problemas de saúde.

O Ministério da Educação e Saúde naquela época promovia atividades sanitárias nas grandes cidades através do Departamento Nacional de Saúde, Serviço Nacional de Educação Sanitária, com o objetivo de *"formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com os problemas de saúde"* (BRITO BASTOS In CNS, 1996, p.2). Os esforços se concentravam na propaganda sanitária e, dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no país que eram de 60%, em 1940 (CNS, 1996).

Foi um período no país onde as situações de epidemia tomavam grande parte da dedicação dos técnicos do setor da saúde, enquanto que no campo da educação, restringiam-se às ações de higiene. Porém doenças como a varíola e a febre amarela, de rápida transmissibilidade, começam a exigir um controle mais rígido, principalmente nas questões que envolviam o ambiente, onde a "polícia sanitária" dedicava-se ao confinamento de enfermos e a vacinação compulsória da população (SILVA et al, 2012).

A primeira importante transformação da educação sanitária ocorreu em 1942, quando o Serviço de Educação Sanitária reconheceu esta temática como atividade básica, responsabilizando os profissionais de saúde sobre as tarefas educativas junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Neste período também iniciou a preparação de professoras da rede pública de ensino como agentes de educação sanitária. Com o passar dos anos, o Ministério da Educação e Saúde foi separado e as áreas assim ganharam autonomia de ação (PELICIONI M.C.F. e PELICIONI, A.F., 2007).

Segundo GAZZINELLI et al. (2005), neste período a prática pedagógica em saúde estava ligada a ideia de que a apreensão do saber leva à aquisição de novos comportamentos e novas práticas, permitindo entender que a superação pode se dar por meio de informações científicas e de saberes provenientes do exterior. A educação se torna uma prática de discurso normativo e coercitivo. Significa dizer que os projetos de educação para a saúde em grande parte, tratam o público como objeto de transformação e, não são as desigualdades que têm de mudar, mas os sujeitos. As práticas educativas em saúde demoraram a demonstrar que a aquisição de saber não resultava diretamente em mudança de comportamento.

A educação sanitária tinha como premissa básica um processo individual de mudança de comportamento onde os fenômenos sociais não eram considerados como os responsáveis pelas barreiras à aprendizagem e muito menos que os problemas de saúde tinham raízes estruturais e socioeconômicas. As práticas de educação sanitária eram conservadoras, reprodutivas e normativas, e geravam ações de higienização e domesticação. E, sempre foram associadas a ações de prevenção de doenças, reproduzindo o formato norte americano daquela época, caracterizada pela transmissão de conhecimento e reproduzidas como campanhas sanitárias no Brasil, não contemplando a dimensão histórica e social do processo saúde doença (PELICIONI M.C.F. e PELICIONI, A.F., 2007; SILVA et al., 2012).

Em meados de 1945 foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS) período que surgiram novas discussões sobre saúde. A OMS formulou um conceito de saúde que até hoje é objeto de discussão: “saúde é o mais completo bem-estar físico mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” . Embora o conceito de bem-estar seja amplo e pouco definido, contribuiu para o processo de transformação da educação sanitária (SILVA et al., 2012).

A segunda transformação ocorre algum tempo depois, com a reformulação do Serviço Nacional de Educação Sanitária com a integração das atividades de educação junto ao planejamento das demais ações do Ministério da Saúde (CNS, 1996) e com a reformulação do Curso de Educação Sanitária coordenado pela Dra. Ruth Sandoval Marcondes, professora titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, também consultora da OMS naquela época. O curso foi suspenso para reformulações em 1961 e retorna em 1967 já com grandes modificações, passou a ser o Curso de Educação em Saúde Pública, como parte do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, com aulas em tempo integral, atendendo a uma variedade de profissionais provenientes de vários países da África, Europa, América do Sul e Central e dos vários serviços de saúde do Brasil (CANDEIAS, 1988; PELICIONI M.C.F. e PELICIONI, A.F., 2007 ; SILVA et al., 2012).

É importante ressaltar que mais do que uma mudança terminológica, de educação sanitária para educação em saúde, buscava-se uma transformação conceitual. A modificação diz respeito aos paradigmas vigentes na prática educativa da época onde educação era entendida como um repasse de conhecimentos sobre saúde numa abordagem tradicional que privilegiava a especificidade e o professor. A educação em saúde por sua vez, baseia-se na concepção do cuidado com a saúde, como resultante de múltiplos fatores, tendo como referencial o coletivo no reconhecimento da realidade, de forma crítica e problematizadora, composta de ações participativas e trabalhos de grupos (SILVA et al., 2012).

E foi somente a partir dos movimentos sanitários de saúde do Brasil iniciados na década de 1970 até meados da revisão constitucional na década de 1980 que alguns conceitos sobre educação para a saúde começam a mudar. Após muitos embates

houveram críticas sobre os efeitos do distanciamento da saúde pública em relação ao campo social, como afirma CARDOSO DE MELO (1981, p. 13):

“como o social não é considerado na prática da saúde pública, senão em perspectiva restrita, a educação passa a ser uma atividade paralela, tendo como finalidade auxiliar a efetivação dos objetivos eminentemente técnicos dos programas de saúde pública” .

Os movimentos sociais no Brasil no século XX possuem um marco histórico com o movimento das “diretas já” , em 1984 iniciado no estado de São Paulo, este movimento pleiteava, após 21 anos de ditadura militar, eleições diretas para a Presidência da República. Um momento importante que antecedeu a promulgação da Constituição de 1988, uma época marcada de grandes conquistas motivadas pelo restabelecimento da democracia no país (GOHN, 2004).

Mudanças na conjuntura política do país ocorreram na década de 1980 que modificou o perfil dos movimentos sociais com o fortalecimento de movimentos das Organizações Não Governamentais (ONGs), que geraram a partir desta época uma nova dinâmica de participação da sociedade no contexto político do país. Um processo de institucionalização das ações coletivas onde as participações passaram a fazer parte da gestão e implantação de programas governamentais tornando-se corresponsáveis por estes processos (GOHN, 2008).

Foi um período marcado por grande mobilização social com a abertura política e propagação democrática no país, momento onde várias vertentes sociais começaram a pleitear espaços com mais ênfase. Alguns movimentos continuam atuantes e podem ser reconhecidos como, os movimentos dos sem teto, dos sem terra, dos homossexuais, dos idosos, de proteção à criança e do adolescente, de emancipação

das mulheres, de proteção animal, de conservação ou preservação ambiental, entre outros que vem resultando em mudanças significativas na construção das políticas públicas brasileiras além de terem sido reconhecidos pela promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988.

Os movimentos sociais nacionais sofreram interferências de movimentos internacionais, a exemplo da área de saúde, cujo artigo 196, descrito na Constituição, garante diretrizes que estiveram presentes num forte movimento nacional proveniente da reforma sanitária brasileira, que por sua vez teve influências da reforma sanitária italiana e das conferências internacionais de promoção de saúde que ocorreram nesta época (GOHN, 2008).

O potencial da educação como processo emancipatório, faz interface com os movimentos sociais, e tem um aspecto central na categoria de práxis social, criadora e transformadora da realidade, numa lógica que permeia o pensamento de PAULO FREIRE. Um grande pensador e educador que exerceu forte influência no movimento da educação popular em saúde na América Latina e no Brasil perdurando suas concepções até os dias atuais (GADOTTI, 2000; PELICIONI M.C.F e PELICIONI, A.F., 2012; SILVA et al, 2012).

Em meados de 1970, o Ministério da Saúde e Bem-Estar do Canadá, a partir de relatório técnico produzido no período, passou a descrever saúde num novo contexto. O relatório do ministro da saúde canadense *Marc Lalonde*, intitulado: "Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses, 1974" , também conhecido como *Relatório Lalonde*. É um documento que teve grande importância para a história dos movimentos sociais em saúde, pois a partir dele delineou-se o que hoje se compreende por promoção da saúde (BRASIL, 2002).

O *Relatório Lalonde* trouxe o entendimento de fatores ambientais interligados a outros fatores determinantes ao processo saúde-doença como: os socioeconômicos, os políticos e os culturais ampliando o conceito de saúde, acabando por gerar um movimento internacional sobre o modelo de atenção à saúde integral denominado “Promoção da Saúde” considerado um novo paradigma para a saúde pública (BRASIL, 2002; SILVA et al, 2012; PELICIONI M.C.F e PELICIONI, A.F., 2012).

Os documentos resultantes do processo de discussão sobre promoção da saúde começaram a ser divulgados a partir de 1986, com a Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em Ottawa no Canadá. Neste momento, os especialistas discutiam que promover saúde envolveria os seguintes campos de atuação: a construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço às ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002; PELICIONI M.C.F e PELICIONI, A.F., 2012).

A política de promoção da saúde foi amplamente discutida e pactuada em diversos eventos internacionais, em diversos países e em vários momentos incorporando e aprofundando propostas na temática de promoção da saúde como, a Declaração de Alma-Ata, em 1978; a Carta de Ottawa, em 1986; a de Adelaide, em 1988; de Sundsvall, em 1991; de Santafé em Bogotá, em 1992; de Jacarta em 1997; do México em 2000; em São Paulo, no Brasil em 2002; na Tailândia em 2005, no Quênia 2009 (BUSS, 2000 e BRASIL, 2002; PELICIONI M.C.F e PELICIONI, A.F., 2012).

Outros eventos internacionais continuaram a ocorrer com a organização da entidade, “*International Union for Health Promotion and Education*” (IUHPE) com o objetivo de manter um fórum global para pesquisadores, profissionais e formuladores de

políticas relativas à promoção da saúde e discutir novos conhecimentos, práticas e políticas inovadoras, além de experiências sobre o tema. A 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde aconteceu no Brasil na cidade de Curitiba em 2016. O relatório final deste evento foi amplamente divulgado, assim como todos os outros relatórios dos eventos anteriores. E mais recentemente, está previsto outra conferencia mundial na Nova Zelândia em 2019 (IUHPE, 2018).

Estes encontros internacionais firmam recomendações e posicionamentos técnicos e políticos que geralmente são pactuados mundialmente na vertente da promoção da saúde buscando formas de reduzir as diferenças das condições sociais dos indivíduos. Desde a declaração de Alma Ata, a área da saúde passa a presar pelo bem-estar do ser humano e do mundo em que ele vive (BRASIL, 2002; PELICIONI M.C.F e PELICIONI, A.F., 2012).

Atualmente o grande legado da promoção da saúde no âmbito mundial é atuar para que se estabeleça a justiça social e a democracia que são valores fundamentais. O relatório de Curitiba descreve algumas mensagens como: pensar em objetivos sustentáveis, é essencial para a diversidade cultural; a participação da comunidade é uma forma de capacitar as pessoas; abordar as principais questões emergentes em grupos desafiados e marginalizados. E, recomenda aos profissionais promotores de saúde que se solidarizem pela justiça social e pela democracia em todo o mundo (IUHPE, 2018).

No Brasil, o período marcado por inúmeros movimentos sociais que pleiteavam a uniformidade da saúde foi o momento da promulgação da Constituição Federal Brasileira, que se deu as principais conquistas desta área permanecendo e se aperfeiçoando até os dias atuais. O artigo 196 da constituição brasileira (BRASIL, 1988)

diz que: *"A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"* .

Com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, duas Leis Federais são lembradas como de maior importância para área da saúde, a Lei Federal 8.080/1990; e a Lei Federal 8.142/1990 que vieram com os objetivos de implantar e regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no país. Algumas normatizações regeram as ações de saúde oferecidas pelos sistemas público e privado no país, como as Portarias do Ministério da Saúde de nº 1.399/1999 e nº 1.172/2006, onde ressaltam-se as diretrizes temáticas que estiveram presentes de *promoção da saúde, educação em saúde e os cuidados com o ambiente* (BRASIL, 1990 a e b).

A exemplo da chamada Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, no artigo 3º, descreve: *...a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais"* (BRASIL, 1990a).

E ainda a Lei Federal 8.142/1990 que impulsionou a implantação do SUS, uma vez que regulamentou o repasse financeiro para o sistema envolvendo as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, fortalecendo a participação social quando garantiu à comunidade o acompanhamento e a gestão dos recursos aplicados na saúde (BRASIL, 1990b).

Na prática, a temática de educação em saúde a partir de então faz-se impor com outra conotação ao processo pedagógico buscando um modelo com postura conceitual disposta a estar de acordo com a Constituição Federal *voltada ao desenvolvimento social e político justo para que os cidadãos possam desenvolver suas habilidades e agir em defesa da saúde para todos*.

Destacamos outra importante conquista do componente educativo que compunham os programas de saúde, uma abordagem ampliada, tornando-se um instrumento imprescindível para a implementação e sustentação da *Política Nacional de Promoção da Saúde* na Portaria do Ministério da Saúde nº 687 publicada em 30 de março de 2006. Esta política foi delineada a partir de um contexto histórico internacional que descreve um movimento técnico, social e político que visa à promoção da saúde no mundo (BRASIL, 2010b).

Segundo MOROSINI (2009), a política de promoção da saúde na qual a educação em saúde se apresenta como um dos eixos principais para sua sustentação, está diante de um desafio, o de não reproduzir a categoria de risco e mudança de comportamento na mesma lógica aplicada na época do "higienismo", responsabilizando o indivíduo pelo processo de adoecimento, esvaziando a compreensão da dimensão social do processo saúde/doença. Ressalta a importância apreendida das propostas de promoção de saúde, sobre a busca de aplicabilidade desta prática em várias dimensões (social, escola e comunidade) além da individual de cuidados ao próprio corpo e desenvolvimento de hábitos saudáveis, a discussão com maior amplitude sobre as dimensões individuais e coletivas do processo de saúde/doença, torna a discussão oportuna. E ainda destaca que:

“É nos movimentos em defesa do SUS como um sistema universal, público, equânime, integral e democrático, que se encontra a necessidade de buscar uma concepção da relação de educação em saúde que configure como resultado de uma ação política dos indivíduos e da população, com base no entendimento da saúde e da educação em suas múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica (MOROSINI, 2009).”

Apesar de muitos esforços, estudiosos nesta área acreditam que a *Política Nacional de Promoção da Saúde* no Brasil ainda é incipiente, se fazendo necessário incrementar a lógica de promoção de saúde ampliando estudos e pesquisas científicas com ênfase em métodos qualitativos visando comprovar sua efetividade, sendo importante a ampla divulgação dos resultados junto à população para fortalecer o processo de implementação da nova cultura de saúde.

O conceito de promoção da saúde que orientou este trabalho foi o que WESTPHAL (2006) chamou de uma concepção positiva da saúde, ou seja, a partir de uma visão holística, ligada aos direitos básicos do cidadão que difere da concepção hegemônica atual, que considera saúde como ausência de doença. Entender saúde numa conotação multideterminada é uma tentativa de mudança de direcionamento e quer dizer acreditar em processos pedagógicos que permitam a transformação social.

1.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL.

Há algum tempo se discute as diferentes posturas diante do processo educativo. Segundo GADOTTI (2000, p.4):

"enraizada na sociedade de classes escravista da idade antiga, destinada a uma pequena minoria, a educação tradicional iniciou seu declínio já no movimento renascentista, mas sobrevive até hoje."

Para MIZUKAMI (1986), na educação tradicional o humano é um ser inserido num mundo que irá conhecer através de informações que lhe serão fornecidas e que se decidiu serem as mais importantes e úteis, para ele. É, portanto, um receptor passivo. Nesta concepção, nenhum humano deve ser considerado um ser acabado, "pronto" que precisa somente ser constantemente atualizado.

No entanto, BORDENAVE (2007) aborda o tema da pedagogia de transmissão partindo da premissa de que as ideias e os conhecimentos são os pontos mais importantes da educação e, como consequência, a experiência é fundamental para que o aluno alcance seus objetivos de receber os ensinamentos que o professor ou o livro lhes oferecem.

Sistematizando as repercussões dessa corrente pedagógica, baseada em BORDENAVE (2007), este tipo de abordagem pedagógica pode gerar consequências para o âmbito individual como: elevada absorção de informação; hábito de tomar notas e memorizar; passividade do aluno; profundo respeito quanto à fonte de informação; tendência racional; preferência pela especulação teórica; falta de problematização e de atitude crítica. Já no âmbito social pode interferir em: adoção de informações científicas e tecnológicas de países desenvolvidos; adoção indiscriminada de modelos e pensamentos elaborados por outras regiões; individualismo, falta de cooperação e participação; submissão a dominação; e manutenção da divisão de classes sociais.

Neste contexto, FREIRE (2003) chama esta abordagem teórica de "*educação bancária*" , pois predomina neste modelo os saberes que são considerados úteis apenas pelo educador/professor que age como único mediador no desenvolvimento das atividades. A ênfase neste modelo pedagógico é a quantidade de informações e conhecimentos transmitidos ao aluno. O professor é a figura central desse processo, ele é o ser superior, detentor do conhecimento e, por considerar mais importante, desconsidera o conhecimento que o aluno possui.

Para MIZUKAMI, (1986, p.12):

"...uma das vertentes dessa abordagem atribui à educação o papel de ajustamento social, caberia igualmente à escola oferecer às gerações submetidas ao processo os elementos dominantes num determinado momento sociocultural, de forma que fosse garantida a continuidade das ideias, sem rupturas e sem crises."

A educação tradicional traz relatos de autores que afirmam que este modelo mantém uma relação social hegemônica onde o educando não tem possibilidade de interferir no meio em que vive. Segundo BORDENAVE (2007, p.261):

"...a pedagogia da transmissão não coincide com as aspirações de um desenvolvimento baseado na transformação das estruturas, o crescimento pleno das pessoas e sua participação ativa no processo de mudança, evolução."

No entanto, para GADOTTI (2000), tanto a educação tradicional como a nova, têm em comum a concepção da educação como um processo de desenvolvimento individual. Porém, o traço mais original da educação desse século é o deslocamento de enfoque do individual para o social, e do político para o ideológico. A pedagogia institucional é um exemplo disso.

Segundo MENEZES (2001), A pedagogia institucional é considerada uma vertente revolucionária da educação, discutida na década de 1960 e que desencadeou uma nova forma de ver a cultura e a própria educação. Defende uma crítica às instituições

de ensino existentes, ultrapassando os muros da escola, diversificando o papel dos professores e atribuindo importância ao sistema educativo com o recurso às metodologias de análise política e de intervenção social.

O “institucional” não deve ser entendido como burocracia neste caso, mas como uma relação sistemática entre grupo e regras. Na prática, podemos dizer que o objetivo dessa pedagogia é transformar conflitos em situações de aprendizagem. Onde o novo e diferente pode também ser motivo de enriquecimento para o grupo. Nesse sentido, um aspecto importante dessa pedagogia é o ensino mútuo, onde o conhecimento é estruturado para uma participação ativa de cada um dos indivíduos no processo de aprendizagem. O facilitador ou interlocutor que acompanha o processo deve interferir o mínimo possível, concentrando sua atenção e seu tempo para o registro e a avaliação das atividades MENEZES (2001).

Ao tratar da “nova educação” , numa perspectiva totalmente diferenciada da educação tradicional ou bancária, FREIRE (2005), em uma de suas obras literárias, “A Pedagogia do Oprimido” , anuncia a chamada “educação libertadora” , segundo a qual não há ignorantes absolutos, pois os indivíduos à medida que interagem com o mundo, adquirem um saber relativo, que se supera constantemente. O educador neste modelo deve colocar-se em posição de igualdade com o educando, o que facilita o diálogo que leva a construção contínua do saber.

FREIRE (1986, p.123) chama essa relação de “dialógica” . Não o diálogo sob a forma de manter com os alunos uma relação de amizade, contudo, um momento de reflexão mútua, de troca. Isso pode ser observado em sua definição:

“...o diálogo é uma espécie de postura necessária, na medida em que os seres humanos se transformam cada vez mais em seres criticamente comunicativos. O diálogo é o momento em que humanos se encontram para refletir sobre sua realidade tal como a fazem e refazem.”

Neste contexto a educação segundo FREIRE (1986, p.123) é vista como um processo político:

"Somente um homem crítico pode pensar sobre a realidade e transformá-la, e o caminho para o alcance da autonomia não pode ser imposto ou concedido, mas sim conquistado."

Para BORDENAVE (2007), na pedagogia problematizadora o que importa é o aumento da capacidade do aluno, participante, agente da transformação social, um ser autônomo, que saiba desenvolver-se, e saiba fazer perguntas relevantes em qualquer situação visando o entendimento e a resolução adequada dos problemas. Para o autor essa pedagogia não separa a transformação individual da transformação social pela qual ela deve desenvolver-se em situação grupal.

A educação na perspectiva atual deve ser entendida como um processo de formação e de aprendizagem que deve ser socialmente construído visando contribuir com a promoção do indivíduo enquanto sujeito de transformação social, de forma dinâmica, que transforma e é transformado. Segundo GADOTTI (2000, p.4):

"A educação, no século XX, tornou-se permanente e social. É verdade, existem ainda muitos desníveis entre regiões e países, entre o Norte e o Sul, entre países periféricos e hegemônicos, entre países globalizados. Entretanto, há ideias universalmente difundidas, entre elas a de que não há idade para se educar, de que a educação se estende pela vida e que ela não é neutra"

Discutir educação em saúde, portanto, requer um olhar cuidadoso com o processo pedagógico, pois só por meio de uma ótica de educação diferenciada as pessoas estarão preparadas para desenvolver ações concretas de cuidados com a saúde e o meio em que vivem.

Segundo LABATTE (1994), para ser um educador é preciso entender a existência das relações entre educação e sociedade no sentido de que toda teoria da educação contém uma visão de mundo e de sociedade, ou ainda, traz embutido uma ideologia. Grande parte do trabalho do profissional de saúde envolve transmissão de conhecimentos e orientação. A autora acredita que para mudar este modelo e construir um futuro diferente é preciso que o educador acredite e deseje ter como base um futuro melhor do que o contexto atual em que vive.

Os profissionais educadores devem sentir-se sujeitos do processo educativo da mesma maneira que precisam aprender a considerar sujeitos os outros, como aborda LABATTE (1994, p.488) a seguir:

"Educadores podem otimizar esforços num trabalho de grupo institucional, ou seja, com ênfase na perspectiva de realizar um trabalho onde as relações sejam pautadas num processo pedagógico de apropriação em busca de sujeitos desejantes em busca de autonomia, sujeitos entendidos enquanto alguém que vive numa sociedade e percebe o seu papel profissional, social e pessoal."

ANDRADE (2004), diz que para o pleno entendimento de como as temáticas de educação em saúde são percebidas pelo público em geral, há necessidade da utilização da *teoria das representações sociais*, pois, são constituídas por informações compartilhadas socialmente a partir de crenças adotadas por grupos de pessoas, e o objetivo é explicar a experiência social. Possuem um caráter dinâmico, e são constantemente negociadas através da interação social e da conversação.

ULLAN, citado por ANDRADE (2004), define representação social como:

"resultado de um processo psicológico socialmente baseado com habilidade de conformar a realidade precisamente como ela está sendo experienciada por

indivíduos e grupos. Desse modo, elas se tornam reproduções mentais do mundo e dos outros."

E, segundo MINAYO (2004, p. 158), representações sociais:

"...é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social."

Segundo GOMES et al (2002) dizem que na sociologia, DURKHEIM foi quem primeiro autor a abordar a discussão das representações sociais, usando o termo no mesmo sentido que representações coletivas, como segue:

"...os primeiros sistemas de representação que o homem fez para si do mundo e de si mesmo são de origem religiosa." " ...as representações traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que os afetam." " ...representações coletivas estão relacionadas ao acúmulo de experiências atravessadas por longas gerações" (DURKHEIM In GOMES et al, 2002, p.1208).

Para MINAYO (2004) as ideias sobre representações sociais também baseada em DURKHEIM diz que:

"Representações Sociais enquanto senso comum, ideias, imagens concepções, são materiais importante para a pesquisa na área das Ciências Sociais." "... se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais MINAYO (2004, p.173)."

Ainda segundo a autora, as representações sociais possuem núcleos positivos e de resistência para a transformação e, portanto, devem ser analisadas criticamente. A visão de mundo difere de grupo para grupo e expressa contradições e conflitos.

Para MINAYO (2004, p.174):

"... tanto o senso comum como o bom senso são sistemas de representações sociais empíricos e observáveis, capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão inseridos."

Para ANDRADE (2004, p.1210),

"...a representação social não pode representar, pode apenas indicar uma linha de interpretação possível em que o liame das interpretações pode ser novamente colocado e deslocado em seguida até que permita fazer falar e demonstrar uma relação possível entre eventos e modelos propostos." "...as interpretações devem caminhar para a percepção de uma abertura possível, em que as representações são sustentadas por condições mediadas culturalmente ou pré-textos."

A *Teoria das Representações Sociais* busca conceituar tanto o poder da realidade social como a atuação dos sujeitos. Por ser um elo entre o real, o psicológico e o social, são capazes de estabelecer conexões entre a vida abstrata do saber, das crenças e a vida concreta do indivíduo em seus processos de troca com os outros. Significa tentar compreender não somente o que as pessoas pensam de um objeto, cujo conteúdo possua um valor socialmente relevante, mas também como e por que pensam daquela forma. Nessa perspectiva, surge o papel do significado dos processos simbólicos e cognitivos em relação ao sentido que o mundo externo assume ao nível da vida psíquica (ROAZZI, 2001).

As representações sociais, portanto, têm extensa abordagem nas pesquisas sociais, é considerada matéria-prima para a análise social e pode ser uma das ferramentas para se interpretar a construção social da educação.

É importante ressaltar que uma abordagem sobre os processos pedagógicos é necessária para entender que educação se quer alcançar. Para retomar este tema é imprescindível citar FREIRE (2003, p.23), que expõem de forma clara algumas questões sobre a prática de um processo de ensino progressista, quando diz que:

"ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem formar, é a ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado."

Para o autor, faz parte da condição de aprender criticamente a presença de educadores e educandos, criadores, investigadores, inquietos, curiosos, humildes e persistentes. As condições deste aprendizado pressupõem uma interação mútua. Para FREIRE (2003, p.23):

"Não há docência sem discência as duas se explicam e seus sujeitos apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender."

Para PELICIONI M.C.F et al (2007), a educação está correlacionada a postura do indivíduo, porém não apenas a ela, pois não existirá educação se a ação não se efetivar na prática. Isto implica conquistar a adesão das pessoas e decidir com elas as **prioridades a serem trabalhadas** para encontrar soluções viáveis para os problemas detectados. Para trabalhar com educação em saúde e ambiental é preciso estabelecer um planejamento adequado de ações de intervenção a serem desencadeadas. O planejamento deve ser feito a partir de duas fases principais: o **diagnóstico situacional** que deve permitir compreender a problemática ambiental e de saúde, a partir daí constituir um **plano de intervenção**.

Os destaques apontados no texto referem-se a uma estrutura básica necessária para o percurso de um processo pedagógico, sejam estes: promover um diagnóstico

situacional; elencar prioridades; a construção de um plano de intervenção visando dar soluções a cada uma das problemáticas identificadas.

Uma proposta educativa emancipadora, dialógica e participativa, são premissas de uma lógica de educação voltada para uma prática progressista, como exposto por FREIRE (2003).

No entanto, o planejamento das ações educativas numa perspectiva de mudanças, pressupõem que os atores envolvidos compartilhem todos os passos da ação. Neste modelo, promover a aproximação, a participação e o diálogo entre os sujeitos da ação, pode contribuir para alcançar os objetivos pedagógicos propostos de mudança de posturas e busca de soluções coletivas para as problemáticas de saúde (SÃO PAULO, 2001).

O processo de globalização mundial que tem transformado rapidamente as relações sociais, econômicas e políticas tem exigido que os processos pedagógicos se deem a partir da formação de cidadãos capazes de refletir e tomar decisões, não somente na dimensão técnica, mas também nas dimensões sociais e éticas. Há necessidade de se implementar processos pedagógicos que tornem os indivíduos cientes da necessidade de refletir, agir e compartilhar com a coletividade para melhorar condutas, visando uma sociedade sustentável, ética e solidária.

Aplicar uma prática educativa participativa de forma "*planejada e estruturada*" pode auxiliar: a mensurar com maior detalhamento o potencial pedagógico dos indivíduos envolvidos no processo; entender de forma detalhada as diferentes etapas das atividades em construção; pode contribuir para dar visibilidade e clareza aos

relatos dos indivíduos, e ainda, seus efeitos e resultados em prol da construção de uma ação coletiva (SABBO e PELICIONI, 2012).

2 - PROBLEMAS E DESAFIOS

Há de se considerar que as práticas educativas aplicadas aos programas de saúde não têm atuado de forma motivadora e oportuna para cumprir o seu papel de mobilizar a população e os profissionais de saúde sobre os cuidados com a doença a fim de evitá-las. No Brasil, e não se faz diferente no estado de São Paulo, a vigilância da FMB é bastante incipiente, mesmo em áreas de transmissão e óbitos. Fato este que tem sido recorrente os casos de óbitos por FMB nas mesmas localidades ou em suas áreas adjacentes.

Considerando que em áreas de transmissão se faz necessário envolver a população, os profissionais de saúde e as equipes médicas nas áreas críticas para que possam reconhecer e suspeitar da FMB quando houver parasitismo de carrapato para conduzir a um tratamento oportuno, e assim evitar óbitos. Os riscos de doença são constantes e os indivíduos residentes na RMSP próximo as áreas de mata podem adquirir a doença dentro de suas casas através de seu animal de estimação. Situação pouco valorizada, diante do fato de não ser reconhecido, que os carrapatos podem transmitir doenças, pois está no imaginário das pessoas que este tipo de parasitismo é comum e pouco preocupante.

Um desafio, compor com outras áreas do conhecimento para dar conta da complexidade das relações que compreende esta doença (aspectos de saúde, ambiente, cultural e social) para contribuir no delineamento do componente educativo do programa de vigilância da FMB, recomendando diretrizes técnicas de

atuação a partir de estratégias participativas que envolvam a população na busca de solução e encaminhamentos de um problema presente na comunidade onde residem.

E finalmente, que a política de vigilância da FMB, em áreas conhecidas de transmissão da FMB, possa subsidiar o preparo de profissionais de saúde para desenvolver estratégias educativas participativas junto à população local, e propicie aos indivíduos, oportunidades para refletirem sobre suas práticas, visando o estímulo à notificação de parasitismo por carrapatos, que reconheçam os sinais e sintomas da doença, e sejam sensibilizados sobre os cuidados com os animais domésticos (cães e gatos) mantendo-os livres da infestação por carrapatos.

3 - PRESSUPOSTOS

Pressupõem-se nesta pesquisa que o processo de ensino e aprendizagem participativo, reflexivo e crítico, aplicado aos agentes comunitários de saúde de uma unidade de saúde situada em uma área de transmissão e ocorrência de óbito por FMB, possa contribuir para a efetiva participação dos profissionais na disseminação da temática de FMB na região onde atuam. Pois, a ação direta com a população, pode reproduzir, multiplicar e sensibilizar esta comunidade para o enfrentamento da problemática de saúde evidenciada nesta localidade de estudo.

Acredita-se que a manutenção de ações educativas constantes em áreas de transmissão, podem estimular as pessoas a refletirem sobre a relevância do parasitismo humano por carrapatos e sua relação com transmissão de doença. Que haja a disseminação da informação sobre a sintomatologia da doença, preparando a comunidade para o enfrentamento deste problema. A equipe de saúde em momento

oportuno, pode ser uma aliada junto aos procedimentos médicos, para que haja um rápido atendimento e tratamento dos casos suspeitos, evitando novos óbitos pela doença.

4.OBJETIVOS

4.1 GERAL - Implementar e analisar uma proposta de intervenção educativa participativa em saúde e ambiente com a equipe de agentes comunitários de saúde a partir da temática da Febre Maculosa Brasileira em uma área de transmissão visando a produção de novos saberes para o enfrentamento da doença na região.

4.2 ESPECÍFICOS

- A** - Identificar as problemáticas socioambientais e de saúde na localidade de estudo;
- B** - Discutir e refletir com os agentes sobre a ocorrência de casos da FMB, suas implicações e riscos na abrangência da UBS;
- C** - Ampliar o potencial educativo dos agentes comunitários de saúde para que atuem como multiplicadores das informações junto à população;
- D** - Criar uma proposta educativa com o grupo de agentes relacionada a vigilância da FMB, para a população local e usuários da UBS;
- E** - Avaliar com os agentes o processo pedagógico vivenciado;
- F** - Relatar as práticas educativas dos agentes de saúde após a intervenção educativa.

5 - METODOLOGIA

5.1 O MÉTODO

O método de pesquisa utilizado foi a pesquisa-ação, de enfoque qualitativo, visando por meio do processo de investigação valorizar o diálogo e os aspectos socioambientais e de saúde de uma determinada comunidade. Para este estudo foi utilizado uma variedade de técnicas de pesquisa e intervenção como: oficinas de planejamento, entrevista, mapa falante, painéis, fotos, filmagens e observação participante.

Segundo THIOLENT (2011), existem vários tipos de pesquisa participante e a pesquisa-ação é uma delas, e, não é somente uma pesquisa participante, é uma pesquisa centrada no agir. O maior objetivo da pesquisa-ação é proporcionar novas informações, gerar e produzir conhecimento que tragam melhorias e soluções para todos os tipos de organização. O autor afirma que o conhecimento não é somente para informar, mas, principalmente, para estimular a conscientização do grupo, e a aplicação de uma pesquisa onde os sujeitos são construtores ativos proporcionando a inserção destes no processo de pesquisa.

As metodologias participativas têm sido cada vez mais utilizadas em diversas áreas do conhecimento (educação, saúde, ciências naturais e ambientais) por ter como princípio a participação ativa dos sujeitos e de grupos sociais, onde o processo de investigação e a tomada de decisões são parte integrante destes processos. Segundo THIOLENT (2012, p.17):

"A pesquisa-ação é concebida como estratégia metodológica e um conjunto de procedimentos, métodos e técnicas de pesquisa, com planejamento e avaliação de ações concretas em diversos setores da realidade, assegurando a participação ativa dos atores interessados e a

geração de um conhecimento apropriado às necessidades dos atores e adequado às situações.”

Embora ainda haja no campo científico muitos conflitos, contradições e embates sobre a cientificidade das ciências sociais, em comparação com as ciências naturais, a busca de uniformidade dos procedimentos para compreender o natural e o social como condição para atribuir estatuto de ciência ao campo social está sempre presente. No entanto, a cientificidade tem que ser pensada como uma ideia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa trabalha o universo dos significados, dos motivos e das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. É um conjunto de fenômenos humanos que fazem parte da realidade, pois as pessoas interagem, e refletem sobre o que fazem, compartilhando este fato com seus semelhantes. Para MINAYO (2007), a diferença entre as pesquisas qualitativas e quantitativas é de ordem de *natureza* e não de *escala hierárquica*.

A modalidade das pesquisas qualitativas vem atendendo melhor ao arcabouço teórico das investigações na área de Ciências Sociais e visam compreender a realidade humana vivida socialmente. A opção por esta modalidade demonstra uma postura a ser tomada e definida pelo pesquisador, pois esta abordagem, quando bem delineada teoricamente produz riquezas de informações e potencialidades nas intervenções (MINAYO, 2007).

Segundo TOLEDO e JACOBI (2012), diante da atual complexidade e das incertezas relacionadas aos inúmeros problemas socioambientais e de saúde gerados em nossa sociedade, se faz necessário o uso de metodologias de caráter participativo, dialógico

e interdisciplinar, como a pesquisa-ação, que se revela como a mais eficaz para compreender e solucionar os problemas.

A intervenção educativa como espaço de pesquisa participante se deu devido a sua principal característica na linha de pesquisa-ação, estar em constante renovação entre a teoria e a prática. Uma linha de pesquisa que possibilita a coleta de informação, o planejamento de ações, a construção de conhecimentos e resolução de problemas (THIOLLENT, 2012).

Ainda segundo THIOLLENT (2012), a metodologia da pesquisa-ação é utilizada geralmente nas áreas de saúde, educação e ambiente, promove a interação do pesquisador e dos atores envolvidos, em um movimento conjunto de construção e intervenção. Neste modelo de investigação os atores estão no centro das atenções, como indivíduos ou grupos ativos dentro da situação investigada.

Neste caso, a pesquisa-ação vem contribuir com a realidade socioambiental da comunidade que está sob o risco de adoecer e morrer por uma doença passível de ser tratada. E se faz necessário uma investigação onde seja possível aumentar a consciência e os níveis de reflexão e de comprometimento dos participantes, com o intuito de avançar na situação problema por meio de ações significativas de intervenção.

Para MINAYO (2007), uma intervenção educativa, geralmente dialoga com diversos métodos de pesquisa. Utilizada em processos avaliativos de programas sociais, estes estudos podem incluir técnicas de avaliação e análise por triangulação de métodos e significa a combinação de múltiplos pontos de vista que permitem interação, crítica e comparação.

Acredita-se que sem o componente da prática, a teoria não se sedimenta; produzindo a alienação acadêmica ao ver o mundo através das salas de aulas. Recebemos uma formação alienada distante da manipulação da realidade, não temos a noção clara daquilo que é viável daquilo que é possível e é realizável. Neste sentido, a prática traz novas dimensões ao conhecimento científico social, que são essenciais para a construção. Para DEMO (1985, p.111):

"(...) obriga a revisão teórica, porque na prática a teoria é outra; leva o pesquisador a necessidade de pôr a mão na massa tornando-o concretamente histórico; assume a opção ideológica e pratica suas justificativas políticas colaborando com sua implementação; obriga a teoria a se adequar-se à realidade que é inquieta e conflituosa; e ainda submete a teoria a teste saudável da modéstia, porque em contato com a realidade concreta descobre que uma coisa é o discurso e outra é a prática."

A prática leva a questionamento constante da formação acadêmica deixando de ser centrada em superficialidades e irrelevâncias e repõe a importância do componente político da realidade que pode influenciar e redirecionar a história, como afirma DEMO (1985, p.112):

"...a prática traz a oportunidade histórica de construirmos, até onde é possível, nossa própria história, para que o projeto político seja a expressão da sociedade desejada ou pelo menos tolerada."

O caminho para uma sociedade sustentável se fortalece à medida que se desenvolvam práticas educativas que, pautadas pelo paradigma da complexidade, contribuam para ambientes pedagógicos com atitudes reflexivas em torno das problemáticas ambientais e de saúde, visando a formação de novos conhecimentos, valores e comportamentos. E ainda, para os autores, um dos maiores desafios está em criar oportunidades de aprendizagem ativa, onde os sujeitos possam ter um real envolvimento, e a partir do diálogo, possam ampliar a capacidade de contextualizar e

refletir no intuito de promover práticas orientadas para a melhoria das condições de saúde e sustentabilidade (TOLEDO e JACOBI, 2012 p.8).

Desta forma, o estudo foi proposto a luz do método de pesquisa-ação visando ampliar os conhecimentos dos ACSs sobre as práticas educativas a partir da vivência de uma intervenção pedagógica participativa, dialógica e problematizadora. Entendendo que estes profissionais, pudessem construir uma articulação necessária para a busca de soluções de problemas que os permitissem viabilizar ações interativas de educação em saúde e ambiente junto à comunidade sobre a temática da FMB, contribuindo para que se evitassem novos casos da doença e contando com um fator de relevância para esse processo, a estreita relação de confiança que estes profissionais mantêm com a população local.

5.2 O CENÁRIO DE ESTUDO

A Prefeitura de São Bernardo do Campo (SBC) é uma cidade rica em história e de grande representatividade no cenário nacional. Inicialmente conhecida como “capital dos móveis” pelo grande número de indústrias moveleiras que ajudaram a desenvolver a cidade no início do século XX, e mais tarde, foi um grande polo da indústria automobilística nacional.

Localizada a sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo, São Bernardo do Campo é uma das integrantes da região do grande ABC. Limita-se com São Vicente, Cubatão, Santo André, São Caetano do Sul, Diadema e São Paulo. Possui um território de 408,45 km², sendo 118,21 km² em zona urbana, 214,42 km² em zona rural, além de ter 75,82 km² pertencentes à represa Billings. Área bastante arborizada, pois 53,7% de sua área são de proteção aos mananciais. Sua vegetação tem na área

próxima à Serra do Mar a Mata Atlântica original e, às margens da represa, capoeiras baixas e ralas. O clima úmido temperado faz com que o município tenha médias de temperatura entre 15° e 24°C (PREFEITURA, 2018).

São Bernardo do Campo situa-se na bacia sedimentar de São Paulo, na porção chamada de planalto paulista, com relevo suavizado de morros e espigões de modestas alturas com máxima de 986,50 m e mínima de 60 m. Sua hidrografia é muito rica, formada pelas Bacias do Rio Tamanduateí e do Rio Pinheiros (PREFEITURA, 2018).

Segundo dados do serviço de vigilância epidemiológica municipal, o município está localizado em uma área de relevância epidemiológica para a Febre Maculosa Brasileira (FMB) devido a ocorrência de casos e óbitos, considerado uma das principais áreas de transmissão da região. No período de 2007 a 2017 foram registrados e investigados 27 casos confirmados de FMB com 22 óbitos, uma alta letalidade chegando a mais de 80%, refletindo a mesma descrição de ocorrência da doença abordada anteriormente no histórico da doença no estado e no país.

A escolha da Unidade Básica de Saúde (UBS) se deu a partir do refinamento dos dados epidemiológicos, com a identificação das áreas onde ocorreram os casos de FMB no município. Na última década houveram registros de casos em todos os anos e a UBS do Alvarenga está localizada em um bairro onde ocorreram aproximadamente 60% destes casos. Um dos fatores que determinaram a escolha da localidade.

A infraestrutura existente em relação as equipes de saúde no município também foi um importante critério de escolha da região, pois manter a equipe de profissionais de saúde fixa ao quadro de funcionários é um fator relevante, uma vez que a expectativa principal deste estudo foi promover a vivência dos profissionais de saúde num

processo educativo participativo com intuito de torná-los multiplicadores da ação na localidade onde atuam.

A área da UBS está situada em um bairro que possui ao seu redor fragmentos florestais de mata atlântica, chegando a mais de 20 ha, com grandes extensões de perímetro de borda de mata. Área de inúmeras instalações de residências e presença de muitos animais domésticos abandonados, segundo foi possível verificar em visita de campo.

5.3 O PÚBLICO ENVOLVIDO

Foram convidados para participar desta pesquisa alguns profissionais da saúde pertencentes ao quadro fixo da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro do Alvarenga, do município de São Bernardo do Campo. Os profissionais de saúde pertencentes ao quadro fixo da UBS selecionada que possuíssem na sua atividade de rotina, uma relação direta ou indireta com a população frequentadora da área. Por se tratar de uma área de transmissão da FMB se fez relevante considerar a atuação de profissionais experientes no trabalho com a população e com conhecimentos das principais problemáticas de saúde e ambiente na região onde atuam.

Segundo informações dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, os agentes comunitários são profissionais de saúde que têm um papel extremamente importante no vínculo com os usuários. Os agentes visitam os domicílios para dar orientações e encaminhamentos sobre diversos temas, como: pré-natal de gestantes, calendário de vacinação, o controle de doenças transmitidas por vetores, ações de educação em saúde e muitas outras ações relacionadas a saúde.

Conforme declaração dos gestores, os ACSs residem na própria comunidade em que trabalham e tem como atribuição principal identificar os problemas de saúde da localidade; buscar alternativas para o enfrentamento das situações juntamente com a população; participar ativamente na prevenção de doenças e na promoção da saúde. O município conta com aproximadamente 822 agentes comunitários, representando uma cobertura de quase 100% dos territórios.

O vínculo empregatício dos profissionais foi constatado no levantamento do perfil do grupo participante do estudo, e a maioria dos profissionais relataram ter, em média, mais de dez anos de vínculo, demonstrando a experiência no serviço de saúde municipal e inteirados das problemáticas de saúde local.

A gestora da UBS selecionada, no momento do estudo, inteirou-se do tema a partir da entrevista inicial, e possibilitou a participação de todos os agentes comunitários de saúde vinculados a unidade, muito embora tenha sido envolvido somente um terço da equipe por razão de espaço, tempo e deslocamento necessário aos agentes para cumprir a carga horaria proposta. Desta forma, foram indicados 30 agentes comunitários de saúde ligados aos bairros mais próximos e sediados na UBS do Alvarenga e destes, uma média de 25 agentes estiveram presentes nas cinco oficinas.

Por solicitação da gestora da unidade, também foram envolvidos 13 profissionais da equipe técnica, dentre estes médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e dentistas com a finalidade de atualizar as informações e promover a interação da equipe frente ao tema. Desta forma, foram preparadas cinco oficinas pedagógicas direcionadas aos agentes e um fórum técnico sobre a temática de FMB na RMSP, voltado especificamente à equipe técnica.

5.4 AS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Para a execução do projeto foi necessário ter uma conjunção de esforços, de um lado a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo através da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), cuja responsabilidade de atuação institucional está diretamente ligada ao controle de vetores transmissores de doenças no âmbito do Estado de São Paulo, e emitiu o interesse em adquirir novos conhecimentos sobre a participação dos funcionários de uma unidade básica de saúde para atuação em cooperação técnica frente à temática de vigilância sobre a Febre Maculosa Brasileira na RMSP.

Por outro lado, a Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, município pertencente a Região Metropolitana de São Paulo, através da Unidade Básica de Saúde do bairro do Alvarenga, com apoio e cooperação de gestores, técnicos e agentes às ações previstas no projeto, que propõem conduzir uma proposta pedagógica que estimule a interação entre os profissionais de saúde e a população local para que se torne efetiva a vigilância da FMB na região.

5.5 OS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para o delineamento do projeto foram executadas oito visitas técnicas; cinco oficinas pedagógicas; duas visitas de acompanhamento e uma reunião de análise coletiva, atividades estas que serão caracterizadas a seguir.

A - Observação participante: é uma técnica de coleta de dados reconhecida como instrumento válido e fidedigno das pesquisas científicas da linha qualitativa. São atividades planejadas, controladas e sistematizadas. Destinam-se a observar o

processo de investigação além de nortear as coletas de dados de campo. É um modo de pesquisar que coloca o pesquisador no meio da comunidade que está estudando. Trata-se de um estilo, adotado pelo pesquisador no campo de investigação capaz de usar uma variedade de técnicas para coleta de dados sobre o objeto em estudo e sobre o modo de vida das pessoas auxiliando na contextualização da investigação. Essa técnica coloca o pesquisador numa situação social com a finalidade de realizar a investigação. E ainda, é a necessidade que o pesquisador tem para relativizar o espaço social de onde provem, aprendendo a colocar-se no lugar do outro. Permite ao pesquisador ficar livre de prejulgamentos, uma vez que o torna responsável pela rigidez na coleta dos dados. Possibilita observar aspectos que vão surgindo aos poucos, a medida em que convive com o grupo, consegue observar situação impossível de ser levantar com outras formas de coleta de dados, como os questionários por exemplo (ARGUMEDO,1985; BRANDÃO,1988; MINAYO, 2007). As observações participantes se deram em toda a extensão do processo e principalmente nos momentos das **Visitas Técnicas**.

- B - Diário de Campo:** instrumento utilizado para anotações diversas como contatos, agendamentos e outros aspectos observados nas visitas técnicas como os tratados estabelecidos em reuniões; anotações de diálogos considerados pertinentes ao tema; dados observados sobre o funcionamento do estabelecimento visitado; anotações realizadas num contexto de vivências no dia a dia da investigação.
- C - Oficinas pedagógicas:** espaço de encontro com os ACSs onde ocorreram as principais formas de coletas de dados deste trabalho. As atividades se deram a partir da aplicação de diversas técnicas de grupo. Foram 5 encontros sendo: 1ª) Diagnóstico de saúde na localidade; 2ª) Discussão e reflexão das temáticas sobre educação; educação em saúde e ambiente e a relação com o processo

saúde doença da FMB; 3ª) Discussão e reflexão da temática de FMB na RMSP e no município, introdução à temática de planejamento participativo com levantamento dos problemas e classificação das problemáticas em aspectos individuais e coletivos; 4ª) Planejamento com o resgate dos problemas levantados na fase anterior e reclassificados de acordo com os critérios de governabilidade e seleção de prioridades; e 5ª) Construção do plano de ação educativo para FMB na UBS a partir dos problemas priorizados.

D - Técnicas de Grupo: é uma área das ciências sociais, particularmente da sociologia, psicologia e antropologia que se utiliza métodos científicos para estudar os fenômenos que ocorrem em grupos. De origem grega, a palavra Técnica ou Dinâmica de Grupo significa ação, força, energia e foi primeiramente utilizada pelo psicólogo Kurt Lewin. No ano de 1950 a Dinâmica de Grupo passou a ser utilizada nos Estados Unidos como método de aprendizagem. Já no Brasil, as Técnicas de Grupo começaram a ser utilizadas a partir dos anos 60. Portanto, são atividades grupais que surgem no campo da psicologia e promovem, a interação, a participação e o diálogo em um grupo de pessoas, ou ainda podem ser utilizadas para a obtenção de consensos, o delineamento de uma unidade conceitual, ou estimular uma reflexão para se ter uma ampla visão dos temas abordados nas discussões de um grupo. São técnicas que servem para agregar e motivar pessoas e promover a vivência dos participantes num processo educativo participativo. Nas oficinas pedagógicas fez-se o uso de uma variedade de técnicas grupais em diversos momentos com vários objetivos: promover a participação, a interação e a sensibilização dos indivíduos frente aos trabalhos de grupo; estimular a discussão e reflexão sobre temas técnicos que precisam ser esclarecidos; promover a construção de consensos para uma atuação conjunta frente as temáticas propostas. A formação de grupos fundamenta-se na ideia de buscar consensos nas relações interpessoais, ou

concordância comum sobre os objetivos num movimento de solidariedade grupal. As técnicas de grupo utilizadas nas oficinas pedagógicas estão descritas a seguir e foram embasadas no manual de coletânea de técnicas (SÃO PAULO, 1993), como segue:

- ❖ **História do Nome:** propicia a descontração e interação do grupo, um primeiro contato e entrosamento entre as pessoas que fazem parte do grupo. Cada participante a partir de um parceiro relata a história de seu nome desta forma na plenária cada pessoa relata a história de seu parceiro. Sistematizando todo o grupo é possível recordar os nomes dos participantes associando a história relatada.
- ❖ **Painéis Coloridos:** uma porção de tiras de papéis coloridos para construção de um tema em um cartaz que represente a discussão do grupo. O intuito é estimular a discussão de um determinado tema independente da figura que será formada pelo grupo. A técnica é utilizada para aprofundar a discussão, a reflexão de um tema, no qual ao final o painel colorido irá representar de forma lúdica a discussão do grupo. A atividade é gravada e todos os diálogos servirão para fins de observação e levantamento de dados sobre as impressões, as representações sociais que estão permeando as discussões. Serve também para o facilitar redirecionar questões ou promover o esclarecimento de dúvidas sobre o tema, quando necessário.
- ❖ **Roda Viva:** nominação lúdica da atividade que visa promover uma entrevista com um especialista sobre uma respectiva temática num formato diferenciado onde o profissional que fica ao centro da sala em uma cadeira giratória para um debate com os participantes que se dispõem sentados em círculo ao seu redor. Visa aprofundar um tema de forma lúdica e interativa frente a um especialista.

- ❖ **Caixa de Surpresa:** indicada para propiciar momentos de descontração; facilitar a interação e aproximação dos membros do grupo; identificar fatores subjetivos que possam contribuir para as discussões de grupo; analisar os determinantes de percepção de grupos perante o desconhecido; reconhecer pessoas que podem influenciar em situações de prejulgamentos e estereótipos.
- ❖ **Corpo Humano:** promover a vivência e reflexão sobre a importância do trabalho em grupo; discutir o papel de cada um e do grupo na divisão do trabalho; analisar conceitos da participação, planejamento, organização de serviços e outros aspectos que envolvam o trabalho em equipe. Os grupos trabalham na construção de uma aula sobre o corpo humano e cada equipe recebe uma instrução diferente. O intuito é valorizar o trabalho de grupo, portanto, aquele grupo que conseguir se comunicar e dividir as tarefas e organizar melhor o objetivo principal conseguirá alcançar o melhor resultado. Uma dinâmica que possibilita muitas reflexões de grupo sobre os vários aspectos do processo de trabalho. Muitos detalhes relacionados ao desempenho dos trabalhos em equipe podem ser avaliados. Técnica de grupo que visa facilitar as discussões de planejamento.
- ❖ **O Reverso da Roda:** facilita a aproximação e integração dos participantes de um grupo; aliviar tensões, descontração e preparar o grupo para discussão de temas que envolvam a procura de soluções. Os participantes buscam a solução conjunta de um problema que é inverte a roda sem soltar as mãos. Ao final com muita dificuldade se o grupo não descobrir o entrave, o facilitador poderá dar a solução e todos devem refletir sobre a técnica de grupo.

E - Mapa Falante: técnica implementada desde a década de 1970, aplicada em projetos pela Fundação Colômbia Nuestra e aplicada a projetos na América

Latina com adaptação de uma técnica pedagógica utilizada com grupos indígenas e populações rurais para discutir temas como economia comunitária; saúde; educação; migrações; ambiente, e outros aspectos como o saneamento, água, terra, etc. O “mapa que faz falar” , trata-se de atividade utilizada nas discussões de grupo sobre a temática que envolve o ambiente e a saúde. Visa estimular a discussão e reflexão sobre o espaço que está sendo observado. A partir de uma representação gráfica de desenhos e colagens é solicitado aos participantes que façam uma representação básica do local de estudo a partir das experiências que possuem sobre aquele espaço, indicando equipamentos sociais; comerciais; culturais; áreas de lazer; rios ou córregos; e tudo aquilo que puderem identificar. A construção comunitária de um mapa, justificando o nome (SÃO PAULO,1993 e PELICIONI A.F. et al, 2012).

- F - Planejamento Estratégico:** utilização de algumas ferramentas adaptadas e construídas a partir de embasamentos teóricos do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) descrito por Carlos Matus (in HUERTAS, 1996). Segundo MATUS, “... o *planejamento tradicional baseia-se em uma só coisa que contamina toda a sua teoria com grande falta de rigor: ignora que o outro existe...*” (in HUERTAS,1996 p.47). A opção por utilizar o método PES foi baseada na possibilidade e viabilidade de construção de um plano participativo. Para MATUS este tipo de produto é denominado de plano político, quando se tem a expectativa de implementar ações construídas a partir de processos participativos. Este autor justifica que o planejamento tradicional carece de análise de viabilidade política e por esta razão, reforça a impraticabilidade de um método que trabalha com cálculos deterministas por setores, sem que chegue a identificar e processar os problemas práticos. Este tipo de planejamento possibilita ao processo pedagógico um caminho diferenciado a percorrer, tornando o planejamento das ações educativas num formato

interativo e participativo. (HUERTAS, 1996). A premissa de sua viabilidade é a construção conjunta e ponderada dos membros que executarão ações futuras. O planejamento estratégico foi dividido em 4 fases identificadas como painéis 1, 2, 3 e 4. As atividades referentes a cada um dos painéis serão descritas a seguir e os produtos gerados deste processo serão descritos na apresentação dos resultados logo na sequência.

Painel 1: “problematização” , entendida como a fase de levantamento de problemas relacionados a FMB no Bairro do Alvarenga, elaborada a partir do resgate dos problemas identificados pelos grupos na dinâmica do Mapa Falante e visa a montagem da árvore de problemas, ou seja, a definição da lista de problemas aos quais serviriam de objeto de trabalho nas fases seguintes das oficinas;

Painel 2: “categorização de problemas I” , esta fase é destinada a discussão e reflexão sobre cada um dos problemas levantados com a finalidade de identificar suas características. Inicialmente classificados em duas categorias de problemas: *individuais e coletivos*. Fase que permite aos indivíduos perceberem quais os problemas que podem ser conduzidos a partir de posturas individuais e quais seriam necessários a atuação coletiva, ou seja a articulação da equipe, para conduzi-los a uma solução. Na sequência neste contexto de classificação dos problemas, propõem-se uma nova discussão e reflexão sobre os problemas no sentido de observa-los sob outros aspectos. Neste momento os problemas são avaliados sob a ótica da *responsabilidade e governabilidade*, ou seja, a quem caberia a possibilidade de intervenção sobre estes problemas? Neste contexto, os problemas foram reclassificados em outras categorias escolhidas pelo grupo a partir de algumas palavras lançadas de forma aleatória, visando permitir o delineamento de outras quatro categorias escolhidas a partir da

discussão, reflexão e consenso do grupo, sendo estas: *políticos; administrativos; técnicos e pedagógicos*.

Painel 3: "categorização de problemas II - seleção dos problemas para intervenção, nesta fase se propõe a seleção dos problemas de acordo com a possibilidade de intervenção sobre eles, ao que chamamos de *"responsabilidade e governabilidade"*. Refletindo sobre os problemas já classificados em suas respectivas categorias, é proposto uma pontuação com um gradiente de **alto, médio e baixo** com relação a possibilidade de intervenção dos agentes sobre o conjunto de problemas para cada uma das categorias. Após a pontuação ficou evidente a possibilidade de atuação dos agentes de saúde na categoria de **problemas pedagógicos** onde pontuaram com **alta possibilidade de intervenção**. Após discussão, reflexão e consenso o grupo seleciona esta lista de problemas, reconhecidos como problemas passíveis de serem solucionados dos quais foram escolhidos para o desenvolvimento do plano de intervenção educativa.

Painel 4: "Plano de Ação". A priorização de temas e construção do plano de ação. Foi proposto discutir, refletir e deliberar sobre a forma de atuação diante das diferentes listas de problemas. Para as categorias de problemas com nota média e baixa no item *governabilidade/responsabilidade*, ou seja, àqueles entendidos como problemas que não poderiam ser conduzidos pelo grupo de agentes, mas que necessitavam de encaminhamentos. Foi sugerido a possibilidade de serem informados às instâncias superiores para busca de alguma solução. Houve o consenso na seleção da categoria de problemas *pedagógicos*, aos quais foram selecionados por entenderem que necessitam de *solução*. A categoria de problemas pedagógicos selecionado como passíveis de solução, serão aqueles destinados a fazer parte da construção de um plano de ação.

G - Visitas de acompanhamento: são momentos de observação das impressões e da interação do grupo. Atividade aplicada aos profissionais de saúde sem agendamento prévio e sem acompanhamento técnico específico, momentos que servem exclusivamente para coleta e registro de dados. Momentos de observação na UBS antes e após as oficinas pedagógicas com os agentes.

H - Reunião de Análise Coletiva: momento específico de análise dos vários aspectos do projeto e das oficinas. Encontros previamente agendados com os agentes após um período de 9 (nove) meses das oficinas pedagógicas. A análise coletiva das atividades desenvolvidas e executadas sobre o tema da FMB; registro das impressões e sentimentos; decisão sobre os encaminhamentos dos documentos das oficinas e outros registros.

OBS: as visitas de acompanhamento e a reunião de análise coletiva, com a participação dos agentes, foram momentos importantes para o estudo com o propósito de levantamento de dados. Para estes encontros, foram feitos agendamentos prévios para a participação de gestores e/ou técnicos de alguns setores da secretaria municipal de saúde de São Bernardo do Campo, e visavam o delineamento e/ou esclarecimentos das ações do projeto no município. Também foram momentos que serviram de articulação e organização das atividades das oficinas pedagógicas com os agentes em reunião com a gestora da UBS.

I - Rodas de Conversa: possibilita os diálogos criando possibilidades de produção e reflexão sobre as experiências dos indivíduos participantes. A escolha desta técnica no momento da análise crítica sobre o processo foi baseada no sentido que a técnica traria a horizontalização necessária para discussão das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Neste espaço há o declínio da figura do mestre, e como centro do processo pedagógico está em destaque a

fala dos indivíduos (FREIRE, 1970). Na roda de conversa, a fala é compreendida como a expressão de modos de vida. Logo, não seria para expor uma prescrição ou prestar receitas de condutas sociais, mas pôr em reflexão os desafios colocados às práticas sociais. As rodas são mais do que disposição dos participantes, é bem mais que uma relação para o trabalho com grupos. Elas são uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação social, efetivando-se a partir das negociações entre sujeitos. O espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber, refletir, agir e modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de participar. A Roda de Conversa abriu espaço para opiniões, troca de experiências, para além de criar um sentimento de pertencimento ao grupo, valorizou os diferentes saberes dos atores envolvidos, no que se refere à criação de estratégias coletivas de mudança no modo de agir no trabalho e como se organiza (CECCIM, 2007 e SAMPAIO et al, 2014).

J - Fotografias e filmagens: utilizados nos vários momentos de desenvolvimento das atividades, nas oficinas, nas visitas e nos momentos de observação.

5.6 A TÉCNICA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com as diversas técnicas de coleta de dados utilizadas neste estudo, porém a análise foi realizada por meio da *Técnica de Triangulação de Métodos* cuja estratégia de investigação está voltada para a combinação de métodos e técnicas.

Segundo MINAYO (2005) o termo já consagrado, a técnica de triangulação de métodos é praticada por pesquisadores da linha qualitativa, e trata-se do entendimento de que a compreensão da realidade social se faz por aproximação, sendo preciso exercitar a disposição do olhar por vários ângulos, portanto diferentes formas de olhar a realidade.

A avaliação por triangulação de métodos vai além das formas clássicas de compreensão num marco referencial teórico disciplinar, esta proposta amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações micro e macro da realidade (MINAYO, 2005).

Segundo DENZIN (1973), citado por MYNAYO (2005), a triangulação vem do interacionismo simbólico e desenvolvida dentro dessa corrente sociológica, significando a combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista a partir do emprego de uma variedade de técnicas de coletas de dados cuja análise permite a interação, a crítica e a comparação. Esta opção permite integrar a análise das estruturas, dos processos, dos resultados e a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações. Permite ainda incluir a visão que os atores constroem sobre o estudo, como sujeitos de autoavaliação do processo.

Os resultados serão descritos em um formato cronológico de acordo com os acontecimentos que viabilizaram a construção pedagógica deste trabalho. Serão relatados como resultados, desde as observações iniciais que fizeram parte do diagnóstico pedagógico, de saúde e ambiente, assim como, as impressões e as constatações coletadas a partir dos instrumentos de pesquisa apresentados anteriormente.

A seguir no Quadro 1 apresenta-se o percurso metodológico realizado.

Quadro 1: descrição do percurso metodológico e resumo das atividades.			
FASE	ATIVIDADE	ATORES ENVOLVIDOS	DURAÇÃO*
1	Visita técnica de apresentação do projeto aos gestores das áreas técnicas de saúde no município de SBC: Departamento de Apoio a Gestão do SUS; Educação Permanente; Atenção Básica, Zoonoses e UBS do Alvarenga.	Pesquisadora e Gestores das áreas técnicas de saúde envolvidas no projeto.	Meio período
2	Visita técnica de encaminhamento de documentação sobre a anuência ao projeto no âmbito dos gestores do município de SBC e da Sucen para protocolo na Plataforma Brasil.	Pesquisadora e Gestores responsáveis pelas instituições.	Meio período
3	Visita técnica de planejamento com gestora da UBS. Preparação das oficinas.	Pesquisadora e Gestora da UBS	Meio período
4	Visita técnica sobre FMB com coleta de dados na UBS Alvarenga.	Pesquisadora e Gestora da UBS	Meio período
5	Visita técnica sobre FMB com coleta de dados junto a equipe de Controle de Zoonoses.	Pesquisadora e equipe de zoonoses	Meio período
6	Visita de acompanhamento na UBS anterior às oficinas pedagógicas para observação, registro de fotos, depoimentos com um diário de campo.	Pesquisadora	Meio período
7	Fórum sobre Febre Maculosa na região metropolitana de São Paulo: aspectos da vigilância epidemiológica e ambiental da FMB na região.	Pesquisadora; Técnico convidado da equipe municipal; técnico convidado da Sucen e 13 técnicos da UBS.	Meio período
8	Oficina Pedagógica I - apresentação, interação e diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica de grupo para apresentação dos participantes e da equipe de coordenação; • Pactuação e acordo de convivência. • Leitura e assinatura do Termo de Consentimento. • Interação dos participantes e divisão de grupos; • Atividades de grupos com roteiro de discussão e sucatas. A construção do mapa falante (identificação dos problemas de saúde nas proximidades da UBS). Apresentação dos painéis construídos pelos grupos; • Discussão e sistematização do tema. • Registros e análises do dia. 	Pesquisadora; 3 bolsistas da Sucen como apoio técnico e 30 agentes comunitários de Saúde vinculados a UBS.	Período integral
9	Oficina Pedagógica II – discussão e reflexão temática (Educação em saúde e ambiente). <ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica de grupo: interação da equipe e divisão de grupos. Discussão sobre Educação com recortes de papéis coloridos. • Apresentação, discussão e reflexão sobre o tema. • Leitura dinâmica (em grupo) de texto de apoio e exposição dialogada com uso de slides sobre Educação: saúde & ambiente. • Reflexão sobre o tema, sistematização e registros. • Dinâmica de grupo - quebra cabeças para levantamento do conhecimento dos agentes sobre o tema da FMB. • Dinâmica de integração e divisão de grupos para iniciação da temática de FMB e a caracterização ambiental da localidade com o uso do painel de palavras e roteiro de discussão. • Plenária e discussão sobre o tema, sistematização. • Registros e análises do dia. 	Pesquisadora; 2 bolsistas da Sucen como apoio técnico e 26 agentes comunitários de Saúde vinculados a UBS.	Período integral

FASE	ATIVIDADE	ATORES ENVOLVIDOS	DURAÇÃO*
10	<p>Oficina Pedagógica III – discussão e reflexão temática sobre a FMB e introdução ao planejamento participativo com levantamento dos problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica de grupo para boas vindas e interação da equipe. • Entrevista com especialista da área técnica de zoonoses -Tema: A FMB no município de SBC e as investigações de casos no Bairro do Alvarenga. • Perguntas e respostas dos agentes para especialista. • Sistematização do tema e registros. • Dinâmica de grupo do corpo humano para a integração e divisão dos grupos para iniciação ao tema sobre planejamento das ações educativas. A relevância do planejamento, discussão e reflexão sobre os processos participativos, coercitivos e impositivos nas ações planejadas e seus reflexos. • Início do planejamento participativo com o uso de técnicas adaptadas do planejamento estratégico (filipetas para o levantamento da árvore de problemas). • Resgate dos trabalhos de grupo sobre a técnica de Mapa Falante e com o diagnóstico local de saúde & ambiente - problemáticas levantadas pelos agentes. • Momento de reflexão e discussão sobre outros problemas de relevância para o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde com a população e a temática da FMB. • Construção de um painel de exposição dos problemas tendo como tema norteador: A falta de ações de vigilância da FMB na UBS do Alvarenga. • Sistematização dos problemas: • Painel 1: problematização - os problemas foram classificados de acordo com a reflexão sobre suas causas e deliberou-se em consenso de grupo duas categorias: individual e institucional. Obtendo-se duas listas de problemas. • Registros e análises do dia. 	<p>Pesquisadora; 2 bolsistas da Sucen como apoio técnico e 25 agentes comunitários de Saúde vinculados a UBS e 1 profissional convidado da Centro de Controle de Zoonoses do município.</p>	<p>Período integral</p>
11	<p>Oficina Pedagógica IV – Resgate da reflexão e discussão anterior e reclassificação dos problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistematização dos problemas: • Resgate dos problemas que foram classificados em duas categorias: individual e institucional. Obtendo-se duas listas de problemas. • Painel 2: os problemas foram reclassificados de acordo com a reflexão e consenso sobre a governabilidade ou possibilidade de resolutividade e sob esta reflexão deliberou-se em consenso de grupo cinco categorias: político; administrativo; gerencial; técnico e pedagógico. Obtendo-se 5 listas de problemas. • OBS: os participantes deliberaram pela junção dos problemas administrativos e gerenciais numa única categoria. • Painel 3: refletindo a partir dos problemas já classificados em suas respectivas categorias, foram pontuados com um gradiente de alto, médio e baixo em relação a possibilidade de intervenção dos agentes sobre o conjunto de problemas de cada uma das categorias. • Após a pontuação ficou evidente a possibilidade de atuação dos agentes de saúde na categoria de problemas pedagógicos a qual pontuaram com alta possibilidade de intervenção. Seleccionada esta lista de problemas, os grupos foram divididos por setor de atuação para que a partir deste momento fosse estimulado o trabalho de equipes. • Sistematização das discussões, registros e análises do dia. 	<p>Pesquisadora; 2 bolsistas da Sucen como apoio técnico e 26 agentes comunitários de Saúde vinculados a UBS.</p>	<p>Período integral</p>

FASE	ATIVIDADE	ATORES ENVOLVIDOS	DURAÇÃO*
12	Oficina Pedagógica V Painel 4: Seleção dos problemas e construção do plano de ação educativo para FMB na UBS. <ul style="list-style-type: none"> Divisão de grupos por setor de atuação dos ACS dando continuidade à etapa anterior do planejamento. Os grupos a partir do roteiro de discussão e consulta a monitoria, construíram uma proposta de intervenção, um plano de ação educativo a partir dos problemas levantados na categoria pedagógica. A orientação foi para que discutissem e construísem proposições de como poderiam solucionar, minimizar ou dar encaminhamentos àqueles problemas. Três grupos foram formados e construíram 3 propostas de intervenção. Foi sugerido e acolhido pelo grupo o encaminhamento de um relatório para a gestora da unidade contendo os planos de ação educativo para que as propostas pudessem ser viabilizadas. Definido também o encaminhamento da lista de problemas relacionados as outras categorias para que fosse dado um encaminhamento adequado junto às respectivas áreas. 	Pesquisadora, 2 Bolsistas da Sucen como apoio técnico e 25 Agentes comunitários de saúde vinculados a UBS.	Período integral
13	Visita de acompanhamento na UBS na Semana de mobilização das ações de FMB na RMSP, 3 meses após as oficinas pedagógicas para observação; registros; fotos; depoimentos e roteiro de campo.	Pesquisadora, 2 Bolsistas da Sucen como apoio técnico	Meio período
14	Visita de acompanhamento na UBS, 6 meses após as oficinas pedagógicas para observação; registros; fotos; depoimentos e roteiro de campo.	Pesquisadora	Meio período
15	Reunião de avaliação com os agentes - 9 meses após as oficinas. <ul style="list-style-type: none"> Resgate do tema sobre FMB para a equipe de agentes; Discussão e reflexão sobre alguns aspectos da doença e as ações educativas que foram implementadas na UBS; 	Pesquisadora, 3 Bolsistas da Sucen como apoio técnico e 20 Agentes comunitários de saúde vinculados a UBS.	Meio período
16	Visita Técnica com a gestora da UBS para entrega de relatório das atividades das oficinas pedagógicas.	Pesquisadora	Meio período
(*) período integral de atividade: 4 horas pela manhã (das 8:30 às 12:30hs) e 4 horas à tarde (das 13:30 às 17:30hs).			

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

a) Anuência das instituições envolvidas: o projeto foi apreciado pela Comissão Científica da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) pertencente a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em razão do vínculo empregatício do pesquisador. Houve emissão de declaração de anuência do dirigente da instituição sobre a ciência da execução do projeto (Anexo 1). O projeto também foi avaliado pelo Departamento de Atenção a Gestão SUS do município de São Bernardo do Campo (SBC) com a emissão de uma carta de anuência e autorização para

execução do projeto na unidade de saúde do município (Anexo 2). Houve a assinatura de um termo de responsabilidade assinado pelo pesquisador responsável (Anexo 3) enviado para a Plataforma Brasil conforme solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que avaliou o projeto.

- b) Registro na Plataforma Brasil : o projeto foi devidamente registrado na base nacional unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos na Plataforma Brasil sob o número **CAAE: 50955515.2.0000.5421** sendo **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo através do parecer consubstanciado de número **1.885.797**, datado de 05 de janeiro de 2017.
- c) Consentimento dos participantes: para atender ao disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/1996 foi firmado o compromisso entre o pesquisador e os participantes deste estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 4).

6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 VISITAS TÉCNICAS

A técnica da *observação participante* foi utilizada nos momentos das visitas técnicas, e foram espaços para a coleta de dados a partir de anotações em diário de campo com o apoio do Roteiro de Observação de Campo (Anexo 5). Estes momentos visaram registrar depoimentos; a consulta documental; a reunião com a gestora da

unidade e o registro por fotografias. Uma sala de apoio foi cedida pela gestora da UBS para a execução das oficinas pedagógicas. Alguns dados observados subsidiaram a descrição sobre a UBS envolvida; o delineamento do perfil dos ACSs; o diagnóstico de saúde local; a política municipal de saúde em relação a infraestrutura das UBSs; a forma de contratação dos profissionais; o contingente de agentes e técnicos; o sistema de atendimento oferecido aos usuários; os tipos de serviços oferecidos; as ações intersetoriais de apoio com outras áreas e as parcerias existentes na UBS.

As visitas técnicas ocorreram principalmente nas etapas iniciais da pesquisa (Quadro 1) e foram executadas de acordo com o Roteiro de Observação de Campo (Anexo 5) para o levantamento de dados da UBS e serviram aos seguintes propósitos:

- Apresentar a proposta e sensibilizar os gestores das diferentes áreas técnicas da secretaria municipal de saúde;
- Apresentar a proposta e sensibilizar as equipes técnicas das diferentes áreas envolvidas na temática de FMB no município;
- Levantar os dados epidemiológicos da doença na região;
- Delinear critérios para escolha da área e da unidade básica de saúde (UBS) a ser trabalhada;
- Caracterizar o perfil das equipes de agentes comunitários de saúde (ACSs) envolvidos na proposta;
- Levantar o diagnóstico sobre infraestrutura da UBS selecionada como: a disponibilidade de espaço; definição de tempo de participação dos profissionais; lista de contatos, agendas, preparação de convites e outros necessários para execução das oficinas pedagógicas;
- Selecionar estratégias e técnicas de grupo para as oficinas de acordo com espaço, tempo e quantidade de profissionais liberados para a atividade;

- Preparar fórum técnico de debate sobre a temática de FMB para a equipe técnica da UBS selecionada.

Parte das visitas técnicas tinham uma relação direta ou indireta com a organização das oficinas pedagógicas a serem aplicadas aos ACSs, com a finalidade de levantar informações, sensibilizar os gestores locais, fechar cronograma, carga horária, infraestrutura, espaço e outros detalhes de planejamento das ações necessárias para a execução desta atividade.

O levantamento de dados referentes a Unidade Básica de Saúde do Bairro do Alvarenga deu-se a partir das visitas técnicas e dos dados levantados em reunião com a gestora da unidade, cujas informações obtidas foram as seguintes:

Existem propostas de atividades pedagógicas com os usuários na UBS a partir de vários grupos: hipertensos, diabéticos, gestantes, e outras atividades de acordo com outros programas. Geralmente são atendidos na sala da comunidade e há atividades rotineiras com orientações através de palestras; atividades físicas; acompanhamentos médicos que depende de cada caso. Os responsáveis pela ação são os especialistas apoiados por alguns profissionais e são responsáveis pela formação dos grupos, agendamentos, planejamento das atividades, cadastros dos usuários, etc.

Há orientação sobre doenças transmitidas por vetores e as mais presentes na região são: Dengue, Zica e mais recentemente a Febre Amarela. O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) possui equipe de controle de vetores e equipe de educação em saúde que são responsáveis pela condução destes temas. Há em torno de 90 Agentes Comunitários de Saúde ligados a Estratégia de Saúde da Família que estão ligados à UBS do Alvarenga. Estão divididos em 4 equipes divididas por cores (azul, vermelha, verde e amarelo). Para cada equipe há um profissional enfermeiro responsável além

de outros profissionais que dão cobertura a equipe. Os técnicos são os responsáveis pelas orientações, capacitações e palestras aos funcionários e aos ACSs. Há orientações e palestras regulares sobre uma variedade de temas.

No momento de reunião/entrevista com a gestora não havia orientações sobre carrapatos na unidade e nem folhetos. Não havia informações sobre queixas de parasitismo por carrapatos na região. O CCZ é o responsável por distribuir material educativo sobre a Febre Maculosa Brasileira e são responsáveis por palestras e outras atividades na localidade como o programa de vacinação animal com orientação a proprietários de animais domésticos. O CCZ é a unidade de referência para FMB que dá suporte a UBS aos encaminhamentos das queixas de parasitismo humano por carrapatos e outros problemas relacionados aos animais domésticos. Houve relato de inúmeros animais domésticos abandonados na região, fato que pôde ser constatado nas visitas técnicas e anotadas no diário de campo. As capacitações e orientações sobre o tema da FMB para os funcionários são oferecidas pela equipe técnica do CCZ. O local para atendimentos de urgências e emergências é o hospital municipal ao lado da UBS.

Apresentado pela gestora a necessidade de uma atualização sobre o tema da FMB para as equipes médicas e de enfermagem da unidade. Podem ter ocorrido o registro de casos suspeitos de FMB para unidade hospitalar, porém quem confirma o resultado é àquela unidade e muitas vezes a UBS não tem um retorno da informação. Há duas salas de reunião na unidade sendo uma específica para os ACSs. Sala onde estão disponibilizados computadores, mesas, cadeiras e telefones. Local utilizado para digitação dos dados de campo, arquivos de materiais, agendamentos e acompanhamentos das famílias. O público frequentador da UBS geralmente é do próprio bairro do Alvarenga, um dos maiores do município.

6.2 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A UBS dispunha de espaços adequados para promover as práticas educativas em saúde e ambiente junto à população em caso de reprodução das atividades vivenciadas pelos agentes nas oficinas. A unidade possui uma infraestrutura nova e bem conservada, com instalações localizada entre uma escola, uma creche e próximo a uma policlínica com atendimento de especialidades e ainda, próxima ao hospital de referência para a região. O imóvel onde está instalada a UBS pertence à secretaria municipal de saúde de São Bernardo do Campo; tem instalações novas e de boa qualidade no aspecto referente a conservação predial e de infraestrutura, com acabamento em ladrilhos, portões, pisos, portas, janelas e pinturas em bom estado, ou seja, com mobiliário aparentemente novos como mesas, cadeiras, guichês de atendimento; copa e cozinha para uso dos funcionários equipados com forno micro-ondas, pia e bebedouro de água potável; sala de apoio com computadores para os ACSs, salas de reuniões, banheiros, várias salas de atendimento médico, equipamentos básicos para fisioterapia, odontologia, tudo limpo e organizado. Um destaque foi a presença de vários bebedouros na unidade, muito embora não houvessem copos descartáveis ou outra opção de canecas ou copos para servir água aos visitantes ou para os usuários da unidade. A sala de espera cheia, com um fluxo grande de pessoas de todas as idades, bebês, crianças, jovens, idosos e adultos. Uma unidade que concentra muitas especialidades e promove vários tipos de atendimentos que são atendidos a partir de um agendamento. Outro fato que ressaltamos foi a presença dos ACSs em vários setores de apoio da unidade, no setor de atendimento e recepção (acolhimento). Quando perguntados sobre esta atividade, os ACSs responderam que havia uma escala de atividades internas e as equipes estavam divididas por cores (verde, amarelo, azul e vermelho) e rodiziavam as tarefas para que todas as equipes se responsabilizassem pelo atendimento e

encaminhamentos de usuários. A unidade possui dois andares e foi construída para abrigar a UBS possuindo uma infraestrutura muito diferenciada daquelas geralmente conhecidas, unidades velhas e deficientes, muito pelo contrário, são espaços novos e de boa infraestrutura. São 34 unidades básicas de saúde distribuídas em territórios. Possuem profissionais ACSs e todas tem a mesma infraestrutura básica daquela apresentada na UBS do Alvarenga. Unidades de Saúde em bom estado de conservação e com presença de profissionais de saúde de várias especialidades, com potencial para oferecer serviços sobre a vigilância da FMB na região.

6.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Os agentes participantes indicados para participar das oficinas pedagógicas totalizaram 30 profissionais sendo que a maioria (22) estiveram presentes no total das 5 oficinas pedagógicas, enquanto que alguns profissionais (8) tiveram entre duas ou até três ausências, alegando motivos particulares ou atendimento a outras demandas nas datas das oficinas. Na caracterização de perfil do grupo eram na maioria mulheres (25) e poucos homens (5); a faixa etária da maioria estava entre 40 e 50 anos (11); sendo que alguns agentes estavam acima dos 60 anos (3). Quanto ao tempo de vínculo empregatício, a maioria tinha 19 anos na função (11) outro grupo tinha entre 5 e 10 anos (8) sendo que o agente de menor tempo de serviço tinha 4 anos de atuação, ou seja, um grupo muito experiente na percepção dos problemas de saúde da região; empenhados em suas atribuições. Foi possível verificar a dedicação na função que exerciam em alguns relatos apresentados como:

"Minha vida é isso aqui, não sei fazer outra coisa."

"Estou na UBS desde que isso aqui tudo era numa casa alugada... mudamos várias vezes e sempre cuidei das minhas famílias."

“Se eles não podiam vir na unidade eu ia sempre visitar, levar remédio, ver como é que estavam.”

“Isso tudo era rua de terra, mato, nem tinha casas. Agora mudou muito, já tem muitas casas, prédios, mas a unidade é essa mesma que atende a muito tempo essas famílias.”

6.4 O PROCESSO EDUCATIVO PARTICIPATIVO

As oficinas pedagógicas serviram como espaços de convivência e interação com os ACSs e tiveram o intuito de sensibilizar e envolver os profissionais para o tema da FMB. As temáticas de educação em saúde e ambiente vieram agregar valores a estas discussões para ampliar a visão e a atuação destes profissionais frente aos reais riscos da doença na comunidade. Os agentes foram envolvidos para atuarem de forma proativa frente as demandas educativas, e inclusive manter alerta a população sobre possíveis ocorrências de FMB na localidade. Para o projeto foram executadas cinco oficinas pedagógicas aplicadas ao grupo de 30 ACSs com uma média de 25 participantes por oficina e que poderão ser considerados ao final deste processo como multiplicadores da ação educativa de promoção a saúde junto às comunidades onde atuam. A seguir a descrição detalhada das oficinas pedagógicas I, II, III, IV e V contendo o objetivo, o conteúdo abordado, as técnicas utilizadas, alguns relatos dos participantes e principais observações. Atividade baseada no Roteiro das Oficinas Pedagógicas descrito no Anexo 6.

A - Oficina Pedagógica I (31/05/2017):

- Os trabalhos foram iniciados com a apresentação dos participantes e da equipe de investigação com a utilização da técnica de grupo, "a história do nome". A técnica propiciou reflexões sobre a história de vida de cada indivíduo a partir do relato de algumas particularidades de cada membro com relação ao contexto histórico de seu nome. Este momento auxiliou na identificação de cada participante e contribuiu para a memorização dos nomes, além de promover a integração do grupo diante do reconhecimento das diferentes histórias apresentadas. Um exemplo deste momento pode ser verificado nos seguintes relatos:

"Eu prefiro ser chamado pelo meu sobrenome porque não sei onde meus pais estavam com a cabeça de dar esse nome, eu não gosto não, e nem quero falar."

"Até onde sei, meu nome é de princesa porque meu pai que dava o nome dos filhos, e ele disse que esse nome era de princesa, lá da Europa. Eu gosto, e quem não gosta de ter nome de rei, rainha e princesa, né?"

"Meu avô tinha mania de Maria e daí todas as filhas dele tem o nome de Maria e minha mãe também achou que tinha que ser assim e daí as mulheres da família tem Maria no nome também, Maria isso, Maria aquilo, não falta Maria, só dá Maria."

"Eu me chamo, ah.... sei lá porque me chamo assim." risos... "Não, eu acho que foi minha mãe mesmo que deu esse nome."

"Adoro meu nome, minha mãe que escolheu, lá em casa todos os filhos têm nome bonito." risos.... "Ah eu acho bonito, né não?"

"Hora te conheço a tanto tempo e não sabia dessa história não."

- Em seguida houve a apresentação da proposta, a pactuação de acordo sobre alguns aspectos de convivência como: horário, intervalos, uso de celulares, etc.

- Leitura, esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Aplicação da técnica do “Mapa Falante” como forma de promover: o diagnóstico social; o levantamento das problemáticas de saúde na região; uma reflexão sobre o ambiente como fator de risco à saúde da população local. Esta atividade pedagógica se desenvolveu a partir da construção de um painel constituídos por desenhos e colagens (com apoio de revistas, jornais e sucatas). Os membros dos grupos discutiram o tema e decidiram sobre as formas de representação do espaço onde atuam. Os grupos foram estimulados a retratar e reconhecer os vários aspectos relacionados a saúde e ao ambiente na área. Os ACSs levantaram os equipamentos sociais, a infraestrutura existente, a disposição de mata, rios, córregos, o fornecimento de água, a coleta de lixo, entre outros aspectos. Houve a apresentação sistematizada de cada grupo onde foi possível observar o desvendar do território do Bairro do Alvarenga sob a ótica própria dos agentes. Esta técnica promoveu uma reflexão e um diagnóstico inicial sobre os problemas relacionados a saúde na localidade de atuação dos ACSs.
- Na sequência foi iniciada a abordagem sobre a temática de “Educação” a partir da técnica de grupo das “Tarjetas Coloridas” , utilizada como forma de promover discussões e observar o entendimento dos profissionais sobre os diferentes modelos de educação, descritas a seguir. O objetivo foi refletir com o grupo sobre as principais opções pedagógicas, pautadas pelos modelos: tradicional, bancário e problematizador ou participativo, abordagem sobre educação proposta por vários autores, cujo tema foi anteriormente abordado (FREIRE, 1970; 1986; 1996; MIZUKAMI, 1986; SÃO PAULO, 2001). Para início desta atividade os ACSs foram divididos em 3 grupos e cada grupo recebeu instruções em um envelope contendo informações gerais, como: “a construção do painel é

livre, não há encaixe correto, somente peças avulsas que devem ser utilizadas no intuito de apoiar a reflexão e a discussão sobre o tema de educação.

O grupo deve representar o significado das discussões construindo um painel colorido, e não é necessário utilizar todas as peças.” E ainda, instruções específicas que foram sorteadas como: “frases norteadoras da discussão” , sendo uma para cada grupo. O grupo 1 abordou a educação que tive; o grupo 2, a educação que tenho; e o grupo 3 a educação que gostaria de ter. Houveram apresentações dos painéis com exposição dialogada, sistematizando as discussões de cada grupo. As atividades foram registradas por fotos, gravações e anotações no diário de campo. Estes registros possibilitaram observar as diferentes posturas sobre cada um dos modelos de educação discutidos nos diferentes grupos e sob os diferentes olhares para a educação.

- A divisão de grupos proporcionou a composição de 3 painéis coloridos e a exposição dos desenhos representaram o consenso dos grupos sobre o tema, porém, couberam também relatos individuais. Neste momento foram identificadas algumas posturas autoritárias de alguns participantes que também apresentavam falta de interatividade com o grupo. Sendo que as atividades propostas fizeram parte da primeira oficina, alguns participantes alegaram não estarem cientes que ficariam o período integral dedicados a atividade. Entendiam se tratar de apenas uma palestra sobre o tema e que estariam liberados, gerando questionamentos e um desconforto no grupo. A discussão foi resolvida com diálogo e esclarecimentos sobre a proposta e ainda, que havia o consentimento da gestora da UBS para a atividade do dia. No geral, as atividades proporcionaram interação entre os participantes e, sobre os conceitos de Educação, a partir desta dinâmica os profissionais puderam perceber diferentes posturas pedagógicas que podemos encontrar em nossa sociedade. Exemplifica-se esta percepção com os seguintes relatos:

"Está aí uma pessoa que teve uma educação autoritária, só acredita que está liberada para a oficina porque a chefe deixou."

"Nunca pensei que tivesse vários tipos de educação, hoje aprendi mais uma."

"Eu até chorei no grupo, lembrei da minha infância por exemplo..."

"Precisamos da educação libertadora, oh pessoal ditador, agora sei de onde sai esses cabeças duras."

"Meu filho hoje já aprende cidadania na escola, eu na minha época, nem imaginava o que é isso."

- Sobre as diferentes opções pedagógicas, para que os grupos percebessem que processos pedagógicos mais amplos e participativos podem gerar diferentes posturas nos indivíduos, estimulou-se uma reflexão e discussão conjunta a partir da "leitura dinâmica" de um texto de apoio (Trata-se da leitura em grupo onde cada membro se dispõe a ler um parágrafo. Uma técnica pedagógica que auxilia a participação de todos e auxilia a atenção sobre a leitura). Houve a sistematização do tema após a leitura do texto de apoio de fácil interpretação cujo objetivo foi sedimentar as informações sobre o tema e apoiar a construção do conhecimento destas diferentes posturas sobre o processo pedagógico.

B - Oficina Pedagógica II (07/06/2017):

- Trabalhos iniciados com a técnica de grupo: "A Caixa de Surpresa" , que teve por objetivo a interação do grupo e promover uma reflexão sobre algumas dificuldades enfrentadas na atuação dos profissionais. Nem sempre todas as situações são ruins, é possível se deparar com algumas boas surpresas no dia a dia na atuação profissional, como ganhar um bombom. Neste debate, a expectativa é ter abordagens que levam a muitas queixas sobre o acúmulo de tarefas. Porém, nesta técnica é possível refletir também sobre alguns aspectos

positivos do trabalho com a população. Os participantes foram estimulados a falarem de coisas boas e ruins ocorridas na rotina de suas atividades. Houveram muitas queixas, porém também relatos de situações agradáveis como: *"um convite para uma festa na comunidade"* ; *"um abraço de um usuário"* ; *"um pedaço de bolo"* ; *"um copo de água fresca."* Ao final, o participante que ficou com a caixa de surpresa sem passar a vez teve o consentimento de abri-la e obteve uma surpresa, um bombom e um bilhete com a seguinte frase: *"Nem tudo o que é desconhecido é ruim"* e assim finalizou-se este momento com a distribuição de balas. O objetivo de interação do grupo e valorização da atuação do ACS pôde ser considerado alcançado. A interação causada entre os participantes foi possível verificar diante de tantos relatos, como: *"Adoro trabalhar na rua, me divirto muito"* ; *"Não sei trabalhar atrás de um balcão, prefiro conversar com pessoas"* ; *"Adoro o que faço, é a minha vida"* . Relatos que retratam a importância de enaltecer pequenos fatos que trazem motivação aos ACSs no cumprimento de suas ações. Alguns relatos demonstraram também a alegria de atuar tão próximo da população, permitindo a estes profissionais refletir sobre a importância de seu papel na sociedade.

- Na sequência se fez a retomada das discussões da oficina anterior sobre o tema de educação, lembrando a vivência dos diferentes modelos pedagógicos a partir da aplicação de uma outra técnica de grupo, *"A dramatização"* . Houve a divisão dos participantes em 3 grupos para que pudessem representar os 3 diferentes modelos pedagógicos discutidos na oficina anterior. O objetivo foi sedimentar as discussões; reforçar as diferenças; ressaltar a relevância do processo pedagógico participativo na construção de uma ação coletiva. Temas como: motivação; confiança; coletividade; cidadania foram incentivados e surgiram nas apresentações. A técnica permitiu identificar lideranças; observar posturas e entendimentos sobre o tema. As construções foram livres e o desenvolvimento da

atividade correu de forma satisfatória. Este processo também permitiu ampliar a interação entre os membros dos grupos, fato que serviria de base para a construção conjunta de um plano de intervenção educativa sobre a temática da FMB em uma área de relevância epidemiológica da doença, conforme objetivo principal delineado para o projeto.

- A introdução ao tema sobre a importância da Febre Maculosa Brasileira no Brasil e no Estado de São Paulo deu-se com a Técnica de grupo de “Quebra Cabeças” . Esta técnica teve por objetivo identificar o conhecimento sobre a temática no grupo de estimular os participantes a refletirem sobre alguns aspectos da doença que, segundo relatos, não conheciam muito bem, apesar da participação em palestra sobre o tema. A técnica de grupo trata-se de um conjunto de palavras relacionadas ao processo saúde e doença e a transmissão da FMB juntamente com outras palavras que não pertenciam a este grupo temático como por exemplo: carrapatos, mosquitos, abelhas, picadas, parasitismo, mata, criadouros, humano, cão, gato, cavalo, plantas, vasos, capivaras, lago, gramado, febre, dor de cabeça, vacina, etc. Um conjunto de filipetas foram entregues em envelopes igualmente distribuídos para os grupos. A partir do conjunto de palavras, e, após discussão e consenso, cada grupo construiu um painel identificado com as palavras que entenderam representarem a dinâmica da doença. Houve a exposição dos painéis e após apresentação de cada grupo houve também uma discussão conjunta para sistematizar o conhecimento dos grupos sobre o tema. A abordagem utilizada permitiu aos participantes refletirem sobre a seleção de palavras que melhor representassem a forma de transmissão; o tipo de vetor envolvido; a sintomatologia; a forma de tratamento; orientações de cuidados com a doença; e outros aspectos. Constatou-se que mesmo havendo o registro de participação dos ACSs em palestras sobre o tema na UBS, haviam várias dúvidas entre os profissionais. Houveram relatos sobre o *desconhecimento da ocorrência*

de óbitos por Febre Maculosa Brasileira nas proximidades da UBS do Alvarenga.

Foi possível identificar várias dificuldades no entendimento sobre o tema, principalmente em relação a cadeia de transmissão da doença. O fato que diferencia a doença na RMSP é a presença de animais domésticos, enquanto que no interior do Estado a transmissão envolve áreas com presença de capivaras. O envolvimento de capivaras associada a ocorrência da doença foi observado em todos os grupos. Outro aspecto importante foi verificado, a dificuldade de reconhecimento do vetor transmissor, pois nenhum grupo reconheceu que havia mais de um tipo de carrapato transmissor desta doença. A técnica de grupo permitiu uma ampla discussão sobre o tema no sentido de promover um diagnóstico educativo das dificuldades que os ACSs tinham para o reconhecimento da doença na região.

- Após a técnica de grupo houve uma exposição dialogada sobre a Febre Maculosa Brasileira na Região Metropolitana de São Paulo e abordagem sobre os casos da área do Alvarenga, com entrega de material educativo sobre o tema e um texto de apoio para leitura individual. O tema seria retomado na oficina seguinte.

C - Oficina Pedagógica III (14/06/2017):

- **Tema 1:** Abordagem sobre a FMB no município de São Bernardo do Campo, tema que foi retomado com entrevista a uma profissional convidada, a Médica Veterinária Cristiane Marcusso, funcionária do Centro de Controle de Zoonoses do município.
- A técnica de grupo de “Entrevista do Roda Viva” foi utilizada para aprofundar o tema com os ACSs de forma a modificar a estrutura de entrevistas comumente conhecidas. Sedimentar o aprendizado com exemplos da realidade local poderia trazer uma experiência importante aos agentes. Houve a contextualização do

tema já abordado na oficina anterior pelo mediador (pesquisador). A abordagem sobre o tema da FMB no município foi feita a partir do relato das ocorrências de casos no bairro do Alvarenga, apresentados com detalhes pela especialista entrevistada. Houve estímulo à participação do grupo para que simulassem estar numa plateia enquanto que outros agentes simulavam ser jornalistas a procura de entrevista a uma especialista do tema. Esta técnica de grupo proporcionou uma forma interativa e lúdica de conduzir a discussão entre os participantes e a especialista. A exposição causou impacto aos ACSs por perceberem que a ocorrência de óbitos por esta doença estivera tão próxima da área de atuação destes agentes. Houveram muitos questionamentos, dúvidas e esclarecimentos sobre os casos verídicos trazidos pela especialista. O relato das dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam com a falta de informação da população sobre a doença, e que pode levar a um desfecho indesejado, causou impacto para os ACSs. A técnica de grupo utilizada proporcionou o aprofundamento esperado sobre o tema a partir de contextos inerentes a realidade dos agentes.

- **Tema 2:** Noções de planejamento participativo e discussão sobre a importância do trabalho em conjunto; a interação de grupo; e o resgate das temáticas abordadas.
- A técnica de grupo “O Corpo Humano” , foi utilizada com objetivo de propiciar uma discussão e reflexão sobre planejamento participativo. Iniciou-se a atividade com a divisão dos participantes em 3 grupos para o cumprimento de uma atividade que seria: dar uma aula sobre o corpo humano. Cada grupo recebeu instruções distintas para esta atividade. O *grupo 1* recebeu instruções individualizadas, cada membro do grupo deveria cumprir uma parte da atividade. O *grupo 2* recebeu as instruções a partir de um dos representantes do grupo de forma sigilosa e por etapas. O *grupo 3* recebeu as instruções de forma clara e objetiva com uma proposta para que todos cumprissem juntos a atividade.

Conclusão: O *grupo 1* apresentou um painel com um desenho do corpo humano bastante distorcido dificultando o cumprimento da atividade por falta de partes a serem concluídas; o *grupo 2* apresentou um painel completo, porém não entendeu o objetivo principal das instruções, a construção do painel, dificultando a execução e finalização da atividade. No entanto, o *grupo 3* que fez várias reuniões para definir o que fazer conjuntamente, terminou a atividade em tempo menor que os demais grupos, construíram um painel representando um corpo humano, bem detalhado e conseguiu dar um desfecho adequado para a atividade. Esta técnica de grupo permitiu a todos atuarem como protagonistas no cumprimento da atividade, no entanto, alguns indivíduos tiveram melhores instruções e maior liberdade para agir. Esta técnica permitiu aos participantes perceber que algumas ocorrências retratavam a realidade da rotina de algumas instituições, na execução das atividades de trabalho. A reflexão conjunta no momento da sistematização dos trabalhos dos grupos permitiu algumas análises críticas sobre o processo vivenciado nesta técnica. As atividades planejadas, discutidas e resolvidas conjuntamente obtiveram maiores chances de alcançar os resultados almejados. Porém, os grupos que não possuíam instruções claras sobre as ações, ou que tiveram somente algumas partes das instruções, não conseguiram conduzir os trabalhos com as mesmas chances de êxitos. A técnica pedagógica utilizada proporcionou uma reflexão sobre o processo de trabalho e a importância do planejamento participativo. A técnica valorizou os processos participativos, entendido pelos participantes como necessários para que os grupos de trabalho definissem em conjunto as ações, e cumprissem com maior agilidade as tarefas visando o alcance dos resultados delineados pelo próprio grupo. Outras análises puderam ser observadas como a postura dos coordenadores dos grupos. Cada qual foi instruído a agir de acordo com as demandas solicitadas e houve uma interpretação bastante caracterizada em cada

um dos grupos. O *grupo 1* o coordenador exigia ser chamado de chefe e sua postura era extremamente autoritária, não permitia nem mesmo que os profissionais dialogassem uns com os outros; no *grupo 2* o coordenador não tinha postura extrema de autoridade, permitia o diálogo entre os profissionais, porém repassava as tarefas de forma fragmentada e fazia cobranças estabelecendo prazos para o seu cumprimento. No *grupo 3*, as atividades fluíam com muita facilidade e não aparentava que havia um coordenador de grupo, o mesmo conduzia as reuniões e compartilhava as ideias e participava das tarefas. A técnica aplicada permitiu o alcance dos objetivos que podem ser considerados alcançados, houve um relevante aprofundamento das reflexões dos participantes sobre os processos de trabalho em conjunto com decisões compartilhadas.

- Na sequência foram retomados os temas abordados no decorrer das oficinas anteriores no sentido de debater e agregar os conhecimentos sobre as temáticas de educação; febre maculosa brasileira; planejamento participativo; liderança; e por final, planejamento estratégico. Houve um resgate e reflexão sobre os temas debatidos para que houvesse o entendimento do processo de construção até aqui vivenciado. Houveram abordagens do aprendizado sobre a FMB; os diferentes aspectos da educação; e a importância do planejamento participativo.
- Para a continuidade das atividades seria relevante a interação do grupo para a proposição de soluções e encaminhamentos aos problemas levantados. A técnica de grupo, “Reverso da Roda” foi aplicada como forma de melhorar a interação dos participantes e aliviar as tensões, serviu também como um momento de descontração e preparação para as atividades seguintes que envolveriam a procura de soluções. Os participantes buscaram uma solução conjunta de como transferir a roda formada por indivíduos que iniciam de mãos dadas e na posição de costas para o centro da roda. O desafio é reverter a roda para que todos os

fiquem de frente para o centro da roda. Ou seja, inverte a roda sem soltar as mãos. Ao final com muita dificuldade o grupo descobriu o entrave. O facilitador promoveu uma reflexão com o grupo sobre as dificuldades encontradas, onde todos puderam comentar as impressões que tiveram para o cumprimento desta tarefa como forma de enfrentamento conjunto de uma dificuldade do grupo. Esta técnica promoveu um ambiente de descontração e interação entre os participantes e após este momento deu-se início a construção da proposta de planejamento participativo do plano educativo sobre a temática de FMB na UBS do Alvarenga.

- Na continuidade foram retomados os painéis construídos na técnica de grupo do “Mapa Falante” , que propiciou o reconhecimento de área e o diagnóstico inicial dos problemas de saúde e ambiente no território do Alvarenga. Neste momento, de recuperação dos painéis, houve o resgate de todos os problemas diagnosticados pelos grupos e que representavam os problemas socioambientais e de saúde na localidade da UBS do Alvarenga, área de atuação destes ACSs. Houve um debate para a introdução do tema de “Planejamento Estratégico” elaborado pela pesquisadora e mediadora das discussões, orientando sobre o percurso das atividades a partir dos problemas levantados. Houve um momento de reflexão e análise crítica sobre os problemas diagnosticados, com a finalidade validá-los, pois a partir de então, a lista de problemas faria parte das próximas etapas do planejamento. Nenhum problema foi alterado e nem retirado por consenso dos participantes, porém os problemas foram transcritos no formato estabelecido para o planejamento e validados pelos participantes visando manter e legitimar a descrição dos problemas na ótica dos ACSs.
- A partir desta etapa as ações foram desenvolvidas com a técnica de grupo intitulada como “*Roda de Conversa* ”, descrita por CECCIM, 2007 e SAMPAIO et al, 2014. O uso desta técnica teve o objetivo de garantir a participação dos ACSs

no processo de construção do planejamento participativo do plano educativo. A técnica proporcionou garantir uma postura ética dos envolvidos em relação à produção do conhecimento conjunto frente aos trabalhos dos grupos, efetivando-se a partir de constantes negociações entre o pesquisador e os agentes participantes das oficinas, e assim delineando a proposta de intervenção pedagógica, como parte principal deste estudo.

- **Tema 3:** O Planejamento Estratégico Situacional (PES) utilizado como estratégia para viabilizar as ações educativas em saúde. Com a finalidade de complementar a lista de problemas transcritos do Mapa Falante, que retratavam o diagnóstico socioambiental e de saúde da localidade do Alvarenga. Se fez necessário atender a estratégia do PES, *agregando outros problemas* relacionados as dificuldades, entendidas pelos ACSs, na condução de um plano de intervenção educativa sobre a temática de FMB na UBS. Desta forma, as atividades do PES tendo como tema norteador a *"A Febre Maculosa Brasileira na Unidade Básica do Alvarenga"*. Houve instruções sobre as etapas a serem percorridas no PES e para o levantamento complementar dos problemas, utilizou-se a técnica de *"Tempestade de Ideias"*. Neste momento, foi montado um grande painel contendo uma lista única de todos os problemas apontados pelos ACSs, agregados àqueles já validados anteriormente.

D - Oficina Pedagógica IV (21/06/2017):

- As atividades da oficina iniciaram com a apresentação sobre a sistematização dos problemas identificados na oficina anterior pela equipe de apoio. A categorização de problemas no planejamento estratégico é uma etapa relevante, pois a cada momento que se reflete sobre um problema, ou sua causa, se faz necessário uma deliberação e uma tomada de decisão que deve sempre ser acolhida pelo grupo.

Portanto, o uso da técnica da “Roda de Conversa” teve por finalidade promover a discussão e o consenso dos participantes em plenária, com o grupo de ACSs. A reflexão sobre um problema anunciado proporciona uma leitura e uma interpretação dos participantes sobre este problema, que precisa ser homogênea. Estes momentos de reflexão e diálogo foram proporcionados para todos os problemas levantados. É um momento que gera uma reflexão sobre as possíveis causas que podem estar relacionadas a estes problemas.

- **Planejamento Estratégico – Painei 1:** Na primeira etapa do processo de seleção das *causas dos problemas*, estes foram separados de acordo com dois aspectos: **individual** e **institucional**; e as causas de caráter geral, foram àquelas que tinham uma **interface** entre o individual e o institucional. **Observações:** os problemas considerados de aspecto individual retratavam os sentimentos do grupo em relação ao problema da FMB na localidade; os problemas de aspecto institucional, refletiam as impressões relacionadas à infraestrutura existente e necessária para os encaminhamentos sobre o tema na UBS; e os problemas de aspecto geral remetiam a uma reflexão que envolviam os indivíduos em conjunto com a instituição.

O Quadro 2 a seguir demonstra a primeira etapa de categorização dos problemas segundo as causas.

Quadro 2: Lista de problemas caracterizados de acordo com a reflexão sobre suas “causas” .	
Individuais: Falta de...	Institucionais: Falta de...
<ul style="list-style-type: none"> • Paciência • Respeito pelo trabalho do outro • Convencer • Comunicação • Informação • Trabalho em equipe • Orientação • Integração • Padronização de termos • Tempo • Atuar junto à população (difícil para trabalhar) • Terminar o que começou • Suporte para o trabalhador (apoio) • Disponibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo • Maior divulgação • Convencer as pessoas • Comunicação • Integração • Informação • Conscientizar as pessoas • Adesão junto à comunidade • Mudança de comportamento aos animais de estimação • Trabalho em equipe • Orientação para pessoas • Suporte para o trabalhador (apoio) • Divisão de Tarefas (Sobrecarga) • Padronização de termos • Participação nos grupos da UBS • Atuar junto à população (difícil para trabalhar) • Terminar o que começou • Disponibilidade • Solução para os deslocamentos (distância)
Identificação dos problemas comuns as duas categorias - Individuais & Institucionais: Falta de... <ul style="list-style-type: none"> • Tempo; • Convencer as pessoas; • Comunicação; • Informação; • Integração; • Trabalho em equipe; • Orientação; • Padronização de termos; • Atuar junto à população (difícil para trabalhar) • Suporte para o trabalhador; • Terminar o que começou; • Disponibilidade; • Participação. 	

- **Planejamento Estratégico – Paine 2:** A segunda etapa de categorização dos problemas foi executada na continuidade das atividades, avançando nesta fase para a identificação dos problemas segundo a *governabilidade de intervenção*, ou seja, atribuição de responsabilidade sobre as reais possibilidades de intervenções sobre os problemas. Os problemas foram reclassificados em *seis categorias* conforme descrição e respectivas interpretações apresentadas a seguir:

- ✓ **Problemas de aspectos políticos:** foram entendidos como aqueles que não haviam possibilidades de interferência de atuação pelos ACSs. Necessitavam de decisões de maior magnitude para encaminhamentos e solução. Seriam instancias consideradas de decisão da Prefeitura Municipal e que deliberavam sobre salários, normatizações e infraestrutura.
- ✓ **Problemas de aspectos institucionais:** seguiram a mesma lógica dos aspectos políticos, porém referiam-se ao departamento de saúde onde as deliberações dependiam de decisões articuladas com a Prefeitura e foram consideradas de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ **Problemas de aspectos gerenciais:** considerados como sendo próximos da realidade dos agentes, uma vez que se tratavam de deliberações que envolveriam articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e os gestores das Unidades Básicas de Saúde.
- ✓ **Problemas de aspectos administrativos:** entendido como àqueles relacionados ao planejamento das atividades, ao controle de ponto, aos benefícios, a segurança, a documentação e ao abastecimento de insumos e dependiam de deliberação das chefias e da gestora da UBS.
- ✓ **Problemas de aspectos técnicos:** àqueles problemas que se referiam ao saber específico sobre um assunto, a exemplo do conhecimento de uma doença como a FMB, haveria a necessidade de um conhecimento técnico específico, neste caso de responsabilidade das equipes técnicas do Centro de controle de zoonoses e de Vigilância epidemiológica.
- ✓ **Problemas de aspectos pedagógicos:** foram problemas que os agentes consideravam com possibilidade de intervenção, muito embora necessitassem de uma deliberação em conjunto com a direção da unidade e as chefias de áreas para que pudessem implantar a proposta.

- ✓ Reorganização das categorias: após discussões e consenso do grupo, foram agregadas algumas categorias por entenderem que a intervenção sobre os problemas estaria em instâncias próximas e articuladas, estabelecendo quatro categorias: **1) Políticos & Institucionais; 2) Gerenciais & Administrativos; 3) Técnicos e 4) Pedagógicos.**

A seguir o Quadros 3 a seguir demonstra a segunda etapa de categorização dos problemas segundo a governabilidade e responsabilidade.

Quadro 3: Lista de problemas caracterizados de acordo com a reflexão sobre a sua "governabilidade e responsabilidade" .

Políticos & Institucionais: Falta de...	Gerenciais & Administrativos: Falta de...
<ul style="list-style-type: none"> • Convencimento; • Interesse; • Suporte para o trabalhador (apoio); • Planejamento; • Informação; • Comunicação; • Respeito; • Terminar o que começou; • Educação da população. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração; • Comunicação; • Informação; • Disponibilidade; • Padronização; • Divisão de tarefas (sobrecarga); • Tempo; • Suporte para o trabalhador; • Trabalho em equipe; • Respeito; • Orientação das pessoas; • Melhorar os acessos dos deslocamentos (distância); • Planejamento; e • Educação da população.
Técnicos: Falta de...	Pedagógicos: Falta de...
<ul style="list-style-type: none"> • Informação; • Comunicação; • Padronização de termos; • Orientação; e • Respeito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciência; • Respeito; • Educação da população (difícil trabalhar) • Adesão da comunidade; • Conhecimento das pessoas; • Informação; • Disponibilidade; • Divulgação; • Mudança de comportamento; • Conscientizar as pessoas; • Integração; • Comunicação; • Orientação; • Tempo; • Trabalho em equipe; • Planejamento (terminar o que começou); • Participação da população nos grupos da UBS; • Mudança de comportamento dos responsáveis pelos animais de estimação; • Divisão de tarefas; • Mobilizar a UBS Alvarenga sobre o tema da FMB.

E - Oficina Pedagógica V (28/08/2017):

- **Planejamento Estratégico – Painel 3:** a partir da técnica da *Roda de Conversa* houve ampla participação dos ACSs nas oficinas para as deliberações do grupo quanto aos *encaminhamentos dos problemas levantados*. Sobre àqueles considerados de aspectos: Políticos & Institucionais; Gerenciais & Administrativos e Técnicos. Houve deliberação do grupo para que o facilitador fizesse o envio da lista destas categorias de problemas para o conhecimento da equipe técnica de Enfermeiros (chefes de equipes) e da Coordenadora da Unidade. Foi decidido sobre a construção de um documento (relatório técnico) para ser entregue a gestora da Unidade do Alvarenga com sugestão de ciência para toda a equipe técnica da unidade. O objetivo foi divulgar a todos os técnicos a lista de problemas identificados e dar andamento às ações de educação em saúde na unidade, inclusive para o tema da FMB. No Quadro 2 foram relatados os problemas de aspectos Políticos & Institucionais; Gerenciais & Administrativos e Técnicos. Foi definido em plenária a sugestão de ampla divulgação na UBS visando uma possibilidade de encaminhamento pelas chefias aos gestores superiores.
- **Planejamento Estratégico – Painel 4:** os problemas levantados e caracterizados como pedagógicos foram *destacados* da lista, e a partir daí houve uma reflexão dos ACSs sobre estes problemas com a finalidade de confirmar se poderiam ser apresentados como problemas de ordem pedagógica, portanto, com possibilidade de uma intervenção educativa proposta pelos agentes.
 - ❖ Os participantes foram divididos em 3 grupos, de acordo com a localidade e divisão de trabalho das equipes de ACSs na UBS.
 - ❖ Houve o resgate dos problemas de saúde da comunidade a partir dos painéis do “Mapa Falante” , construídos em momento anterior, quando houve o diagnóstico socioambiental e de saúde.

- ❖ **Os problemas de ordem pedagógicos**, foram entendidos como passíveis de intervenção dos ACSs, e conduzidos para a construção de um **plano de ação** que pudesse minimizar as problemáticas identificadas. As atividades dos grupos geraram três propostas de intervenção educativa que delinearam “*O Plano de ação de mobilização sobre a temática de Febre Maculosa Brasileira na UBS do Alvarenga*”, a ser detalhado na sequência no item de apresentação dos produtos gerados pelo projeto de pesquisa.

6.5 ANÁLISE DOS PROBLEMAS

Análise dos problemas identificados como pertencentes as categorias individuais e institucionais e os problemas comuns a estas duas categorias.

Problemas identificados como sendo **individuais** foram aqueles que geralmente expressavam sentimentos como: falta de paciência, falta de respeito, falta disponibilidade, falta de tempo, falta de suporte, entre outros descritos no Quadro2.

As expressões dos problemas demonstraram a falta de integração dos membros das diferentes equipes; a ausência de momentos de integração e expressão que podem ser reconhecidas, uma vez que queixam de não haver possibilidade de participação nas deliberações e decisões das tarefas rotineiras da UBS.

Problemas identificados relativos aos aspectos **institucionais** foram aqueles que geralmente expressam situações relacionadas a infraestrutura da UBS; ao trabalho de equipe; às normatizações internas e às relações de trabalho.

Conforme listados no Quadro 2, os problemas centrais não relatam necessidades estruturais por entenderem que a unidade oferece boa infraestrutura de trabalho com disponibilidade de computadores, telefones, uniformes, banheiros, cozinha e sala específica para o trabalho interno dos agentes. No entanto, o grupo de problemas apresentados são característicos da falta de integração da equipe. Apesar do sentimento de pertencimento ao grupo de profissionais de saúde da UBS, sentem ausência de discussões integrativas, a falta de um planejamento com deliberações conjuntas. Houveram queixas como: a falta de comunicação, informação, suporte, apoio, padronização de termos, termino de tarefas, que demonstram a necessidade de discussões conjuntas sobre as atividades e melhor distribuição de tarefas.

- Problemas identificados como relativos aos aspectos **individuais e institucionais**, foram aqueles que tinham interfaces entre os dois aspectos, onde o coletivo sobrepõe-se aos individuais, como se houvesse a possibilidade de encaminhamentos dos problemas coletivos como forma de solução aos problemas de aspectos individuais.
- Os agentes apontam a necessidade de integração entre as diferentes equipes da UBS com a finalidade de promover a integração e dar unidade entre as equipes. Apresentam a necessidade de informações, comunicação sobre os assuntos técnicos, relevantes para a atuação dos agentes. Há apontamentos sobre a necessidade de saber a razão sobre as atividades a serem executadas, no sentido de entender a distribuição de tarefas, demonstrando uma insatisfação na divisão das ações entre os grupos. Esta foi uma das abordagens mais comentadas o que indica a necessidade de rever em conjunto com estes profissionais as atribuições e as tarefas que lhes são direcionadas. Apresentam um sentimento de impotência diante das inúmeras tarefas a serem cumpridas, a sobrecarga de atividades não permite discussão

de prioridades. Demonstram a ausência de um planejamento conjunto. Os agentes não se sentem apoiados e apontam não haver espaço para o diálogo e a participação na tomada de decisão. Não entendem como são priorizadas as ações. A sobrecarga de tarefas é uma das principais queixas levantadas. Comparando as listas de problemas, à exceção da falta de paciência e de respeito apontados na lista dos aspectos individuais, todos os demais problemas identificados estão presentes também na lista dos problemas institucionais, demonstrando que a atividade de grupo está comprometida pela falta de oportunidade de participação nas deliberações institucionais. A ação verticalizada das chefias está demonstrada na maioria dos discursos e há percepção da ausência de diálogo, fato que traz a sensação de que não há como fazer diferente ou não há espaço para dialogar, propor, sugerir, ou até mesmo, agir por conta própria. Não mencionaram de forma clara a ausência de escuta das necessidades dos agentes para o cumprimento de suas atividades, mas indiretamente isto foi apresentado, quando se queixam sobre a falta de planejamento. Fato que pode ser entendido como falta de conhecimento e participação nas atividades de organização e distribuição das tarefas. Há muito a ser analisado no conjunto dos problemas identificados pelos agentes, porém foram ressaltados apenas alguns elementos que ficaram mais evidentes nas atividades das oficinas.

- **Análise dos problemas identificados como de aspectos Políticos & Institucionais - Falta:** Convencimento; Interesse; Suporte; Planejamento; Informação; Comunicação; Respeito; Terminar o que começou e Educação da População.

No conjunto de problemas levantados enquanto aspectos políticos e institucionais há uma lista de desejos relacionados a necessidade de sensibilização dos gestores municipais com a finalidade de proporcionar apoio, suporte para as necessidades

da UBS. Não houve queixas relacionadas a horário e infraestrutura o que pode demonstrar que não são questões centrais no momento ou porque soubessem que o espaço não fosse adequado para estas queixas. No entanto, foi possível verificar a satisfação no aspecto relacionado a infraestrutura oferecida para o trabalho das equipes. Os problemas levantados podem estar relacionados a desmotivação dos agentes por razão da falta de escuta, ou seja, a necessidade de espaços para o diálogo sobre os processos de trabalho das equipes de agentes na UBS. Há necessidade de valorização dos profissionais e dar visibilidade às suas ações.

➤ **Análise dos problemas identificados como de aspectos Gerenciais &**

Administrativos - Falta: Integração; Comunicação; Informação; Disponibilidade; Padronização; Divisão de tarefas (sobrecarga); Tempo; Suporte para o trabalhador; Trabalho em equipe; Respeito; Orientação das pessoas; Melhorar os acessos e deslocamentos (distância); Planejamento; e Educação da População.

O conjunto de problemas levantados enquanto aspectos gerenciais e administrativos tratam principalmente sobre os aspectos relacionados a organização das atividades no que diz respeito a falta de apoio, de diálogo, de informação e ausência de um planejamento conjunto das atividades. Apontam também a necessidade de comunicação, orientação e apoio às ações dos agentes. Há uma necessidade de interação e engajamento com a equipe técnica quando se queixam sobre ter falta de padronização que pode ser interpretado por termos técnicos não esclarecidos. É uma lista de inúmeros apontamentos, indicando que os ACSs possuem um olhar criterioso sobre as atividades desenvolvidas na unidade. A maioria dos problemas indicam a necessidade de escuta sobre o processo de trabalho uma vez que há queixas sobre a sobrecarga de tarefas; falta de tempo; disponibilidade e principalmente a necessidade apontada sobre o planejamento indicando a necessidade de diálogo sobre as ações executadas pelos profissionais na unidade.

➤ **Análise dos problemas identificados como de aspectos Técnicos.**

Falta: Informação; Comunicação; Padronização de termos; Orientação; e Respeito.

O conjunto de problemas levantados enquanto aspectos técnicos pertencem a uma pequena lista remetendo ser uma área onde os ACSs não souberam ou não entenderam ser necessário explorar. Houve relatos de que são muito bem capacitados, possuem treinamentos e reciclagens constantes. As queixas relacionadas a esta área dizem respeito à necessidade de manter atualizadas as informações sobre as ocorrências de doenças que envolvem a região onde está situada a UBS. É possível perceber um bom relacionamento dos ACSs com as áreas técnica. Porém, ainda há necessidade de escuta sobre as dúvidas destes profissionais quanto aos temas técnicos e por esta razão apontam a necessidade de falta de informação, comunicação e orientação. A padronização de termos também está diretamente ligada a necessidade de ampliar os esclarecimentos sobre alguns termos técnicos. Importante analisar em que circunstância são conferidas as informações técnicas. Se há exposição clara dos temas; permissão de discussão e reflexão nos processos de capacitação; e se há espaço para esclarecimentos de dúvidas e retorno aos questionamentos dos ACSs sobre algum tema. Tratam-se de posturas possíveis de serem observadas visando a melhoria da qualidade das informações técnicas conferidas aos agentes.

➤ **Análise dos problemas identificados como de aspectos pedagógicos aos quais**

foram direcionados os Planos de Ação Educativo. Falta: Paciência; Respeito; Educação da população (difícil trabalhar); Adesão da comunidade; Conhecimento das pessoas; Informação; Disponibilidade; Divulgação; Mudança de comportamento; Conscientizar as pessoas; Integração; Comunicação; Orientação; Tempo; Trabalho em equipe; Planejamento (terminar o que começou); Participação da população nos grupos da UBS; Mudança de comportamento dos responsáveis pelos animais de estimação; Divisão de tarefas; Mobilizar a UBS Alvarenga sobre o tema da FMB.

Este conjunto de problemas indicados como de aspectos pedagógicos fizeram parte da lista de problemas selecionados a partir das discussões e reflexões com o grupo sobre cada uma das indicações. Foram elencados para o desenvolvimento das atividades nos grupos. Os ACSs refletiram e discutiram diferentes formas de conduzir soluções para este conjunto de problemas, delineando assim elementos para o plano de ação educativo. Observa-se que este conjunto de problemas foi o que apresentou o maior número de itens. Este fato causou surpresa, em razão de ser muito comum o maior número de apontamentos e dificuldades se concentrarem em outros aspectos, no sentido de que geralmente as reflexões conduzem o processo no sentido de transferir a responsabilidade sobre os problemas a outras esferas de solução. Ou seja, nem sempre os problemas levantados são entendidos como passíveis de alguma solução pelos próprios indivíduos que os apontam. Porém, este grupo entendeu que grande parte dos problemas levantados faziam parte da lista dos aspectos pedagógicos e, portanto, passíveis de alguma intervenção pelos ACSs. Esta decisão enriquece o trabalho de grupo com possibilidade discutir sobre o processo de trabalho dos agentes e suas atribuições, além de permitir inúmeras possibilidades de intervenções, como a possibilidade de resolução da lista de problemas levantados. Os encaminhamentos dos problemas fizeram parte das discussões seguintes, no momento de construção do “plano de ação” a partir das atividades de grupo propostas aos ACSs nas oficinas pedagógicas que resultou no **“Plano de mobilização sobre a FMB na UBS do Alvarenga”**. O material foi sistematizado, apresentado em plenária e validado pelos grupos. O plano de ação foi um dos principais resultados das oficinas. O documento descreve as atividades sugeridas pelos ACSs como parte dos encaminhamentos aos problemas. A seguir no Quadro 4 a descrição do plano que será analisado junto aos demais produtos deste processo em momento posterior.

QUADRO 4: PLANO DE MOBILIZAÇÃO SOBRE A FEBRE MACULOSA BRASILEIRA NA UBS ALVARENGA.			
TEMA: A Febre Maculosa Brasileira na UBS do Alvarenga			
POPULAÇÃO ALVO: População e Profissionais de Saúde da UBS			
LOCAL: UBS Alvarenga			
JUSTIFICATIVA: Criar estratégias para atuar junto à população.			
OBJETIVO GERAL: Mobilizar a UBS Alvarenga sobre a FMB.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	DIVULGAÇÃO	EQUIPE DE TRABALHO
<p>GRUPO I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conscientizar, • Informar e • Prevenir. 	Trabalhar nos bairros, sedes, escolas e no comércio. Organizar palestras, mutirões e orientar a população com os cuidados oferecidos a seus animais, esclarecimento dos cuidados sobre os sinais e sintomas da FMB.	Boletins de informações, panfletos, palestras, mutirões, cartazes e banners.	ACS, técnicos, enfermeiros, médicos, pessoal da recepção; centro de zoonoses e vigilância.
<p>GRUPO II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar, • Conscientizar e Intensificar as orientações e • Planejar ações. 	Promover palestras de motivação; planejar mutirões; promover grupos de discussão; vídeos; atividade casa a casa e discutir em reuniões.	Panfletos, banner, internet, panfletos, convocação, diálogo e discussão.	ACS, agentes de endemias, funcionários internos e externos e associações. Todos os funcionários da UBS.
<p>GRUPO III:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgar a ação sobre a FMB; • Discutir o planejamento das ações; • Sugerir uma melhor comunicação interna e externa na UBS; • Sugerir aos superiores trabalhar os temas sobre paciência, respeito e trabalho em equipe. 	<p>Pautar as reuniões em equipe;</p> <p>Sensibilizar o grupo no acolhimento;</p> <p>Reunir em equipe para planejar e definir prioridades.</p> <p>Preparar o material educativo e palestras;</p> <p>Promover discussões internas sobre os casos e mapa da área de transmissão.</p> <p>Apresentação de filmes educativos.</p>	<p>Levar o assunto para as reuniões de equipe.</p> <p>Definir as ações em agendas da equipe.</p> <p>Reuniões específicas de planejamento.</p>	ACS, médicos, enfermeiros; pessoal do acolhimento; outros profissionais da UBS e profissionais do CCZ.

Fonte: resumo das planilhas produzidas pelos 3 grupos de trabalho nas oficinas.

O plano de ação elaborado pelos grupos de ACSs nas oficinas pedagógicas foi entregue a gestora da unidade juntamente com o relatório final das oficinas, conforme acertado com os participantes. No relatório constaram recomendações sugeridas pelos ACSs como: a divulgação do material aos demais agentes e técnicos da equipe visando dar visibilidade ao processo pedagógico aplicado na UBS; e o encaminhamento dos demais problemas levantados, além daqueles que se referiam aos aspectos pedagógicos.

Ressalta-se que no documento apresentado constou a lista dos problemas levantados e que podem servir a gestora como elementos para outras discussões. O material pode servir de modelo para reflexões futuras de outros temas de saúde de interesse para a unidade, pois vários apontamentos tratavam de problemas relacionados as atividades destes profissionais, possibilitando criar um espaço de diálogo permanente e busca conjunta de solução a estes entraves para melhorar a qualidade dos processos de trabalho na unidade.

A seguir serão descritos os resultados das avaliações individuais coletadas ao final da última oficina a partir de um Formulário de Avaliação das Oficinas (Anexo 7) entregue aos participantes contendo uma pontuação para cada momento das oficinas e seus respectivos temas.

6.6 AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DOS AGENTES SOBRE AS OFICINAS

A seguir o resumo das avaliações individuais dos ACSs coletadas a partir do formulário (Anexo 7).

- **Pontuação** dos agentes para as oficinas: 09 pontuaram com nota 10; 08 com nota 09; 06 com nota 08; 02 com nota 07; 01 com nota 06 e 04 agentes não

responderam por não comparecerem na última oficina. É possível verificar que grande parte das pontuações foram bastante positivas e não houve nota menor que 6 indicando uma boa repercussão das atividades.

➤ **Pontos fortes:** transcrição dos apontamentos dos agentes:

- Foi bom, eu aprendi muitas coisas;
- Exemplo de como lidar e como orientarmos nossa população sobre a febre maculosa;
- A forma com que nos ensinaram sobre o tema;
- Esclarecimentos sobre os tipos de carrapatos e sobre a febre em si;
- O empenho dos educadores (você) que vieram de tão longe para nos passar informação e conhecimento tão rico;
- O tema FMB muito esclarecedor;
- Dedicção com o projeto e com os agentes;
- Bem estruturado o curso em relação ao tema;
- Todos os envolvimento com o tema, grande esclarecimento;
- A equipe muito boa;
- O envolvimento de todos os profissionais, as informações e dúvidas que foram esclarecidas;
- O tema educação foi maravilhoso para mim, tive a maior clareza sobre o assunto de FMB e os casos ocorridos no território;
- Essa dinâmica de trabalho foi ótima;
- Material didático muito bom;
- Empenho dos instrutores;
- Interação com os colegas;
- O projeto muito rico em informações e muito dinâmico;
- Dúvidas esclarecidas sobre FMB;
- Dúvidas sobre o tema da FMB;
- Esclarecimentos sobre os tipos de carrapatos e sobre a febre maculosa.

➤ **Pontos fracos:** transcrição dos apontamentos dos agentes.

- Só foi cansativo, por termos várias atribuições a serem cumpridas. E que nem todos participaram dessa oficina sendo que seria para todos porque trabalhamos todos igual;
- Esta oficina deveria ser feita para todas as equipes da unidade;
- Não tem pontos fracos.
- A falta de interesse de alguns colegas;

- Pouco cansativo por ser período integral;
- Falta de comunicação da chefia para os que não vieram.

➤ **Sugestões e comentários:**

- Gostei de participar deste evento;
- Adquirir conhecimentos sobre uma doença que não conhecia direito;
- Gostaria de agradecer, pois vieram nos proporcionar um curso maravilhoso;
- Só tenho a agradecer o comprometimento dos colegas de trabalho e da equipe muito profissional;
- Eu particularmente gostei muito de todas essas atividades;
- Acho que todo conhecimento é válido, gostei das oficinas pois as informações foram muito importantes para todos nós;
- Agradeço o desempenho e a forma de passar todo o conteúdo;
- Oficinas produtivas com conteúdo adequado para auxílio no trabalho do dia a dia;
- Gostei da oficina, foi esclarecido várias dúvidas sobre esta doença;
- Agradeço pelas oficinas;
- Que todos os departamentos possam ser envolvidos e outras endemias poderiam ser discutidas assim;
- Valeu muito. Manter todos os profissionais bem informados.

Observa-se que os apontamentos dos *pontos fortes* foram satisfatórios e indicaram interação, participação e satisfação dos agentes com as atividades e os temas propostos. Importante que perceberam e avaliaram positivamente o processo pedagógico, muitas expressões de satisfação e poucas manifestações contrárias. E, mesmo quando indicam os *pontos fracos*, na verdade pode ser considerado como positivo, pois expressa a expectativa de ampliar os trabalhos para outros profissionais, e ainda, quando se queixam do tempo, refere-se a ter maior disponibilidade de tempo para ficar nas oficinas o que também indica ser satisfatório, por demonstrar interesse. Ressalta-se que alguns profissionais participavam somente um período das oficinas, onde pode-se entender tratar-se desta situação. Em geral, as sugestões e os comentários apresentados nos formulários de avaliação tecem

elogios ao processo pedagógico sem apontamentos negativos. E novamente neste instrumento, surge sugestões de ampliação para outros grupos e abordagem de outros temas.

6.7 ANÁLISE COLETIVA DOS AGENTES SOBRE O PROCESSO

A - Reunião de análise do processo pedagógico (01/03/2018):

A reunião de análise coletiva com os agentes ocorreu na sala de apoio da UBS nove meses após as oficinas pedagógicas e 14 agentes estiveram presentes, e 3 profissionais do grupo de apoio ao projeto. Para o registro, a reunião foi filmada, fotografada e houveram anotações dos principais temas em painéis e fotos. Iniciada a reunião com as boas-vindas a todos e lembrando os nomes e as devidas apresentações. O grupo foi consultado sobre o que achavam do título do projeto e se haveria outra sugestão. “Agente aprende em prosa sobre Febre Maculosa.” Analisaram como adequado ao trabalho, alguns ACSs se manifestaram quanto ao título e avaliaram que este representava as características do trabalho, com oficinas pedagógicas. Mencionaram a lembrança da variedade de atividades de grupo, com discussões e opiniões.

B - Temas recordados pelos ACSs sobre as oficinas pedagógicas:

- A técnica do mapa falante que representou uma discussão sobre o território;
- A educação em saúde que traz informações sobre os diferentes tipos de processos pedagógicos como o tradicional e o participativo;
- A Febre Maculosa foi associada a doença do carrapato;
- Sobre a cadeia de transmissão da FMB, recordavam que ocorre no interior do estado a doença envolve a capivara e *reconhecem que é diferente da doença*

transmitida nas áreas da RMSP, onde há o envolvimento de animais domésticos, principalmente o envolvimento de cães errantes, e que há muitos animais nesta situação na região;

- Recordaram a construção de um documento, o plano de ação para mobilizar a todos da UBS sobre a FMB;
- Relataram que no momento, a doença da Febre Amarela cuja transmissão tem ocorrido no país de forma preocupante, também está na região, e isto tem tomado a atenção de todos. Tem sido o tema atual nas mídias e tem sido prioridade no município, dificultando qualquer outra atuação sobre outras doenças de controle de vetores.

C - Ações que os agentes recordaram ter desenvolvido sobre a FMB:

- Atividade de visita casa a casa informando sobre a FMB, uma ação de mutirão na semana de mobilização que ocorreu no município;
- Treinamento dos agentes pelo Centro de Zoonoses do Município;
- Informaram lembrar do relato de uma casa onde houve 2 óbitos antigos por FMB entre as residências visitadas;
- Relataram que nas visitas da ação casa a casa houve um diagnóstico de presença de muitos cães de rua, próximo as áreas de mata;
- Fizeram apontamentos sobre os encaminhamentos junto as equipes técnicas que geralmente não há retorno e gera desmotivação, desânimo e falta de interesse dos ACSs, percebem isto a respeito de vários temas.
- Fizeram a correlação entre o ambiente onde ocorre a Febre Amarela como sendo ambientes propícios para FMB devido as moradias serem próximas as áreas de mata;

- Informaram participar de um grupo na rede WhatsApp *sobre* FMB formado com os profissionais e técnicos que foram ao treinamento da área de zoonoses municipal.

D - Dificuldades apontadas pelos ACS para o desenvolvimento de ações:

- Expuseram a sobrecarga de trabalho foi uma situação várias vezes mencionada, inclusive informaram a saída de três ACSs da equipe sem que tenha ocorrido substituições destes profissionais na equipe;
- Informaram que as reuniões técnicas são feitas por equipe, sendo 5 equipes divididas por cores (vermelha, azul, verde, amarela) e relataram não ter ocorrido abordagem sobre o tema da FMB nas reuniões gerais de equipes;
- Analisaram ser relevante as reuniões gerais promovidas pela coordenação que envolvessem todas as equipes da UBS, porém queixaram não ter ocorrido reuniões gerais a algum tempo;
- Informaram a dificuldade de acesso no Jardim Telma devido à presença de cachorros errantes que não permitem o acesso a casa dos moradores. Relatam ser necessário aguardar um dos moradores estar presente no local para que os ACSs consigam adentrar na rua causando dificuldade na entrega de guias da UBS. Fato apresentado aos superiores sem retorno de encaminhamento;
- Relataram uma preocupação externa ao tema sobre a vacinação de Febre Amarela oferecida nas UBSs naquele momento. Mencionaram que alguns médicos de convênios particulares, tem dificultado o trabalho dos ACSs, pois alteram as informações repassadas, desqualificando a vacina fracionada. Uma demonstração de sentimento de fragilidade dos agentes em relação as atividades de orientação que executam.

E - Encaminhamentos deliberados em conjunto:

- Reconheceram a importância do tema sobre a FMB e avaliam importante a participação deles na semana de mobilização sobre a FMB na região, embora entendam que não possuem *poder de decisão* sobre esta deliberação para as discussões sobre o tema;
- Acreditaram ser necessário uma decisão política do gestor local para o desenvolvimento de um trabalho com o tema da FMB.
- Sugeriram a entrega de relatório sobre o Plano de Ação para ciência da gestora da UBS com pedido de ciência aos técnicos e outros agentes.
- Solicitaram o envio de mensagens por e-mail a um dos representantes do grupo para repassar o relatório das oficinas aos demais ACSs.
- Solicitaram informações sobre os outros encaminhamentos do projeto como, a finalização do projeto e a data de defesa, uma demonstração de interesse no acompanhamento deste trabalho.

F - Críticas ao processo:

- Relataram que uma das equipes de ACSs expressou o sentimento, após as ações do projeto, de que o grupo tenha sido prejudicado nas atividades das oficinas por ter ficado com a carga horária de participação inferior em relação aos demais colegas. Justificaram que devido as oficinas pedagógicas terem sido aplicadas nos mesmos dias em que a equipe estava responsável pelo acolhimento dos usuários na UBS isto afetou a participação;
- Os ACSs expuseram uma fragilidade do grupo, a de que sentiam insegurança para viabilizar as propostas do plano de ação. Expressaram a necessidade de apoio das lideranças e das chefias da unidade, sem poder de decisão para o incremento das ações de FMB na UBS.

- Expressaram que o plano de ação proposto talvez não fosse o suficiente para romper as barreiras de falta de informação dos demais profissionais da unidade e nem acreditavam que a proposta pudesse evitar a ocorrência de novos casos de óbitos na região.

G - Sugestões:

- Os agentes solicitaram a possibilidade de envolver outros profissionais da UBS com a temática, principalmente àqueles que atuam direta ou indiretamente no atendimento ao público;
- Expressaram a vontade de continuidade das ações de educação em saúde na unidade com a participação da equipe de pesquisa. Sugeriram o desenvolvimento de outros temas como: a guarda responsável de animais domésticos e o parasitismo humano por carrapatos.
- Sugeriram divulgar o processo educativo participativo para gestores, técnicos e outros profissionais; expressaram a relevância em manter informações atualizadas sobre o tema na região.
- Teceram comentários positivos sobre as abordagens participativas e expressaram interesse em garantir a continuidade das ações iniciadas no projeto;
- Enaltecem a metodologia das oficinas, expressando mais uma vez a necessidade de continuidade das oficinas com outros temas e outros grupos, mesmo após o encerramento do projeto.

H - Análise geral dos ACSs sobre o projeto:

Os ACSs expuseram algumas *fragilidades*: não se sentiam seguros para viabilizar as propostas; a necessidade de apoio das lideranças e chefias; o receio que o plano de ação para população não ser suficiente para romper as barreiras da falta

de informação; a necessidade de envolver todos os demais profissionais da UBS para evitar a ocorrência de novos casos de óbitos; não vislumbravam o a possibilidade de intervenção sobre a temática na unidade por falta de interesse dos gestores e falta de apoio das equipes técnicas. Expuseram expectativas positivas ou *potencialidades* como, o desejo de intervir na ocorrência da FMB reconhecendo a relevância da problemática; incentivaram a continuidade do processo participativo com outros temas; solicitaram novos encontros e oficinas que envolvesse outros profissionais; relataram preocupação e interesse em implantar o plano educativo para envolver a população na temática de FMB; demonstraram satisfação em ter conseguido cumprir com o objetivo de produzir um plano de ação; demonstraram envolvimento na construção de uma proposta contendo estratégias criativas e participativas, sob a ótica dos agentes; insistiam sobre a importância dos encaminhamentos junto aos gestores e técnicos da unidade; sugeriram ampliação das oficinas participativas com abordagem a outras problemáticas (referência em promover o mesmo trabalho de reflexão e encaminhamentos frente aos problemas não trabalhados); e a demonstraram interesse em participar de outros encontros para construção de um planejamento participativo, por várias vezes mencionado.

A seguir algumas frases gravadas da reunião de análise coletiva dos agentes:

“Eu tenho simplesmente que agradecer a vocês por terem vindo aqui trazendo um trabalho aprofundado sobre esta doença, não foi superficial como outros que tivemos, mas, o que fica muitas vezes é uma preocupação. Entendemos que há mais um problema sério pra encaminhar em nossa área e nem sempre conseguimos dar encaminhamento. Eu gostaria de continuar, mas veja, daí muda tudo aqui e as coisas ficam sem solução. Um trabalho desse e a gente não consegue nem pôr em prática. Infelizmente é assim.”

*"Vocês trouxeram muito conhecimento, mas houve pouco reconhecimento,
aqui na unidade."*

"Nós precisamos de um plano que tenha começo e fim"

"A falta de continuidade, desanima, sabe"

*"Eu fiquei muito feliz, gostaria que vocês voltassem para outros temas, discutidos
assim com essa alegria."*

6.8 FÓRUM TÉCNICO SOBRE FMB

Foi acertado com a gestora da UBS a importância de envolvimento dos profissionais da equipe técnica sobre a temática da FMB, uma vez que oferecem apoio às demandas sobre a doença na região. Assim, foi promovido um *"Fórum técnico sobre FMB na RMSP na UBS do Alvarenga"* que contou com a presença de especialistas convidados que promoveram debates sobre o tema sendo um deles sobre a vigilância epidemiológica da doença no âmbito do município de São Bernardo do Campo e Região Metropolitana de São Paulo e sobre outra abordagem de vigilância ambiental e os aspectos ecológicos da doença. Os temas foram os seguintes:

- Esclarecimento sobre o projeto de FMB em andamento na UBS que envolve a participação dos agentes;
- Exposição dialogada sobre a vigilância epidemiológica da FMB na RMSP com enfoque principal sobre as ocorrências de casos no município de São Bernardo do Campo (Vigilância Epidemiológica do Município de SBC);
- Exposição dialogada sobre a vigilância ambiental da FMB e os aspectos ecológicos da doença na RMSP (Pesquisador da Sucen).

O evento contou com a participação de 13 profissionais dentre estes estiveram presentes: médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e dentistas. A relevância desta interação foi positiva uma vez que a gestora demonstrou estar interessada no desenvolvimento do tema na unidade cujo evento pôde ampliar e contribuir com a proposta do projeto. Os agentes poderiam, desta forma, contar com o apoio técnico destes profissionais em momento posterior aos trabalhos das oficinas para conduzir os encaminhamentos sobre a FMB que viessem a surgir na UBS, além de sensibiliza-los a pôr em prática o plano de mobilização criado pelos ACSs.

7 PRODUTOS GERADOS

As oficinas pedagógicas geraram elementos que podem ser considerados produtos deste processo de ensino-aprendizagem promovido com os agentes comunitários. O principal fato que pôde ser ressaltado, foi a vivência dos agentes no processo de *planejamento participativo* envolvendo a temática da FMB na UBS. Este processo permitiu avaliações e análises sobre vários aspectos já apontados anteriormente, no entanto, vamos ressaltar alguns elementos que nominamos de produtos por entender tratar-se de situações que surgiram a partir deste processo de interação com os agentes.

7.1 Produto 1: *Plano de mobilização sobre a Febre Maculosa Brasileira na Unidade Básica de Saúde do Alvarenga.* Um planejamento educativo construído pelos próprios agentes, demonstrando a potencialidade deste processo em relação ao desempenho

e interesse dos profissionais na busca de soluções para a abordagem do tema junto à comunidade que atuam (QUADRO 4).

- **Local:** UBS, bairros, escolas e comércio.
- Responsáveis: equipe de ACSs e Técnicos
- **Atividades:**
 - Pautar as reuniões em equipe;
 - Definir as ações em agendas da equipe;
 - Promover discussão específica sobre planejamento;
 - Definir prioridades;
 - Promover discussões internas sobre os casos de FMB;
 - Mapear a área de transmissão;
 - Sensibilizar o grupo de profissionais do acolhimento;
 - Promover grupos de discussão;
 - Visitar as residências com orientação.
- Atividades direcionadas a divulgação e organização da ação:
 - Preparar boletins informativos para divulgação; Preparar palestras (sala de espera em período de mobilização);
 - Promover mutirões (visitas com orientações a comunidade);
 - Promover reuniões temáticas (diálogo com a população);
- **Materiais educativos:** filmes educativos, distribuição de panfletos, cartazes, banners, mensagens pelo site oficial (internet).
- **Conteúdos:** cuidados necessários com a doença; os sinais e sintomas da FMB; os cuidados com os animais de estimação e a guarda responsável de animais domésticos; e outros temas como o parasitismo por carrapato em locais próximos de mata.

7.2 Produto 2: *Evento destinado a equipe técnica. “Fórum técnico sobre FMB na RMSP na UBS do Alvarenga”* . Evento solicitado pela gestora da UBS e preparado para a equipe técnica da unidade com esclarecimentos e atualizações sobre o tema com objetivo de torna-los preparados para enfrentar a rotina das atividades da UBS com o suporte necessário sobre o tema da FMB. Foram abordadas estratégias com a finalidade de preparar a equipe para possíveis ocorrências de suspeitas na unidade. Este evento promoveu a sensibilização dos profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros da unidade como já relatado anteriormente, porém, há

registros recentes de atendimentos **a notificação de carrapatos na unidade** neste período. O que não acontecia até então nesta unidade. Há protocolo de atendimento e emissão de carta de retorno aos munícipes contendo informações sobre a espécie de carrapato encontrada e com orientações sobre os procedimentos que devem ser tomados em relação aos cuidados com parasitismo por carrapatos, seja em animais domésticos ou em pessoas. Esta ação demonstra a preocupação da equipe técnica na organização de um fluxo de informação e retorno à população que procura a unidade com pedido de informação (notificação) sobre carrapatos e a doença na localidade ao redor da UBS.

7.3 Produto 3: *"Participação dos ACSs da UBS na Semana de mobilização contra a Febre Maculosa Brasileira da RMSP."* Evento educativo promovido pela Secretaria Municipal de Saúde em setembro de 2017 com a participação da UBS do Alvarenga onde todos os agentes tiveram ampla atuação e desempenho. Promoveram visitas aos domicílios e ação educativa com os usuários no interior da unidade. Este evento ocorreu em data posterior a participação dos agentes nas oficinas pedagógicas. Houve registro da participação dos ACSs nas atividades propostas para semana de mobilização em toda região. Há registros de atividades educativas como a exposição de maquetes, mostruários de carrapatos, orientações aos usuários, distribuição de folhetos educativos sobre a doença, colocação de faixas na entrada da UBS. Houve registro da **participação dos agentes em atividade de visita casa a casa com orientação aos moradores** e entrega de folhetos. Os ACSs relatam a participação em palestra de orientação em período que antecedeu a semana de mobilização onde a equipe coordenadora do evento no município, relata ter recebido elogios pela participação dos agentes da UBS Alvarenga devido a interação e participação ativa na ação de mobilização. Os registros da reunião de análise coletiva com os ACSs permitiram identificar algumas declarações sobre este fato como segue:

"Foi incrível, eles falaram mesmo no microfone sobre a gente na reunião geral, que os Agentes do Alvarenga estavam de parabéns pela participação, tudo que eles perguntavam nós sabíamos responder, foi muito legal."

"Aquele reunião para todos os ACSs? Eu lembro e até chorei naquele dia."

"Quando a gente sabe é bom, o palestrante perguntava e só dava nós ali, e ficava todo mundo olhando... risos."

7.4 Produto 4: A reunião de análise coletiva dos ACSs houve o relato do registro da participação dos ACSs em um grupo na rede social do **WhatsApp sobre a temática de FMB**. O grupo foi formado por profissionais técnicos e os ACSs que estiveram presentes na reunião de orientação sobre a temática da FMB, promovido pela área de zoonoses municipal. Teve por finalidade manter todos os agentes envolvidos na ação de vigilância sobre a FMB no município. Os ACSs da UBS do Alvarenga relatam receber notificações e notícias sobre o tema, além de **manter uma rede de profissionais de apoio técnico** que pode ser acionada imediatamente para o esclarecimento de dúvidas e orientações sobre os procedimentos e encaminhamentos, em caso de casos suspeitos quando há parasitismo humano por carrapatos e sintomas da doença. Um movimento que pode ter sido um instrumento motivador para que os agentes atuassem como vigilantes da doença em suas áreas. Há relatos dos ACSs que registram esta questão como segue:

"Estamos agora conectados com os técnicos para saber sobre dúvidas da FMB."

"Estou o tempo todo com o grupo ativo para saber se tem alguma coisa na área."

"Tem informe quando acontece alguma suspeita, eu achei ótimo porque antes ninguém falava disso agora está preocupante mesmo."

7.5 Produto 5: *Solicitação dos ACSs em continuidade e amplitude ao processo.*

Destaca-se este fato por estar relacionado ao interesse dos agentes em discutir os encaminhamentos dos problemas junto a outros grupos de agentes e outros profissionais da UBS. Esta demanda demonstrou o interesse da equipe em dar continuidade e amplitude ao processo, ou seja, o fato dos ACSs terem dado ênfase sobre a necessidade de continuidade das atividades, remete ao possível fato de terem percebido uma oportunidade, diante do desfecho das oficinas, em viabilizar suas necessidades e reivindicações junto aos gestores da UBS, uma vez que demonstraram interesse em acompanhar os encaminhamentos dos problemas relacionados ao processo de trabalho e outros não abordados ao final das oficinas pedagógicas. O interesse em formatar outros momentos com a metodologia das oficinas para discussão de outros temas, inclusive sobre a organização de suas atividades, de certa forma, destaca a motivação causada. Relataram o interesse em viabilizar os encaminhamentos dos problemas. Podendo ser considerado como uma influência satisfatória da vivência no processo, e por terem pleiteado, participar de outras oportunidades de planejamento. Fato este que demonstrou que o processo proporcionado provocou a **sensibilização dos agentes quanto ao processo pedagógico vivenciado, e um sentimento de interesse foi despertado**. As oficinas já haviam demonstrado uma interação do grupo e uma preocupação com as questões que envolvem a unidade, **e provocaram interesse pela continuidade do processo**, principalmente para viabilizar as deliberações sobre os entraves levantados sobre o processo de trabalho. Bem como a indicação de abordagem de outros temas nesta metodologia, conforme já apresentado nos registros da reunião de análise coletiva.

8 DISCUSSÃO

Este estudo vislumbrou contribuir para a formulação de um modelo de planejamento educativo participativo, que pudesse subsidiar as diretrizes técnicas de educação em saúde descritas no componente educativo do programa de vigilância sobre a Febre Maculosa Brasileira, para que fosse pautado por um modelo pedagógico participativo, reflexivo e interativo, que tivesse por finalidade, ser um instrumento de envolvimento de profissionais de saúde e da população em geral com o tema.

A temática que norteou todo esse processo foi a Febre Maculosa Brasileira, por motivo da alta letalidade desta doença, principalmente devido ao diagnóstico e tratamento tardio. Segundo PINTER, et al (2016), há necessidade de conhecer e identificar os determinantes epidemiológicos da FMB na RMSP como: estar em área conhecida de transmissão; ter estado em presença de vegetação; a exposição aos vetores; ter o relato de parasitismo por carrapato, ou contato com seus hospedeiros. Estes elementos são relevantes para que ocorra a decisão rápida de suspeita de FMB e o início de tratamento imediato.

Estudos demonstram que os animais domésticos como cães ou gatos estão sempre presentes nas residências onde os casos de FMB ocorreram, demonstrando um envolvimento importante destes animais na cadeia de transmissão da doença na RMSP, pois carregam os carrapatos infectados para dentro das moradias, afetando os humanos, e desta forma, caracterizam grande parte dos óbitos por FMB na RMSP (PINTER e LABRUNA, 2006 in SCINACHI et al, 2017).

Neste sentido, é de grande relevância que o parasitismo humano por carrapatos possa ser rapidamente notificado em áreas de transmissão da doença, onde a

população deve ser estimulada a agir prontamente em busca de apoio dos serviços de saúde. Para isto, os profissionais de saúde precisam estar informados sobre a problemática, e capacitados para dar o encaminhamento e o apoio necessário aos usuários, conduzindo adequadamente a questão juntos às equipes de enfermagem das unidades de saúde destas áreas.

Associado a isto, PINTER, et al (2016) reforçam a importância das equipes médicas, estarem sob alerta em áreas de transmissão da FMB, e informados sobre a necessidade imediata de tratamento aos casos suspeitos da doença. A informação sobre o parasitismo humano por carrapato em áreas de transmissão (onde geralmente há desfechos por óbitos), pode ajudar a evitar outros casos da doença a partir de informações simples, passíveis de serem investigadas junto ao usuário e isto precisa ser estimulado nestas regiões.

Este estudo procurou levar a um grupo de agentes comunitários de saúde (ACSs) a oportunidade de uma vivência de um processo educativo participativo como proposto por FREIRE (2003) e teve a finalidade de analisar os vários aspectos desse processo. Ao se tratar de áreas de transmissão, os ACSs devem estar preparados para buscar alternativas de solução na rotina de atuação, em conjunto com a população, visando evitar óbitos por uma doença que é passível de tratamento.

Segundo FREIRE (2003), ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para a sua produção ou construção. Neste contexto, as oficinas pedagógicas proporcionadas aos agentes foram momentos para que estes profissionais pudessem agir de maneira independente, e passassem a ser proativos diante dos riscos de novos casos da FMB na localidade onde atuam.

Este processo foi respaldado pela linha de pesquisa participante, abordada por muitos autores como DEMO (1985); ARGUMEDO (1985); BRANDÃO (1988); WALLERSTEIN (1992); WALLERSTEIN e DURAN (2010); CYRINO (2004); THIOLENT (2005 e 2012); LIST (2006); MARIN,2010; JACOBI (2012); SOBRAL e CAMPOS (2012); TOLEDO e GATTI (2014); TOLEDO et al (2014).

E mais especificamente a partir da pesquisa-ação que segundo THIOLENT (2012), encontra respaldo em várias teorias como a teoria crítica, existencialismo, a fenomenologia, o construtivismo social entre outras, todas estas derivadas de várias filosofias que dão sentido ao uso de métodos e procedimentos em contexto de pesquisa aplicada, não significando ecletismo, mas numa tentativa de complementariedade entre pontos de vista teórico e prático.

E segundo TOLEDO e JACOBI (2012), diante da gravidade e da complexidade das incertezas relacionadas aos inúmeros problemas da atualidade envolvendo as temáticas de saúde e socioambientais, as pesquisas participativas, com destaque a pesquisa-ação, revela-se como um eficaz método de investigação para melhor compreender os problemas e envolver grupos sociais na busca de soluções desses problemas de forma articulada entre teoria e prática e a produção de novos saberes.

Diante ao fato dos programas de saúde oferecerem poucos subsídios para a formação de profissionais numa lógica da educação transformadora, este estudo se posicionou, no sentido de possibilitar uma lógica de qualificação diferenciada daquelas geralmente oferecidas pelos serviços e propôs observar e analisar os produtos gerados neste processo, que envolveu um grupo de ACS de uma UBS em uma área de transmissão para FMB.

A educação em saúde que tem em FREIRE a inspiração, põem em constante conflito os profissionais que atuam nessa área e em toda comunidade científica, pois apesar do entendimento desta lógica emancipadora, ainda hoje são valorizados e implementados de forma compulsória alguns métodos pedagógicos higienistas pelos governos diante dos programas de saúde (GADOTTI, 2000).

No entanto, segundo LABATTE (1994), para ser um educador é preciso entender a existência das relações entre educação e sociedade no sentido de que toda teoria da educação contém uma visão de mundo e de sociedade, ou ainda, traz embutido uma ideologia.

Para proporcionar um processo diferenciado, no sentido de ser transformador, foi preciso oferecer uma diversidade de técnicas pedagógicas para que os agentes refletissem sobre os diferentes aspectos da educação, para assim como exposto por LABATTE (1994) pudessem verificar as diferentes posturas sociais implícita àquele processo, no sentido de distingui-lo dos métodos tradicionais. Estimulando para que os ACSs pudessem reconhecê-lo.

E, a partir da reflexão sobre estas diferentes formas de acolhimento, de inserções temáticas e das abordagens, para que se apropriassem deste processo de aprendizado que lhes permitiam, participar, avaliar e discutir conjuntamente. Para que pudessem assim se envolver, no sentido de alimentar seus anseios de participar do planejamento de suas próprias ações, para promover um plano de ação e viabilizar uma construção conjunta.

Segundo GADOTTI (2000), tanto a educação tradicional como a libertadora, ou problematizadora, têm uma concepção da educação enquanto um processo de

desenvolvimento individual. No entanto, o ponto original para entender educação em novos tempos é a mudança de enfoque do individual para o social e do aspecto político para o ideológico.

Alguns *ensaios* sobre ações educativas participativas foram iniciados, a partir do plano educativo proposto pelos ACSs, a exemplo da sugestão de implantar grupos de discussão sobre a temática da FMB com a comunidade; e a proposição de reuniões com a finalidade de sensibilizar os demais profissionais da UBS. Estes elementos sinalizaram que houve alguma iniciativa para a construção de um processo diferenciado. As atividades propostas nas oficinas buscavam com que os ACSs de pôr em prática educativa, produto da construção conjunta da equipe, de envolver a comunidade local na temática proposta, porém poderia ter sido desenhada com as mesmas estratégias pedagógicas das quais os ACSs estavam vivenciando, com espaços de diálogo, reflexão, participação e ação. Contudo, pouco pode-se observar neste sentido.

Desta forma, a abordagem de atuação educativa transformadora e crítica, geradora de melhoria das condições de vida descritas por FREIRE (2003), embora presente no discurso dos ACSs, ainda favorece a ação em detrimento da reflexão, pois vale dizer que é comum os esforços estarem centrados em promover momentos de caráter corretivo, ao invés de preventivo.

É evidente, que se não houver uma preocupação com as abordagens pedagógicas que se propõem a agir a partir de reflexões críticas, pouco se poderá caminhar na formação de uma sociedade saudável.

Segundo estudos de SOBRAL e CAMPOS (2012), os trabalhos levantados sobre a utilização de metodologias ativas no ensino e assistência da área de enfermagem, demonstrou que predominam as experiências de metodologia ativa aplicadas isoladamente em algumas disciplinas. Experiências que são motivadas por interesses pessoais e, raramente, institucionais. Os docentes-enfermeiros são os que mais se empenham na aplicação de inovações pedagógicas. Dificuldades como a falta de apoio das esferas governamentais e instituições formadoras, os serviços de saúde e ensino inviabilizam mudanças radicais no processo pedagógico, obrigando o pesquisador ou professor a adaptar a metodologia ativa aos recursos disponíveis na sua realidade de trabalho.

Conforme anteriormente mencionado por SOBRAL e CAMPOS (2012), a descontinuidade das ações educativas, pode-se atribuir, possivelmente, a falta de apoio e interesse das instâncias superiores. Neste caso, a não implementação do plano de mobilização construído pelos ACSs, pode-se atribuir a falta de escuta institucional, pois não houveram grandes avanços na implementação de ações educativas que visassem novos caminhos, ao contrário o processo pode ter sido desarticulado, mesmo que de forma não intencional. A descontinuidade da proposta às poucas iniciativas construídas pelos ACSs, pode desconstruir o processo de articulação e alimentar um sentimento de desmotivação e desinteresse dos profissionais.

Porém, segundo GADOTTI (2000) não mais tem sido suficiente proporcionar processos pedagógicos que promovam a autonomia dos indivíduos, em processos isolados. Há necessidade desta conquista ser ampliada para que haja uma real modificação das situações de conflito ou risco e que necessitam, não mais de

soluções individualizadas, como geralmente vem sendo abordados, porém são necessários processos amplos e de convicções ideologicamente coletivas.

Desta forma, é necessário refletir sobre o impacto que estes processos podem causar quando, apesar da interação do grupo, a sensibilização do tema, a motivação para a ação, tudo ficar estagnado em função da falta de compromisso e viabilidade política da proposta.

Segundo MENEZEZ (2001), a educação institucional, um formato de educação que defende uma crítica às instituições de ensino existentes, entende ser necessário ultrapassar os muros da escola, diversificar o papel dos professores e facilitadores e atribuir importância ao processo educativo como recurso às metodologias de análise política e de intervenção social.

Na prática, podemos dizer que essa pedagogia busca transformar conflitos em situações de aprendizagem em que o novo e diferente pode também ser motivo de enriquecimento para o grupo. E este potencial de participação e interação nas oficinas pedagógicas puderam oferecer aos ACSs um desvelar do que seria um processo educativo participativo.

Segundo TOLEDO et al (2014), o dinamismo metodológico da pesquisa-ação contribui para que diferentes rumos sejam tomados no decorrer de um processo, de acordo com demandas surgidas, e reconhecidas pelo caráter participativo. Ou seja, quanto maior a interação dos indivíduos, mais facilmente serão identificadas novas necessidades práticas e/ou cognitivas. Isto porque o processo de interação é dinâmico sendo possível perceber aspectos que delineiam uma retroalimentação deste processo. A utilização de vários instrumentos de forma combinada, favorece a participação e a adequação.

Os diferentes instrumentos de pesquisa e intervenção promoveram discussão, reflexão e construção, e forneceram respostas às indagações dos ACSs, sujeitos da problemática investigada, o que, por sua vez, segundo TOLEDO et al (2014) estes instrumentos podem ter contribuído tanto para estimular a participação quanto para adequações necessárias ao processo cíclico de planejamento-ação-interpretação. E isto, de fato pôde ser percebido, pois os ACSs tiveram a oportunidade de conhecer uma problemática de saúde de relevância para aquela região, de refletir sobre a forma de como levar esta informação a comunidade, e ainda, de construir um planejamento de para mobilizar outros colegas e a população local.

Promover processos educativos transformadores requer assumir novos conceitos e admitir novos instrumentos pedagógicos. O método de pesquisa-ação mostrou-se extremamente adequado para a interação junto ao grupo de ACSs que participaram desta pesquisa. Um modelo de investigação que estimulou o interesse por busca de soluções a lista de problemas levantados, gerando nos profissionais um sentimento de pertencimento a proposta de planejamento de suas próprias ações.

As dificuldades impostas pelos programas de saúde impondo de forma compulsória as ações educativas a serem implementadas, sem dialogo, dificultam a transposição para processos pedagógicos participativos que visam mudar esta lógica, quebrar paradigmas e enfrentar barreiras impostas pelo modelo já enraizado na sociedade. Pode-se afirmar que novos saberes foram agregados ao processo de construção do plano de ação educativo participativo produzido pelos próprios agentes. Demonstrando ser possível mesmo com pequenos avanços, deixar alguma contribuição para a pratica dos profissionais que ficam à frente das ações.

Segundo CYRINO e TORALLES-PEREIRA (2004), há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde. O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

Os resultados dos estudos de CYRINO e TORALLES-PEREIRA (2004); MARIN et al (2010); GIGANTE e CAMPOS (2016); se assemelham ao analisarem as possibilidades e os limites de estudos baseados na aprendizagem baseada em problemas. Os autores abordam que estas modalidades de ensino podem representar um movimento relevante no contexto da educação na área da saúde, favorecendo as mudanças necessárias à implementação dos princípios do SUS. Mesmo assim, revelam preocupações com a delimitação dos saberes a serem construídos, que por envolver caminhos ainda incipientes para educandos e educadores, pode representar um empecilho na sua construção.

Mesmo considerando que o uso de metodologias problematizadoras, pode ser um caminho viável no contexto atual, também revelam que deve haver constante empenho na revisão dos processos, de forma a confrontar fortalezas e fragilidades, com vistas a seu aperfeiçoamento. Discorrem sobre as potencialidades e limitações na aplicação de metodologia problematizadora e reconhecem que ela pode auxiliar a superar os problemas existentes na área da saúde, ambiente e da educação.

GIGANTE E CAMPOS (2016), ao abordarem o tema sobre a *"Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)"*, enfatizam dizer se tratar de uma normatização nacional sobre a formação de profissionais de saúde que declara *"a necessidade de alteração da ordem metodológica nos processos de formação em saúde"*. Ao explicitarem os princípios pedagógicos desta política, como: a aprendizagem significativa; o processo de aprender a aprender; e a eleição dos problemas do cotidiano como fonte de aprendizagem, os autores refletem sobre a presença da lógica das metodologias de ensino-aprendizagem, pautadas por referenciais pedagógicos inovadores e necessários para as mudanças do indivíduo visando práticas integradoras e democráticas.

No entanto, um dos grandes desafios para se modificar as estruturas pedagógicas tradicionais, é a necessidade de mudanças significativas no sentido da transformação destas estruturas, este processo não acontece de um momento para outro, é necessário um amplo investimento em processos pedagógicos diferenciados. Alguns momentos pedagógicos diferenciados podem ser relevantes no sentido de despertar nos indivíduos uma outra forma de agir e pensar sobre o processo educativo, porém se não houver um investimento profundo neste percurso, não será possível alcançar o processo almejado de transformação, que tem um longo caminho a percorrer.

O processo de pesquisa-ação foi concebido como estratégia metodológica deste estudo, apoiado por um conjunto de métodos e técnicas que puderam servir para a execução das ações utilizadas até o momento do planejamento das ações, assegurando a participação dos ACSs que foram envolvidos, gerou novos conhecimentos de acordo com a busca de soluções adequadas as situações que se apresentavam no conjunto de problemas levantados. Ao passarem por um processo de construção participativa, foi possível observar algumas alterações como a

interação entre os profissionais em produzirem um trabalho em conjunto; mudanças de posturas com relação ao entendimento do que é “educação tradicional ou educação problematizadora” , absorvendo novos conceitos sobre o processo educativo, porém com dificuldades para colocá-lo em prática.

A pesquisa-ação contribuiu para identificar problemas e encontrar caminhos e a busca de soluções e neste trabalho pudemos identifica-los em todo o percurso, uma variedade de contribuições dos atores envolvidos na busca de soluções, e como mencionado por THIOLENT (2012), nestes processos qualquer avanço pode ser avaliado como positivo. Houve diferentes níveis de reflexão e comprometimento dos atores no intuito de avançar diante da situação problema, o que também foi possível observar nos produtos apresentados por este estudo.

A vivência neste processo permitiu que os atores envolvidos compartilhassem de todos os passos da ação, desde a reflexão sobre o tema, a análise e o planejamento, da ação. O processo pedagógico estruturado permitiu o melhor acompanhamento das ações, ampliou a possibilidade de análises dos seus resultados, permitiu ajustes de instrumentos e técnicas com a finalidade de adequá-los aos objetivos almejados. E, o mais importante, possibilitou conquistar e sensibilizar os indivíduos envolvidos, no sentido de torna-los corresponsáveis pelo processo educativo da Unidade de Saúde na área onde atuam, situação alinhada à proposta da educação participativa a partir do método de pesquisa-ação.

TOLEDO e JACOBI (2012), sugerem a viabilidade da pesquisa-ação em processos educativos focados na temática ambiental e de saúde, como um caminho para fortalecer uma sociedade sustentável, a medida em que se desenvolvam práticas educativas pautadas pelo paradigma da complexidade, e que aportem nos espaços

pedagógicas atitudes reflexivas em torno das problemáticas. Visando a formação de novas mentalidades, conhecimentos, valores e comportamentos.

Diante do exposto, investir no processo de construção coletiva como o proposto aos ACSs da UBS do Alvarenga a partir da metodologia da pesquisa-ação, que proporcionou um espaço contínuo de construção coletiva, e ainda ao final, desencadeou um produto concreto, "*o plano educativo de mobilização sobre a Febre Maculosa na UBS do Alvarenga*", este método proporcionou aos ACSs a oportunidade de fazerem uso dos espaços das oficinas pedagógicas, as quais utilizaram, não somente para esta finalidade, de construção do plano educativo, mas também como um espaço de construção e reflexão conjunta sobre vários aspectos da rotina de trabalho destes profissionais.

TOLEDO e JACOBI (2012) apresentam as potencialidades do método da pesquisa-ação, em promover um processo de aprendizagem reflexivo em torno das temáticas socioambientais e de saúde, criando oportunidades que possibilite o real envolvimento dos indivíduos em relação ao diálogo que favoreça uma percepção da diversidade de opiniões e visões de mundo; a mediação de interesses individuais e coletivos; a possibilidade de ampliação de repertórios, que aumentem a capacidade dos indivíduos de contextualizar e refletir.

As concepções de pesquisa participante e pesquisa-ação, orientaram o diagnóstico, a seleção das técnicas e as discussões deste estudo. Esta metodologia permitiu a compreensão dos processos educativos, tanto para a temática ambiental como para a saúde, a investigação privilegiou a mensuração de procedimentos, a percepção de movimentos, estruturas, e ação dos ACSs e suas relações, para que estes aspectos

fossem direcionados na busca de soluções capazes de contribuir para evitar novos óbitos por FMB na região.

O processo de pesquisa-ação vivenciado pelos ACSs promoveu uma oportunidade de aprendizagem que os levaram a uma produção conjunta: um plano de ação educativa para a comunidade, e o incremento das atividades educativas na proposta de intervenção. Houveram outras potencialidades, como o reconhecimento da necessidade de atuação nas áreas de transmissão da FMB e o relato de manter-se em alerta sobre o tema.

O conhecimento, segundo FREIRE (2003), advém da reflexão crítica sobre esta realidade, construindo e se posicionando enquanto cidadão. Assim, não permitindo relações verticais entre educador e educando. PAULO FREIRE, deixou marcas na concepção do processo de ensino-aprendizagem como um processo dialógico e problematizador, que se impõe a partir da realidade vivenciada.

Inevitável perceber que a transferência de conhecimentos e transformações de hábitos que marcaram o pensamento verticalizado da educação sanitária dos séculos passados ainda estão presentes nos dias de hoje, e por um tempo estarão. Porém há de se insistir em promover a consciência de indivíduos com autonomia para agir, porém que seja um novo processo, o de educar para alcançar mudanças e posturas coletivas. Para este objetivo só há um caminho, aquele que permite a construção de um processo despido de preconceito, porém aplicado com seriedade e dedicação.

Conforme LIST (2006), são necessárias posturas proativas que confrontem a falta de políticas públicas, a falta de militância, ao assistencialismo e ao paternalismo. E para superar estes obstáculos são necessários estímulos à mobilização e ao

empoderamento dos atores sociais para que se apropriem do conhecimento e se apoiem em estudos científicos. Desta forma, haverá possibilidade de proteção das situações de risco; mobilizando o indivíduo a fim de forçar a implementação de infraestruturas e políticas públicas necessárias para atuarem diante de medidas de mitigação do risco; eliminação e redução de disparidades de saúde.

Contribuem com este contexto, vários autores que abordam a necessidade de promover movimentos indispensáveis para consolidação do processo de participação popular para que os indivíduos busquem autonomia de atuação. E, a partir da mobilização social é necessário fornecer recursos e criar condições, não só para que se estabeleçam, mas para que seja um processo contínuo, elevando a autoestima e a confiança dos atores sociais em sua capacidade de transformar a realidade, não somente capacitando esses indivíduos, como atores sociais, mas também para que estes indivíduos possam produzir e apropriar-se de novos conhecimentos, valores e habilidades que assegurem o desenvolvimento da autonomia para abordar a solução de problemas complexos, como as questões que envolvem saúde e ambiente (WALLERSTEIN,1992; WESTPHAL,2006; LIST,2006; WALLERSTEIN e DURAN, 2010; TOLEDO et al (2014) e TOLEDO e GIATTI (2014).

GIGANTE E CAMPOS (2016) apontaram uma preocupação legítima, sobre os processos educativos de que geralmente estão imersos em contextos complexos, com práticas gestoras e de cuidado nem sempre inclusivas e democráticas. E afirmam que as instituições ainda não superaram os modelos tradicionais e permanece a lógica da racionalidade gerencial hegemônica, *desenvolver práticas educativas promotoras de autonomia e inclusão do sujeito torna-se um desafio*. Segundo os autores, ao se considerar o desenvolvimento dos processos educativos, vale enfatizar a importância de se investir em pesquisas de acompanhamento,

implantação/implementação de atividades educativas na lógica proposta pela *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)*, em vigor no país, verificando como as instituições que se propõem a esse desafio têm enfrentado os obstáculos pertinentes ao processo de transformação.

Para LEMOS (2016), se não houver uma *direção política* para uma mudança efetiva da sociedade, corre-se o risco dos trabalhadores da saúde e usuários mobilizar-se para mudanças circunstanciais ao trabalho, ou às demandas locais, sem se considerar a luta mais ampla de transformação, não só dos serviços como da sociedade. Ainda para a autora, a luta deve se dar não apenas no cotidiano, mas nos espaços políticos, nas articulações coletivas que fortaleçam o movimento da reforma sanitária e a concretização do Sistema Único de Saúde.

Sem a intenção de aprofundar as discussões sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que fogem ao escopo deste trabalho, e foram melhor analisadas por GIGANTE e CAMPOS (2016) e LEMOS (2016), no entanto, não foi possível descartar as reflexões que estes autores trouxeram sobre os processos educativos que veem ocorrendo no país na atualidade, e que visam a formação de profissionais que carecem de acompanhamento e análise. Os autores permitiram observar que será a partir desta política, instaurada nos serviços de saúde, que dependerá a formação dos profissionais de saúde, com uma perspectiva humanista, integradora das dimensões pessoal, social e profissional, com competências éticas, políticas e técnicas, capacidade crítica e sensibilidade para pensarem as questões da vida e da sociedade e para atuarem em contextos de incerteza e complexidade, e que sejam capazes de abordar o processo saúde-doença de maneira ampliada.

Contudo, para WALLERSTEIN (1992), a participação não pode simplesmente restringir-se a divulgar ou democratizar a informação, ou até mesmo a comunidade. Exige a estimulação de uma postura “proativa” por parte dos atores sociais em relação à tomada de decisão, bem como o constante acompanhamento e avaliação dos processos de participação.

Desta forma, este estudo que foi desencadeado a partir da inquietação da pesquisadora com relação à própria prática, julgando que o mesmo serviria para apresentar elementos que permitissem a reflexão sobre o desenvolvimento pessoal e profissional, propiciando a compreensão dos fundamentos do método da pesquisa-ação, apoiado pelas diversas técnicas pedagógicas, como o planejamento estratégico, que colaborou desde o levantamento até a sistematização dos problemas levantados. Pode-se dizer que a aplicação de todo esse arcabouço pedagógico participativo junto aos ACSs de uma UBS em área de transmissão, foram inusitados e construtivos para a abordagem sobre este tema sendo recomendado para experiência com outros temas.

Tanto a mobilização do grupo de ACSs, como a produção de novos conhecimentos, foram processos que exigiram tanto sobre a questão que acabaram por resultar em aprendizagem interativa e fortalecimento desta equipe para atuarem junto à comunidade. Ao final este processo, permitiu a construção de um material que pôde colaborar para que os próprios ACSs possam “caminhar” sem ajuda, com autonomia de forma “proativa”, mesmo com políticas públicas descontinuadas, porque o crescimento individual e do grupo não podem ser apagados.

Ao entrarem em contato com os resultados apresentados, a direção da unidade, poderá, por sua vez, utilizá-los como ferramenta para reflexão sobre o processo

atualmente aplicado, e que ainda servirá para novos pesquisadores que vierem a se interessar pela utilização do método da pesquisa-ação e das diferentes técnicas pedagógicas participativas utilizadas neste processo.

9 CONCLUSÃO

Foi possível implementar e analisar uma intervenção educativa participativa em saúde e ambiente com a equipe de agentes comunitários de saúde da unidade básica do bairro do Alvarenga, uma área considerada de transmissão da Febre Maculosa Brasileira. Houve a produção de novos saberes para o enfrentamento da doença na região que pôde ser observada a partir das análises das diferentes técnicas aplicadas nas oficinas pedagógicas, pelas avaliações individuais dos agentes, da análise coletiva feita pelos próprios profissionais, e pelos produtos que surgiram deste processo.

As problemáticas socioambientais e de saúde na localidade de estudo puderam ser identificadas sob a ótica dos agentes desde a primeira oficina pedagógica, quando houve a participação na produção dos painéis do “Mapa Falante” técnica que estimulou o diagnóstico situacional, onde os agentes conseguiram levantar e expor com muitos detalhes os aspectos sócio ambientais e de saúde das localidades onde atuam segundo a compreensão que tinham sobre estes espaços.

Houve a possibilidade de discutir e refletir amplamente a temática de Febre Maculosa Brasileira e as ocorrências de casos na região de abrangência da UBS. Os agentes se manifestaram com surpresa sobre o fato de existirem registros de ocorrências de óbitos naquele bairro, inclusive de usuários que tenham passado pela unidade. Um amplo e aprofundado esclarecimento foi proporcionado aos ACSs quando da

abordagem da temática da FMB, inclusive com a entrevista de uma especialista sobre o tema com especificidade para região.

Os Agentes da UBS do Alvarenga relataram a importância do tema em vários momentos das oficinas pedagógicas conforme abordagem apresentada nos resultados e nos produtos gerados pelo processo pedagógico vivenciado pelos agentes. Foi possível constatar que continuam sob alerta quando relatam a participação recente em grupo de rede social que discute o tema mantendo-os informados e atualizados, e ainda, podem acionar as equipes técnicas rapidamente para o esclarecimento de dúvidas e orientações quando necessário.

Neste sentido ainda, podemos mencionar que houve a ampliação do potencial educativo destes profissionais, já relatado o interesse, a participação e o acompanhamento do tema, podemos dizer que se tornaram vigilantes da FMB junto a localidade que atuam. A Febre Maculosa Brasileira não é mais um tema desconhecido para estes profissionais. Identificam as duas diferentes áreas de transmissão distintas no Estado a do interior e da RMSP com características epidemiológicas específicas.

Houve, de fato, a construção de uma proposta educativa com o grupo de agentes relacionada a vigilância da FMB, para a população local e usuários da UBS, a partir da produção de um plano de ação para a mobilização sobre a Febre Maculosa Brasileira na Unidade Básica de Saúde do Alvarenga. Um documento produzido pelos próprios ACSs a partir de discussões e dos trabalhos dos grupos proporcionados pelas oficinas pedagógicas. E, formalizada a entrega de um relatório para a gestora da unidade com a finalidade de dar visibilidade a proposta construída com objetivo de implementar as ações sobre o tema na unidade e junto à comunidade local.

O plano de ação construído para ser aplicado na população local e para os usuários da UBS apresenta uma variedade de propostas educativas, porém ainda é possível perceber a dificuldade de se abordar o tema a partir da aplicação de técnicas participativas. É possível verificar na descrição das ações, que ainda se trata de uma abordagem que não discute a temática com a população. De maneira geral as técnicas são informativas, como: folhetos, vídeos, boletins e palestras. No entanto, não descrevem a metodologia proposta para as reuniões; os trabalhos de grupos de discussão; e para as visitas. É possível que estes momentos possam ser entendidos como espaços de diálogo e reflexão com a comunidade.

Houveram vários momentos de avaliação e análise sobre o processo pedagógico vivenciado com os agentes, descritos anteriormente e destacados novamente, a exemplo da transcrição das avaliações individuais a qual cada participante pôde expor sua opinião do processo vivenciado. As pontuações foram altas e os apontamentos dos *pontos fortes* foram muito satisfatórios e indicaram boa interação, participação e satisfação dos agentes com as atividades e os temas propostos. E, mesmo quando indicavam os *pontos fracos*, na verdade pode ser considerado como positivo, pois expressavam a expectativa de ampliar os trabalhos para outros profissionais, e quando se queixam do tempo, referem-se a ter maior disponibilidade de tempo para as atividades, indicando satisfação e interesse. Em geral, as sugestões e os comentários apresentados teceram elogios ao processo pedagógico sem apontamentos negativos.

A técnica da observação participante descrita na metodologia serviu a várias fases deste estudo, inclusive nas visitas feitas à UBS sem agendamento, cujos momentos ocorreram com o objetivo principal de observar e relatar as práticas educativas dos agentes de saúde após a intervenção educativa. Há de se ressaltar que apesar de

todo o empenho, atenção e participação demonstrado pelos ACS que participaram das oficinas, foi possível verificar que nos momentos específicos de datas comemorativas, específicas sobre o tema da FMB, como a Semana de Mobilização proposta pelas equipes técnicas do Centro de Controle de Zoonoses e da Vigilância epidemiológica do município, onde puderam ser destacadas a participação dos agentes na abordagem sobre a temática de forma intensa. Neste evento, atuaram na exposição de maquetes; distribuição de folhetos na UBS; e promoveram visitas com orientação sobre a temática na comunidade local.

No entanto, na reunião de análise coletiva, foi abordado o fato de que havia a necessidade de envolvimento da equipe técnica e de outras equipes de agentes vinculados a UBS, que não participaram do estudo. As solicitações de ampliação do processo foram recorrentes no sentido de que a partir do envolvimento ampliado haveria maior possibilidade para que o plano de mobilização proposto pudesse ser efetivado, pois reconheceram a importância do tema sobre a FMB e enalteceram a importância de participação dos ACSs na semana de mobilização de FMB, embora tenham exposto que sentiam insegurança para viabilizar as propostas do plano de ação. Expressaram a necessidade de apoio das lideranças e das chefias da unidade, para o incremento das ações de FMB na UBS.

Nos momentos de observações foi possível verificar que não houveram alterações significativas sobre a abordagem do tema na UBS do Alvarenga após a aplicação deste estudo, no entanto, foi possível reconhecer algumas alterações de posturas na UBS, diante do fato de que em caso de se perguntar sobre a temática na portaria da unidade, ou aos profissionais do atendimento sobre algumas orientações da doença, imediatamente foi indicado um técnico para falar sobre o tema. Embora isso não retrate exatamente uma mudança de postura, mas foi um indicativo da preocupação

sobre a doença. Ao tratar-se de uma unidade com registro de óbito de paciente cujo atendimento fora feito na unidade, havia a expectativa de encontrar alguma informação para os usuários de fácil acesso.

Porém, após alguns meses passados da data comemorativa da semana de mobilização sobre o tema, não havia nenhuma faixa, cartaz, ou folheto, ou qualquer outro instrumento informativo, sobre a doença na unidade. Não haviam informações sobre o tema nos vários quadros de aviso da UBS. Neste contexto, é possível afirmar que este estudo possa ter trazido algum conhecimento sobre o tema para os profissionais da UBS, mas que estavam restritos aos ACSs que participaram das oficinas e da equipe de técnicos que participaram do evento de atualização do tema.

A intenção foi executar uma proposta pedagógica participativa e transformadora que contribuísse para promover uma atuação proativa dos agentes de saúde sobre o tema, e conseqüentemente, manter mobilizada a população residente nestas áreas conhecidas de transmissão da FMB. Uma estratégia que pode evitar óbitos por esta doença, uma vez considerada uma ação de alta resolutividade, em relação a doença em regiões de transmissão.

Pode-se considerar que os objetivos foram alcançados no aspecto de preparação dos ACSs nesta localidade, as atividades educativas sobre o tema devem rotineiramente continuar a ser estimuladas em razão de tratar-se de uma da doença de alta letalidade.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano se estabelece em áreas próximas a vegetação natural, e o animal doméstico em convívio com esse ambiente, pode ser acometido pelo parasitismo por carrapatos, e assim, carregar o risco de contrair doenças para as residências afetando crianças, idosos ou até mesmo toda a família. Todos os indivíduos desta localidade precisam estar preparados para este enfrentamento, com responsabilidade sobre os animais e informação sobre a doença. Esta é a preocupação com as comunidades que vivem próximas as áreas de mata na RMSP que podem contrair a Febre Maculosa Brasileira dentro de seus próprios lares.

Aos frequentadores de áreas acometidas por carrapatos do gênero *Amblyomma* cabe o estímulo para algumas ações de prevenção como o conhecimento sobre a doença para a rápida detecção de sinais e sintomas poucos dias após ter sido parasitado por carrapatos. Buscar o tratamento médico imediato e mencionar ter sido picado por carrapato ou ter frequentado área conhecida de transmissão de FMB, são medidas importantes, uma vez que o diagnóstico tardio tem sido a principal causa de morte por esta doença. Vários informes técnicos buscam disseminar estas informações junto às equipes de saúde, que por sua vez, precisam abordar a população para mantê-la mobilizada, principalmente em áreas de transmissão para que se evite ocorrências e óbitos por esta doença.

O levantamento das problemáticas que envolveram a atuação dos ACSs na UBS do Alvarenga, a partir da percepção dos próprios agentes, resultaram numa lista de problemas enfrentados no dia a dia na rotina de atuação destes profissionais. A busca de um entendimento e encaminhamento sobre os problemas de forma conjunta, a partir de um processo de construção participativo, fizeram com que

produzissem efeitos relevantes a questão apontada sobre a doença e sobre a atuação dos profissionais. As várias reflexões podem ter contribuído para a melhoria das relações de trabalho e amadurecimento dos ACSs, diante do aprendizado e das posturas que vivenciaram neste processo educativo ao qual foram envolvidos.

As atividades das oficinas, em especial os instrumentos adaptados do planejamento permitiram ao grupo de agentes identificar e promover um levantamento de problemáticas consideradas como “entraves” ao processo da atuação educativa destes profissionais, com vistas a melhorar o desempenho de atribuições e, enquanto “educadores” , se sentiram motivados a buscar soluções para estes problemas a ponto de solicitar a continuidade aos encaminhamentos para que pudessem sedimentar a proposta.

Os encaminhamentos aos problemas levantados, foi entendido como passível de intervenção a partir do “Plano de mobilização sobre a temática de FMB na UBS do Alvarenga” , construído. Documento que pode ser considerado um produto relevante da pesquisa, pois demonstrou o envolvimento dos ACSs com a proposta por participarem do planejamento de suas próprias ações. Um momento que permitiu vivenciar uma situação de planejamento participativo incomum diante da prática que estavam acostumados.

Há indicação para que as ações de organização e planejamento das propostas educativas sejam discutidas em conjunto com outros atores (as chefias) deste processo. E que o tema seja pautado e priorizado em reuniões técnicas, para obter deliberações conjuntas. Antes de atuarem diretamente com a população, expressam a preocupação de aceitação da proposta pelas equipes técnicas e pelos gestores no sentido de autorizarem a viabilidade da proposta. Ou seja, apontam a necessidade

de sensibilização e convencimento dos gestores para apoiarem a organização das atividades e viabilidade do plano proposto.

Cabe uma reflexão sobre o material construído a partir da vivência de um processo educativo participativo, não ter gerado necessariamente um plano educativo com o mesmo teor, pois apesar das discussões e reflexões sobre estes processos pedagógicos e suas potencialidades, ainda há muito a percorrer para se conseguir conduzir processos participativos que envolvam a população pelo motivo de que nem mesmo os profissionais de saúde, sejam técnicos ou não, possuem habilidades e clareza de como formatá-los .

O processo de planejamento de Educação em Saúde não deve ser individualizado e envolve estratégias, recursos e gestão. É importante salientar que novas pesquisas e estudos devem ser realizados para avançar para o desenvolvimento do processo educativo atualmente oferecidos na UBS, para tanto, é necessário investir na capacitação dos ACSs na lógica da educação transformadora. E, toda a equipe e gestores devem responsabilizar-se por este processo. Para que haja mudanças é necessário, que todos se comprometam com uma nova concepção de promover a ação educativa, para depois planejar e promover a ação em conjunto com a população de forma participativa e interativa.

Na prática, habituados com a concepção higienista, a população, os governantes, e alguns técnicos desinformados, continuam a defender e aplicar processos retrógrados, se fazendo necessário ao técnico esclarecido sempre justificar os questionamentos dos porquês sobre a ineficiência das ações previstas nos componentes educativos dos programas de saúde que não dão conta de orientar e mudar o comportamento da população em relação a doença e as respostas dos

técnicos da área de educação são sempre as mesmas que informar nem sempre é o suficiente. Não há escuta no planejamento das instituições de saúde sobre este aspecto.

Existem obstáculos que limitam às práticas educativas participativas, a exemplo das questões que envolvem a gestão dos espaços onde são aplicadas e que necessitam ser revistas a fim de minimizar o distanciamento entre o serviço e a população. Neste sentido, deve-se oportunizar aos ACSs a condição de fazer parte da equipe de deliberação sobre as ações educativas, para que as estratégias não se limitem a transmitir conhecimentos à população, mas que se estabeleçam ações diferenciadas entre educadores e educandos.

Os serviços de saúde precisam cultivar novos hábitos, proteger a saúde e promover a qualidade de vida de todos os indivíduos. Para isto é necessário que seja estabelecido uma remodelagem conceitual sobre os processos educativos da UBSs, e que um novo processo educativo possa ser implementado contendo ações diferenciadas. É preciso investir em um processo que estabeleça e permita cultivar a interação dos indivíduos, sejam técnicos, agentes ou usuários. A partir de uma proposta que viabilize um novo olhar sobre a saúde, que as ações estabeleçam vínculos, cultivem a participação da comunidade, promovam ações educativas constantes e alcancem a inclusão social.

Os efeitos dessa intervenção não se findaram ao término dessa pesquisa e espera-se, portanto, que com os resultados obtidos surjam novas possibilidades de continuidade deste processo.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, H.P. F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulista: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. **Rev. Bras. Est. Pop. São Paulo**, v.23, n.1, p.43-59, jan./jun. 2006.

ANDRADE JUNIOR, H. de et al. Representação social da educação ambiental e da educação em saúde em universitários. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v.17, n.1, p. 43-50, 2004.

ANGERAMI, R. N.; CAMARA, M.; PACOLA, M. R.; REZENDE, R.C.M.; DUARTE, R.M.R.; NASCIMENTO, E.M.M.; COLOMBO, S.; SANTOS, F.C.P.; LEITE, R.M.; KATZ, G.; SILVA, L. J. Features of Brazilian spotted fever in two different endemic areas in Brazil. **Ticks and Ticks-borne Diseases**, v.3. 2012. p.345-347.

ANGERAMI, R.N.; SILVA, M.V.; SANTOS F.C.P.; FRANÇA, A.C. Febre Maculosa Brasileira: aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. In **Febre Maculosa: dinâmica da doença, hospedeiros e vetores**. ESALQ/USP. 2013.

ARGUMEDO, M. A. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, C. R. **Repensando a pesquisa participante**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, p. 189-222, 1985,

AROUCA, S. O dilema preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: **Editora Unesp**. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2003.

BORDENAVE J. D., Pereira A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

BRANDÃO, C. R. (org.) **Pesquisa participante**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. 211p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Senado; 1988. Artigo: 196.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México. Projeto Promoção da Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 112p.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

Acessado em junho/2018.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de Bolso. Ed.8 Brasília, 2010a. p.182-185.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância a Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3ª ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Acessado em: junho de 2018.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1925-1967. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 22(4):347-365, 1988.

CARDOSO DE MELO, J.A. Educação Sanitária: uma visão crítica. **Cadernos do Cedes**, São Paulo: Editora-Autores-Associados, n.4, p.28-43, 1981.

CECCIM R.B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 32-45.

CYRINO E.G. e TORALLES-PEREIRA M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**. 2004;20(3):780-8.

CNS - Conferência Nacional de Saúde. 1996, Brasília: 10a. Conferência Nacional de Saúde: **Histórico, conceitos e propostas**. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/dados/fmaculosa/fmb8517_inc.pdf (acessado em junho de 2018).

DEL FIOLE F.S.; JUNQUEIRA F.M.; ROCHA M.C.P.; TOLEDO M.I. e BARBERATO FILHO S. A febre maculosa no Brasil. **Ver. Panam. Salud Publica**. 2010; 27(6): 461–6.

DEMO, P. Elementos metodológicos da pesquisa participante. In: BRANDÃO, C. R., **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: ed. 2ª, 1985. 252p.

FREIRE, P. & SHOR, IRA. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 116p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa, 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996, reeditado 2003. 148p.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 1970. 17ª ed. Reeditado. 44ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.14, n.2, p. 3-11, 2000.

GALVÃO M.A.M.; SILVA, L. J.; NASCIMENTO, E.M.M.; CALIC, S.B.; SOUSA, R.; BACELLAR, F. Rickettsioses no Brasil e Portugal: ocorrência, distribuição e diagnóstico. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo 2005; 39(5): 850-856.

GAZZINELLI, M. F. et al Educação em saúde: conhecimento, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.200-206, 2005.

GOHN, M.G. Os movimentos e as lutas do período de 1964 a 2004 em São Paulo. IN: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. 8, Coimbra. A questão social no novo milênio. **Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra**.2004.

Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/MariaGohn.pdf> Acesso em: junho, 2018.

GOHN, M.G. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. **Cadernos Recursos Humanos**, Salvador, v.21, n. 54, p.439-455, dez., 2008.

GOMES, R., et al. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1207-14, set-out. 2002.

HUERTAS F. O método PES: entrevista com Carlos Matus. São Paulo: **Fundap**. 1996. 139p.

IUHPE – International Union for Health Promotion and Education. Past IUHPE Word Conferences on Health Promotion. 1951-2018. Disponível em:

<https://www.iuhpe.org/index.php/en/conferences/671-past-conferences>

Acessado em: setembro de 2018.

JACOBI, P.R. Aprendizagem Social e pesquisa-ação: semelhanças na construção de saberes e transformação de realidades complexas. In TOLEDO, R. F e JACOBI, P.R. A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente. Princípios, desafios e experiências interdisciplinares. São Paulo, Brasil. **Annablume**. 2012. P.95-113.

KATZ, G. et al. Situação epidemiológica e a importância da febre maculosa no Estado de São Paulo. São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, BEPA. 2009; 6(69).

LABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.481-490, out-dez.1994.

LABRUNA, M.B. Ecology of Rickettsia in South America. **Ann N.Y. Acad. Sci.** 1166, 156-166, 2009.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3):913-922, 2016.

LIMA, V.L.C. et al Situação da febre maculosa na Região Administrativa de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, 19(1):331-334, Jan- Fev, 2003.

LIST, D. Action research cycles for multiple futures perspectives. **Futures**. 38. 2006. 673-684.

MARIN M.J.S. et al. Uso de metodologias ativas. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Ver. Bras. Educação Médica**. 2010. 34 (1): p.13-20.

MENEZES, Ebenezer Takuno de; SANTOS, Thais Helena dos. Verbetes pedagogia institucional. **Dicionário Interativo da Educação Brasileira – Educabrazil**. São Paulo: Midiamix, 2001.

Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/pedagogia-institucional/>>.

Acesso em: 25 de set. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 8. ed. 2004. 269p.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.244.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**, 25.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.108.

MIZUKAMI, M. G. N. Ensino, as abordagens do processo. **São Paulo: Pedagógica e Universitária**. p.7-17, 1986.

MOROSINI, M.V. et al. Dicionário da Educação profissional e saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009 Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html> Acessado em: junho/2018.

MUCCI, J.L.N., Introdução às Ciências Ambientais. in PHILIPPI, JR.A. e PELICIONI, M.C.F. (Eds.). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2009.

NATAL D. et al. Epidemiologia Aplicada à Educação Ambiental. in PHILIPPI, JR.A. e PELICIONI, M.C.F. (Eds.). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, p.85-134. 2009.

PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PELICIONI A.F.; TOLEDO R.F.; et al. Pesquisa Científica: características e contribuições para promoção da saúde. IN PELICIONI M.C.F e MIALHE F.L. **Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2012. p. 83-98.

PELICIONI, M.C.F. et al. Projetos de Pesquisa e Intervenção em Educação e Cidadania Ativa. Ed. Signus. **Coleção de Estudos e Pesquisas Ambientais** - CEPA. Cap. 1, 2007.

PELICIONI, M. C. F. e PELICIONI, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da Saúde**. São Paulo: jul./set. v.31, n.3, p. 320-328, 2007.

PELICIONI, M. C. F. e PELICIONI, A.F. Educação ambiental, promoção da saúde e pesquisa-ação: um diálogo possível? IN TOLEDO, R.F. e JACOBI, P.R. **A pesquisa-ação na Interface da Saúde, Educação e Ambiente. Princípios, desafios e experiências interdisciplinares**. São Paulo, Ed. Annablume, 2012. p.61-78.

PINTER, A; LABRUNA, M.B.; Isolation of *Rickettsia rickettsii* and *Rickettsia belli* in Cell Culture from the Tick *Amblyomma aureolatum* in Brazil. **Ann. N.Y. Acad. Sci.** v.1078, 523-529, 2006.

PINTER, A. et al Febre Maculosa Brasileira. **Boletim Epidemiológico Paulista**, BEPA. São Paulo. Brasil. Suplemento 151 v.08 n.1. 2011. p.32

PINTER, A. et al. A Febre Maculosa Brasileira na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, BEPA. 2016; 13(151): 3-47.

PIZA J.T.; MEYER J.R.; GOMES L.S. Typho Exanthematico de São Paulo. São Paulo. **Sociedade Imprensa Paulista**; 1932. p. 11-119.

PREFEITURA de São Bernardo do Campo. Site Oficial. Disponível em:
www.saobernardo.sp.gov.br/web/sbc/prefeitura
Acessado em: setembro de 2018.

ROAZZI, A. et al. Estrutura primitiva da representação social do medo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, n.14, p.57-72, 2001.

SABBO, C. e PELLICIONI, M.C.F. Promoção de Saúde em uma unidade de conservação ambiental de São Paulo. IN PELICIONI M.C.F e MIALHE F.L. **Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2012. p. 803-836.

SABBO, C. O componente educativo como estratégia para promover ações de vigilância e controle da Febre Maculosa Brasileira. In **Febre Maculosa: dinâmica da doença, hospedeiros e vetores. ESALQ/USP**. 2013. p.21-31.

SAMPAIO J.; SANTOS G.C.; AGOSTINI M.; SALVADOR A.S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface** (Botucatu). São Paulo, Brasil. 2014; 18 Supl. 2:1299-1312.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. **Educação em Saúde – Coletânea de Técnicas**. Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde – Núcleo de Educação. São Paulo. 1993. p.157.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Alexandre Vranjac. **Educação em Saúde. Planejando as ações educativas: teoria e prática**. 2001.p.134 Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf Acessado em junho de 2018.

SCINACHI C. A.; TAKEDA, G. A. C. G.; MUCCI, L. F.; PINTER, A. Association of the occurrence of Brazilian spotted fever and Atlantic rain forest fragmentation in the São Paulo metropolitan region, Brazil. **ActaTropica**, 166 (2017), 225-233.

SIGNIFICADOS. **O significado do Homo sapiens**. Disponível em: <https://www.significados.com.br/homo-sapiens/> Acessado em julho de 2018. Data de atualização: 19/03/2018 Categoria: Ciência.

SILVA, L. J. Desbravamento, agricultura e doença: a doença de Chagas no Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1986. 2:124-140.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(4): 585-593, out-dez, 1997.

SILVA, C.M.C.; MIALHE, F.L.; PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. Educação em Saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. In PELICIONI, M.C.F. e MIALHE F.L. **Educação e Promoção da saúde: teoria e prática**. Maria Cecília Focesi Pelicioni, Fábio Luiz Mialhe. São Paulo; Santos, 2012; p.03-22, p.838.

SOBRAL, F.R. e CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. da USP**. 2012; 46(1): p.208-18. www.ee.usp.br/reeusp/

SOUZA, C.E.; MORAES-FILHO, J.; OGRZEWALSKA, M.; UCHOA, F.C.; HORTA, M.C.; t, S.S.L.; et al. Experimental infection of capybaras *Hydrochoerus hydrochaeris* by *Rickettsia rickettsii* and evaluation of the transmission of the infection to ticks *Amblyomma cajennense*. **Veterinary Parasitology**. 2009; 161(1): p.116–121. pmid:19147293.

SUCEN - Superintendência de Controle de Endemias - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual de Vigilância Acarológica**, 2004.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: contribuições na produção de conhecimentos interdisciplinares. In TOLEDO, R.F. e JACOBI, P.R. **A pesquisa-ação na Interface da Saúde, Educação e Ambiente. Princípios, desafios e experiências interdisciplinares**. São Paulo, Ed. Annablume, 2012. p.17-39.

TOLEDO, R.F. e JACOBI, P.R. (Org.). **A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente. Princípios, desafios e experiências interdisciplinares**. São Paulo, Brasil. Annablume. 2012.

TOLEDO, R.F. and GIATTI L.L. Challenges to participation in action research. **Health Promotion International**. Perspectives. published Sep. 19, 2014 p. 1-12. doi:10.1093/heapro/dau079

TOLEDO, R.F.; Giatti L.L. e Jacobi, P.R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. Botucatu. São Paulo, Brasil. **Interface**. Out. 2014.

TRAVASSOS, J.; DIAS, E. Identidade imunológica do vírus de Minas Gerais, São Paulo e das Montanhas Rochosas. **Memorias do Instituto Oswaldo Cruz**, 1939.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. IN: CAMPOS GWS ET AL. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.16-20.

WALLERSTEIN, N. Powerless, empowerment, and health: implications for health promotion programs. **American Journal of Health Promotion**, 6. 1992. p.1171–1176.

WALLERSTEIN, N. and DURAN, B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. **American Journal of Public Health**, 100. 2010. p.40–46.

ZIONI, F. Ciências Sociais e Meio Ambiente in PHILIPPI, JR.A. e PELICIONI, M.C.F. (Eds.). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2009.

ANEXO 1

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS

Rua Paula Souza, 166 – 2º andar – Luz – São Paulo – SP.
CEP: 01027-000 Telefone: (11) 3311-1100

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SUCEN

Declaro estar ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada “AGENTE APRENDE EM PROSA SOBRE FEBRE MACULOSA” . Trata-se de uma pesquisa qualitativa contendo técnicas pedagógicas que farão parte desta investigação.

O projeto será destinado as dependências das Unidades Básicas de Saúde de municípios da Região Metropolitana de São Paulo sob responsabilidade da pesquisadora ***Cristina Sabbo da Costa*** que é funcionária desta Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), instituição vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo a qual tem vínculo empregatício e que admito ter condições para o desenvolvimento deste projeto.

Declaro ainda que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução Conselho Nacional de Saúde 196/96 e suas complementares, comprometendo-me juntamente com a pesquisadora a utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa. São Paulo, julho de 2015.

Dalton Pereira da Fonseca Junior
Superintendente

ANEXO 2

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
Departamento de Apoio à Gestão SUS
Divisão de Educação Permanente em Saúde e Gestão Participativa
Rua Continental, 542 - Parque São Diogo - CEP: 09732-610 fone: 4126-4316
e-mail: educacao.permanente@saobernardo.sp.gov.br

De: Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa
Departamento de Apoio à Gestão

Memo. 27/2016
Data 14/06/2016

Para: Atenção Especializada-Divisão de Saúde Mental
A/C Stellamaris Pinheiro Nascimento

Prezada,

Solicitamos análise e parecer da área sobre o pedido de campo de pesquisa para o projeto em anexo: **“O cuidado pela autonomia: Geração de Trabalho e Renda com usuário dos Serviços de saúde Mental”** a pesquisa será desenvolvida por Evelyn Sayeg devidamente matriculada na Universidade Pontifícia Católica de São Paulo- PUC curso de Psicologia sob a orientação da Profª Dr. Odair Frutado. A proposta apresentada solicita como campo de coleta de dados o serviço de Saúde Mental (Nutratarte). Desta forma solicitamos análise do projeto em anexo e manifestação sobre a viabilidade e da abertura de campo de pesquisa.

Atenciosamente.

Fabio Souza dos Santos

Responsável pela Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa

ANEXO 3

MODELO DO TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu Cristina Sabbo da Costa, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "AGENTE APRENDE EM PROSA SOBRE FEBRE MACULOSA" assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente às Instituições: Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN e Secretarias Municipais de Saúde dos municípios envolvidos sobre toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa.

Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados durante a pesquisa.

São Paulo, agosto de 2015.

Cristina Sabbo da Costa

Nº. USP 3061324

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Funcionários da Unidade Básica de Saúde

Eu Cristina Sabbo da Costa, RG Nº 13.010.729-3, pesquisadora da Universidade de São Paulo – USP, por meio deste termo de consentimento vem solicitar autorização para realizar entrevista coletiva através das oficinas pedagógicas. Esta entrevista pretende conhecer o que os funcionários desta Unidade Básica de Saúde (UBS) pensam sobre **a presença de doenças transmitidas por vetores dentre estas a Febre Maculosa e os possíveis riscos de sua ocorrência na localidade onde atuam**. O conhecimento produzido poderá contribuir para que a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde para melhorar, prevenir e controlar os fatores de risco que provocam esta doença na região. A entrevista será de questões básicas sobre a doença e seu vetor e será gravada para que possibilite a melhor análise e divulgação dos resultados. A pesquisadora se compromete a manter o anonimato dos entrevistados, a utilizar os dados somente para a pesquisa científica e para a divulgação dos resultados em documentos técnicos. Nessa pesquisa não há respostas certas ou erradas e o importante é a opinião do entrevistado. Não há nenhum pagamento para o entrevistado e nem ressarcimento de qualquer despesa. O senhor (a) poderá desistir a qualquer momento da entrevista coletiva se assim o desejar. Caso haja dúvidas em relação aos procedimentos e benefícios da pesquisa, o senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade de São Paulo.

Eu, _____ afirmo que, após ter sido informado (a) sobre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa acima referida, concordei em conceder entrevista coletiva à pesquisadora responsável, que expressou seu compromisso em fornecer **uma via** deste documento, resguardar a minha identidade enquanto entrevistado (a), zelar pelo sigilo em torno das informações confidenciais recolhidas, bem como providenciar a divulgação dos resultados da pesquisa. Estando de acordo com os termos da pesquisa e ciente de que não há necessidade de qualquer procedimento de coleta de material biológico ou informação clínica, e ciente de um **risco mínimo que envolve um possível desconforto causado durante as entrevistas**, assino esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Entrevistado (a)

Pesquisadora: **Cristina Sabbo da Costa**

E-mail: sabbo@usp.com.br e Tel.(11) 3311.1144

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Dr. Arnaldo, 715, Bairro: Cerqueira César – São Paulo – Capital - CEP: 01246-904

Email: coep@fsp.usp.br Tel: 3061-7779

ANEXO 5

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Município: _____

Nome da Unidade: _____

Data da visita: __/__/2015.

I. Levantamento de dados:

- Caracterização da área (população, tipo de moradias, casos de FMB, óbitos por FMB).
- Caracterização da presença de animais domésticos na região.
- Ações da Secretaria Municipal de Saúde sobre a FMB.
- Registro fotográfico.

II. Entrevista com gestor(a) da Unidade:

01. Há propostas de atividades pedagógicas com usuários: Sim () Não ()
02. Como são aplicadas? _____
03. Responsáveis pela ação: _____
03. Há orientação sobre doenças transmitidas por vetores (DTV): Sim () Não ()
04. Quais as DTV mais presentes na região? _____
05. Há equipes do Programa de Saúde da Família? Sim () Quantos agentes ____ Não ()
06. Responsável pelo Programa _____
07. Responsável (is) pelas orientações/capacitações aos funcionários: _____
08. Recebimento de carrapatos para identificação? Sim () Não ()
09. Queixas de parasitismo por carrapatos na região? Sim () Não ()
10. Programa de vacinação animal nas proximidades Sim () Não ()
11. Alguma referência sobre FMB na UBS? Sim () Qual _____ Não ()
12. Ação de orientação a proprietários de animais domésticos sobre FMB? Sim () Não ()
13. Capacitação para funcionários através de palestras e oficinas? Sim () Não ()
14. Orientação a funcionários sobre o tema da FMB? Sim () Há quanto tempo__ Não ()
15. Há ambulatório médico urgências nas instalações? Sim () Não ()
16. Orientação da Equipe Médica/Enfermagem sobre FMB? Há quanto tempo__ Não ()
17. Local de referência para atendimentos de urgência/emergência: _____
18. Já houve encaminhamento de suspeita de FMB? Sim () Não ()
19. Há presença de animais domésticos na área? Sim () Não () Quais? _____
20. Há sala de reunião na unidade? Sim () Não ()
21. Caracterização do público frequentador da UBS:

ANEXO 6

ROTEIRO DAS OFICINAS PEDAGOGICAS

- 1) Apresentação sucinta do projeto.
- 2) Leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE
 - Para ser sujeito da pesquisa é necessário que o participante se manifeste através do consentimento livre e esclarecido.
 - O sujeito deve ter maioridade civil: 18 (dezoito) anos, ou ser emancipado. Se a pesquisa envolver menores de 18 anos, é necessário que o consentimento seja dado pelos pais ou responsável legal pelo menor.
 - Para o consentimento ser livre, não poderão ser chamados sujeitos se de alguma forma os participantes se sentirem coagidos.
 - Para ser esclarecido, o consentimento deverá ser precedido de informações ao sujeito da pesquisa sobre o que se pretende, qual (is) incômodo (s) poderá (ao) ocorrer, que tipo de pesquisa, local da coleta, tipo de material que será usado.
- 3) Assinatura dos termos de consentimento pelos participantes.
- 4) Apresentação do tema norteador – Promoção da Saúde e cuidados com a FMB.
- 5) Promover discussões com o grupo sobre os temas:
 - Febre Maculosa Brasileira (FMB);
 - Estratégia de Promoção de Saúde;
 - Ações de Educação em Saúde e Ambiente; e
 - Guarda responsável de animal doméstico.
- 6) Sistematizar os temas numa análise conjunta visando uniformidade das informações.
- 7) Promover discussão em grupo de um estudo de caso relacionado à FMB com informações sobre a ocorrência de urgência e encaminhamentos na UBS.
- 8) Discussão dos relatos observados na conduta dos profissionais.
- 9) Discussão e definição de estratégias de divulgação e atuação sobre a FMB para os demais funcionários e para população local. A ser definida pelo grupo.
- 10) Planejamento das ações construídas pelos participantes.
- 11) Encaminhamento de relatórios das oficinas ao gestor da Unidade e Coordenador (es) de equipe.

ANEXO 7

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL Oficinas pedagógicas sobre Febre Maculosa Brasileira

1. Gostaríamos de contar com sua avaliação sobre alguns aspectos relacionados as oficinas.

Aspectos	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
Oficina I - Educação em Saúde e os diferentes processos pedagógicos.				
Comente:				
Oficina II - Febre Maculosa Brasileira.				
Comente:				
Oficina III - Planejamento Estratégico.				
Comente:				
Oficina IV - Plano de Ação sobre os aspectos Pedagógicos e mobilização da FMB no Alvarenga.				
Comente:				
Oficina V - Encerramento do Plano de Ação e Encerramento dos trabalhos.				
Comente:				
Atualização das informações sobre FMB.				
Comente:				
Técnicas pedagógicas aplicadas aos temas.				
Comente:				
Clareza e Objetividade dos temas.				
Comente:				
Entrevista com o especialista				
Comente:				
Uso de dinâmicas de grupo.				
Comente:				
Organização das oficinas e materiais disponíveis				
Comente:				
Equipe de Apoio nas oficinas				
Comente:				
Duração das oficinas (carga horária)				
Comente:				
Local de realização das oficinas				
Comente:				
Envolvimento do Grupo de ACs com os temas propostos nas oficinas				
Comente:				
Atendimento às suas expectativas.				
Comente:				

2. Atribua com X a nota do seu grau de *satisfação* ou *insatisfação* com este Projeto.

Ruim ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 Ótimo

3. Quais foram os pontos fortes e fracos do Projeto?

Pontos Fortes	Pontos Fracos

4. Descreva sugestões ou comentários:

Favor entregar o formulário preenchido para a comissão organizadora.

Obrigado pela sua colaboração!
Equipe de Educação em Saúde

ANEXO 8

Delsio Natal

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2025787312261734>
- Última atualização do currículo em 02/12/2014

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo (1977), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1982) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1986). Atualmente é professor associado da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: culicidae, aedes aegypti, dengue, culex quinquefasciatus e controle. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Delsio Natal

Nome em citações bibliográficas

Natal D; Natal D; Natal, Delsio

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia.

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira Cesar - 01246-904 - São Paulo, SP – Brasil - Tel: (11) 30667113 Fax: (11) 30812108

Formação acadêmica/titulação

1983 - 1986

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Observações sobre o comportamento de mosquitos (Diptera: Culicidae) em áreas de matas residuais no Vale do Ribeira, Estado de São Paulo, Brasil., Ano de obtenção: 1986.

Orientador: Oswaldo Paulo Forattini.

Palavras-chave: Atividades de Mosquitos; Ecologia de Mosquitos; matas residuais; distribuição espacial; Acre, Brasil.

Grande área: Ciências Biológicas / Área: Ecologia / Subárea: Ecologia Aplicada / Especialidade: Entomologia Médica.

Sectores de atividade: Saúde Humana.

1980 - 1982

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: IMPORTANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CULEX DO SUBGENERO MELANOCONION (DIPTERA, CULICIDAE),

Ano de Obtenção: 1982.

Orientador: OSWALDO PAULO FORATTINI.

Palavras-chave: Arbovirose; Distribuição Geografia; Distribuição Vertical, Horizontal, Sazonal; matas residuais;

Melanoconion (Subgênero de Culex); Mosquitos (Diptera, Culicidae).

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia.

Grande Área: Ciências Biológicas / Área: Ecologia / Subárea: Ecologia Aplicada / Especialidade: Entomologia Médica.

1982 - 1982

Especialização em X Curso de Esp. Em Entomologia Epidemiológica.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1979 - 1979

Especialização em Curso de Saúde Pública Para Graduados. (Carga Horária: 1000h).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1972 - 1977

Graduação em Ciências Biológicas.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Livre-docência - 2001

Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Efeitos da inundação sobre culicídeos, com ênfase na população de Aedes scapularis (Rondani, 1848), da área de influência da hidrelétrica de Porto Primavera, Ano de obtenção: 2001.

Palavras-chave: Aedes; scapularis; Ochlerotatus; Inundação; impacto; saúde.

ANEXO 9

Cristina Sabbo da Costa

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6861314899754605>
- Última atualização do currículo em 25/07/2017

Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2009). Doutorado em curso na mesma universidade. Experiência profissional na área de Saúde Coletiva, com ênfase em temas relacionados à Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Comunicação e Mobilização Social. Colaboradora nos temas de Educação em Saúde e Educação Ambiental das doenças transmitidas por vetores. Atuação na preparação de eventos técnicos científicos como encontros, seminários, simpósios e oficinas com enfoque aos temas pontados anteriormente. Participa de grupos técnicos para preparação de guias, manuais e recomendações técnicas da área. Orienta, promove e acompanha os processos pedagógicos dos programas de vigilância e controle das doenças transmitidas por vetores no âmbito do Estado de São Paulo. Tem experiência de investigação na área de pesquisa qualitativa voltada a saúde coletiva. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Cristina Sabbo da Costa

Nome em citações bibliográficas

SABBO, C.

Endereço Profissional

Superintendência de Controle de Endemias, Departamento de Assistência Técnica aos Municípios.

Rua Paula Souza, 166 – Luz - 01027000 - São Paulo, SP - Brasil

Telefone: (11) 3111144

Fax: (11) 33111127

URL da Homepage: <http://www.sucen.sp.gov.br>

Formação acadêmica/titulação

2007 - 2009

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Promovendo Saúde no Horto Florestal, Ano de Obtenção: 2009.

Orientador: Profª Drª Maria Cecília Focesi Pelicioni

Palavras-chave: Curso.

2014 - 2018

Doutorado em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo, Brasil.

Orientador: Delsio Natal.

Grande área: Ciências da Saúde

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

Grande Área: Ciências Humanas / Área: Educação.

Setores de atividade: Educação; Pesquisa e desenvolvimento científico.

ANEXO 10 - FOTOS ILUSTRATIVAS DA OFICINA PEDAGÓGICA I.

TRABALHOS DE GRUPO OFICINA I

ANEXO 11 - FOTOS ILUSTRATIVAS DA OFICINA PEDAGÓGICA II

TRABALHOS DE GRUPO OFICINA II

ANEXO 12 - FOTOS ILUSTRATIVAS DA OFICINA PEDAGÓGICA III

TRABALHOS DE GRUPO OFICINA III

ANEXO 13 - FOTOS ILUSTRATIVAS DA OFICINA PEDAGÓGICA IV

TRABALHOS DE GRUPO OFICINA IV

ANEXO 14 - FOTOS ILUSTRATIVAS DA OFICINA PEDAGOGICA V

TRABALHOS DE GRUPO OFICINA V

ANEXO 15 - FOTOS ILUSTRATIVAS DAS TÉCNICAS DE GRUPO

TÉCNICAS DE GRUPO

ANEXO 16 - FOTOS ILUSTRATIVAS DOS INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

ANEXO 17- FOTOS ILUSTRATIVAS DAS AVALIAÇÕES INDIVIDUAL E COLETIVA

AVALIAÇÃO INDIVIDUAL

AVALIAÇÃO COLETIVA

SELFIE DO GRUPO