

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Caio Lacerda dos Santos

**TECNOLOGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DA COVID -19
EM ANANINDEUA- PARÁ.**

MANAUS 2022

Caio Lacerda dos Santos

**TECNOLOGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DA COVID -19
EM ANANINDEUA- PARÁ.**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Rede Saúde da Família, na Universidade do Estado do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Educação e Saúde. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Sônia Maria Lemos.

MANAUS 2022

**TECNOLOGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DA COVID -19
EM ANANINDEUA- PARÁ.**

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

237t Santos , Caio lacerda
Tecnologia de educação em saúde para a prevenção
da COVID -19 em Ananindeua- Pará. / Caio lacerda Santos ; ; . Manaus :
[s.n], 2022.
96 f.: color.; 21,0 cm.

Dissertação - Mestrado Profissional em Saúde da Família -
ProfSaúdeUniversidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2022.
Inclui Bibliografia.
Inclui Apêndice.
Inclui Anexo.
Orientador: Sônia maria Lemos .

1. Educação em saúde . 2. Educação em saúde . 3. COVID-19 . 4.
Atenção primária em saúde . I. , II. , III. , IV. Sônia maria Lemos
(Orient.) V.
Universidade do Estado do Amazonas. VI. Título

CDU(1997)614.255:314.6(043.3)



ATA DA SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO

Curso de Pós-Graduação MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	Instituição Associada: Universidade do Estado do Amazonas
Ata da Sessão de Defesa do Trabalho de Conclusão do Mestrado do(a) Mestrando(a) Caio Lacerda dos Santos	
Realizada no Dia 30 de agosto de 2022	

Às 9 horas do dia 30 do mês de agosto do ano de 2022 realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão do Mestrado, do discente Caio Lacerda dos Santos intitulada:

TECNOLOGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DA COVID -19 EM ANANINDEUA- PARÁ.

A banca examinadora foi composta pelo professores doutores,

Júlio Cesar Schweickardt

Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato

orientador(a), Sônia Maria Lemos

A sessão foi aberta pela Coordenadora do Curso de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o candidato. Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do mestrando. O primeiro examinador foi o Professor Doutor

Júlio Cesar Schweickardt

Logo após procedeu a arguição dos professores doutores

Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato e por fim Sônia Maria Lemos

Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do mestrando. A banca examinadora considerou o trabalho do discente **APROVADO** mediante: ajustes sugeridos pela banca.





Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 10 horas, e eu

Sônia Maria Lemos

orientador(a) do programa de Pós-Graduação do Profsaúde, Instituição

UEA

lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.



Júlio Cesar Schweickardt



Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato



Sônia Maria Lemos

Manaus, 30 de agosto de 2022



Dedico este trabalho aos Agentes de Saúde da
equipe da qual faço parte.
Ana, Dênis, Eliana, Eliane, Keythe, Ribamar e Vanessa.
São pessoas fundamentais na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à Nossa Senhora por guiarem meus passos mesmo diante de tantas dificuldades;

Aos meus pais, à minha avó Aldaci, à minha irmã Luciana e aos demais familiares por serem minha base e fortaleza e por sempre prestarem o apoio necessário quando eu mais precisei;

À minha orientadora, a Prof. Dra. Sônia Maria Lemos, por acreditar em mim mesmo quando eu desacreditei, por atuar orientando-me neste trabalho e em inúmeros momentos da minha vida.

Ao Thiago, por ser um amigo mais que especial e por não me deixar desistir;

Ao Dênis e a Eliane, por serem parceiro tão incríveis de trabalho e por contribuírem para a finalização deste projeto;

Aos meus pacientes, por me permitirem o ato de cuidar e por construírem junto comigo o conhecimento para criar um Sistema de saúde mais fortalecido.

RESUMO

A covid-19 transformou substancialmente a maneira de se fazer educação em saúde no mundo. Uma vez que, esta patologia é um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde. Por isto, embasado na pesquisa multicêntrica realizada no Brasil pela Fiocruz com a aplicação de 65 questionários autoaplicáveis e posterior entrevista de 15 usuários de saúde, e tendo como um dos polos a cidade de Ananindeua no Pará, este estudo objetivou a criação de uma tecnologia de educação em saúde, que fosse lúdica e informativa e que promovesse a qualidade de vida. E ainda, que instrísse acerca das medidas preventivas à Covid-19 e à outras patologias predominantes, além de prestar ao serviço de exercício da cidadania. Sendo assim, construiu-se um tabuleiro lúdico, com cores ativas e representativas da regionalidade do município e da região amazônica. O tabuleiro em formato retangular, na medida de 30 cm x 25 cm, apresenta de maneira figurativa a área de atuação da Unidade de Saúde Celso Leão. Acompanhando o tabuleiro, cartões de informações e comando que versam sobre as medidas preventivas da Covid-19 e, também, apresentam informações sanitárias fundamentais para o correto funcionamento da atenção primária em saúde. Na literatura, embora bem estabelecida a importância da construção de dispositivos lúdicos para a educação em saúde, ainda carecem estudos que correlacionem o assunto com a atual pandemia, sendo inexistentes os estudos que versem sobre o tema no estado do Pará e em Ananindeua.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Profissional de Saúde; Atenção Primária.

Covid-19.

ABSTRACT

Covid-19 has substantially transformed the way of doing education of health in the world. This pathology is na unprecedented challenge for science and society, demanding fast and diverse responses from health systems. Therefore, based on the multicenter research conducted in Brazil by Fiocruz with the application of 65

self-administered questionnaires and subsequent interview of 15 health users, and having as one of the poles the city of Ananindeua in Pará, this study aimed to create a technology of health education, which was playful and informative and that promoted the quality of life. And yet, that instructed about the preventive measures to Covid-19 and other prevalent diseases and still provide the service of citizenship exercise. Therefore, a ludic board was built, with active and representative colours of the regionality of the municipality and the Amazon region. The rectangular board, measuring 30 cm x 25 cm, figuratively presents the area of action of the Celso Leão Health Unit. Accompanying the board are information and command cards that deal with the preventive measures of Covid-19 and also present fundamental health information for the proper functioning of primary health care. In the literature, although the importance of building playful devices for health education is well established, there is still a lack of studies that correlate the subject with the current pandemic, with no studies on the subject in the state of Pará and Ananindeua.

Keywords: Health Education; Healthcare Professional; Primary Care; Covid-19

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da região metropolitana de Belém;

Figura 2 – Mapa da área de atuação da equipe Campo Grande;

Figura 3 – Primeiro esboço do jogo de tabuleiro;

Figura 4 – Cartões de orientação do jogo;

Figura 5 – Dado utilizado no jogo de tabuleiro;

Figura 6 – Tabuleiro pensado pelo design gráfico;

Figura 7 – Cartões utilizados no jogo de tabuleiro;

Figura 8 – Nova representação gráfica da comunidade realizada pelo design gráfico;

Figura 9 -Terceira versão realizada pelo design gráfico;

Figura 10 – Pinos do jogo de tabuleiro;

Figura 11 – Versão final do jogo de tabuleiro.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Objetivos	15
3. Método	16
3.1. Tipo de estudo	16
3.2. Etapas do estudo	16
3.3. Considerações éticas	18
4. Resultados e Discussão	19
4.1. 1º Capítulo: AAPS e a Educação em Saúde: Tessituras de um Contexto.....	19
4.2. 2º capítulo: As Tecnologias Educacionais Como Instrumentos de Educação em Saúde no Contexto da Covid -19.....	27
4.3. 3º Capítulo: A COVID-19 no Estado do Pará e em Ananindeua- Características Epidemiológicas e Sociodemográficas.....	34

4.4. 4º Capítulo: A construção de uma Tecnologia Educacional para uso compartilhado - promovendo aproximações e aprendizagens.....	51
5. Considerações Finais	62
Referências	63
Apêndices	70
Anexos.....	81

1 INTRODUÇÃO

A covid-19 transformou substancialmente a maneira de se fazer educação em saúde no mundo. Uma vez que, a pandemia de COVID-19 é um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisam ser reorganizados, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento (MEDINA et al, 2020).

Desta forma, em dezembro de 2019, desde a descoberta de um novo tipo de Coronavírus em Whuan, na China, houve uma mudança nos paradigmas sanitários e no próprio mecanismo saúde-doença. A síndrome respiratória causada pelo Coronavírus 2 (SARS-COV-2) é caracterizada pela alta transmissibilidade e infectividade e pelo contágio de pessoa para pessoa, por meio de aerossol e ainda pela capacidade de tal vírus, de sobreviver em superfícies imateriais. Desta forma, de maneira célere iniciou-se uma epidemia, que infelizmente ganhou status global ainda no primeiro semestre de 2020. (BATISTA NETO et al, 2020).

A partir de então, a OMS desenvolveu e divulgou diretrizes que identificaram os casos de maneira mais simplificada e auxiliaram no manejo clínico dos pacientes. Assim, o primeiro caso confirmado na América Latina foi no dia 25 de fevereiro de 2020, e era de um paciente da região sudeste do Brasil. Embora, o caso tenha sido caracterizado como caso importado da Itália, a propagação do Vírus ocorreu de forma veloz, fazendo com que algumas cidades declarassem rapidamente a contaminação comunitária da patologia (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, no Brasil, o governo federal ancorado na decisão do Supremo Tribunal Federal determinou que cada município deveria ser o responsável pela tomada de decisões a respeito da recente pandemia causada pelo Coronavírus. Assim, coube a cada município a competência para legislar prerrogativas de isolamento, quarentena e proibição de locomoção e circulação, bem como a prestação de serviços (BRASIL, 2020).

É dessa forma que o vírus chega na região norte do país. De maneira avassaladora, ao final do primeiro semestre de 2020 a região apresentava o maior coeficiente de mortalidade quando comparado às demais regiões, cerca de 51,1 para cada 100 mil habitantes. Dentro da região, o estado Pará, encabeçado por Belém e

Ananindeua, apresentava dados 100 % maiores do que a média nacional. Demonstrando a necessidade de se adotarem medidas extremas para o controle desta emergência sanitária (ORELLANA, MARRERO E HORTA,2021).

Desde o começo da crise sanitária, no Brasil, e em diversos outros países, a resposta frente à pandemia tem sido, de maneira errônea, centrada em serviços terciários e especializados. Tanto com o enfoque nos serviços hospitalares, com a construção de hospitais de campanha como uma tentativa de ampliação do número de leitos, principalmente os de tratamento intensivo, quanto com as compras de respiradores artificiais. É importante ressaltarmos, que se fazia necessária uma reestruturação da atenção especializada, porém não em detrimento da atenção primária em saúde (APS), onde muito poderia e precisava ser realizado (MEDINA et al, 2020).

Nesse sentido, a atenção primária à saúde (APS) corresponde a um conjunto amplo, complexo e diversificado de atividades que são desenvolvidas em um contexto interprofissional. Associado a isto, tanto de maneira seletiva ou ampliada, em sua área de atuação como responsável e ordenadora do cuidado do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e porta de entrada do sistema de saúde, a atenção primária deve ser analisada e entendida como uma política de reorganização do modelo assistencial a fim de se garantir a seguridade social (KLEIJ et al, 2017; MENDES et al, 2014). Por isto, a reorganização dos serviços da APS é essencial. Pois, além de ter mecanismos para o correto enfrentamento da pandemia é necessária a manutenção da oferta regular dos serviços ofertados. Logo, o protagonismo e a readequação da atenção primária são imperativos e tem sido destacado em documentos e em relatórios produzidos no país (ABRASCO, 2020).

É importante ressaltar que, não obstante as fragilidades de atuação e as dificuldades de trabalho enfrentadas pelas equipes, a Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda representa o modelo mais adequado de atuação na APS. Por ter como atributos a responsabilidade territorial, a orientação comunitária, a busca ativa e a participação da comunidade quanto atores sociais importantes na mudança da realidade em que vivem. Ademais, os membros da ESF ainda atuam apoiando as populações em situação de isolamento social, uma vez que, é fundamental o contato e o vínculo dos usuários com os profissionais, fortalecendo o cuidado com a saúde (MEDINA et al, 2020).

Logo, na atual pandemia, a atenção primária em saúde ainda desempenha um papel central na minimização dos efeitos da COVID-19. Mas, para isso, é importante a manutenção e o aprofundamento dos atributos da APS, priorizando a acessibilidade ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a equidade, a universalidade,

a coordenação do cuidado, a competência cultural, e, principalmente, a orientação familiar e comunitária (DAUMAS, et al, 2020).

Em adição a isto, levando-se em consideração o contexto comunitário bem como a evolução das técnicas desenvolvidas pelo homem ao longo da sua história, é indelével associarmos o progresso da sociedade ao desenvolvimento das tecnologias, reafirmando ainda mais o conceito de tecnologia. Ademais, as tecnologias possibilitam a modificação no modo de se trabalhar e se relacionar, a partir do contexto social ao qual está inserida, e, principalmente, na forma de se construir o conhecimento e a informação (SALESPINTO, 2019).

Desta forma, a tecnologia pode ser entendida como o conjunto de conhecimentos aplicado a um determinado ramo de atividade, com enfoque no aspecto científico. E, quando utilizada no ensino, se transforma em potencial artifício para a construção do saber recebendo a denominação de tecnologia educacional. Sendo, uma importante ferramenta para a aplicação, e fortalecimento de estratégias pedagógicas (MONTEIRO et al, 2019).

Nesse contexto, são fundamentais ações educativas de caráter multidimensional, interprofissional, e de natureza interdisciplinar e multivalente que objetivem o empoderamento e a capacitação dos usuários através da construção de conhecimentos e da aquisição de habilidades. Com o intuito de fazer com que os usuários da saúde se tornem protagonistas do processo saúde-doença (MACIEL et al, 2020).

Sendo assim, para que a educação em saúde seja corretamente utilizada na viabilização da promoção da saúde, atuando de maneira ímpar na efetivação das prevenções primária e quaternária, contribuindo para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 é necessária uma reconfiguração no processo de trabalho da APS (RIO DE JANEIRO, 2020).

Nesse sentido, desde que foi declarada a pandemia de Covid-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020 as tecnologias de educação tem sido ainda mais fundamentais para que o processo de educação em saúde pudesse ser continuado e potencializado. Em todos os ambientes de serviços de saúde e principalmente na atenção primária, essas tecnologias devem se fazer mais presentes e mais eficazes. Dessa maneira, o investimento em tecnologias de educação deve ser prioridade neste momento tempestuoso (VALDEZ-GARCIA et al, 2020).

Atuando como médico de família e comunidade no município de Ananindeua desde o ano de 2018, pude vivenciar os resultados desastrosos de uma política pública em saúde que não prioriza a Atenção Primária e não utiliza os seus preceitos e suas

ferramentas, como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) por exemplo, como artifícios para modificar a qualidade de vida da população. Tal negligência se tornou ainda mais evidente no contexto da pandemia de Covid-19, momento no qual a atenção primária e, essencialmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) precisou mudar seu foco de atuação, para atender as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde. Culminando em um maior distanciamento entre a equipe de saúde e a comunidade.

Nesse contexto, estamos vivenciando uma crise global, política, sanitária e, principalmente social. Assim, é imperativa a reforma das maneiras de operacionalização e de educação comunitária para que se alcance uma nova forma de sociabilidade e de solidariedade. Mais do que nunca, se faz necessária uma atenção primária mais fortalecida, capacitada e responsável do seu papel na sociedade, ancorada e fiel aos seus princípios, porém, consciente do contexto atual. Isto posto, podemos afirmar que as ações educativas em saúde são fundamentais para que se desmistifiquem barreiras, se derrubem paradigmas e se pavimente uma nova estrada para a fundamentação de uma Atenção Primária em Saúde forte e alicerçada pela participação popular.

Por isto, embasado na pesquisa multicêntrica realizada no Brasil pela Fiocruz com a aplicação de 65 questionários autoaplicáveis e posterior entrevista de 15 usuários de saúde, e tendo como um dos polos a cidade de Ananindeua no Pará, este estudo objetivou a criação de uma tecnologia de educação em saúde, que fosse lúdica e informativa e que almejasse a melhoria da qualidade de vida. E ainda, que instrísse acerca das medidas preventivas à Covid-19 e à outras patologias predominantes e ainda prestasse ao serviço de exercício da cidadania.

2. OBJETIVOS

Geral: Construir uma tecnologia educativa para mediar ações de educação em saúde sobre medidas preventivas da Covid-19.

Específicos:

Identificar na literatura dos últimos 02 anos produções científicas sobre dispositivos lúdicos, com o intuito de promover educação em saúde direcionada à Covid-19;
Descrever as medidas protetivas e de cuidado em saúde, propostas pelos órgãos oficiais, no que diz respeito à Covid-19;

Descrever medidas protetivas e de cuidado em saúde, proposta pelos órgãos oficiais, no que diz respeito às doenças preveníveis e prevalentes no município de Ananindeua;

Propor um jogo de tabuleiro com informações sobre a Covid-19.

3. METODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico qualitativo desenvolvido a partir de 4 etapas de construção. Os estudos metodológicos visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado (LIMA, 2011).

3.2. Etapas do estudo:

3.2.1. Revisão de literatura

A revisão integrativa da literatura sintetiza informações em um determinado período sobre um tema específico. Sua principal vantagem em relação à revisão da bibliografia tradicional é que naquela há um método rigoroso na seleção dos artigos, com critérios de inclusão e exclusão bem definidos, período temporal, idiomas preestabelecidos, bases de dados bibliográficas de domínio público empregadas e, por vezes, os repositórios de livros ou teses e dissertações consultados. Sua elaboração pressupõe detalhar para o leitor todos esses critérios de escolha (D'AVILA OP, PINTO LF, HAUSER L; MR, 2017).

Posto isto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com vistas a responder a seguinte questão: qual a importância das tecnologias lúdicas na educação em saúde no contexto da pandemia de Covid-19?

A busca realizou-se na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e no PubMed com os seguintes filtros: publicações em artigos dos últimos cinco anos; disponíveis em texto completo e nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos publicados em outros idiomas, teses, dissertações e capítulos de livros.

Na busca foi utilizado o cruzamento dos descritores e palavras-chave da seguinte forma: atenção primária em saúde and educação profissional em saúde pública; atenção primária em saúde and diretrizes; atenção primária em saúde prevenção and Covid-19; jogos and covid-19; brincadeiras and prevenção. Tecnologia educacional and jogo de tabuleiro;

3.2.2. Construção da informação que subsidiou o desenvolvimento das tecnologias educacionais.

Nessa etapa foram entrevistados 70 indivíduos que moram no território de atuação da equipe de saúde da família Campo Grande da Unidade de Saúde Celso Leão em Ananindeua, com mais de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura virtual de um TCLE. Foram excluídos aqueles sem acesso à internet, sem cadastro na UBS e ainda aqueles que após 3 tentativas de envio, com intervalo de 1 semana, ou que após busca ativa não responderem a solicitação. As entrevistas foram realizadas no âmbito da unidade de saúde após os atendimentos ou então, caso o participante tenha expressado preferência, o formulário fora enviado via Whatsapp.

Ainda nesta etapa foi aplicado um formulário autoaplicável (ANEXO 1) com três núcleos de informações: a) características sociais, econômicas e demográfica; b) relação com a UBS e utilização dos serviços; c) fontes de informação, percepções e

práticas decorrentes das informações /recomendações das medidas de prevenção e controle do COVID-19.

Na segunda etapa foi realizada entrevista dialogada segundo roteiro (ANEXO 2), agendada, sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Nesta etapa da pesquisa, os espaços utilizados foram a sala de espera ou outro local da unidade. Assim como as visitas domiciliares que puderam ser recursos importantes para a coleta. Nesta fase a entrevista foi gravada com o celular do próprio pesquisador e os áudios transcritos, analisados em seu conteúdo e categorizados, segundo as tecnologias utilizadas e matrizes explicativas (MINAYO, 2012). Foi ainda utilizado o software MAXQDA para análises qualitativas do conteúdo das entrevistas.

Se faz importante ressaltar, que esta etapa foi realizada como parte de um projeto multicêntrico, e que apenas os dados oriundos desta fase é que serviram de subsídio para a manufatura da tecnologia educacional.

3.2.3. Produção do protótipo do portfólio das tecnologias educacionais.

Nesta fase foi desenvolvido o jogo de tabuleiro feito em papel cartão triplex. Este jogo tem como objetivo melhorar a aprendizagem a respeito das medidas de prevenção e combate ao Coronavírus. Nele o usuário moverá peões também feitos em papel triplex avançando por casas de acordo com o número existente no dado. Estas casas numeradas apresentam-se em cores diferenciadas. Tais cores foram selecionadas para estimular os múltiplos aspectos cognitivos e trabalhar habilidades diferentes da criança e do adolescente. O usuário após avançar com o peão, deverá pegar uma carta da cor apresentada na casa em questão. Cada carta apresenta ações diversas (retorne 1 casa, avance 2 casas, fique uma rodada sem jogar...). Em cada carta haverá uma informação a respeito da Covid-19 (“não usou álcool em gel”, “esqueceu de usar a máscara”), podendo o jogador avançar ou não no jogo, de acordo com as ações descritas.

Após a idealização do jogo de tabuleiro e dos cartões informativos, foi contactado o serviço de um design gráfico, para que fossem feitas as representações dos prédios que são considerados importantes para a vida cotidiana da comunidade, como por exemplo dos condomínios onde moram os usuários e da própria unidade de saúde. Nesta etapa, ainda, foi solicitado o serviço de um geógrafo, que realizou o mapeamento, por meio de cartografia, do bairro em que o jogo se baseia. O jogo então passou pela avaliação de uma pedagoga, para que a profissional realizasse a análise de jogabilidade.

3.2.4. Produção:

O jogo foi enviado a uma gráfica que realizou a impressão do tabuleiro, dos peões e do dado, para só então ser distribuído aos usuários de saúde da área de abrangência da Unidade de Saúde.

3.3. Aspectos éticos:

As informações que subsidiam a confecção das tecnologias, foram derivadas da pesquisa intitulada “Prevenção e controle da Covid-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde” sob a responsabilidade dos pesquisadores Júlio Cesar Schweickardt e José Ivo Pedrosa, a qual já foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº 4.345.618. Deste estudo foram selecionados os participantes que pertencem a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Celso Leão, que estiverem matriculados na equipe de saúde da família Campo Grande.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. 1º Capítulo: A APS e a educação em saúde: tessituras de um contexto.

A atenção primária em saúde no Brasil está fundamentada em distintas concepções e apresentando, em cada momento histórico, diferentes formas de organização (LAVRAS,2021). Neste contexto, as lutas populares pela garantia da seguridade social foram fundamentais no processo da reforma sanitária que teve seu ápice na promulgação da lei 8080. Entretanto, como apresentado por Veiga em 2015, o modelo hegemônico em nosso país, financiado em grande parte pelo governo militar, sempre buscou, na base teórica biomédica, a justificativa para o favorecimento do modelo hospitalocêntrico e da iniciativa privada. Outrossim, a formação médica, pautada pela publicação da lei n ° 4024 em 1968 orientava aos cursos de medicina vigentes a adoção de um currículo mínimo com base no modelo Flexneriano de ensino (SMOLKA et al, 2013).

Portanto, é justamente para se contrapor aos efeitos deletérios do modelo hegemônico, que na década de 1970 inicia-se em nosso país, o movimento pela

reforma sanitária brasileira, defendendo uma atenção à saúde mais abrangente (MAEYAMA e ROS, 2018). Desse momento político, este movimento encontrou na necessidade popular por uma estrutura que sanasse as demandas sanitárias e sociais e atendesse as reais necessidades da população no tocante a questões de saúde e de cidadania, o seu principal objetivo. Logo, foi desta reivindicação que uma nova forma de concepção em saúde se originou. Buscando a compreensão mais holística do processo saúde-doença (MACHADO et al., 2007).

Podemos pensar então, que o modelo de formação em saúde está na origem dos problemas enfrentados pelos profissionais da área no que diz respeito à realização de processos educativos populacionais (REIS, SILVA e JAW 2014). É possível pensar que um método educativo congruente é aquele que aproxima o ator social da realidade que o cerca. A chamada aprendizagem significativa visa a reflexão, por parte do usuário de saúde, daquilo que lhe parece problemático, de tal forma que o processo de ensino e aprendizagem é viabilizado pela integração do conteúdo a ser aprendido com o cotidiano. (GUEDES-GANZOTTI et al, 2016)

Desta forma, a educação em saúde é fundamental para a consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Onde as políticas públicas de saúde se baseiam em ações intersetoriais de promoção da saúde para fortalecer a gestão local e para o controle social. Para isto, tais fundamentos necessitam do desenvolvimento de atividades educacionais que interfiram no cerne da questão saúde- doença, e que concomitante a este efeito, sugiram um maior controle social com aprimoramento da qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Neste sentido, o sistema de saúde público (SUS) brasileiro, tem como um de seus princípios a garantia da universalidade e como principal porta de acesso, a atenção primária à saúde (APS), que deve atuar como ordenadora da rede de atenção (RECH ET AL, 2018). Sendo assim, há a substancial necessidade de se garantir e consolidar a APS. Para isso, políticas públicas têm sido desenvolvidas para que a seguridade social seja plenamente estabelecida e garanta os princípios constitucionais do SUS (MAIA et al., 2020). Portanto, as ações no âmbito da APS, têm o poder de mudar o perfil de morbimortalidade da população e atender às suas necessidades de saúde (AUGUSTO et al., 2019).

Para que isto funcione na prática espera-se que os profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam no nível primário, desempenhem alguns atributos considerados essenciais para que se desenvolva um serviço de qualidade, dentre eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação de cuidados,

focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. (FALKENBERG et al, 2014).

Entretanto, há evidências que demonstram algumas dificuldades como a não suficiência de médicos, a disparidade entre a qualidade dos serviços prestados na APS e principalmente a estrutura, como contribuintes de uma heterogeneidade com relação a efetivação do Sistema Único de Saúde (GIOVANELLA et al, 2016).

Posto isso, há uma tendência a se fundamentar as políticas de atenção primária à saúde e de formação em cenários do SUS. Para isso, governos tem utilizado programas como os descritos a seguir: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Aprender SUS: Educação Permanente como Estratégia de Gestão, polos de Educação Permanente e certificação de hospitais de ensino(LIMA et al., 2019).

O intuito destes programas é fazer com que as demandas sociais de saúde sejam apresentadas e solucionadas de maneira prioritária, valendo-se para tal de serviços, comunidade e formação na perspectiva da integralidade na atenção à saúde. Afirmam a importância, principalmente, da participação popular e da educação. No entanto, tais ações mobilizadoras envolvidas no autocuidado e no ensino não têm sido muito abrangentes (PERES et al., 2018).

Nesse sentido a promoção da saúde tem caráter de paradigma, no qual o usuário do sistema de saúde, é visto como ator social atuante e muito ativo. Aquele que colabora para elucidar propostas educativas que possam fortalecer sua autonomia, a melhora na sua qualidade de vida e a tomada de decisões que levem a mudanças de antigos estigmas. Portanto, a educação em saúde assume papel transversal e, principalmente, intersetorial na comunidade (SANTOS et al, 2017).

Sendo assim, as práticas educativas em saúde perpetuam uma racionalidade construída entre o profissional de saúde e o usuário. Ajudam a definir bons hábitos de vida, além de favorecer a construção de uma matriz identitária que, ao ser guiada pela autonomia, corrobora com a gestão da saúde, o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida individual e em comunidade (OLIVEIRA e WHENDHAUSEN, 2014; RENOVATO e BAGNATO, 2010).

Esses conceitos efetivam-se de maneira ainda mais impactante quando se analisa o momento pandêmico pelo qual estamos passando. Pois, uma vez que a severa pandemia respiratória aguda causada pelo SARS-Cov-2, expõe desafios exponenciais aos já não muito bem estabelecidos sistemas de saúde. De maneira

ainda mais intensa devido a escala global de comprometimento desses sistemas, ocasionado pelo crescente número de infecções por esse patógeno. Isto tudo associado, até então, ao conhecimento incipiente sobre o novo vírus, bem como à sua rápida capacidade mutatória e infecciosa, o que tornou urgente que novas formas de enfrentamento fossem criadas. (LIU et al, 2020; FAUCI, LANI e REDFIELD, 2020; WALK et al, 2020; ANDERSON et al, 2020).

Outrossim, profissionais de saúde qualificados e munidos de conhecimentos, acerca das características do vírus causador da Covid-19, são fundamentais e devem atuar como disseminadores e facilitadores de estratégias de enfrentamento à pandemia. Assim, o processo de aprendizagem é relevante para que os profissionais de saúde prestem assistência aos usuários, orientando-os de forma mais segura e eficiente. Tornando-os assim, atores sociais mais atuantes (OLIVEIRA et al, 2021).

Nesse sentido, a atenção primária é a porta de entrada para o sistema, atuando como coordenadora e articulando o cuidado à saúde da população. Dispondo de mecanismos que visam o entendimento das particularidades dos lugares de ação, e oferecendo equipes multiprofissionais para os serviços de saúde. Desta forma, a atenção primária em saúde torna-se imprescindível, já que ações de educação em saúde são fundamentais para a sedimentação de uma rede de proteção e autocuidado (FERNANDEZ e FERNANDES ,2020).

Cabe ressaltar que a atenção primária objetiva promover a qualidade de vida da população, interferindo de maneira responsável nos territórios de sua atuação, buscando novas dinâmicas que modifiquem as vulnerabilidades apresentadas pela população assistida. Para isto, se utiliza da estratégia saúde da família, que fortalece princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, por executar uma saúde mais integral, equânime e contínua (BRASIL, 2017)

Do mesmo modo em que tem sido fundamental para o combate às grandes epidemias como a de dengue, febre amarela e outras arboviroses, a atenção primária deve ser encarada como uma vultosa fonte de resposta a situações que se apresentem como emergenciais e estratégicas. Muito desta importância conferida à atenção primária, reside no fato de que, são inerentes a este nível de atenção, o conhecimento do território, o monitoramento das famílias assistidas, o vínculo e o bom relacionamento entre usuários e equipe de saúde. Logo, de acordo com Sarti et al (2020), essas ferramentas da atenção primária facilitam a contenção da pandemia, portanto, é este nível de atenção à saúde que deve ser fortalecido e utilizado como resposta frente às epidemias.

Posto isso, a pandemia de Covid-19 trouxe consigo inúmeros desafios, como a suspensão dos atendimentos presenciais individuais e coletivos como medida de controle a disseminação do vírus causador da doença. A desinformação percebida em todos os setores da sociedade, como o movimento antivacina e o trabalho incansável para mitigar as inúmeras fake News propagadas em uma exaustiva e longa campanha, por muitas vezes gerida por entidades governamentais, também se constituiu em um grande desafio. A falta de planejamento dos setores responsáveis pela logística de distribuição de insumos e pela organização do combate à pandemia, ocasionou em muitos momentos, e em diversos cenários, a falta de medicamentos, equipamentos e de recursos humanos. Com a mudança no fluxo de atendimento das unidades de saúde a atenção primária desempenhou um papel crucial no atendimento à população, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil (FERMO et al, 2021).

Mesmo com todos os desafios impostos pela pandemia, a atenção primária manteve-se fiel aos seus princípios ao prestar atendimento aos pacientes com sintomas leves da doença, assim como àqueles que desenvolveram algum tipo de sequela. E, posteriormente, durante a campanha de vacinação contra a Covid-19 (GUEDES et al, 2022).

Souza et al (2000) sinalizam a importância da atuação das equipes da atenção primária, no enfrentamento dos impactos emocionais que se manifestaram durante a pandemia de Covid-19, tanto ao realizarem atendimento de suporte emocional, quanto ao facilitarem e articularem conexões com níveis diferentes de atenção à saúde e, também ao mitigarem informações erradas disseminadas durante este período. Ademais, usuários portadores de doenças crônicas mais complexas continuaram sendo assistidos pelas equipes de atenção primária, por meio de monitoramento do plano de cuidados a distância. Permitindo assim, que estes usuários mantivessem controladas suas condições de saúde e garantido a eles o cuidado integral e totalitário pregado pelo SUS (MARQUES et al, 2022).

Associado ao exposto acima, os profissionais de saúde da atenção primária à saúde, embora próximos da realidade na qual trabalham, encontram dificuldades em propor e efetivar intervenções de educação. Isso ocorreu justamente por possuírem, em sua grande parte, um ambiente cultural distinto daquele da classe popular, o que contribui para a falta de dialogicidade entre usuário e profissional de saúde (LIMA et al, 2019). Logo, parece ser necessário subvertermos essa lógica e questionarmos se as práticas educacionais vigentes estão dialogando ou afastando os grupos populacionais (MOREL, 2021).

É possível afirmar que a educação não pode ser realizada de maneira unilateral, tampouco exclui-se do processo de aprendizagem o conceito de construção do conhecimento. Portanto, é importante dizer que, educação é comunicação e deve ancorar-se no diálogo mútuo e contínuo. Assumir isso é fazer uma opção pelo encontro de interlocutores que visem a significação dos conceitos e a operacionalização dos cuidados, em detrimento da pura transferência de saber. Ou seja, para que ocorra educação em saúde, é primordial a comunicação entre as partes, efetivando a interdependência entre saúde e educação (FALKENBERG et al, 2014).

Olhando por esse prisma, a educação em saúde é um mecanismo vital para a promoção de saúde e para a promoção da qualidade de vida do indivíduo e do seu entorno, pois atua em conjunto com saberes técnicos e populares. Utilizando-se de múltiplos recursos para um completo entendimento do processo saúde-doença (CORREIO et al, 2015). Ou seja, as ações educativas em saúde são parte essencial do trabalho de equipes da atenção primária em saúde, embora ainda sigam sendo desenvolvidas com base na transmissão de conhecimento e na persuasão. Porém, ultimamente é possível identificar algumas práticas educativas que usem de diferentes estratégias pedagógicas objetivando a superação do modelo tradicional sanitário (UCHOA, 2009).

Desta forma, as ações educativas em saúde podem ter um papel primordial quando são colocadas em prática por diferentes atores. Esse trabalho, educativo e de mobilização, envolve uma parte importante do Sistema Único de Saúde e conta sobretudo com a ação dos agentes comunitários de saúde, além de outros setores da sociedade, como lideranças comunitárias, movimentos sociais, comunidades escolares e universidades públicas (MOREL, 2021).

Ademais, a educação popular pode funcionar como forma de controle e ordenamento social mesmo que a educação sanitária não considere o território com todas as suas particularidades ambientais e seus condicionantes sociais e minimize seus efeitos deletérios ao culpabilizar as classes populares pela falta de conhecimento. Ou ainda pela incapacidade em pôr em prática determinados hábitos (NESPOLI, 2016). Posto isto, a educação popular em saúde que teve papel primordial no surgimento do próprio SUS, se contrapõe à concepção constituída por conceitos retrógrados apresentados pela educação sanitária. Desta forma são muitos os trabalhos e iniciativas que, tendo como importante referência a obra de Paulo Freire, desenvolveram os princípios da educação popular em saúde nas últimas décadas: diálogo, emancipação, respeito aos saberes populares, compromisso com um projeto de transformação social popular e democrático (MOREL, 2021).

Essa concepção mais abrangente, holística, permite que conhecimentos frios e enrijecidos com jargões cientificistas passem a ser representados, problematizados, vivenciados no cotidiano do usuário do sistema de saúde. Também podem facilmente ser transcritos nos diversos cenários, assumindo ainda, e novamente, o papel de resistência ao inadmissível negacionismo, uma vez que age como ponte ao diminuir a distância existente entre as políticas públicas de saúde e os mais distintos territórios e realidades vivenciadas pela população (CARNEIRO e PESSOA, 2020).

Nesse sentido, uma das principais maneiras de viabilização da promoção da saúde e da disseminação de informações aos usuários é a educação em saúde. Se tornam primordiais as ações que objetivem a participação popular, conferindo à população os saberes e as habilidades necessárias para tornar sua participação mais ativa no processo de gerenciamento do mecanismo saúde-doença e também na condução do cuidado. Tais resultados são alcançados com a compreensão de que estas ações devem ter caráter interprofissional e atuar em múltiplas dimensões da vida do usuário (MACIEL, 2020).

A educação em saúde deve trazer consigo o conceito de que uma nova informação deve gerar reposicionamentos, curiosidades e buscas por informações capazes de desmistificar as formas de vida em qualquer nível de atenção à saúde. Portanto, deve ser caracterizada uma formação que gere conteúdos capazes de ocasionar o pensamento e inquietações que promovam novas reflexões. Somente assim, novos conceitos serão instituídos, e, antigos conceitos serão ressignificados, pautando, sempre, uma mudança no estilo de vida e ocasionando a promoção da qualidade de vida. Tendo como principais atores sociais, os próprios indivíduos da comunidade (BARROS et al, 2021).

Em tempos de pandemia, a educação em saúde, pode pautar-se, majoritariamente, na perspectiva biomédica. Destacando as atividades educativas focadas na doença, elencando-se os principais sinais e sintomas, formas de transmissão, unidades de saúde para se procurar atendimento, higiene pessoal, entre outros. Nota-se que, embora fundamentais para uma educação em saúde de qualidade, essa abordagem não se mostra suficiente, uma vez que ignora as questões micro e macroestruturais do processo saúde-doença, e foca excessivamente em questões biomédicas (VENTURA et al. 2020). Sendo assim, devido a pandemia que estamos enfrentando, seria mais adequada uma educação em saúde que focasse na criação de espaços coletivos, na multicausalidade do binômio saúde-doença e na promoção de debate entre os seres e incluindo o conhecimento popular para a

compreensão e identificação dos determinantes e condicionantes sociais de saúde (LIMA, 2020).

É possível pensar, ainda, uma educação popular na atenção primária em saúde, que norteie o exercício da cidadania e a promoção da seguridade social como mecanismos para se alcançar a melhoria da qualidade de vida. Concebido, tanto pelo estímulo à integração quanto pela participação popular, fortalece o ativismo social e o poder encubáveis na comunidade assistida. Desta forma, a formulação de espaços coletivos de educação em saúde, articulam a atuação dos diversos atores, setores da comunidade. Também resultando no estímulo para a instituição e implementação de projetos que visem o combate à Covid-19 (TOCANTIS, 2020).

Isto posto, urge extremamente a necessidade de fomentos mais substanciais, que permitam o fortalecimento da atenção primária e de todas as suas aplicabilidades. Para que, por meio das suas ferramentas, e tendo a educação em saúde como mote principal, o acolhimento e a gestão do cuidado sejam realizados de maneira excepcional e respondam às demandas emergentes dos e nos territórios.

4.2. 2º capítulo: As Tecnologias Educacionais como instrumentos de Educação em Saúde no contexto da Covid-19

A palavra tecnologia pode ser entendida como uma expressão muito abrangente, porém que facilmente pode ser compreendida como uma junção de técnicas, métodos e instrumentos, trata-se de uma aplicação efetiva do conhecimento científico em diversos setores e áreas da sociedade. Etimologicamente, tecnologia deriva de dois termos gregos, mais precisamente do termo “tekhne” que pode ser traduzido como arte, técnica, ou ofício em associação com o termo “logia” que transmite a noção de “estudo”. Portanto, pode ser inscrita como o estudo da técnica (VERASZTO e SIMON , 2008).

No decorrer da história e com o aprimoramento do conhecimento científico, este termo foi usualmente associado à concepção de máquinas, aos bens utilizáveis fisicamente e, de uma maneira bem minimalista, a procedimentos técnicos. Entretanto, com novas aquisições do conhecimento e novas ideologias filosóficas, bem como com o advento de estudos, houve um maior desenvolvimento do conhecimento acerca do tema. Isso fez com que o conceito fosse ampliado de maneira a agregar experiências cotidianas e de pesquisas, culminando em conhecimentos científicos para a criação de produtos sejam estes, materiais ou imateriais que favoreçam mudanças práticas (NIETSCHE et al , 2014)

Já a educação em saúde pode ser entendida de acordo com a Organização Mundial de saúde (WHO, 2009) como uma combinação de experiências de transmissão de conhecimento empregadas para auxiliar pessoas e comunidades a melhorar a saúde, com incremento dos conhecimentos ou influenciando as atitudes.

Portanto, as tecnologias educacionais, podem ser compreendidas como um instrumento para o desenvolvimento de indivíduos. Podem advir por meio de novas ideias, métodos, ensinamentos, conceitos e técnicas que favoreçam a atualização e o aprimoramento da educação, possibilitando àquele que ensina maneiras diferenciadas

para a troca e a construção dos conhecimentos. Pode contribuir em um aprendizado que amplia o processo educacional (ALMEIDA; AQUINO; PINHEIRO, 2009).

Entretanto, esta ideia de utilização da tecnologia para a educação em saúde não é conceito recente nos estudos científicos. Lewis em 1996 já idealizara o uso de computadores para promover a educação voltada a pacientes diabéticos. O estudo foi fundamental para alavancar esta área do conhecimento, uma vez que demonstrou maior redução nas taxas de glicemia no grupo de pacientes que contou com o auxílio do computador, quando comparado ao grupo de um modelo tradicional.

Em outras palavras, a educação em saúde pode ser compreendida como um conjunto de práticas pedagógicas. Tais práticas tem por objetivo a viabilização de um processo contínuo, dinâmico, extremamente complexo, porém rigorosamente planejado e que culminem em uma aprendizagem e ensino contínuos. Para tal, devem ser levados em conta os fatores internos e externos aos indivíduos, uma vez que isto podem influenciar negativa ou positivamente o estado de saúde dos usuários dos serviços de saúde, bem como sua capacidade para apreender conhecimentos, habilidades e atitudes (PUEYO-GARRIGUES et al, 2019).

Nesse sentido, há a possibilidade de se utilizar de diversos artifícios e dispositivos para proporcionar o acesso às informações que podem ser muito úteis para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Podem ser disseminadas por meio de folhetos, cartazes, cartilhas, aplicativos, sites, vídeos, músicas, jingles, entre tantos outros. Dito isto, nota-se que, a utilização das tecnologias educacionais pode acarretar a ampliação do acesso ao conhecimento, promover desenvolvimento de ações, contribuir para divulgar informações científicas e também para desenvolver novas habilidades (CAETANO et al, 2020).

De acordo com Barros et al (2010) as tecnologias da informação funcionam como parte do cotidiano e oportunizam a criação de uma sociedade mais eclética e sensível às mais variadas maneiras de viver e de se expressar. Logo, as tecnologias para além de assegurar uma comunicação forte, sustenta e segura, proporcionam saberes, percepções, interesses e desejos dos próprios atores sociais envolvidos.

Isto posto, é primordial a qualificação dos usuários acerca dos diagnósticos, prevenções e tratamentos, para que estes assumam corretamente seus papéis enquanto atores sociais capazes de modificar a situação de saúde nos territórios em que vivem. Estas pessoas serão capazes de contornar e controlar a cadeia de transmissibilidade e a evolução natural do processo saúde-doença. Para isto se faz necessária a instalação de planos de educação em saúde no âmbito da atenção primária à Saúde (APS) (RODRIGUES et al, 2021).

Assim, é relevante a utilização de métodos atrativos e inovadores que possuam um caráter crítico e possibilitem a reflexão, a ampliação dos conhecimentos e o empoderamento dos usuários de saúde para que estes possam ser agentes replicadores, executores e transformadores de ações de promoção de saúde no território que habitam, considerando seus cotidianos (SILVA et al, 2018).

Conquanto, no campo da saúde pública, as consultas individuais e despersonalizadas, às vezes limitadas à avaliação de continuidade do tratamento, ainda são muito valorizadas em detrimento ao uso de tecnologias educacionais interativas (CATUNDA et al, 2016).

Levando-se em consideração que a ESF é considerada como um ambiente favorável para se exercitar plenamente a prevenção e a promoção de saúde, uma vez que permite a evidência da troca de saberes, a formação de aprendizados, a adesão aos hábitos saudáveis e promove uma maior autonomia do paciente com o autocuidado, a elaboração destas tecnologias educacionais para uso pelos profissionais de saúde pode ser essencial (ALENCAR et al, 2017).

Dessa forma, é importante elencarmos que as tecnologias educacionais têm um importante papel de destaque para subsidiar práticas educativas em inúmeros contextos, valendo-se de seus múltiplos sujeitos. Estas práticas não apenas disseminam informações e teorias, como também, priorizam o autocuidado e autogestão de saúde por parte da população. Além, de incentivarem a gestão das problemáticas relacionadas ao bem-estar comunitário. Uma boa tecnologia educacional deve apresentar de forma organizada, sistematizada e estruturada as melhores evidências científicas disponíveis na literatura, uma vez que objetivam uma democratização destas informações. Funcionando como um importante tradutor, desmistificando jargões científicos em palavra de fácil compreensão pela população assistida. (NIETSCHE, TEIXEIRA E MEDEIROS, 2014)

No contexto atual, a pandemia do novo coronavírus impôs desafios aos sistemas de saúde de todos os países pela necessidade de enfrentar que em conjunto, podem representar a velocidade da disseminação do vírus, contribuindo para um aumento do número de casos e conseqüentemente de casos graves e de óbitos. Isso sem falarmos na saturação dos serviços de saúde devido em grande parte ao adoecimento dos profissionais de saúde e ao esgotamento mental dos mesmos. Tendo ainda, a desinformação como fator crucial para a deterioração da frente de combate a Covid-19 (CASH; PATEL, 2020; DIKID et al., 2020).

Em nosso país, o Sistema Único de Saúde, vem enfrentando dificuldades extremas para sua manutenção e sobrevivência, pois aliado ao que foi dito

anteriormente, vivemos um momento de evidente desmonte e desvalorização desse sistema. Minando a capacidade do SUS em atender às necessidades de saúde dos usuários. Quando falamos em contexto pandêmico, esse cenário se agrava. O Brasil é o país da América do Sul com o maior número de casos e de mortes e ainda apresenta uma das taxas mais altas de transmissão do Vírus (FEHN et al., 2020).

Destarte, para se prevenir e controlar uma epidemia, é necessário além do atendimento médico individual uma abordagem centrada na comunidade. Que tem como objetivo a proteção do contágio além do rastreo dos contatos, pela epidemiologia, a detecção precoce dos sintomas, pela busca ativa o isolamento e a reabilitação. Portanto, para muito além de simplesmente tratar a patologia, se faz crucial o entendimento de doença como fator comum a um território e, portanto, aos seus indivíduos, abrangendo a vigilância à saúde que pode ser entendida a partir de uma Atenção Primária à saúde (APS) abrangente e integrada. Na prática, a APS é um dos sistemas que pode com efeito promover uma mudança substancial na qualidade de vida da população, já que altera as condições de saúde da comunidade (GIOVANELLA et al., 2016).

Apesar de termos ciência de que vivemos em um país continental, com manifestações culturais e sociais muito distintas entre os 5.770 municípios, que devem se apropriar de suas particularidades para organizar a sua assistência em saúde, é fácil identificar uma soma de ações comuns que foram desenvolvidas para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Além das atividades corriqueiras, relacionadas, em sua maioria, ao atendimento focado no individual, com base na oferta de cuidados, na promoção, proteção e recuperação da saúde dos pacientes, outras atividades mais pautadas na coletividade foram somadas, voltadas ao enfrentamento da pandemia. Todavia, há a necessidade de se apoiar o valor da pesquisa ativa no enfrentamento da pandemia, construindo-se novos caminhos para uma investigação territorial e comunitária. Para isto se faz primordial uma boa estruturação de um sistema de saúde acessível e sustentável (LAVRAS, 2021).

Quanto à saúde, são necessárias medidas tanto em caráter coletivo, quanto em caráter individual. No que diz respeito as medidas de caráter coletivo, elas são próprias da vigilância em saúde no referente à análise e ao comportamento global da epidemia. Nesse sentido encaixam-se a orientação de toda a sociedade quanto à importância do uso de máscaras, lavagem das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social e higienização de ambientes comuns. Já as medidas individuais, são aquelas que pregam o rastreamento, a identificação, o isolamento e o monitoramento de contactantes, baseadas no diagnóstico, acompanhamento clínico, no controle das

complicações e exacerbações e também da reabilitação. Portanto, todas estas medidas impactam profundamente na organização de todo o território. Questionando, não apenas os sistemas de saúde e de seguridade social, como também os valores, modos de vida, economia, relacionamentos e disputas de poder e de decisões políticas. essa perspectiva, o enfrentamento da pandemia tem exigido um investimento com plexo para a compreensão do fenômeno e implementação de estratégias efetivas de prevenção, controle e mitigação dos efeitos da COVID-19 (BRASIL, 2017; SANTOS e LOPES, 2021).

Também como um dos reflexos do tipo de enfrentamento dado à Covid-19, o árduo trabalho da APS tem pouca visibilidade social, uma vez que geralmente optase por dar muita ênfase ao atendimento de pacientes com comprometimentos graves e que necessitem de atendimento hospitalar especializado, como por exemplo, com o uso de ventilação mecânica invasiva. Ao se fazer este tipo de predileção, renega-se todo o trabalho em saúde que é desenvolvido nos territórios. Em relação à pandemia é fundamental a prevenção, com o uso de medidas sanitárias, o diagnóstico, o rastreamento, o monitoramento, os encaminhamentos, a reabilitação e em particular, os cuidados em educação em saúde que são desenvolvidos na atenção primária à saúde. Portanto, é fundamental darmos mais importância a este tipo de labor. E mesmo com todo o subfinanciamento. O enfrentamento à pandemia tem na APS do SUS o seu principal sustentáculo. Uma vez que é nesta área de atenção que vivenciamos as devidas medidas de proteção social aos indivíduos, atuando sempre de maneira conjunta para preservar a vida (SANTOS e LOPES, 2021).

Por estarmos vivenciando uma pandemia, período no qual a circulação e aglomeração de pessoas está mais restrita devido às medidas de combate à disseminação do Coronavírus, urge a necessidade de executarmos tecnologias educativas que sejam facilitadoras da educação em saúde. Pois, a associação e a plena utilização deste binômio têm-se como resultado uma maior aproximação dos conhecimentos e suas implicações na transformação da realidade da comunidade. Dito de outra forma, as tecnologias educacionais são capazes de tornar os indivíduos mais críticos e mais atuantes dentro do ambiente em que vivem. Sendo assim, são essenciais tecnologias que causem reflexões individuais ao abordarem a realidade da sociedade. Auxiliando, portanto, o processo ensino-aprendizado, e alterando os paradigmas e nós críticos de cada cenário (BATISTA NETO et al, 2020).

Nesse contexto, para o correto combate ao coronavírus, deve ser levado em consideração o estreitamento da comunicação entre profissional da saúde e usuário do serviço de saúde. O uso de tecnologias educativas pode ser um facilitar do

processo e do diálogo. Isso parece uma via para buscar aumento da qualidade do atendimento, a garantia do direito à saúde, a aquisição de habilidades, bem como a disseminação das informações necessárias para a diminuição do comprometimento do bem-estar. Ou seja, as tecnologias são primordiais para mediar a relação profissional-usuário e ocasionar diversos benefícios tanto para os profissionais quanto para a população. Além disso, o uso das tecnologias educacionais, ainda consolidam educadores em saúde mais reflexivos e resolutivos (CECCO e SCHNEIDER, 2020; MIRANDA, et al, 2020).

De acordo com Gomes e Merhy (2011), não cabe hierarquização entre os processos de formação e de aplicação das tecnologias, sendo todas elas necessárias para o processo de produção de conhecimento e de saúde. De acordo com cada contexto, cada uma poderá ter sua aplicação e sua devida importância e todas as situações exigiram o uso de tecnologias.

No contexto que estamos vivendo, e com todas as incertezas que permeiam o imaginário popular, a atenção primária em saúde deve tomar para si a condução dos debates como forma de se alcançar uma estratégia plena, eficaz, válida e equalitativa de prevenção da doença e promoção da saúde. Dessa forma, a aposta tanto em tecnologias leves, mais humanitárias e acolhedoras, e as práticas de educação em saúde como norteadores éticos e morais no cuidado e no tratar com o usuário, devem ser urgentes e necessários. Também o uso de tecnologias lúdicas, em um período de limitação de contato físico- presencial, que orientem de forma correta e segura sobre as medidas de enfrentamento a covid-19 e sobre o exercício da cidadania, pode ser potencializador de estratégias comunitárias de enfrentamento às dificuldades trazidas pela pandemia. Portanto, é necessário que os diversos setores da sociedade assumam novos comportamentos de modo a promover uma aprendizagem colaborativa (SALVADOR PTCO et al, 2019).

Assim, é indeclinável a gênese de ações de prevenção da doença, ancoradas, principalmente, na educação em saúde. Que promovam distanciamento social e quarentena quando necessários, mas também que munam a população de arcabouço teórico e prático necessários para o enfrentamento de todas as consequências da pandemia. De tal forma, que o embate à pandemia só terá maior efetividade quando baseado na garantia do princípio à integralidade assistencial e preventiva, fazendo o uso, para tal, de todas as formas de tecnologias disponíveis (CECCO e SCHNEIDER, 2020).

Assim, em meio à pandemia, as tecnologias educacionais facilitaram, a partir do entendimento do usuário quanto à sua individualidade e também quanto a sua

função enquanto ator social determinante, a promoção do cuidado. Também poderão auxiliar na detecção dos nós críticos existentes na sociedade, transformarão essas demandas sociais em possibilidades de diálogo, desmistificando, assim, os imbrólios sociais, coletivos e subjetivos da saúde e permitindo, também, a participação comunitária na gestão dos problemas.

4.3. 3º Capítulo: A COVID-19 no Estado do Pará e em Ananindeua- características epidemiológicas e sociodemográficas

Na América Latina o primeiro caso confirmado de Covid-19 data de 25 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo no sudeste do Brasil. Tratava-se de um paciente do sexo masculino, acima de 60 anos e que havia regressado há pouco da Itália. Portanto, a investigação epidemiológica concluiu que se tratava de um caso importado. No entanto, logo na sequência ocorreu uma vasta propagação do vírus para todas as regiões, e inúmeras cidades já apresentavam casos de contaminação comunitária. (BRASIL, 2020; WHO, 2020)

Neste sentido, o Brasil é um dos países mais afetados pela pandemia de Covid19, sendo de conhecimento geral que os dados da mortalidade em momento algum refletiram a real situação dos óbitos ocasionados pela doença. Sabe-se, por exemplo, que somente no recorte temporal de 23 de fevereiro a 8 de agosto de 2020, foram registradas quase 50 mil mortes por síndromes respiratórias em apenas 8 capitais brasileiras. Tais dados, associados ao descaso histórico dado a epidemiologia neste país, bem como a elevada heterogeneidade percentual de síndromes respiratórias excedentes, sugerem alta taxa de subnotificação de óbitos por Covid-19. Outrossim, as desigualdades regionais e a vasta extensão territorial do país contribuem para a necessidade de revisão das mortes em pacientes sintomáticos respiratórios. (ORELLANA, MARRERO e HORTA, 2021)

Neste contexto, na região norte do Brasil, o Coronavírus adentrou adotando sinais de catástrofe, apresentando, ao final do primeiro semestre de 2020 um maior coeficiente de mortalidade quando comparado as demais regiões do país. Com aproximadamente 51,1 mortes, para cada 100 mil habitantes. Neste espectro, o estado do Pará, mantém estatísticas excessivamente altas quando comparadas às nacionais. uma vez que, exemplificando, o coeficiente de mortalidade no estado atinge valores de 56,6, valor que pode ser até 104% maior que a média nacional. (BRASIL,2020)

Ainda com relação a isto houve o registro de 788 casos positivos de Covid-19 apenas em 49 dias após a confirmação da primeira infecção no Pará. A primeira notificação de covid-19 ocorreu em 18 de março de 2020 e se tratava de um morador da capital do estado. A análise epidemiológica posterior confirmou tratar-se de um caso importado do estado de São Paulo. Porém, menos de 15 dias depois da confirmação deste caso, ocorreu a primeira notificação de óbito por Covid-19 no estado, no dia 1º de abril de 2020. E desde então a curva de casos e a incidência de óbitos passou a ser registrada com altas taxas na região metropolitana de Belém (SILVA et al, 2021).

Desta forma, podemos inferir que, o crescimento dos índices de coronavírus na região norte é um claro reflexo das históricas desigualdades sociais da região e refletem ainda os vastos problemas de acesso a cidadania e a manutenção da seguridade social (MUNIZ,2021). Ainda, é salutar refletirmos sobre a parca quantidade de estudos epidemiológicos na região norte do Brasil, que leva a um vazio colossal de informações sobre a covid-19, bem como a dificuldade em disseminar conteúdos que visem a educação continuada e o esclarecimento da população usuária. Contribuindo,

portanto, com as maiores taxas de incidência de Covid-19 na região. (ESCOBAR et al 2021).

Sendo assim, o norte e o Nordeste figuram entre as regiões com maiores taxas de incidência e de mortalidade por Covid-19 no Brasil. Apresentando alguns municípios com taxas incidentais até 10 vezes maiores do que as taxas de incidência dos municípios das regiões sul, sudeste e centro-oeste. Tal heterogeneidade da apresentação da doença corrobora a ideia de que a incidência e a mortalidade por Covid-19 estão associadas e uma combinação muito clara de fatores geográficos, econômicos, sociais e culturais que determinam e se expressam pelo modo de vida da comunidade (LANA et al, 2020).

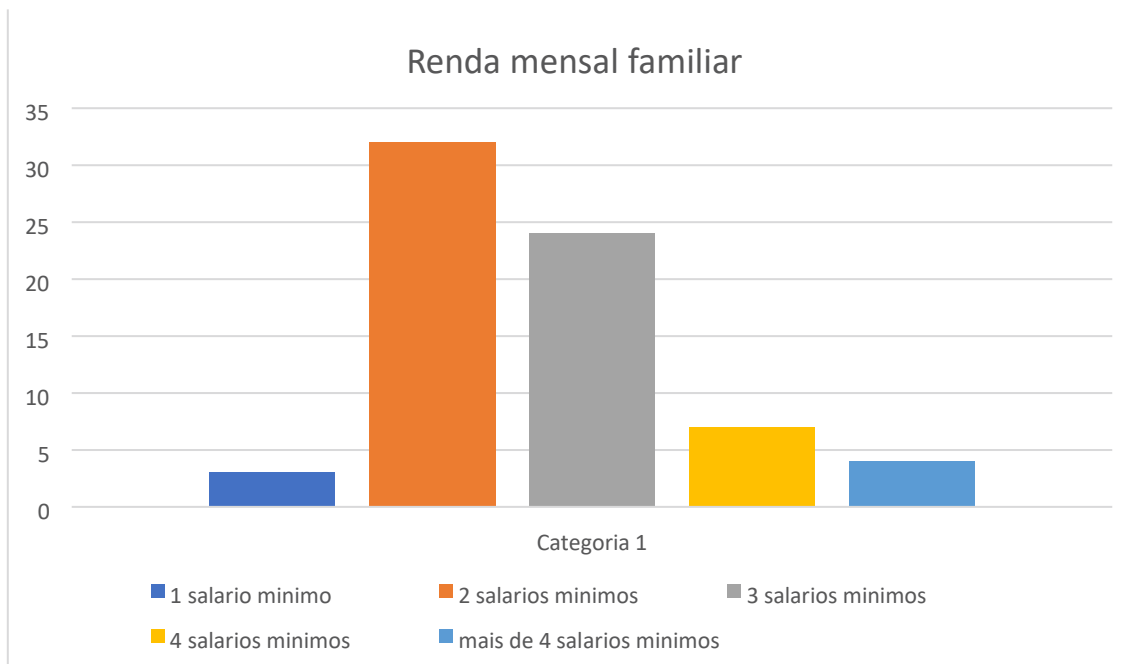
A este conjunto de fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e bem como os fatores de risco na população, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde, dá-se o nome de Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Entretanto, a OMS adota uma definição um pouco mais simplória, na qual esses DSS's são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS e FILHO, 2007). Desta forma, considerando ambas as definições de DSS e levando em conta os indicadores socioeconômicos da região norte, é possível traçarmos um paralelo entre os aspectos da realidade urbana e o processo de saúde doença da Covid-19.

Belém, a capital do estado do Pará, possui 1.059 km² de extensão territorial dividida em região insular e continental e apresenta ainda uma população de aproximadamente 1,5 milhões de habitantes (IBGE, 2019). O desordenamento histórico que acompanhava o processo de crescimento e expansão das cidades brasileiras, também se fez presente em Belém e é um reflexo do crescimento populacional, que a partir da década de 1970 culminou na especulação imobiliária nas áreas centrais com maior infraestrutura urbana. Outro aspecto essencial foi o deslocamento de certos grupos populacionais para regiões mais afastadas da área central, locais com menos infraestrutura e piores condições de moradia, porém com maior acessibilidade socioeconômica (SEGEP,2019). E é justamente nesta década que surge a Região Metropolitana de Belém (RMB) (SEDOP-PA, 2018).

Criada em 1973 como a menor região metropolitana do país, a partir da promulgação da lei de criação das regiões metropolitanas do Brasil, a Região Metropolitana de Belém, possui atualmente segundo a projeção do IBGE para 2017, concentrada em seus limites, 29% da população do Pará, com cerca de 2,4 milhões de habitantes, distribuídos em uma área territorial de 3,5 milhões de km². Estando dentro da RMB, o Município de Ananindeua é o segundo município mais populoso do

estado do Pará, possuindo cerca de 190 mil km² e uma população estimada em 540 mil habitantes, com um IDH de 0,718 e uma renda familiar estimada em menos de 2 salários mínimos. (IBGE, 2020). Fato concordante com as informações coletadas na pesquisa multicêntrica, no recorte do município, onde a renda média dos participantes também é de 2 salários mínimos, como mostrado no gráfico abaixo:

GRÁFICO 1- Renda mensal familiar



Fonte: Banco de dados do estudo multicêntrico

FIGURA 1 – Região metropolitana de Belém.



Fonte : IBGE

Atualmente, a maior parte da população da RMB ainda se concentra nas periferias e em áreas com pouca infraestrutura, algumas são áreas que sazonalmente sofrem com inundações ou que são permanentemente alagadas. Em contrapartida, uma pequena parcela da população habita nos centros de importância histórica e cultural, ou ainda em condomínios de alto padrão localizados em vias importantes para a mobilidade urbana. Em Ananindeua, tal dado explica o fato de 45% da população não possuir serviço de coleta de esgoto e cerca de 30 % não possuir acesso à água (ITB, 2019, SEGEO, 2019, IBGE, 2010).

Uma vez que, a pandemia de Covid-19 evidenciou que sem saneamento básico são os que mais sofrem as consequências do vírus. Problemática esta que perpassa gerações e ainda hoje se mantém muito presente em nossa sociedade, facilmente comprovado pelos números alarmantes de doenças infectocontagiosas associadas, direta ou indiretamente, ao saneamento básico. É evidente que não se consegue conter o avanço de uma patologia viral sem água tratável, saneamento e higiene. Ou seja, esta é uma medida essencial para o controle da propagação da Covid-19 (SWA, 2020).

Ao negligenciar a alta densidade populacional e a falta de acesso ao saneamento básico e a água tratável de qualidade, o município de Ananindeua nega aos seus cidadãos direitos básicos e os impede de exercer sua função social no combate ao coronavírus. Visto que, a inacessibilidade a água e o desordenamento habitacional não permitem com que algumas das principais medidas de combate a Covid-19, pelo controle da disseminação do seu vírus causador seja instituída, como a lavagem das mãos e o distanciamento social adequado. Desordenamento este que

está associado a falha no planejamento urbano municipal e à desigualdade na oferta e disponibilidade de serviços públicos.

O enfrentamento à pandemia de Covid-19 requer uma Atenção Primária em saúde mais forte, que seja capaz de atuar como ordenadora do cuidado, agindo tanto na coordenação quanto na comunicação do cuidado. Isto posto, uma vez que cerca de 80 % dos casos de covid-19, são casos leves e/ou moderados, e, portanto, passíveis de cuidados domiciliares. Cuidados que envolveriam um menor quantitativo de pessoas encaminhadas aos prontos-socorros e hospitais. Ainda, o combate a pandemia deve ser estimulado nas equipes de saúde da família, onde promoção, recuperação e cuidado longitudinais são os principais princípios norteadores no cuidado ao usuário do sistema de saúde (DUNLOP et al, 2020, HARZHEIM et al, 2020).

Portanto, o acesso do usuário com Covid-19 necessitava seguir um fluxo organizado, tendo a APS como porta de entrada e ordenadora desse cuidado. Porém, a pandemia evidenciou a negligência das esferas governamentais em validar o direito dos usuários a acessibilidade aos serviços de saúde, que não ocorreu de maneira equânime, infringindo, portanto, a universalidade, um dos princípios fundamentais que regem o funcionamento do sistema único de saúde. Associado a isto, em Ananindeua, a cobertura da modalidade ESF, traz à tona a carência dessa estratégia, fundamental à organização da APS, antes mesmo da pandemia. Apenas 70 % dos cidadãos dos municípios são adscritos por alguma equipe de estratégia saúde da família. (BRASIL, 2020).

Para além da APS e associado a isto, a ineficiência em conjunto com a insuficiência na capacidade do manejo e do correto atendimento hospitalar e das unidades de urgência e emergência. Também a falta de profissionais de saúde, de leitos e de insumos básicos, como a testagem rápida e satisfatória e as medicações para o correto manejo dos casos. Assim, colaboraram para o avanço da Covid-19 no estado do Pará como um todo, e contribuíram para o aumento do número de casos e de óbitos (DA SILVA, MUNIZ, 2020).

Sendo assim, no estado do Pará foram notificados mais de 550 mil casos confirmados e, destes, aproximadamente 16 mil foram de pacientes que evoluíram a óbito por covid-19 entre os meses de março de 2020 a junho de 2021. Neste recorte histórico, foram caracterizadas duas ondas da incidência da doença. A primeira delas durou de abril de 2020 até meados de junho de 2020, onde foram notificados aproximadamente 120 mil casos de pacientes com covid-19. A segunda ocorreu em março de 2021, mês no qual mais de 50 mil pessoas receberam o diagnóstico. Com

relação a mortalidade, houve uma maior frequência de óbitos em maio de 2020, e em abril e junho de 2021, onde foram relatados, respectivamente, 2.715, 2.555 e 1.997 óbitos. Percebeu-se no estado do Pará, que durante a primeira onda de Covid a incidência permaneceu em uma crescente, enquanto que a letalidade, foi decrescente. No entanto, na segunda onda, o comportamento da tendência das taxas, de mortalidade e letalidade, foram, ambas, crescentes (GUARNIERI et al, 2021).

A flexibilização das medidas de isolamento e distanciamento social foram determinadas na região metropolitana de Belém, por um plano de retomada econômica. E ocorreu de maneira pouco objetiva, sem muitos indicadores que determinavam a evolução das fases esperadas. Porém é de conhecimento que se baseava em critérios como, risco à saúde, capacidade de cuidado, essencialidade do serviço, perdas acumuladas com risco para a sobrevivência das empresas bem como suas consequências para a manutenção de cargos de trabalho e de renda.

Este processo foi facilitado com o início da vacinação no dia 19 de janeiro de 2021 e até a data de 17 de julho de 2022 em Ananindeua tem-se um total de 840.065 doses aplicadas, o que representa 64 % da população. Até o mês de julho de 2022 foram confirmados 30.788 casos de Covid-19 em Ananindeua, com 863 óbitos (SESPA,2022).

Nesse cenário, conhecer o território bem como as relações existentes nele, é de fundamental importância para a instalação de uma APS de qualidade, ou seja, de uma saúde de qualidade. Logo, se faz primordial a perspectiva da formação de fluxos de informações a respeito de riscos sanitários, bem como a orientação geral sobre práticas de autocuidado. Uma vez que a operacionalização das políticas, possibilita a identificação de indivíduos, famílias ou grupos e suas condições de saúde. Do mesmo modo, as situações de vulnerabilidade e características de risco para determinados agravos. A atuação das equipes de saúde da família, são, nesse caso, fundamentais. Elas conhecem detalhadamente os territórios nos quais atuam, bem como possuem um vínculo com as famílias e comunidades em geral, o que facilita o processo de educação e de promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2020).

Em momentos de grande comoção social, a busca por informações cresce de maneira acentuada, o que faz com que as mídias sociais e de comunicação de massa sejam os principais veículos procurados para acessar o conhecimento. Esse cenário pode ser um campo fértil para o surgimento de informações não assertivas, bem como de informações distorcidas. Como por exemplo, vimos o pico de buscas por informações sobre a covid-19, tanto na internet quanto em outras mídias, preceder o pico de incidência dos casos. Posto isso, o compartilhamento de protocolos sobre

tratamento, as ideias sobre proteção individual e coletiva, ou mesmo as propostas de novas formas de atuar perante a situações que outrora estavam destinadas aos detentores do conhecimento científico, tornou-se regra para democratizar o acesso à informação. Portanto é fundamental a educação popular para a disseminação adequada de ideias como forma de proteção a este agravo (LI et al 2020; EMANUEL et al, 2020).

Aliado a isso, as mídias sociais também funcionam como maneira de aproximação entre famílias neste período pandêmico. Sendo muito úteis para reduzir o isolamento e o tédio advindo dele, o que tem sido associado a crises de ansiedade e a momentos de depressão que advém de sofrimentos de longo prazo. Logo, a utilização das mídias sociais de maneira adequada pode ajudar não somente na prevenção da Covid-19, mas também na prevenção de doenças emocionais, uma vez que podem contribuir com a redução do impacto psicológico deste período de pandemia (BROOKS et al, 2020; SOARES et al, 2021; HONORATO et al, 2020).

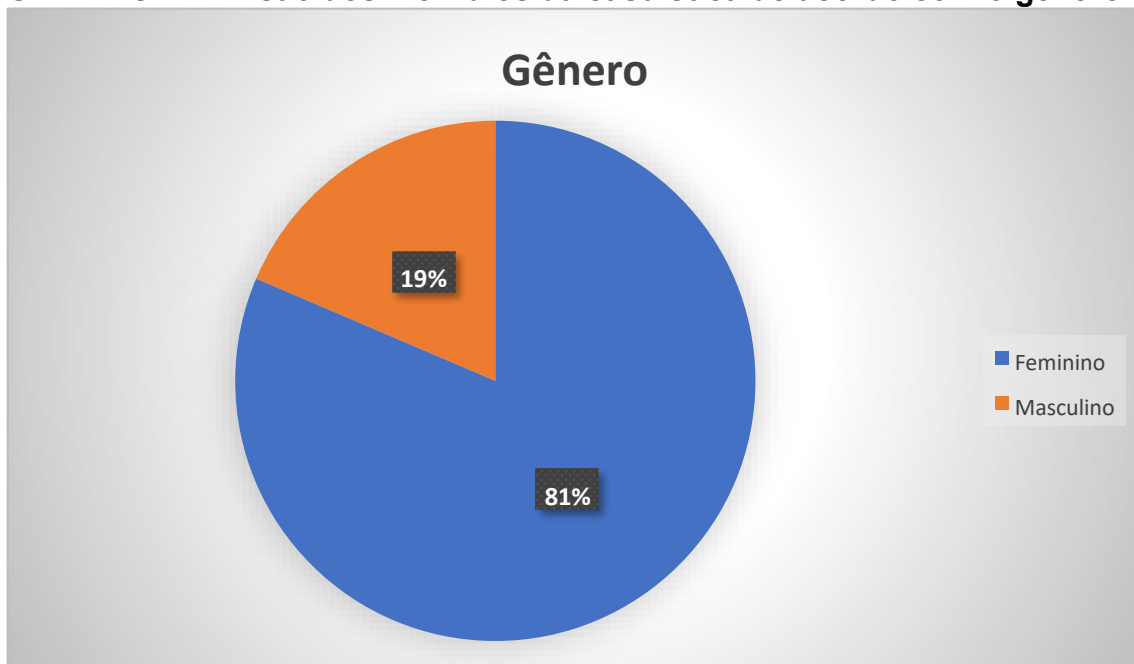
Diante disto, foi fundamental conhecer o que pensam os usuários para o desenvolvimento de estratégias e informações buscando subsidiar a sua compreensão sobre as medidas protetivas relacionadas à pandemia da COVID-19. Bem como se torna relevante o entendimento de que a atuação da APS está intimamente relacionada a processos de educação em saúde, e que, portanto, há uma urgência em lidar com estes temas para desenvolver tecnologias e técnicas educativas que permitam uma maior proximidade das equipes da APS com os moradores dos territórios em que atuam.

Posto isto, se fez crucial o conhecimento da maneira com a qual a pandemia de Covid-19 se desenvolveu no país. De tal forma que os pesquisadores Júlio Cesar Schweickardt e José Ivo Pedrosa encabeçaram um estudo multicêntrico intitulado “Prevenção e controle da Covid-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”, aprovado pelo comitê de ética com parecer de número 4.345.618 e do qual deriva esta pesquisa. Neste recorte foram selecionados os usuários participantes da pesquisa que moravam no município de Ananindeua. É importante salientar que, os dados e as informações coletados na pesquisa foram discutidos e subsidiaram a construção da Tecnologia Educacional proposta nesta dissertação para a conclusão do curso de mestrado em Saúde da Família.

Os dados foram coletados com a utilização de formulários autoaplicáveis aos usuários que aceitaram participar, totalizando 70 entrevistas, com posterior seleção

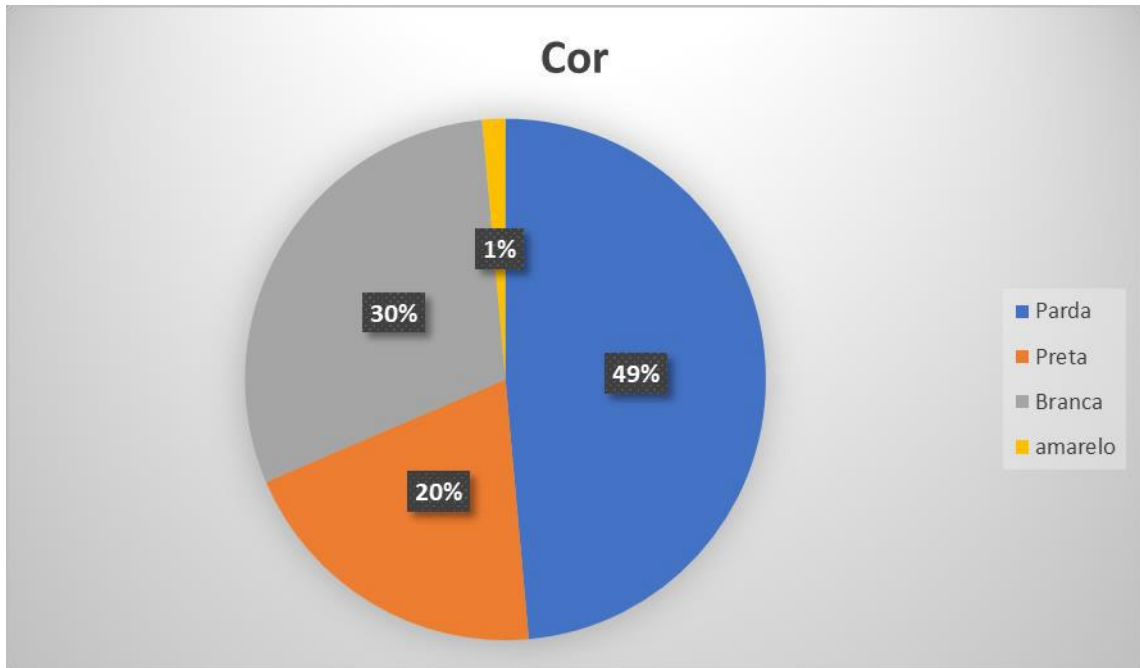
aleatória de 15 participantes para responder a entrevista com roteiro semiestruturado. Esses processos culminaram na confecção de um banco de dados, que foram analisados e os quais passam a ser apresentados a seguir.

GRAFICO 2: Divisão dos membros da casuística de acordo com o gênero.



Fonte :Banco de dados do estudo multicêntrico.

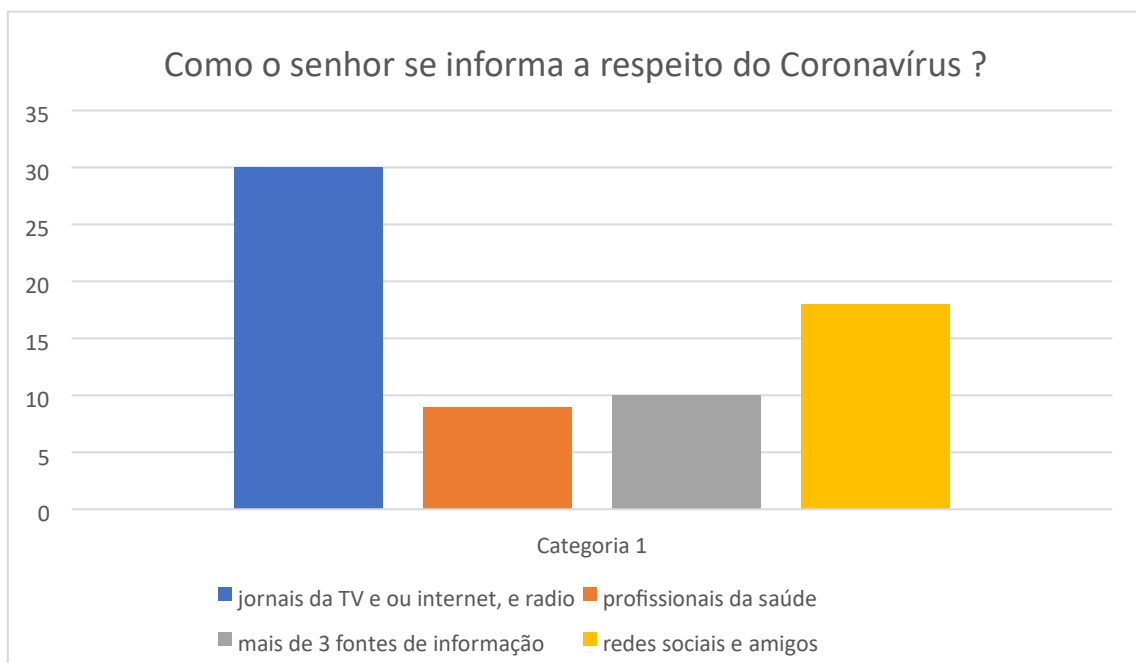
GRAFICO 3: Cor autorreferida pelos membros da casuística



Fonte: Banco de dados do estudo multicêntrico

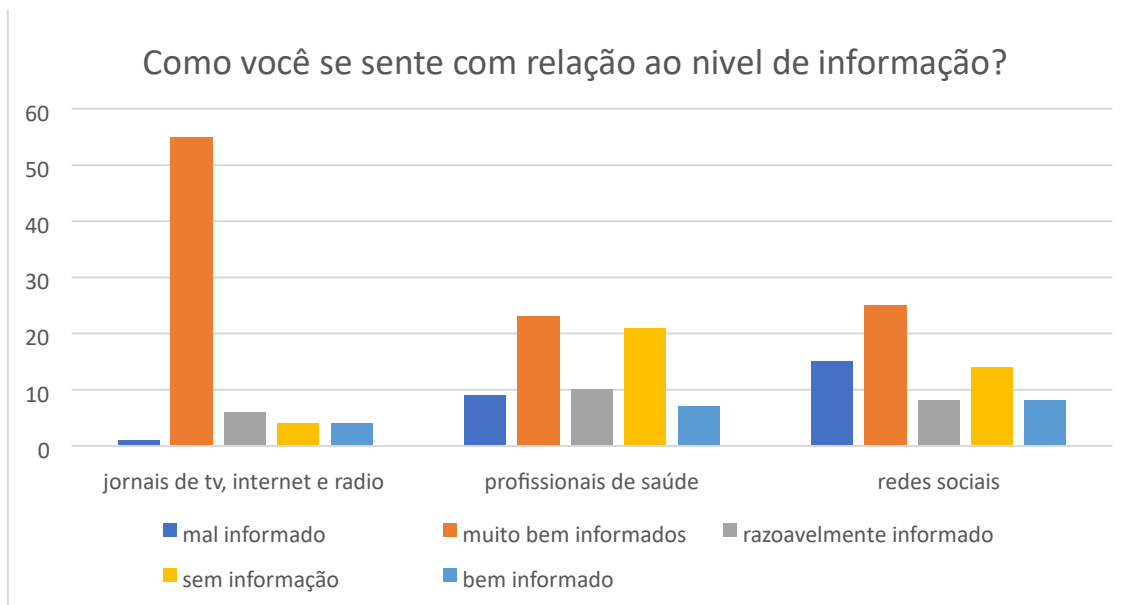
O perfil sociodemográfico dos indivíduos membros da casuística deste estudo constitui-se essencialmente por pessoas do gênero feminino e que se autodeclararam pardas. Tais dados são semelhantes ao censo populacional estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020 no município de Ananindeua. Mostrando que o recorte feito pelo estudo pode ser entendido como uma representação do município.

GRÁFICO 4- Fontes de informações sobre o Coronavírus utilizadas pelos membros da casuística.



Fonte: Banco de dados do estudo multicêntrico.

GRÁFICO 5- Percepção do grau de informação a respeito do Coronavírus proveniente de diferentes fontes.



Fonte: Banco de dados do estudo multicêntrico.

Com relação aos meios de comunicação escolhidos pelos participantes para buscar informações acerca da COVID-19, a televisão e a internet foram as principais fontes de informação dos membros da nossa casuística, aparecendo em 77 % das escolhas dos participantes. Associado a isto 72% dos usuários afirmaram se sentir muito bem-informados com as informações colhidas nos meios de comunicação citados anteriormente. Em contrapartida a esses dados apenas 40 % se sentiram muito bem-informados sobre a COVID-19 pelos profissionais de saúde e apenas 21 % afirmaram ter conhecimento de medidas de educação em saúde organizadas e protagonizadas pelas equipes de saúde do território. Tais dados podem ser exemplificados pelas falas expostas pelos membros da casuística que responderam ao roteiro semiestruturado, como a fala da participante K.L.C. de 23 anos e de J.C.S de 32 anos, respectivamente:

“ bom, eu acho que inicialmente as informações, elas não foram suficientes. Porque era um vírus desconhecido. Então todos estavam meios que perdidos, nos sentíamos muito medo, sentíamos muita angústia. A angústia diminuiu um pouco mais, mas essa angustia não acabou “

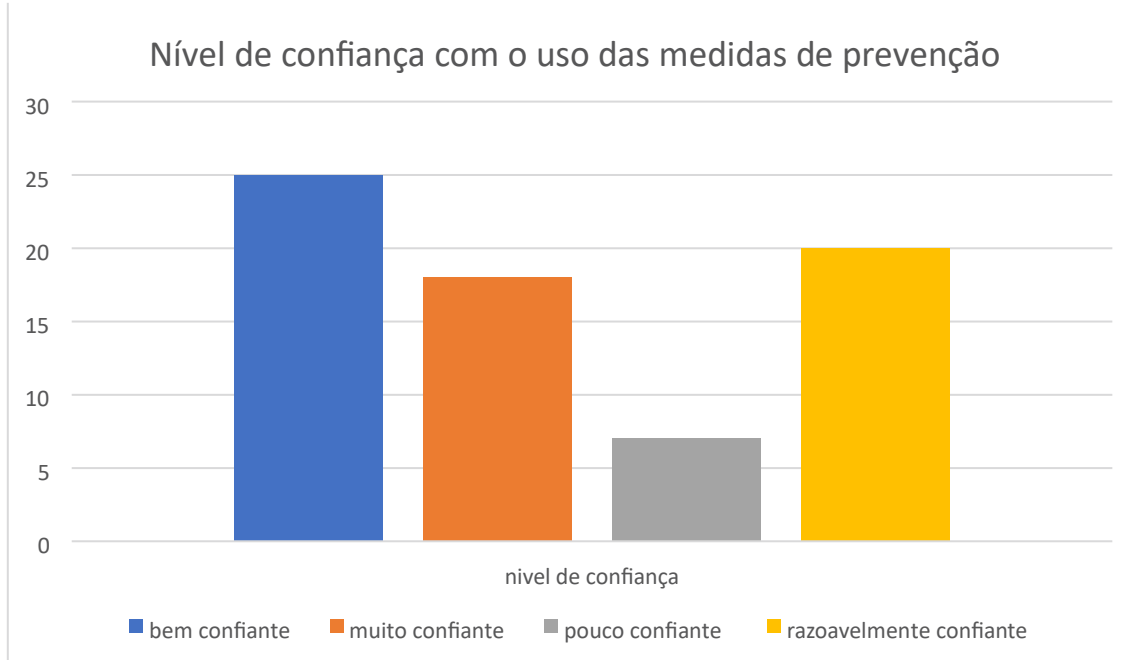
“da onde eu moro ? na verdade nenhum serviço de saúde me acompanhou na verdade a gente viu muito, a gente assistia pela televisão que a gente poderia adquirir porque ninguém mesmo foi na nossa casa assim de onde eu moro agente de saúde”

Estes dados corroboram com os publicados por Fonseca et al em 2021, cujo estudo mostra que a confiança dos usuários de saúde na televisão continua alta. Já que 80 % dos entrevistados no estudo citado, afirmam ter alta ou média confiança no conteúdo apresentado pelos programas televisivos. Entretanto, no que diz respeito aos profissionais da saúde, há uma discrepância entre nossos dados e os dados apresentados pelo estudo supracitado, sendo estes muito mais favoráveis no estudo de Fonseca et al. Esse descompasso pode ser explicado pela dificuldade crônica de acessibilidade existente em nossa região. E se deva às diferentes formas de enfrentamento a COVID-19 organizadas pelas diversas secretarias municipais de saúde. Ou seja, nossos dados podem diferenciar-se pelo viés da regionalidade e cultura.

Por outro lado, ao observar o nível de confiança quanto às informações recebidas nas mídias sociais pela internet nosso estudo ainda é concordante com o de Fonseca et al (2021), tendo alcançado um índice ainda mais alto, já que em nossa casuística 40 % não utilizava a internet ou se sentia mal informado com os dados apresentados nas redes sociais, enquanto no estudo citado 28% não concordava que a internet deva ser utilizada como principal base de comunicação no enfrentamento da COVID-19.

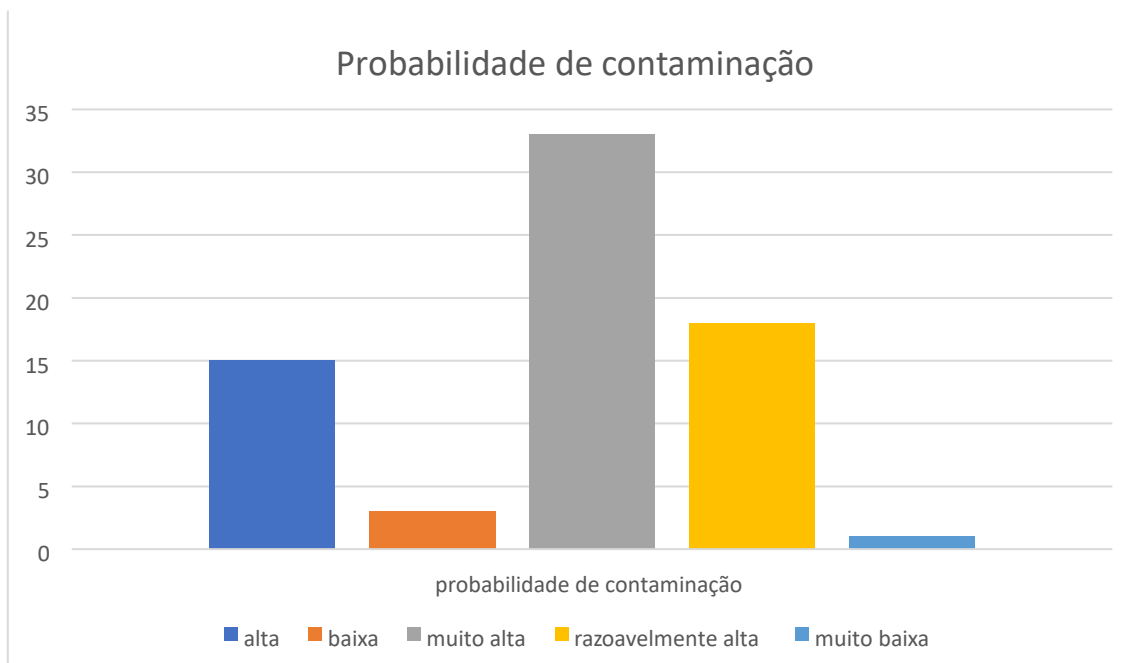
São dados similares aos apresentados por Moura, Lopes e Soares que em 2020 identificaram que, embora a internet esteja em franco crescimento quanto a frequência com a qual é acessada, talvez, inclusive, como reflexo de investimentos cada vez mais maciços nesse setor. E mesmo conflitando com uma cada vez menos importante indústria televisiva e impressa, ela ainda apresenta dificuldades quando o assunto é seriedade, veracidade e confiabilidade.

GRÁFICO 6- Nível de confiança com relação às medidas de prevenção referidas pelos membros da casuística.



Fonte: Banco de dados do estudo multicêntrico.

GRÁFICO 7- Grau de probabilidade de contaminação por Coronavírus de acordo com os entrevistados.



Fonte: Banco de dados do estudo Multicêntrico.

Embora assegurem uma grande confiança com relação as medidas protetivas instituídas para a prevenção da Covid-19, a grande maioria dos participantes da pesquisa acreditam em uma alta probabilidade de serem contaminados pelo

Coronavírus. Fato este que é concordante com o encontrado por Haack et al que em 2021 afirmaram que a maioria dos entrevistados se sentia seguro com o uso das medidas preventivas. E, em nosso estudo, pode ser representado pelo que a fala de E.A.D de 45 anos:

“ uma das dificuldades foi, a financeira, porque a gente precisa trabalhar, a gente tem que sair de casa, outra situação é o medo que a gente tinha de ser contaminado, por mais que a gente se prevenisse, quem não se prevenia punha a gente em risco, e acredito que basicamente isso”

Embora possam parecer contraditórios, esses dados encontram ressonância no artigo de Couto, Barbieri e Matos (2021). Pois, segundo os autores, as estratégias de cerceamento a circulação do coronavírus são alicerçadas, primariamente, em medidas tradicionais de saúde pública e englobam a adoção de posturas, hábitos de higiene. Em outras palavras, adotam mudanças de comportamento consideradas drásticas, com variadas gradações de intervenções das autoridades competentes. Entretanto, o posicionamento escolhido pela sociedade perante a estas estratégias está mais relacionado à maneira como vivenciamos e nos relacionamos dentro de nossos espaços comuns. Ou seja, devemos levar em consideração o contexto social em que vivemos como um modulador do caminho adotado pela história natural da doença nas nossas comunidades amplas ou estreitas.

Sobre este assunto, de acordo com Hamilton (2020) as medidas preventivas adotadas em diferentes graus pelos governos podem ser consideradas efetivas e seguras se baseadas no pressuposto benefício delas advindo e em suas aplicabilidades. Entrementes, tal resultado satisfatório não se equipara a uma incondicional postura afirmativa de engajamento dos indivíduos de uma sociedade. E pode se tornar mais difícil de se alcançar a medida em que consideramos o aspecto amplo dessas ações em sociedade, sendo penoso atingirmos o consenso e a desejabilidade social. Ou seja, esbarramos no conflito entre os interesses coletivos e os individuais, que constantemente aceitam que das mudanças exigidas não emanam benefícios significativos. Como bem exemplificado pelo usuário M.D.S.C de 28 anos e E.A.D. de 45 anos, respectivamente:

” bom, me causou muita estranheza no início, e aí eu não se cabe nessa pergunta, a questão do kit covid e do tratamento precoce. É (...) o tratamento precoce sempre me

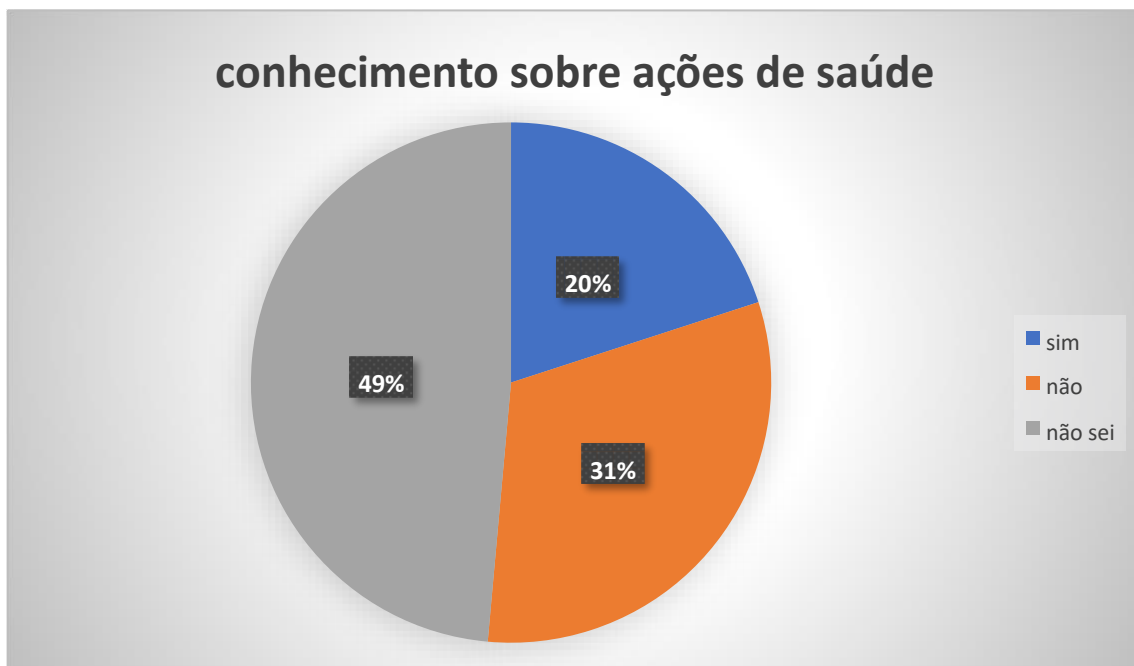
pareceu muito estranho principalmente por conta dos remédios, um remédio de verme, um antibiótico pra lidar com vírus. E isso sempre me causou uma estranheza

muito grande então ehh, era difícil de confiar “

“ parar de dizer que não, começa parando de disseminar informação contraditória. Que o ministério da saúde fala uma coisa e algumas outras pessoas que deveriam dar exemplo falam outra. Exemplo, o presidente, que e totalmente contra a vacina, acreditou que isso era uma brincadeira e colocou a vida das pessoas em risco. Muitas pessoas morreram por causa disso. Aqui no estado faltou mais informação sobre os horários de funcionamento, os postos de atendimento, e no início, faltou

teste demais”

GRÁFICO 8- Conhecimento dos usuários sobre ações realizadas pelas equipes de saúde.



Fonte: Banco de dados do estudo multicêntrico.

Em alusão ao trabalho realizado pelas equipes de saúde voltado para a prevenção ao coronavírus, 79% dos participantes da pesquisa não tiveram conhecimento ou não observaram nenhuma estratégia educacional em saúde que tangesse a mínima elucidação de quaisquer questionamentos por parte dos usuários

ou, mesmo, que fortalecesse a atuação da atenção primária neste período de intensa gravidade e de múltiplas preocupações. Como exemplificado pelas falas das usuárias K.L.C de 23 anos e M.C.B. de 30 anos.

“(...) nenhum serviço de saúde acompanhou a minha família, ou tem acompanhado “

“lá em casa? Nenhum (...) não tivemos conhecimento de nenhuma ação”

Neste ponto, este estudo é totalmente discrepante ao estudo apresentado por Farias et al, que em 2020 elucidaram os principais focos de trabalho que deveriam ser realizados pelas equipes de saúde da família, como por exemplo a metodologia fast track, o agendamento de pacientes por hora marcada e a montagem de consultórios em ambientes abertos. Tal desencontro pode ser explicado pela autonomia das secretarias municipais de saúde na coordenação do combate a pandemia em cada município. Culminando em diferentes estratégias de enfrentamento e por conseguinte, distintos resultados derivados. Associado a isto, houve uma predileção pela suplementação das unidades de pronto atendimento e de socorro rápido e emergencial, em detrimento do funcionamento das unidades da APS.

Outro fator importante para a dificuldade de atuação da equipe de saúde da família, se traduz no reduzido uso de tecnologias de saúde como a exemplo do Telessaúde. Sarti et al em seu artigo publicado em 2020 afirmaram que a adequada implantação desse tipo de tecnologia favoreceria a capacidade do sistema de saúde além de contribuir para a disseminação de informações corretas, facilitando a redução da sobrecarga da atenção primária em saúde, bem como em outros níveis de atenção. Contudo, se faz primordial um investimento mais massivo na qualificação tecnológica das unidades de saúde, assim como uma maior estruturação dessa rede de atenção, com a implementação de internet de qualidade, prontuário eletrônico e aplicativos que facilitem essa comunicação.

Harzheim e D´avila (2020) nos ajudam a entender um pouco melhor esse dado, ao explanarem a dificuldade de acompanhamento das famílias, apresentada pelas equipes de saúde. De acordo com os pesquisadores, devido a dados de duplicidade e falta de validação no sistema de cadastro das famílias, há um déficit de aproximadamente 50 milhões de famílias, que deixam de ser acompanhadas, e que, portanto, não conseguem identificar as ações desenvolvidas pelas equipes da APS.

Outrossim, Neto et al em 2020 ainda suscitaram a importância, por parte da APS, do monitoramento de casos positivos na área adscrita para, então, proceder com a correta busca ativa de casos e delineamento do mapa sanitário. Ponto que também entra em desacordo com os dados apresentados por este artigo, onde além de esmagadora maioria não reconhecer as ações de saúde voltadas para a prevenção ao coronavírus, ainda houve uma grande parte dos participantes que não sabiam referir se houve infecção por covid no domicílio, ou ainda optavam por não o fazer. O que demonstra a parca atuação da equipe de saúde tanto na busca ativa dos casos, quanto na educação em saúde da população. Podemos inferir deste dado o pouco subsídio dado pela secretaria de saúde para a realização das atividades inerentes a APS, bem como uma diminuta, ou quase nula, supervisão de atividades que deveriam ser executadas.

Diante do exposto, nota-se a relação diretamente proporcional entre a dificuldade da Atenção Primária em Saúde em enfrentar a pandemia de Coronavírus e a baixa educação comunitária. Bem como isso afetou de maneira crucial a prevenção da propagação do vírus causador da doença e inflacionou os números de casos da patologia. Logo, nota-se uma real necessidade em medidas educacionais mais efetivas que busquem o esclarecimento populacional e a construção de conhecimentos que edifiquem uma população mais participativa.

4.4. 4º Capítulo: A construção de uma Tecnologia Educacional para uso compartilhado - promovendo aproximações e aprendizagens.

É importante refletirmos, que desde o final do ano de 2019 vivenciamos uma série de transformações sociais que impactaram o cotidiano de uma comunidade de maneira bastante intensa. A pandemia de Covid-19 impôs, de maneira brusca, uma nova forma de se relacionar, de viver e de se conviver dentro dos espaços. Basta pensarmos que uma boa parcela da população perdeu a chance diária de um dos direitos mais primordiais e previstos na nossa constituição, o de andar livremente e o de vivenciar seu território da maneira a que estava acostumado. Com isto, perdem-se oportunidades de acesso à informações, à educação, às chances de emprego, à saúde e todas as outras possibilidades que os espaços públicos comuns podem proporcionar. Essa privação é hiperbolizada quando falamos de espaços vivenciados por pessoas que já são, historicamente e socialmente, marginalizadas de alguma maneira. E também, aqueles que não tinham por hábito a saída diária do domicílio, precisaram aprender a conviver com novos hábitos e a dividir o espaço que antes era, na maior parte do dia, apenas seu e agora é dividido entre os demais entes da família.

Uma das principais formas de se combater a disseminação do coronavírus, também trouxe desafios para a convivência familiar. O isolamento e o distanciamento social, fazem parte da lista de recomendações mundial para se impedir a propagação do Coronavírus. Portanto, há a necessidade, além de apoiar-se esta recomendação, de se promover a sensibilização e a orientação de como lidar com os possíveis danos ocasionados pela interrupção abrupta das atividades cotidianas (MYNARD,2020). Cabe ressaltar que essa recomendação é mais ou menos intensificada de acordo com a evolução ou retração da pandemia, segue vigente.

Também é necessário considerar a importância da saúde ocupacional e especialmente a mental para a internalização desse processo. Redimensionar e requalificar a ocupação, antes exercida fora do espaço domiciliar, foi um desafio permanente que exigiu muitas adequações. Especialmente em relação à população infantil, com a paralisação das idas às escolas, aos parques e aos centros de convivência cultural e esportiva. A recomendação do distanciamento e do isolamento

privou as crianças da convivência com os amigos, por exemplo, nos espaços comuns de socialização (MYNARD,2020).

Nesse contexto, cabe aos profissionais da saúde o papel de orientação e educação, ofertando materiais que subsidiem as intervenções necessárias para a administração dessas crises de interrupção de rotina, seja dos adultos e/ou das crianças. Tais materiais possibilitam às pessoas informações sempre que precisarem, favorecem a fixação da orientação, e, ainda, a permanência e correta utilização destas informações. Assim, diante do contexto pandemia, é crucial a construção de conhecimentos para e com os usuários, sobre as melhores maneiras de minimizar os efeitos deletérios das medidas de isolamento e distanciamento social. Ademais, a educação em saúde deve ser de fácil acesso. Com informações objetivas e práticas possíveis de serem realizadas. Entretanto, estudos são categóricos ao afirmarem a existência de material educativo de leitura e compreensão muito difíceis, que não priorizam a construção do conhecimento e, tampouco, a utilização dessas informações para a promoção do bem-estar (CHAN, 2020).

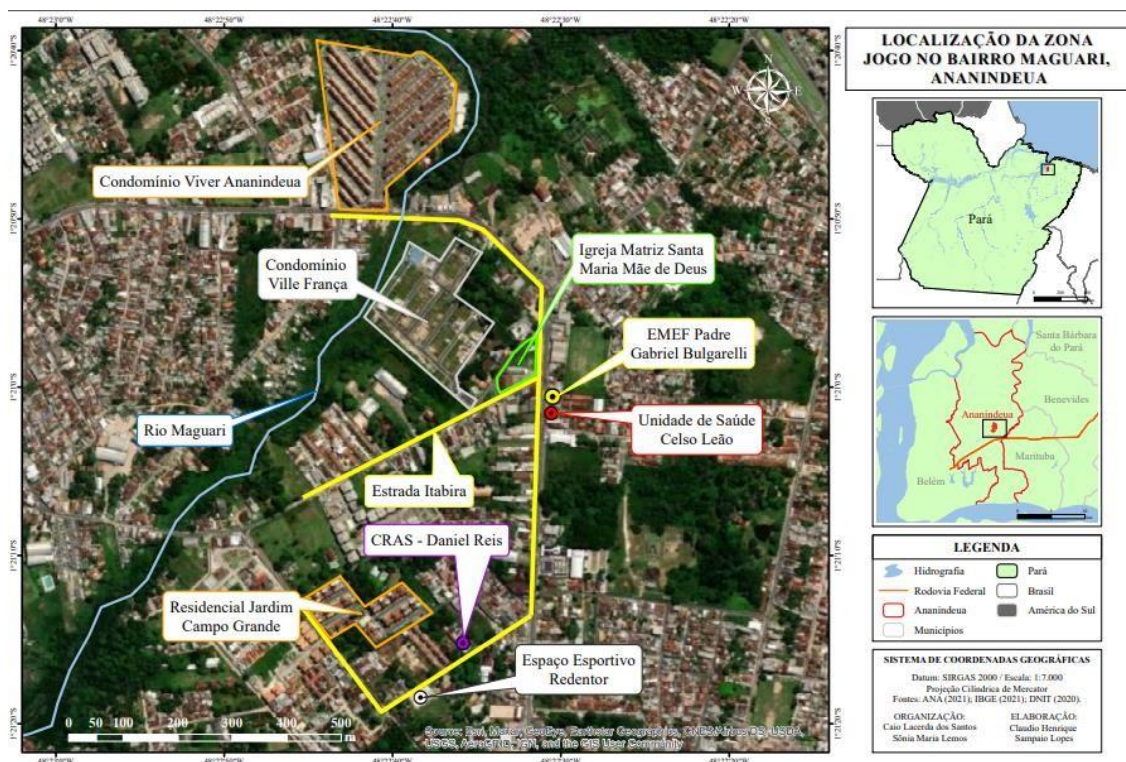
Debater acerca de um novo e complicado contexto de risco sanitário é necessário. Principalmente quando se trata de populações vulneráveis que são as mais afetadas, como é o caso de crianças e adolescentes. Já é de conhecimento científico que as práticas educativas em saúde são fundamentais para as crises de saúde pública, como as que estamos vivenciando. Por outro lado, o consumo de informações no mundo cada vez mais digital é diretamente proporcional a idade dos usuários. Desta forma, as crianças podem ser as mais vulneráveis às falsas informações que circulam pelas mídias sociais (SKARPA e GAROUFALLOU, 2021). Sendo assim, estreitar as relações entre os profissionais de saúde e as crianças é de importância ímpar para a efetividade e replicação das ações de educação em saúde. Desta forma, atores sociais conhecidos pelos adolescentes, uso de linguagem comum e a representação do espaço físico da sociedade são fatores que são facilmente utilizados como estratégicos para aperfeiçoar estas relações (FERNANDES e SANTOS, 2020).

Wajskop já nos contava em seus estudos de 1996 que a criança quando brinca traz consigo uma série de desafios, ao confeccionar hipóteses que justifiquem a compreensão dos problemas relatados pelas pessoas na brincadeira, bem como a façam compreender a realidade inserida. Sendo assim, por meio do brincar as crianças constroem relações reais entre si e elaboram regras de convivência, além de usarem plenamente a imaginação. Daí a importância de atividades lúdicas que

fomentem a criação de uma consciência de realidade, a percepção das reais necessidades e conseqüentemente a mudança do espaço onde vivem (RODRIGUES, 2009).

Dessa forma, e em concordância com os estudos acima citados, foi elaborado um jogo de tabuleiro que conta com um ambiente e adota uma narrativa lúdica sobre a COVID-19, suas formas de prevenção e medidas sociais que podem colaborar com a redução do avanço de sua transmissão. Para isto ser possível, o desenho do tabuleiro se assemelha a área de abrangência da equipe de Saúde da Família Campo Grande da Unidade de Saúde Celso Leão em Ananindeua, tendo como centro do tabuleiro e linha de chegada, justamente a unidade de saúde. Como visto na figura 2

FIGURA 2 – Área de atuação da equipe Campo Grande



As linhas de partida para início do jogo são das áreas de atuação da equipe de saúde da família onde residem os usuários e membros da casuística. Sendo estes divididos em três áreas residenciais que são representadas ludicamente no tabuleiro. Desta forma, cada usuário pode iniciar a partida escolhendo o próprio domicílio como origem para a brincadeira. O jogo elaborado ocorre de forma cooperativa. As mecânicas do jogo são a forma de funcionamento, utilizando regras, objetivos e restrições. O jogo é composto por um tabuleiro, cartões, dado e pinos.

Este método de educação em saúde vai ao encontro do que já havia sido exposto em estudos realizado por Vivas e Guevara (2003), quando afirmaram que ao usufruir de maneira correta e eficiente de práticas com jogos de tabuleiro alcança-se

um alto grau de recomendação de estratégias de ensino que legitimam comportamentos de saúde sobre prevenção de doenças, principalmente as infecciosas.

Além disso, os jogos de tabuleiro, quando adequados a realidade cognitiva e social da criança, associados ao prazer de jogabilidade, justamente por ser uma atividade divertida, possibilitando uma continuidade dos processos, podem ser úteis ferramentas de combate a entraves de saúde mais sérios com um custo menor. Outrossim, o jogo de caráter educacional realizado em ambiente propício carrega consigo a vantagem de potencializar a interação usuário-família-comunidade, uma vez que aquele atua como um disseminador de informações sanitárias para um grande número de pessoas. (JAYAWARDENE, 2011). Isto já era afirmado por Ramani e Siegler (2008) ao considerarem que esta troca é ainda mais importante quando este ambiente, onde o jogo é jogado, faz parte do domicílio.

Em alusão aos nós definidores para o completo desenvolvimento da tecnologia, é válido ressaltarmos que durante a pandemia que estamos atravessando, as ações que viabilizem bons hábitos de higiene e proteção individual são fundamentais para diminuir a propagação do vírus causador da Covid-19 e também podem ser importantes aliados no combate à outras patologias. Desta forma, os assuntos elencados nos cartões foram selecionados devido a demanda por informações sobre os mecanismos de proteção à Covid-19, retirada do banco de dados do recorte da pesquisa multicêntrica realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação, bem como assuntos que estimulam e garantem o pleno exercício da cidadania. Ademais, por serem tópicos de extrema relevância, principalmente na atual conjuntura, e tendo como embasamento o levantamento teórico realizado pela pesquisa multicêntrica.

Os dados da pesquisa multicêntrica foram levantados durante o preenchimento do formulário autoaplicável, e posteriormente com a realização da pesquisa com roteiro semiestruturado e aplicado aos 15 moradores da área de abrangência da unidade Celso Leão.

Primeiramente, foi criado o esboço (Figura 3). Como programa para o desenvolvimento do documento foi utilizado o software de computador Microsoft Office Power Point 2019. Foram utilizadas as seguintes dimensões para a criação: largura de 38 centímetros e altura de 18 centímetros. Concomitante a isto, foram criados os esboços dos cartões de orientação (Figura 4) bem como o dado utilizado no jogo (Figura 5). Tendo sido usada como fonte a fonte Amasis MT pro black tamanho 12 em coloração rosa em cards de fundo branco com o contorno em 3 cores, vermelho, verde e alaranjado.

FIGURA 3- Primeiro esboço do jogo de tabuleiro.

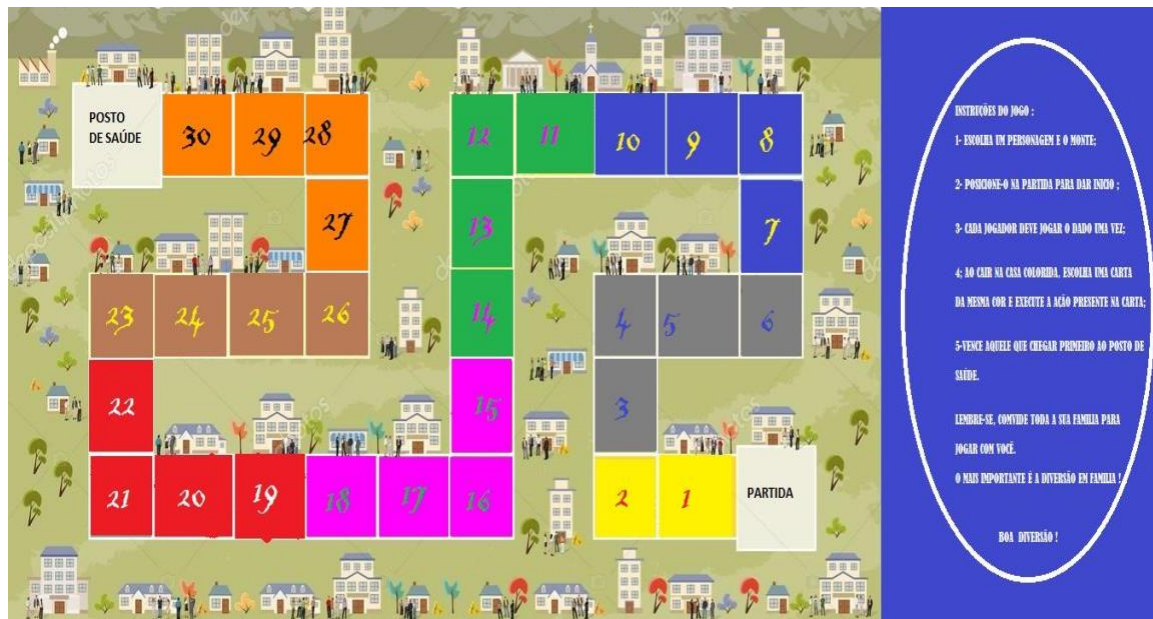
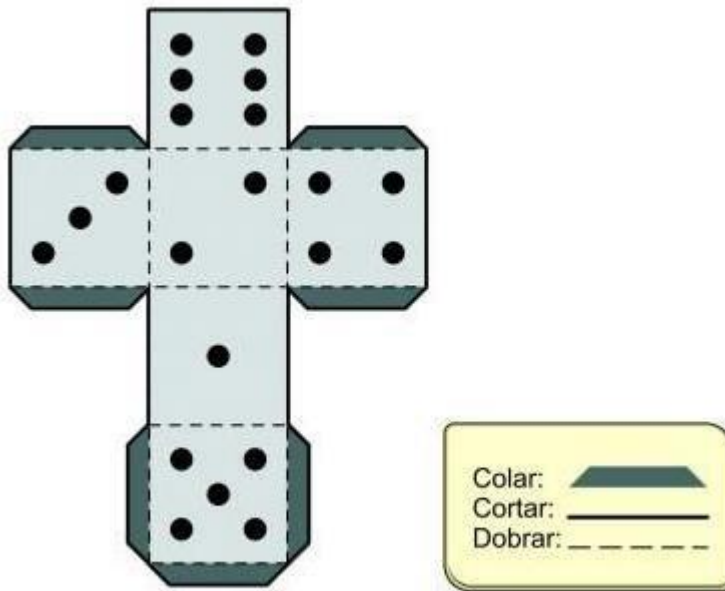


FIGURA 4- Cartões de orientação do jogo



FIGURA 5- Dado utilizado no jogo de tabuleiro



Posteriormente a esta etapa, o esboço foi então enviado a um design gráfico que realizou a confecção visual de um tabuleiro que fosse mais próximo a realidade apresentada pela comunidade. Substituindo-se o caminho único, por um caminho triplo, com mais opções de jogabilidade e maior chance de reconhecimento do território por parte do público alvo da pesquisa. Assim como foram adicionadas figuras representativas da Unidade de Saúde Celso Leão, e das áreas de atuação da equipe de saúde, residências dos usuários de saúde, como outros pontos considerados importantes pela comunidade, como a igreja do bairro e o Centro de Referência em Assistência Social. Além disso, foi realizado o aperfeiçoamento dos cartões de orientação. Sendo escolhidas novas colorações para o fundo dos mesmos, bem como a substituição da coloração da fonte escolhida. A partir deste momento, os cartões passaram a ter coloração vermelha, azul e branca, em alusão a bandeira do estado do Pará (Figura 5).

FIGURA 6- Tabuleiro pensado pelo design gráfico

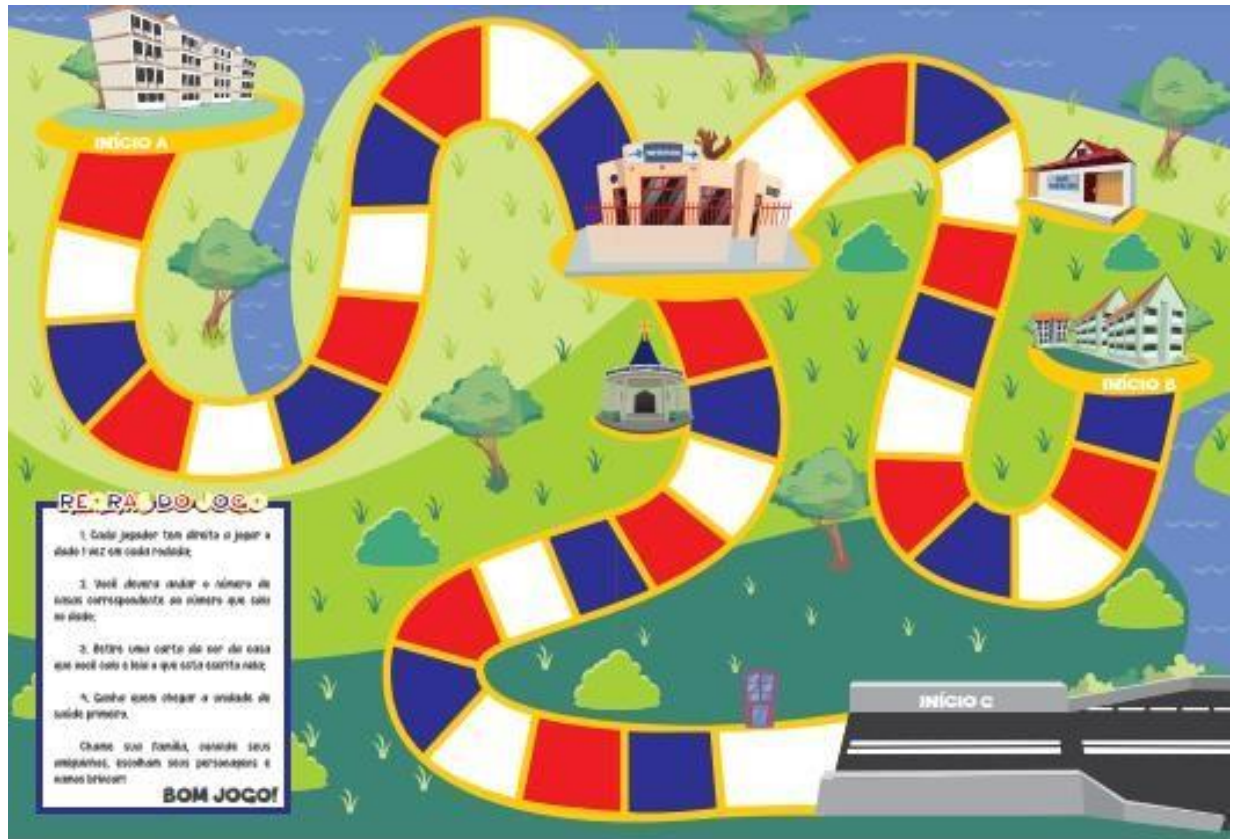


FIGURA 7- Cartões utilizados no jogo de tabuleiro

<p>ESQUECISTE TUA MÁSCARA EM CASA</p> <p>VOLTE AO INÍCIO DO JOGO</p>	<p>VOCÊ ESTÁ COM SINTOMAS GRIPAIS. PROCURE A URA MAS PROCUREM SEUS MEDICAMENTOS SEM JOGAR</p>	<p>HOJE É DIA DE VACINAÇÃO</p> <p>ANDAR 2 CASAS E TOMAR LOGO SUA DOSE</p>
<p>LAVOU AS MÃOS CORRETAMENTE</p> <p>AVANCE 1 CASA</p>	<p>AGLOMEROU COM OS COLEGUINHAS</p> <p>VOLTE 2 CASAS</p>	<p>NÃO COBRIU AS MÃOS AO ESPISSAR</p> <p>VOLTE 2 CASAS</p>
<p>AJUDOU A HIGIENIZAR AS COZINHAS</p> <p>AVANCE 1 CASA</p>	<p>MÁ UM SUETO DE GRIPE NA VIZINHANÇA, EVOLTA-SE!</p> <p>VOLTE NA MESMA POSIÇÃO</p>	<p>TEM DUBIDAS SOBRE A SUA SAÚDE E PROCURE O AGENTE DE SAÚDE</p> <p>ANDAR 2 CASAS</p>
<p>ESTÁ SENDO FALTA DE AS 2 FÉRIAS</p> <p>FOÇA ATENÇÃO A UM ADULTO E PROCURE A URA</p>	<p>SEU ALCOOL EM GEL ACABOU</p> <p>VÁ COM UM ADULTO ATÉ A FARMÁCIA</p>	<p>TIROU A MÁSCARA PARA TALAR COM O COLEGUINHA</p> <p>VOLTE 2 CASAS</p>

Em uma primeira análise, realizada pelos autores, o tabuleiro foi considerado muito comercial e pouco representativo da comunidade para a qual estava sendo construído. Dessa forma foi solicitado ao design que o mesmo alterasse a imagem fundo do jogo.

Trazendo um ambiente um pouco mais próximo da realidade apresentada pela comunidade em Ananindeua. Como representados nas figuras 8 e 9.

FIGURA 8- Nova representação gráfica da comunidade realizada pelo design gráfico.

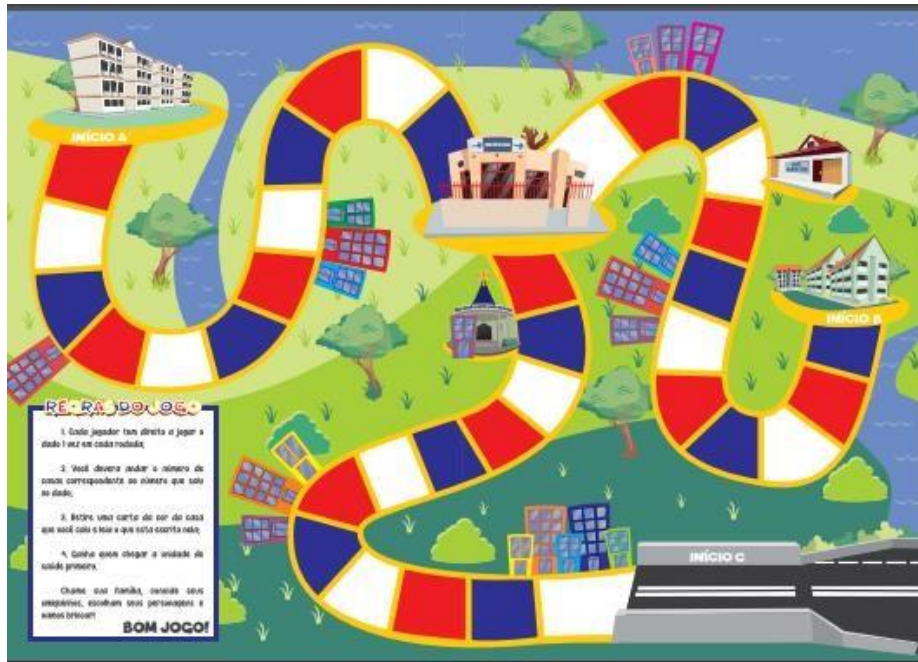
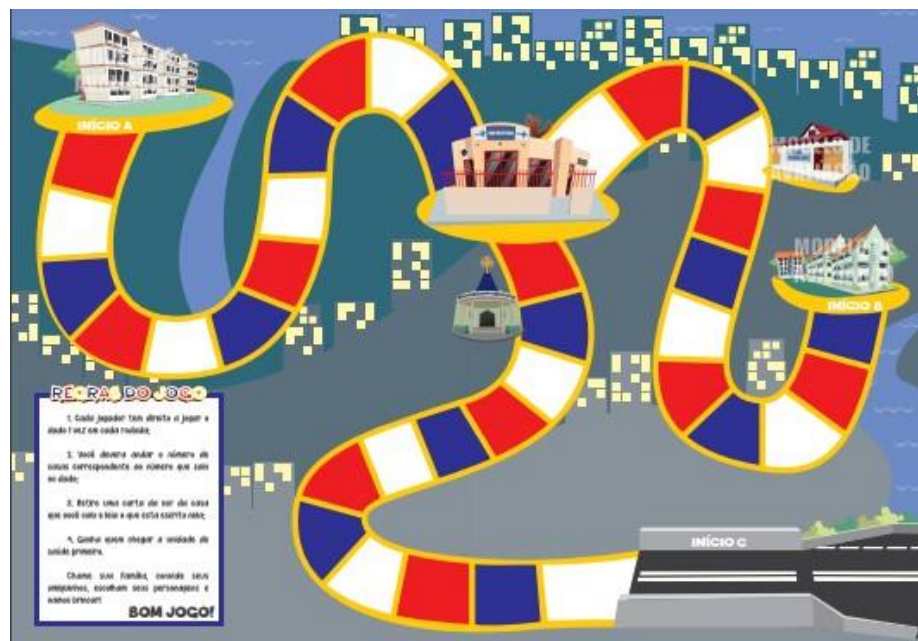


FIGURA 9- Terceira versão realizada pelo design gráfico.



Mesmo com as adaptações, o tabuleiro ainda foi considerado inadequado pelos autores, por não representar a área de atuação e, portanto, não atingir o objetivo proposto. Dessa forma, foi idealizada em conjunto com um cartografo mais uma versão do jogo de tabuleiro, que foi então analisado por uma pedagoga (Apêndice E) quanto a aplicabilidade e jogabilidade.

O tabuleiro do jogo desenvolvido que pode ser visualizado na figura 8, apresentando um formato retangular. Nele o usuário moverá pinos também feitos em papel triplex avançando por casas de acordo com o número existente no dado. Estas casas numeradas apresentam-se em cores diferenciadas. Tais cores foram selecionadas para estimular os múltiplos aspectos cognitivos e trabalhar habilidades diferentes da criança e do adolescente. O usuário após avançar com o pino, deverá pegar um cartão da cor apresentada na casa em questão. Cada cartão apresenta informações e ações diversas de acordo com o movimento a ser realizado (retorne 1 casa, avance 2 casas, fique uma rodada sem jogar...). Em cada cartão há uma informação a respeito da Covid-19 (“não usou álcool em gel”, “esqueceu de usar a máscara”), podendo o jogador avançar ou não no jogo, de acordo com as ações descritas nos cartões de cores correspondentes.

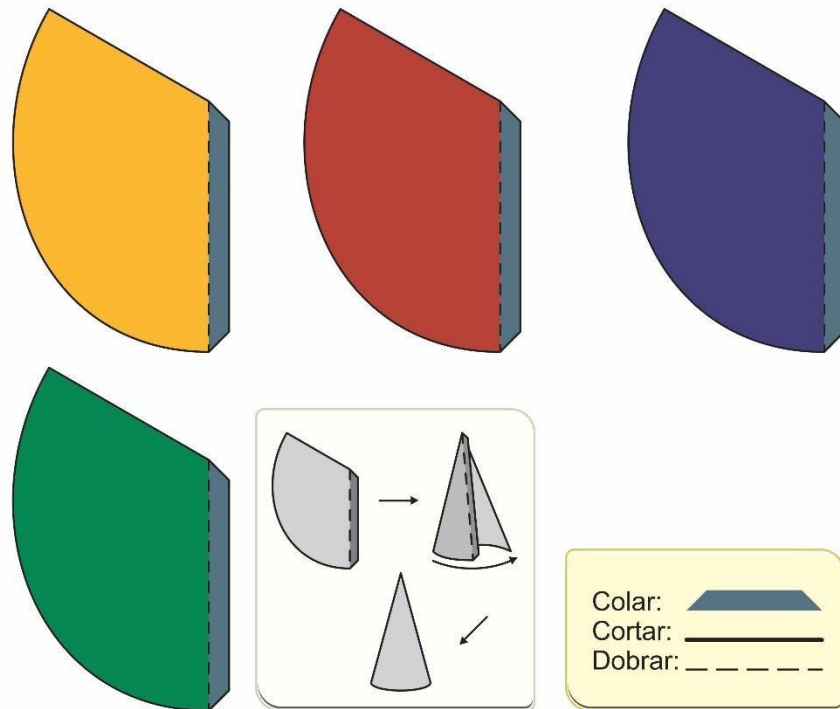
Ao total temos 24 informações de educação em saúde, sendo 10 voltadas para a COVID-19 e mais 14 informações voltadas a medidas de higiene e outras medidas protetivas voltadas a prevenção de doenças infectocontagiosas. Em um número final de 72 cartões, sendo 24 de cada cor (azul, vermelho e branco).

O jogo de tabuleiro, personalizado para esta comunidade, se caracteriza como mais uma estratégia de educação em saúde na atenção primária. Esta estratégia corrobora com o estudo feito por Lemos et al (2021) que afirma ser crucial a procura por maneiras de disseminar de forma lúdica, informações de extrema importância para a prevenção de doenças preveníveis e contagiosas. Os autores ainda informam que o jogo quando apresenta um enredo atraente, que envolva os jogadores e estimule a solução de imbróglis reais de forma comunitária, cria por meio da ludicidade um aprendizado condizente com o reconhecimento da maneira que essas patologias contagiosas se manifestam, se transmitem e se previnem. Em outro ponto, os autores ainda afirmam que os jogos de tabuleiro que possuem informações fidedignas à realidade, objetivas e simples, possibilitam a utilização dessas práticas educativas com grupos de situação socioeconômicas mais vulneráveis, já que são de fácil reprodução.

Os pinos são feitos também em papel cartão triplex e foram desenhados pelo mesmo design gráfico que elaborou artisticamente o jogo de tabuleiro.

FIGURA 10- Pinos do jogo de tabuleiro.

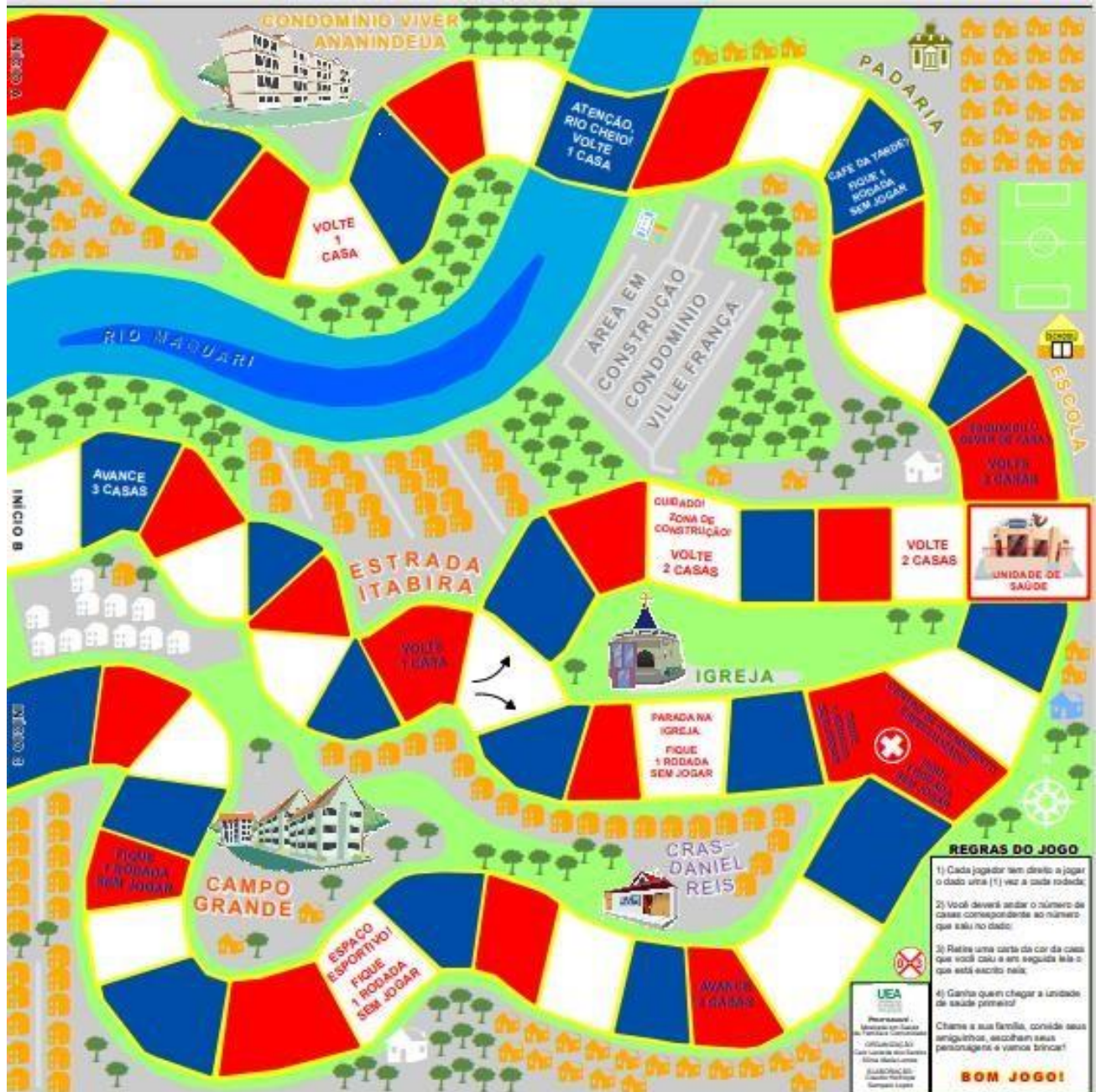
**Modelo para a confecção dos
Pinos para o Jogo da trilha**



Portanto, podemos considerar o jogo como artifício pedagógico e que por tal, deve ser intuído como uma estratégia que transforme o ensino em algo menos enrijecido, menos doutrinador. Bem como dito por Pires, Guilhem e Göttems (2013), encará-lo dessa maneira é importante para se recriar sujeitos pensantes e sensíveis. Sendo assim, o jogo de tabuleiro é instrumento eficaz na promoção da educação em saúde por meio de atividades lúdicas. Por permitir a brincadeira, retira-se o medo de errar. Desta forma, ao se conviver com a possibilidade do erro há uma percepção maior de liberdade para testar, jogar, errar, aprender e inventar. (Deleuze, 2003)

Compartilhar conhecimentos de forma lúdica pode contribuir no acesso a informações importantes que podem, em um primeiro momento, ser consideradas impertinentes, chatas, enfadonhas. Sentar-se para jogar um tabuleiro que traz informações e conhecimentos sobre o processo saúde-doença e o exercício da cidadania pode auxiliar no desenvolvimento de pensamento crítico, bem como pode ser mobilizador de ações coletivas solidárias e colaborativas. A ideia de construir um tabuleiro surge exatamente dos desafios trazidos pela pandemia à uma equipe da ESF deste território.

FIGURA 11- Versão final do jogo de tabuleiro.



5. Considerações Finais

O enfrentamento à pandemia pautado no cuidado individual à nível terciário, apresentou-se como um modo desorganizado e com resultados fracassados. Tais resultados alertaram para a necessidade de uma abordagem mais territorializada, centrada na comunidade e em grupos familiares. Desta forma, a educação em saúde se mostra ainda mais urgente e necessária. Sendo assim, construiu-se um tabuleiro

lúdico, com cores ativas e representativas da regionalidade do município e da região amazônica.

O tabuleiro em formato retangular, na medida de 30 cm x 25 cm, apresenta de maneira figurativa a área de atuação da Unidade de Saúde Celso Leão, com suas ruas, seu importante rio e os prédios principais para a manutenção da rotina diária da comunidade. Acompanhando o tabuleiro, cartões de informações e comando que versam sobre as medidas preventivas da Covid e, também, apresentam informações sanitárias fundamentais para o correto funcionamento da atenção primária em saúde. Como por exemplo, a manutenção da distância interpessoal, o uso de álcool em gel e outras formas de higienização pessoal, informações sobre o programa nacional de imunizações e os principais fluxos de saúde do município, no intuito de orientar melhor as famílias e favorecer a participação comunitária.

Na literatura, embora bem estabelecida a importância da construção de dispositivos lúdicos para a educação em saúde, ainda carecem estudos que correlacionem o assunto com a atual pandemia, e mais ainda, são inexistentes os estudos que versem sobre o tema no estado do Pará e, especificamente, em Ananindeua. Desta forma, urge a necessidade de se realizarem mais estudos acerca do tema, que visem a educação em saúde como ferramenta fundamental para a construção de uma comunidade consciente e participativa do processo saúde-doença, e, conseqüentemente, de uma Atenção Primária em Saúde mais fortalecida.

Desse maneira, a produção de uma Tecnologia Educacional que possibilitasse a aproximação com os usuários, de maneira lúdica, porém com um potencial de disseminação de informações e orientações, foi um dos desafios do trabalho.

Embora a ideia não seja original, um vez que o tabuleiro já existe enquanto um jogo coletivo, a proposta é inédita por apresentar um tabuleiro personalizado para a comunidade que é o lócus de atuação enquanto médico. Portanto, também um desafio posto, pois coloca em movimento percepções e conhecimentos que perpassam a representação da comunidade e das relações com seus moradores.

A experiência foi muito rica em aprendizados e melhoria de estratégias para atuação no território. A potência da APS foi reafirmada na pandemia, mesmo quando o foco foi nos demais níveis de atenção. É na APS que as demandas são avaliadas, ela é a coordenadora do cuidado e a principal porta de acesso ao SUS. Pensar e construir possibilidades, estratégias, metodologias leves pode intensificar e consolidar os princípios e diretrizes do SUS.

É dessa forma que será possível fazer o enfrentamento aos desmontes e ataques impetrados ao SUS por uma política de governo que valoriza mais o mercado que as

pessoas. Os desafios prosseguem ativos, mas as relações colaborativas das equipes da ESF e o compromisso das(os) trabalhadoras(es) da saúde seguem sendo a potência para a resposta adequada.

Concluir esta etapa da formação, em tempos como os que vivemos, é uma forma de resistência e mobilização na defesa do SUS, da democracia e da garantia dos Direitos fundamentais. Também é um início de novas oportunidades para disseminar as informações apreendidas e compartilhar o conhecimento em ações colaborativas.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. D. C. et al. Nursing consultation in the perspective of users with diabetes mellitus in the family health strategy. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3749–3756, 2017;

ALMEIDA, N., AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B. Análise das publicações sobre tecnologias educacionais em enfermagem: uma pesquisa bibliográfica. In: Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem: transformação social e sustentabilidade ambiental; 2009 dez. 7-10; Fortaleza. Fortaleza (CE): ABEN-CE; 2009;

AUGUSTO, D. K. et al. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte,

Minas Gerais, 2010. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 28, n. 1, p. e2018128, 2019;

BARROS, D.S.L., et al. Educação em saúde da atenção primária brasileira: uma pesquisa documental no contexto pandêmico da Covid-19. **Rev Contexto & Saúde**, v.21, n. 44, p. 209-220. 2021;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 29 mar 2006;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19 [Internet]. Brasília: DF; 2020;

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 2020;

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007;

DUNLOP, C. et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*, p. bjgpopen20X101041, 28 jan. 2020;

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. v.36, n. 5, 2020;

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020;

CASH, R.; PATEL, V. Has COVID-19 subverted global health? **The Lancet**, v. 395, n. 10238, p. 1687–1688, 2020. of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 2020;

CATUNDA, L. et al. Educational strategies for diabetic people at risk for foot neuropathy : synthesis of good evidence. 2016;

CECCO, R. F.; SCHNEIDER, I. J. C. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SciELO Preprints**, 2020;

- CHAN, A.,. Social media for rapid knowledge dissemination: early experience from the COVID-19 pandemic. **Anaesthesia**, v.75, n. 12, p. 1579-82, 2020;
- CORREIO, K.D.L., et al. Control of cervical cancer: actions taken by nurses based on collective subject discourse. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). [Internet]. 2015;
- DA SILVA, J.B. e MUNIZ, A.M.V. Pandemia do Coronavírus no Brasil: impactos no Território Cearense. **Espaço e Economia**, v.9, n.17, p.1–20, 2020 doi: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10501>;
- DIKID, T. et al. Responding to Covid-19 pandemic: Why a strong health system is required. **Indian J Med Res.**, v. 1gu51, n. 2 & 3, p. 140-145, 2020;
- EMANUEL, E. J. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, p. 2049–2055, 2020;
- ESCOBAR, G.J. et al. Disparidades raciais nos testes e desfechos do COVID-19: estudo de coorte retrospectivo em um sistema integrado de saúde. *Anais de medicina interna*, 2021;
- FALKENBERG, M. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 847–52, 2014;
- FEHN, A. et al. Vulnerabilidade e D efit de Profissionais de Sa ude no Enfren- tamento da COVID-19 Dados e Metodologia. [s.d.].2020;
- FERNANDES, E.S.F.;SANTOS, A.M. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. **Interface**. 2020;
- FERNANDEZ, M.; CASTRO, D.; FERNANDES, L.; ALVES, I. C. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 114-121, 9 jun. 2020;
- GUARNIERI, C.S. et al. COVID-19 mortality and lethality in the State of Pará, legal Amazon, Brazil. **J Hum Growth Dev**. v. 31, n. 3, p. 398-404, 2021;
- GIOVANELLA L, MENDONÇA MH, F. M.; ALMEIDA PF, BOUSQUAT A, LIMA JG, ET AL. Emergency supply of doctors by the The, Médicos (More Doctors) Program and Health, quality of the structure of primary. **Ciencia e Saude Coletiva**, p. 2697–2708, 2016;
- GUEDES-GRANZOTTI, R. B. et al. Metodologias Ativas e as Práticas de Ensino na Comunidade: sua importância na formação do Fonoaudiólogo. **Philosophy**, 2015. structure of primary. **Ciencia e Saude Coletiva**, p. 2697–2708, 2016;
- HARZHEIM, E. et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2493-2497, jun. 2020;

HONORATO, E.J.S et al. Waves of mental health Demands during the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020;

•IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE | Cidades | Pará | Belém | Panorama. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/ananindeua/panorama>>. Acesso em: 17 jul. 2022.» <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/ananindeua/panorama>;

LANA, R.M et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad de Saúde Pub**, v. 3, n. 36, 2020. [Internet] e00019620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>;

LAVRAS, C. Atuação das equipes de APS durante o periodo de enfrentamento da covid-19. **Coleção Covid-19**, v.4 p.12-23, 2021;

LI, C. et al. Retrospective analysis of the possibility of predicting the COVID-19 outbreak from Internet searches and social media data, China, 2020. **Eurosurveillance**, v. 25, n. 10, p. 1–5, 2020;

LIMA, C. DE A. et al. O processo ensino-aprendizagem nos cuidados primários de saúde: a vivência do graduando em enfermagem. **Rev. APS**, v. 22, n. 2, p. 333–354, 2019;

LIMA, K. D. DE et al. Control of cervical cancer: actions taken by nurses based on collective subject discourse. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2425–2439, 2015;

LIMA, R.R.T. Formação em gestão do trabalho e da educação na saúde: relatando uma experiência educativa. **Saúde Debate**, v.44, n. 126, p. 919-929, 2020;

MACIEL, F.B.M. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc Saúde Colet**. 2020;25(Suppl 2);

MACHADO, M. D. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - Uma revisão conceitual. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335–342, 2007;

MAEYAMA, M. A.; ROS, M. A. DA. Estilos de Pensamento na Escolha da Especialidade Médica e Sua Correlação com as Políticas de Provimento para a Atenção Básica à Saúde - Um Estudo de Caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 89–99, 2018;

MAIA, L. G. et al. The quality of primary care services, vocational training and the more doctors program in a health region of southwest goiás. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020;

MIRANDA, S.A. et al. Aplicabilidade de atividades lúdicas como parâmetro na reconhecimento do Alzheimer precoce na atenção básica de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020;

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021;

MUNIZ, É.S. A interiorização da covid-19 na Amazônia: reflexões sobre o passado e o presente da saúde pública. **Hist cienc saude-Manguinhos**. v.28, p 875-8, 2021. escobarDOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000007>;

MYNARD, L. Normal life has been disrupted. Managing the disruption caused by COVID-19. **An Occupational Therapy Guide I**. [Internet], [acesso 5 set 2021]. 2020. Disponível em: <https://otaus.com.au/publicassets/af4690026f6aeal19404005056bel3b5/OT%20Guid%20COVID-19%20March%202020.pdf?246d30877f6d-eall-9404-005056bel3b5>;

NESPOLI, G. em saúde. p. 47–51, [s.d.]2016;

NIETSCHE, E.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. Care-educational technologies: a possibility for the empowerment of the nurse? Porto Alegre (RS): Moriá; 2014. **Revista da Rede de Enfermagem**;

NIETSCHE, E. A. et al. Innovative Technologies of Nursing Care. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182–189, 2012. **do Nordeste**, v. 15, n. 1, p. 185–186, 2014;

OLIVEIRA, S. R. G. DE; WENDHAUSEN, LENITA PEREIRA. (RE)SIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. v. 129, p. 129–147, 2014;

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; MARRERO, Lihsieh; HORTA, Bernardo Lessa. Excesso de mortes por causas respiratórias em oito metrópoles brasileiras durante os seis primeiros meses da pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 37, n. 5, e00328720, 2021;

PERES, C. R. F. B. et al. Teaching-Service'S Integration in the Training of Nurses in the State of São Paulo (Brazil). **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1–8, 2018;

PUEYO-GARRIGUES, M, et al. Health education: a Rogerian concept analysis. **Int J Nurs Stud**. v.94, p.131-8. 2019;

RECH, M. R. A. et al. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–11, 2018;

REIS, I. N. DE C.; DA SILVA, I. L. R.; UN, J. A. W. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, n. c, p. 1161–1174, 2014;

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Educational practices in health care and the constitution of active subjects. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 554–562, 2010;

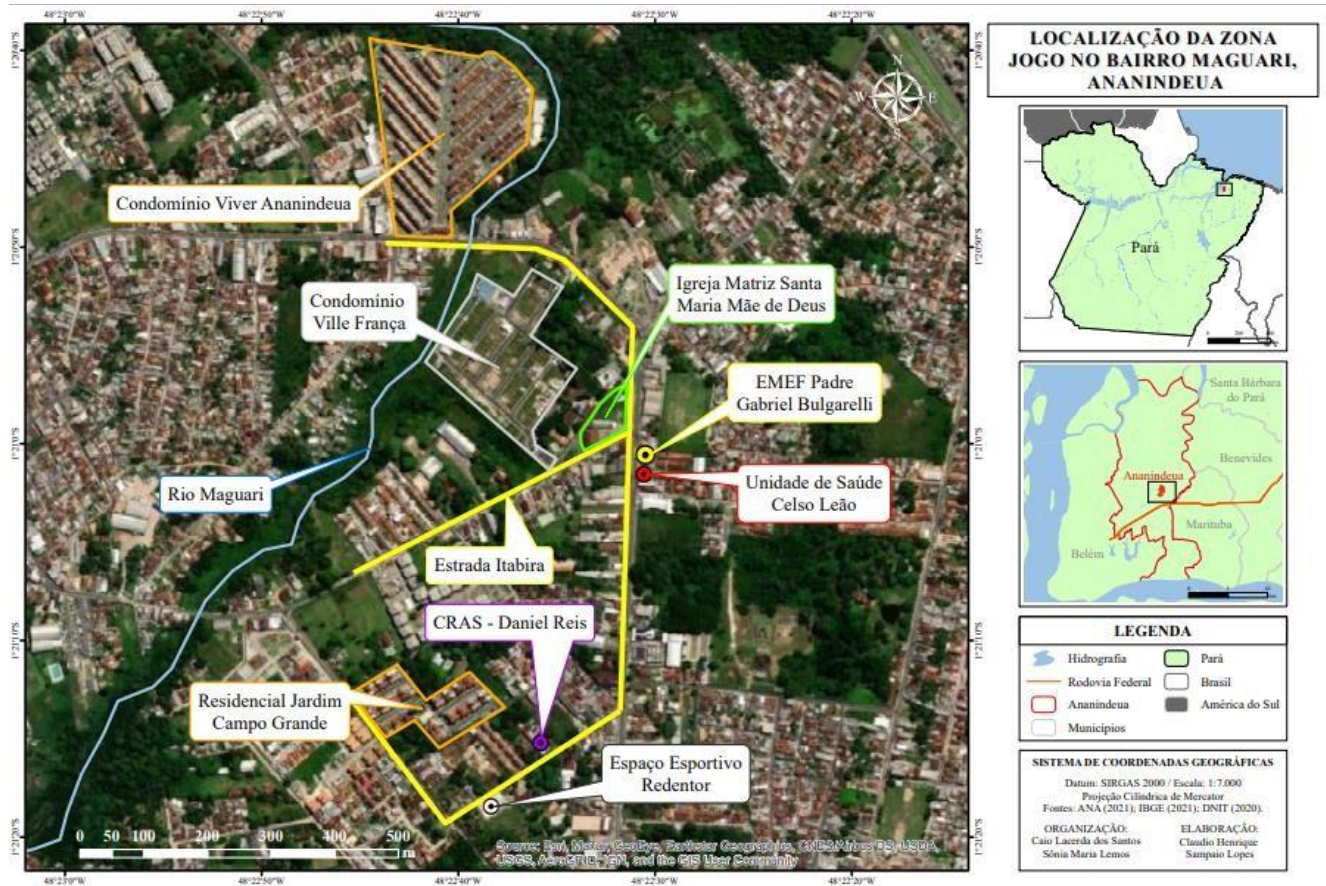
RODRIGUES, I. L. A. et al. Aprender brincando: validação semântica de tecnologia educacional sobre tuberculose para crianças escolares. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, p. 1–8, 2021;

SALVADOR, P.T.C.O. et al. Construção de hipermídia para apoio ao ensino da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2019;

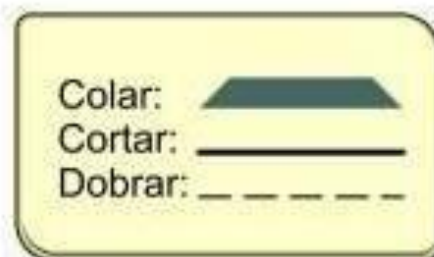
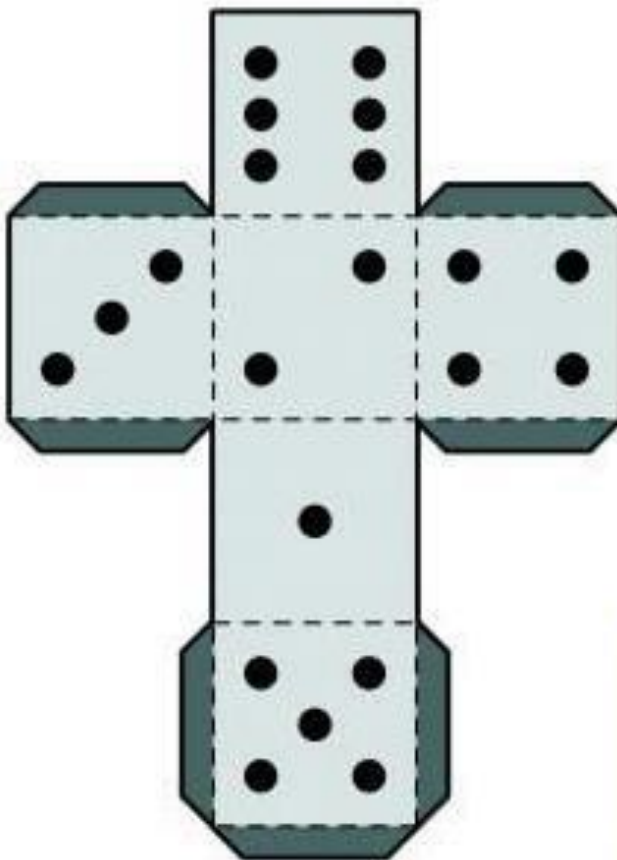
- SANTOS, A.O.; LOPES, L.T. Profissionais de saúde e cuidados primários / Health and primary care professionals. Brasília; CONASS; 2021. 346 p;
- SANTOS, M. P. et al. Promoção Da Saúde Sexual E Reprodutiva De Adolescentes: Educação Por Pares. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, 2017;
- SILVA, F.L. et al. G.I.P. Intraregional propagation of Covid-19 cases in Pará, Brazil: assessment of isolation regime to lockdown. **Epidemiology and infection**, v. 149, n. 72, p. 1-15, 2021.DOI: <https://doi.org/10.1017/S095026882100039X>;
- SILVA, K. V. L. G. DA et al. Training of adolescent multipliers from the perspective of health promotion core competencies. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 89–96, 2018;
- SKARPA, P.E., GAROUFALLOU, E. Information seeking behavior and COVID-19 pandemic: a snapshot of young, middle aged and senior individuals in Greece. **Int J Med Inform.** 2021;
- SMOLKA, M. L. et al. a Autonomia Pedagógica Do Estudante: Perspectivas Na Educação Médica. **Ensino, Saude e Ambiente**, v. 6, n. 2, p. 20–32, 2013;
- SOARES, C. G. D. S. et al. Mental health during the COVID-19 pandemic: An integrative review on the impacts of social distancing on the occurrence of anxiety and depression symptoms. n. 8, 2021;
- TOCANTIS, Secretaria de Estado de Saúde do. Plano de Contingência do Tocantins – novo coronavírus (COVID-19). 2020;
- UCHÔA, A. DA C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 29, p. 299–311, 2009;
- VEIGA MV. Elementos para a mudança curricular no curso de medicina de uma universidade no sul do brasil. P. Dissertação de mestrado, 2015;
- VENTURA, D.F.L. et al. Challenges of the Covid-19 pandemic: for a Brazilian research agenda in global health and sustainability. **Cad Saude Publica**, v.26, n. 4. 2020;
- VERASZTO, E. V.; SIMON, F. O. Tecnologia: Buscando uma definição para o conceito Technology: Looking for a definition for the concept. p. 60–85, 2008;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for patient Safety. Who guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva, 2009;
- WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report - 149. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200617-covid-19-sitrep-149.pdf?sfvrsn=3b3137b0_4>.orella.

APÊNDICES

Apêndice A- Mapa da área de atuação da equipe Campo Grande, no município de Ananindeua-Pa.

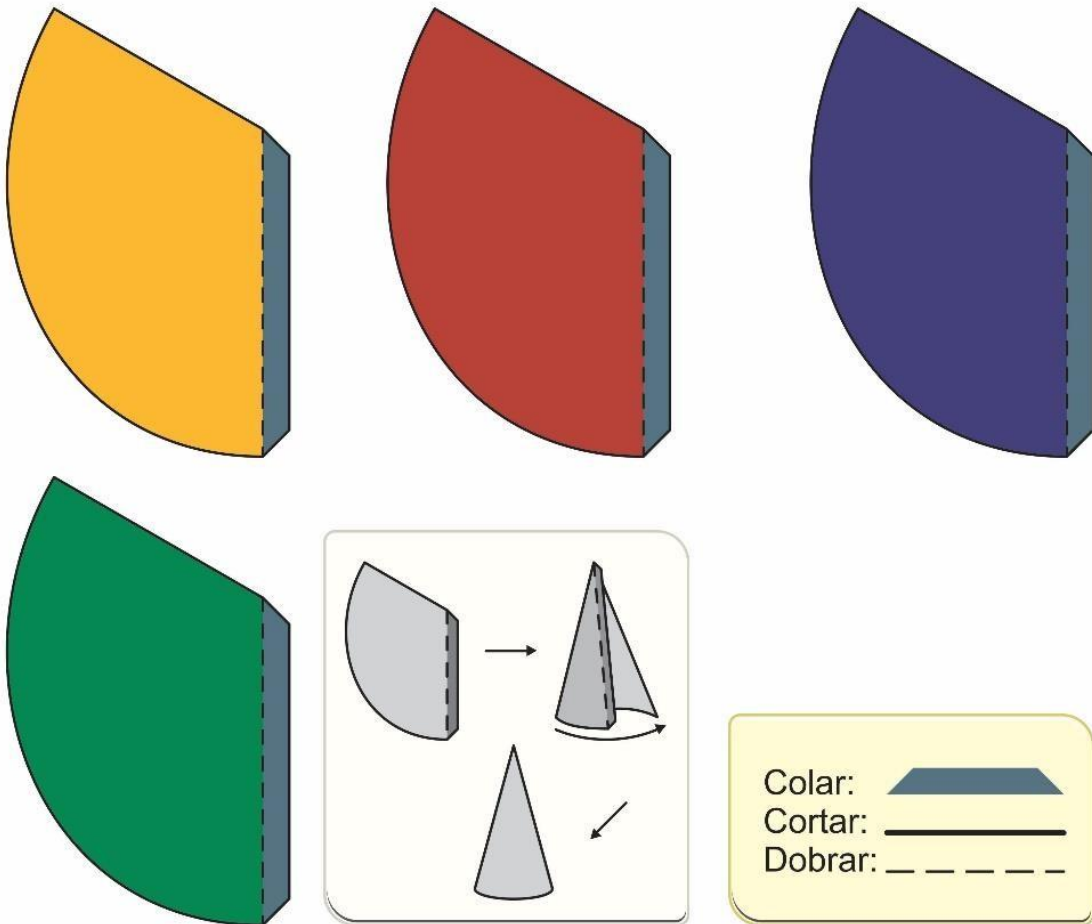


Apêndice C-Dado utilizado no jogo de tabuleiro.



Apêndice D- Pinos do jogo de tabuleiro.

Modelo para a confecção dos Pinos para o Jogo da trilha



ESTA TENDO FALTA
DE AR E FEBRE.

PEÇA AJUDA A UM
ADULTO E
PROCURE A UPA!

SEU AMIGUINHO
FEZ 9 ANOS.
LEMBRE-O QUE
ESTA NA HORA DA
VACINAÇÃO
CONTRA O HPV.

ANDE 1 CASA!

SEU AMIGUINHO
FEZ 9 ANOS.
LEMBRE-O QUE
ESTA NA HORA DA
VACINAÇÃO
CONTRA O HPV.

ANDE 1 CASA!

VOCÊ JOGOU LIXO
NO CHÃO DO
CONDOMÍNIO,

FIQUE 1 RODADA
SEM JOGAR !

VOCÊ JOGOU LIXO
NO CHÃO DO
CONDOMÍNIO,

FIQUE 1 RODADA
SEM JOGAR !

AJUDOU A
HIGOENIZAR AS
COOMPRAS.

AVANCE 1 CASA!

AJUDOU A
HIGOENIZAR AS
COOMPRAS.

AVANCE 1 CASA!

ESTA TENDO FALTA
DE AR E FEBRE.

PEÇA AJUDA A UM
ADULTO E
PROCURE A UPA!

ESTA TENDO FALTA
DE AR E FEBRE.

PEÇA AJUDA A UM
ADULTO E
PROCURE A UPA!

SEU AMIGUINHO
FEZ 9 ANOS.
LEMBRE-O QUE
ESTA NA HORA DA
VACINAÇÃO
CONTRA O HPV.

ANDE 1 CASA!

VOCÊ JOGOU LIXO
NO CHÃO DO
CONDOMÍNIO,

FIQUE 1 RODADA
SEM JOGAR !

AJUDOU A
HIGOENIZAR
AS
COOMPRAS.

AVANCE 1
CASA!

ESTA COM DOR DE BARRIGA E NÃO PODERÁ JOGAR. FIQUE 1 RODADA SEM JOGAR

É DIA DE VACINA ANTIRABICA, PEÇA A UM ADULTO PARA VACINAR SEU CACHORRO. ANDE 1 CASA!

VOCÊ COMEÇOU A APRESENTAR UMA COCEIRINHA NO CORPO NA HORA DE DORMIR, PODE SER ESCABIOSE. PEÇA PARA UM ADULTO LIGAR PARA O AGENTE DE SAÚDE E FIQUE 1 RODADA SEM JOGAR PARA SE RECUPERAR

ATIVIDADE RECREATIVA. PEÇA AO SEU RESPONSÁVEL PARA PROCURAR O CRAS DANIEL REIS OU A LBV NA ESTRADA DO MAGUARI

XIIIIIIII!!!!!!,
A RUA ALAGOU DEVIDO A FORTE CHUVA, NÃO BRINQUE NA AGUA, PODE SER PERIGOSO. FIQUE 1 RODADA SEM JOGAR.

VOCÊ AINDA NÃO TOMOU A VACINA DA COVID-19. FIQUE UMA RODADA SEM JOGAR

VOCÊ TOMOU ÁGUA DA TORNEIRA DO CONDOMÍNIO,

SUA MÃE LHE LEVOU AO

DO JOGO PARA
PEGA-LA!

VOCÊ ESQUECEU DE
COBRIR A BOCA AO
TOSSIR OU AO
ESPIRRAR, VOLTE 1
CASA!

VOCÊ TEM
VONTADE DE FAZER
UMA ATIVIDADE
RECREATIVA. PEÇA
AO SEU
RESPONSÁVEL PARA
PROCURAR O CRAS
DANIEL REIS OU A
LBV NA ESTRADA
DO MAGUARI

LEMBRE SE NÃO
COMPARTILHE
OBJETOS DE USO
PESSOAL, FIQUE NA
MESMA CASA !

VOCÊ AINDA NÃO
TOMOU A VACINA
DA COVID-19. FIQUE
UMA
RODADA SEM JOGAR

MESMO COM
A VACINAÇÃO
VOCÊ ESTA
MANTENDO
UMA
DISTÂNCIA
SEGURA,
ANDE 1 CASA!

SUA MÃE LHE
LEVOU AO POSTO DE
SAÚDE PARA
UMA CONSULTA,
MAS ESQUECEU DA
MASCARA EM CASA,
VOLTE AO INICIO

VOCÊ ESTA COM
TOSSE HÁ MAIS DE 3
SEMANAS E
SENTE FEBRE A
NOITE, AVISE À

MESMO COM A
VACINAÇÃO VOCÊ
ESTA MANTENDO
UMA DISTÂNCIA
SEGURA,
ANDE 1 CASA!

VOCÊ ESTA COM
TOSSE HÁ MAIS DE 3
SEMANAS E SENTE
FEBRE A NOITE, AVISE
À SUA
AGENTE DE SAÚDE E
FIQUE 1 RODADA
SEM JOGAR PARA
SE RECUPERAR !

SEU PAI DEIXOU
UM PNEU NA RUA
ACUMULANDO
ÁGUA PARADA.
CUIDADO COM O
MOSQUITO DA
DENGUE. FIQUE
UMA
RODADA SEM
JOGAR !

LEMBRE-SE
NÃO COMPARTILHE

OBJETOS DE USO
PESSOAL, FIQUE NA
MESMA CASA !

SEU VIZINHO
COMEÇOU A
APRESENTAR FEBRE
E FERIDINHAS PELO
CORPO, DIGA A ELE
PARA AVISAR AO
AGENTE DE SAÚDE.

VOCÊ ESQUECEU
SEU ÁLCOOL EM
GEL EM CASA,

VOLTE AO INÍCIO
DO JOGO PARA
BUSCA-LO !

VOCÊ
ESTA COM
SINTOMAS GRIPAIS,
VAI PRECISAR
MANTER REPOUSO,
FIQUE 1 RODADA
SEM JOGAR !

SEU VIZINHO
 COMEÇOU A
 APRESENTAR FEBRE
 E FERIDINHAS PELO
 CORPO, DIGA A ELE
 PARA AVISAR AO
 AGENTE DE SAÚDE.

SEU VIZINHO
 COMEÇOU A
 APRESENTAR FEBRE
 E FERIDINHAS PELO
 CORPO, DIGA A ELE
 PARA AVISAR AO
 AGENTE DE SAÚDE.

SEU
 ALCCOL EM
 GEL ACABOU.

VOLTE 2 CASAS!

VOCÊ ESQUECEU
 SEU ÁLCOOL EM
 GEL EM CASA,

VOLTE AO INÍCIO
 DO JOGO PARA
 BUSCA-LO !

VOCÊ ESQUECEU
 SEU ÁLCOOL EM
 GEL EM CASA,

VOLTE AO INÍCIO
 DO JOGO PARA
 BUSCA-LO !

VOCÊ ESTA COM
 SINTOMAS GRIPAIS,
 VAI PRECISAR
 MANTER REPOUSO,
 FIQUE 1 RODADA
 SEM JOGAR !

VOCÊ ESTA COM
 SINTOMAS GRIPAIS,
 VAI PRECISAR
 MANTER REPOUSO,
 FIQUE 1 RODADA
 SEM JOGAR !

SEU ALCCOL EM
 GEL ACABOU.

VOLTE 2 CASAS!

SEU ALCCOL EM
 GEL ACABOU.

VOLTE 2 CASAS!

APÊNDICE F- Análise pedagógica do jogo de tabuleiro.

Proposta

A proposta do jogo de tabuleiro é enfatizar o brincar e o aprender, tendo em vista o ser dinâmico, transformador, experimentador e investigador que é a criança em desenvolvimento, neste cenário, o jogo possui um conspecto lúdico destacando o respeito a criança e ao adolescente, com ênfase ao seu direito de brincar, aprender e de se expressar livremente. De acordo com o que nos diz Lima e Mello (2006), cada sujeito traz, ao nascer, uma única capacidade, a de criar novas habilidades, capacidades e aptidões humanas, isto é, a ilimitada capacidade de aprender. Sob esta perspectiva, o ser humano é histórico, cultural e socialmente formado por meio das atividades vividas e da cultura a que tem acesso, como salienta a proposta de jogo abordada, uma vez que o jogo de tabuleiro é direcionado a uma determinada comunidade, contribuindo assim, com a capacidade e aptidões socialmente elaboradas, no qual possibilita a construção novas habilidades, portanto, constrói-se sua humanidade. Para Mello (2014), as qualidades humanas que constituem a inteligência e a personalidade não são naturais, são aprendidas na relação ativa que a criança estabelece com o mundo da cultura por meio das relações sociais, sendo a cultura, fonte de tais qualidades. Marques (2001, apud) DESSEN E POLONIA 2007) enfatiza a importância das atividades realizadas com crianças ao que favorecem as formas superiores de pensar e aprender, como memória seletiva, criatividade, raciocínio abstrato, pensamento lógico.

Indicação etária

Os jogos de tabuleiro são materiais lúdicos e divertidos que possuem grande poder de interação e podem ser utilizados em diferentes faixas etárias. De acordo com o jogo aqui analisado, este é indicado para terceira infância, dos 6 aos 10 anos de idade, em que os jogos de tabuleiro ajudam a estimular os conceitos da alfabetização básica e do raciocínio lógico e numérico. Como também, pode ser utilizado na adolescência, dos 12 aos 18 anos de idade em que o jogo de tabuleiro funciona como instrumento de convívio, partilha de informações e interação social.

HANNA CAROLAY DA SILVA LIMA- PEDAGOGA

ANEXOS

Anexo 1- Formulário autoaplicável do estudo multicêntrico

4. Região Norte. Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde

Perfil do Entrevistado

Estado: *

- Amazonas
- Pará
- Tocantins
- Rondônia

Município: *

Sua resposta

Bairros/área/comunidade: *

Sua resposta

Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família: *

Sua resposta

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

I - Características Sociodemográficas

1. Data de Nascimento *

Data:

dd/mm/aaaa 

2. Sexo: *

- Feminino
- Masculino

3. Cor/raça/etnia autodeclarada *

- Branca
- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarela

4. Estado Civil *

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Vive Junto

5. Nível Educacional *

- Sem Escolaridade
- Fundamental Incompleto
- Fundamental
- Médio Incompleto
- Médio
- Superior Incompleto
- Superior
- Pós-graduação

6. Quantas pessoas moram com você? *

- 0
- 1 a 3
- 4 a 7
- 8 a 10
- mais de 10

7. Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodos para dormir inclui quartos e sala) *

- 1
- 2
- 3
- 4 a 5
- 6 a 8
- mais de 8

8. Quantos banheiros existem na sua casa?

- Nenhum
- 1
- 2 ou mais

9.1. Infraestrutura do domicílio *

Acesso à água

- Água encanada
- Poço artesiano
- Reservatório
- Outro: _____

9.2. Infraestrutura do domicílio: *

Esgotamento

- Rede de esgoto
- Fossa
- Vale (rio, igarapé, riacho)

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

I - Características Sociodemográficas

10. Rendimento mensal do lar (em salários mínimos contando todos os moradores) *

- Até 1 SM - R\$1.045,00
- Até 2 SM - de R\$1.045,00 a R\$2.090,00
- Até 3 SM - de R\$2.090,00 a R\$3.135,00
- Até 4 SM - de R\$3.135,00 a R\$4.180,00
- Mais de 4 SM - R\$4.180,00 ou mais

11. Qual era a sua ocupação/ trabalho principal antes do início da pandemia do CORONAVÍRUS? (admitte mais de uma resposta) *

- Empregado(a) do setor privado com carteira de trabalho
- Empregado(a) sem carteira de trabalho
- Empregado(a) do setor público (Inclusive empresas de economia mista)
- Trabalhava por conta própria
- Cooperativado(a)
- Trabalhava sem remuneração
- Bolsista
- Estudante
- Aposentado(a)
- Dono(a) de Casa
- Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar
- Procurava, mas não encontrava trabalho
- Não trabalhava por outro motivo
- Outro: _____

11.1. Como a pandemia do CORONAVÍRUS afetou sua ocupação/trabalho? *

- Continuar trabalhando
- Continuar trabalhando, mas em casa (home office)
- Começou a trabalhar durante a pandemia
- Tive férias remuneradas
- Perdi o emprego
- Estava de licença maternidade
- Afastado do trabalho por ser do grupo de risco
- Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar

11.2. Durante a pandemia do CORONAVÍRUS, você trabalhou em algum serviço considerado essencial? (admite mais de uma resposta) *

- Assistência à saúde (atendimento direto à população)
- Saúde
- Segurança
- Transporte
- Serviço bancário
- Não trabalhei em atividade essencial
- Outro: _____

12. Quantas pessoas do domicílio precisam/precisaram sair diariamente para trabalhar durante a pandemia do CORONAVÍRUS? *

- 0
- 1
- 2
- 3 a 4
- 5 e mais

11.1. Como a pandemia do CORONAVÍRUS afetou sua ocupação/trabalho? *

- Continuai trabalhando
- Continuai trabalhando, mas em casa (home office)
- Comecei a trabalhar durante a pandemia
- Tive férias remuneradas
- Perdi o emprego
- Estava de licença maternidade
- Afastado do trabalho por ser do grupo de risco
- Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar

11.2. Durante a pandemia do CORONAVÍRUS, você trabalhou em algum serviço considerado essencial? (admite mais de uma resposta) *

- Assistência à saúde (atendimento direto à população)
- Saúde
- Segurança
- Transporte
- Serviço bancário
- Não trabalhei em atividade essencial
- Outro: _____

12. Quantas pessoas do domicílio precisam/precisaram sair diariamente para trabalhar durante a pandemia do CORONAVÍRUS? *

- 0
- 1
- 2
- 3 a 4
- 5 e mais

13. Antes da pandemia, o/a Sr(a) recebia algum benefício social? *

- Sim, benefício de prestação continuada
- Sim, aposentadoria
- Sim, bolsa família
- Sim, bolsa defeso
- Não
- Outro: _____

14. O/a Sr(a) tem plano de saúde? *

- Sim
- Não

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

II - Comunicação e Informação sobre o CORONAVÍRUS

15. Quais as informações que o/a Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS? *
(admita mais de uma resposta)

- Isolamento social total
- Lavagem frequente das mãos
- Uso de álcool gel
- Isolamento pessoal
- Uso de máscara para quando tenho que sair de casa
- Outro: _____

16. Como o/a Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS? (admita mais de uma resposta) *

- Profissionais de saúde do território (Inclui-se o ACS)
- WhatsApp
- Facebook
- Instagram
- Televisão
- Jornais na TV e/ou na internet
- Rádio
- Religião
- Amigos/vizinhos/parentes da comunidade
- Governantes (prefeito, governador, presidente)
- Outro: _____

17. Dessas fontes citadas quais delas confia mais? (admite mais de uma resposta)

- Profissionais de saúde do território (Inclui-se o ACS);
- WhatsApp
- Facebook
- Instagram
- Televisão
- Jornais na TV e/ou na Internet
- Rádio
- Religião
- Amigos/vizinhos/parentes da comunidade
- Governantes (prefeito, governador, presidente)
- Outro: _____

18. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS? *

	Muito bem informado	Sem informado	Razoavelmente informado	Mai informado	Sem informação
Pelas mídias de comunicação (TV, rádio ou jornal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pela comunidade (religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelos profissionais de saúde do seu território	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

III - Medidas de prevenção e controle do CORONAVÍRUS

19. O(a) Sr(a) está confiante que as medidas de prevenção e proteção ao CORONAVÍRUS adotadas pelo senhor e sua família são suficientes para proteger vocês? *

- Muito confiante
- Bem confiante
- Razoavelmente confiante
- Pouco confiante
- Nada confiante

20. Qual a possibilidade do(a) Sr(a) ou sua família serem contaminados pelo CORONAVÍRUS? *

- Muito alta
- Alta
- Razoavelmente alta
- Baixa
- Muito baixa

21. Na sua opinião, a doença provocada pelo CORONAVÍRUS é: *

- Muito grave
- Grave
- Razoavelmente Grave
- Pouco Grave
- Não é Grave

22. Na sua opinião, qual o grau de importância das seguintes medidas de prevenção adotadas no combate ao CORONAVÍRUS? *

	Muito importante	Importante	Razoavelmente importante	Pouco importante	Nada importante
Isolamento e distanciamento social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de máscara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higienização das mãos (lavagem/ uso de álcool em gel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar aglomerações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. A equipe da Unidade de Saúde realizou alguma ação geral de saúde e de educação em saúde voltada para a prevenção do CORONAVÍRUS? *

- Sim
- Não
- Não Sei

24. Se sim, quais ações o/a Sr(a) identificou? (Em caso de não ou não sei, escreva não identifiquei) *

Sua resposta

25. Quais das seguintes ações o(a) Sr(a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta) *

- Isolamento social total
- Isolamento parcial
- Lavagem frequente das mãos
- Uso de álcool gel
- Uso de máscara para quando tenho que sair de casa
- Outro: _____

26. Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr(a) considerou a mais * importante para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS?

- Isolamento social total
- Isolamento parcial
- Lavagem frequente das mãos
- Uso de álcool gel
- Uso de máscara para quando tenho que sair de casa
- Outro: _____

27. Durante a pandemia do CORONAVÍRUS, o(a) Sr(a) ou alguém de sua família * receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio?

- Sim
- Não

28. Qual o tipo de auxílio o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam ou estão * recebendo durante a pandemia do CORONAVÍRUS? (admita mais de uma resposta)

- Auxílio emergencial do governo federal
- Auxílio do Estado (recursos financeiros, alimentação)
- Auxílio do Município (recursos financeiros, alimentação)
- Auxílio de instituições de caridade
- Auxílio de ONGs
- Auxílio da própria comunidade
- Auxílio de igreja
- Auxílio de amigos/parentes
- Não recebemos nenhum auxílio
- Outro: _____

29. O(a) Sr(a) ou algum membro da sua família já recebeu o diagnóstico de alguma das doenças abaixo? (admite mais de uma resposta) *

- Diabetes
- Hipertensão
- Problemas Cardíacos
- Asma
- Câncer
- HIV
- Problemas relacionados à saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade, esquizofrenia, abuso de álcool e outras drogas, etc)
- Nenhuma das opções anteriores

30. O/a Sr(a) ou alguém da sua família teve CORONAVÍRUS? *

- Sim
- Não
- Não sei
- Não desejo responder

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido

[Voltar](#)

[Enviar](#)

[Limpar formulário](#)

- 1) Como o senhor (e família) lidaram ou estão lidando para o enfrentamento do CORONAVÍRUS?

Sobre as informações recebidas:

- 2) O Sr (a) acha que as informações foram suficientes para se prevenir do CORONAVÍRUS? Quais achou mais eficazes ?
- 3) Que orientação foi difícil de fazer ? e por quê?
- 4) Tem alguma informação que o Sr (a) não acreditou no combate do CORONAVÍRUS?

Sobre as estratégias de família e comunidade:

- 5) O que o Sr. (a) e sua família fizeram ou vem fazendo para se protegerem da contaminação pelo CORONAVÍRUS?
- 6) Quais foram as medidas adotadas em sua comunidade (ou bairro, ou cidade), que entende que foram importantes para manter a saúde das pessoas durante a epidemia do CORONAVÍRUS ?

Sobre as ações dos serviços de Saúde:

- 7) Qual (ais) serviço (s) de saúde acompanhou e tem acompanhado o Sr(a) e sua família durante o CORONAVIRUS ?
- 8) Quais as principais dificuldades que o Sr (a) e sua família enfrentaram para seguir as recomendações da Equipe de Saúde para prevenção da contaminação pelo CORONAVÍRUS ?

Sobre os governos :

- 9) Na sua opinião o que os governantes deveriam fazer para enfrentar a pandemia do CORONAVÍRUS ?

Sobre as mudanças na vida das pessoas e famílias :

- 10)O que mudou na sua vida com o CORONAVIRUS ?