

## **Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19**

*Light technologies in the pandemic times: Health education as a device to fight the Coronavirus*

Tecnologias leves em tempos de pandemia

*Light technologies in the pandemic times*

**Roger Flores Ceccon**

Escola de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Araranguá

**Ione Jayce Ceola Schneider**

Laboratório de Epidemiologia - Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Araranguá

**Conflitos de interesses:** não

**Aprovação de Comitê de Ética:** De acordo com a Resolução nº 466/12 e a Resolução n. 510/16 não há necessidade de aprovação pelo Sistema CEP/CONEP

## **Resumo**

Este ensaio de cunho reflexivo tem o objetivo de discutir a importância das tecnologias leves e da educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. O texto aborda o contexto epidemiológico e as medidas de prevenção ao Coronavírus, especialmente a quarentena e o isolamento social. Além do mais, propõe um conjunto de estratégias micropolíticas que contribuem para o enfrentamento à pandemia, especialmente as tecnologias leves e a educação em saúde. Defendemos que, em tempos de pandemia, é fundamental a humanização do cuidado, o diálogo e as relações de confiança entre profissionais e usuários. As reflexões suscitadas constituem-se como *práxis* transversais ao trabalho e caracterizam-se como compromissos éticos, estéticos e políticos no enfrentamento à pandemia, necessárias para a produção de sentido e sensibilização das ações impostas por autoridades sanitárias.

Palavras-chaves: Infecções por Coronavirus. Educação em Saúde. Tecnologia Biomédica. Parcerias na Saúde.

## **Abstract**

This reflective essay aims to discuss the importance of light technologies and health education in coping with the COVID-19 pandemic. The text addresses the epidemiological context and methods of preventing Coronavirus, especially quarantine and social isolation. In addition, the proposal addresses a set of micropolitical strategies that contribute to tackling the pandemic, especially light technologies and health education. We defend that, in times of pandemic, the humanization of care, dialogue and relationships of trust between professionals and users become essential. The reflections raised constitute praxis transversal to the work in health. In addition, they are

characterized as ethical, aesthetic and political commitments in tackling the pandemic. These are necessary for the production of meaning and awareness of the actions imposed by health authorities.

Key-words: Coronavirus Infections. Health Education. Biomedical Technology. Health Consortia.

## **Introdução**

Com a deflagração da pandemia do Coronavírus pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e evidências que justificam medidas referentes à quarentena e ao isolamento social, busca-se neste texto responder questões fundamentais para o êxito dessas intervenções, até o momento não debatidas: “Como implementar, em um país com mais de 200 milhões de habitantes, medidas tão complexas e drásticas como essas?” “Quais estratégias devem ser utilizadas para o êxito dessas ações?”.

Acreditamos que, vista a ruptura no tecido social que essas medidas impõem, alterando as formas de convívio nunca antes impostas no país, não basta apenas decretos de governantes recomendando quarentena e isolamento, mas mecanismos de sensibilização que produzam sentido na população, visando garantir capilaridade e adoção dessas práticas pela sociedade. Portanto, apostamos na micropolítica como estratégia de gestão e cuidado diante da crise humanitária imposta pelo Coronavírus, complementando ações macropolíticas também fundamentais no combate à pandemia.

Este artigo contrapõe radicalmente as medidas neoliberais verbalizadas e adotadas pelo Governo Federal, incluindo o Ministério da Saúde, a partir da data de 27 de março de 2020, com a campanha “O Brasil não pode parar” (Impedida pela justiça), que incentiva o fim do isolamento social, justificada pela crise econômica. Esta ação vai na contramão da maioria dos países do mundo, que tem adotado a quarentena e o isolamento como medida de saúde pública em um contexto de avanço de uma doença contagiosa e transmissível, desconhecida, com alta taxa de mortalidade e até o momento sem medidas farmacológicas de controle.

A região Sul do estado de Santa Catarina foi um dos primeiros locais do Brasil a ser confirmada a transmissão comunitária do Coronavírus, cinco dias após o primeiro caso

no estado (12 de março de 2020), na cidade de Florianópolis. Assim, o estado decretou emergência de saúde pública nível 3 antes do restante do país (Decreto nº 525/2020, de 17 de março de 2020). No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, e foi decretada transmissão comunitária no território nacional em 20 de março (Portaria nº 454, Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, de 20 de março de 2020).

Diante disso, os municípios do estado tomaram medidas emergenciais para o controle do Coronavírus. O caráter emergente da pandemia e a evasão de trabalhadores, principalmente aqueles que pertenciam aos grupos de risco, suscitou rápida reorganização dos processos de trabalho pelos serviços de saúde, fazendo com que muitas cidades não apresentassem equipes suficientes para a implementação de ações em seus territórios, sendo necessária a efetivação de parcerias com Universidades e outros setores da sociedade no enfrentamento à pandemia.

As reflexões teóricas apontadas neste texto surgem de uma experiência de trabalho realizada por docentes, técnicos administrativos em educação e estudantes de uma Universidade Pública Federal em parceria com a Secretaria de Saúde em um município do extremo sul do estado de Santa Catarina. Foram realizadas ações de cuidado pautadas no diálogo, na educação em saúde e nas tecnologias leves, com alcance de aproximadamente 3 mil pessoas (5% da população local).

Assim, a partir dessa experiência de trabalho oriunda da integração ensino-serviço na região sul do estado de Santa Catarina, este ensaio de cunho reflexivo tem o objetivo de discutir a importância das tecnologias leves e da educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

### **A pandemia do Coronavírus**

A doença resultante da infecção pelo novo coronavírus SARS-COV-2 e designada COVID-19 pela OMS foi identificada pela primeira vez em humanos em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China. No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou estado de Emergência em Saúde Pública em âmbito Internacional e no dia 11 de março foi declarada pandemia. Os sintomas e o curso da infecção foram inicialmente considerados semelhantes aos da gripe, embora pudessem evoluir para uma infecção respiratória aguda grave com pneumonia e exigir cuidados intensivos para entre 1 a 5% dos contaminados (RUSSELL et al., 2020).

A taxa de letalidade pela doença é estimada em 3,4%, semelhante à da gripe espanhola (2 a 3%) e mais elevada do que a da influenza A H1N1 (0,02%) e da gripe sazonal (0,1%). Entretanto, 81% dos casos da doença são leves. O percentual de assintomáticos parece ser baixo (cerca de 1%) e a maioria dos sintomas se desenvolve em torno de dois dias (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2020; SILVA, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Embora o risco de morte pela COVID-19 seja mais elevado em pacientes idosos e/ou naqueles com doenças preexistentes, o relato dos primeiros casos nos Estados Unidos, publicado pelo Centro de Controle de Doenças (CDC), constatou que 38% dos hospitalizados têm idade de 20 a 54 anos (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2020). Portanto, a doença não se limita aos chamados grupos de risco, podendo acometer a população em sua totalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

A OMS frisou, recentemente, que a testagem de todos os casos suspeitos é fundamental para que se possa controlar a epidemia. Entretanto, a falta de testes diagnósticos e de capacidade laboratorial para a detecção da COVID-19 levou o Ministério da Saúde brasileiro a limitar a testagem apenas para os casos graves, com a justificativa de que a testagem não modifica o tratamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE., 2020). Entretanto, a testagem de todos os sintomáticos é fundamental para que a estratégia de combinação de medidas recomendadas para conter a epidemia seja bem-sucedida (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE., 2020). Sem a testagem dos sintomáticos será difícil isolar os doentes e colocar os comunicantes em quarentena. Assim, a produção de *kits* diagnósticos para a COVID-19 e a capacidade laboratorial para a realização da testagem dos sintomáticos precisam ser ampliadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a, 2020b).

Outro trabalho realizado por pesquisadores do *Imperial College London*, no Reino Unido, investigou o impacto das intervenções não farmacológicas para reduzir a mortalidade pela COVID-19 e a demanda pelos serviços de saúde. As estratégias de mitigação, que se concentram em reduzir a transmissão da doença, com isolamento no domicílio dos casos suspeitos, quarentena dos comunicantes que residem no mesmo domicílio dos casos e distanciamento social dos idosos e daqueles com comorbidades, não são capazes de interromper a transmissão da COVID-19 (FERGUSON et al., 2020).

Estas medidas precisam ser combinadas com estratégias de distanciamento social de toda a população e fechamento de escolas e universidades para que a epidemia possa ser suprimida. De acordo com o estudo, se essas estratégias forem adotadas no início da epidemia, elas terão maior probabilidade de sucesso, mas por outro lado, poderão levar ao retorno da transmissão tão logo elas sejam relaxadas (FERGUSON et al., 2020). Assim, é fundamental a adoção da quarentena e do isolamento social para a redução dos casos e mortes pela doença, caracterizadas pela limitação à liberdade de trânsito de pessoas saudáveis, mas que estão expostas ao Coronavírus.

Além do mais, a OMS recomenda que *precisamos educar plenamente o público em geral sobre a seriedade do COVID-19 e do seu papel na prevenção da propagação da doença*

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a, 2020b). Assim, além das medidas macropolíticas citadas neste texto, é fundamental a adoção de estratégias de educação em saúde, caracterizadas aqui como tecnologias leves, para que de fato consigamos conter o avanço dessa pandemia no Brasil.

### **Tecnologias leves em tempos de Coronavírus**

O enfrentamento à pandemia do Coronavírus exige esforços de diferentes setores, atores e instituições da sociedade. Por ser um problema coletivo, ainda desconhecido e de caráter global, é necessário um amplo escopo de ações intersetoriais articuladas, especialmente de âmbito econômico, social e sanitário. No campo da saúde, faz-se necessário, como já mencionado no texto, ações em dois âmbitos: (1) macropolítico, principalmente a aquisição e garantia de leitos hospitalares, respiradores e medidas farmacológicas; e (2) práticas educativas e ações de cuidado pautadas nas tecnologias leves.

Discorreremos neste capítulo a importância das tecnologias leves no enfrentamento à pandemia, defendendo que é fundamental o exercício de práticas humanizadas em tempos de crise social e sanitária. Parte do pressuposto que, mesmo sob a orientação da quarentena e do isolamento social, os usuários continuarão a buscar os serviços de saúde, pois os problemas de saúde continuarão a afetá-los e é fundamental a produção do cuidado, ainda mais poroso aos anseios e necessidades da população. Portanto, a relação profissional-usuário continuará a ocorrer, e a aposta nas tecnologias leves e no cuidado humanizado são ainda mais fundamentais.

O cuidado, neste caso, é indissociável à noção de integralidade, caracterizado pelo ato de acolher, respeitar, tratar e atender o sujeito em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). É o somatório de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e

negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida nos serviços de saúde. Assim, caracteriza-se como uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação e disputa. É, portanto, um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias, de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada usuário.

Mendes-Gonçalves (1994) não restringe o significado de tecnologia ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas o amplia para os saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde. Afirma, ainda, que as tecnologias carregam a expressão das relações entre os homens e entre os objetos sob os quais trabalham.

Mehry (2002) toma a definição de tecnologia incluindo, também, os saberes utilizados na produção singular nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Este autor a classifica em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves.

As *tecnologias duras* são os equipamentos, as máquinas, que exercem o trabalho morto, conformando em si saberes e fazeres estruturados e materializados, já acabados e prontos. As *tecnologias leve-duras* são referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, caracterizadas pelas normas, protocolos, conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo. As *tecnologias leves* são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

Merhy et al. (1997) afirmam que é necessário mudanças no processo de trabalho tomando, como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com outras tecnologias. Nesse sentido, defendemos que a efetividade no enfrentamento à pandemia é potencializada se incorporarmos, no processo de trabalho, as tecnologias leves, no encontro entre trabalhadores e entre estes e os usuários.

Durante a pandemia, todas tecnologias se fazem necessárias nos processos de produção em saúde e, nessa perspectiva, concordamos com Gomes & Merhy (2011), ao afirmarem que não cabe hierarquização de valor entre elas; a depender da situação, cada uma terá sua importância, embora todas as situações exigem o uso das tecnologias.

No que concerne à pandemia do Coronavírus, torna-se fundamental a produção do cuidado humanizado, a construção de vínculo, relações de confiança e garantia de acesso aos serviços de saúde. Estas práticas devem ser ofertadas tanto para quem adquire a COVID-19 quanto para os demais usuários que continuam a sofrer com problemas de diferentes intensidades, agudos e crônicos. Estas práticas, além do mais, se constituirão como dispositivos para minimizar os efeitos psicológicos e sociais que a crise humanitária tem imposta à população.

Em meio à pandemia, as tecnologias leves contribuirão na produção do cuidado a partir da compreensão do usuário quanto à sua singularidade; no estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; no mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; no fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; e no aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde.

Acreditamos que o enfrentamento à pandemia terá maior efetividade quando o cuidado é permeado pelas tecnologias leves, buscando a garantia do princípio da integralidade nas ações de prevenção impostas pelas autoridades internacionais, nacionais e locais. Ainda, é fundamental a produção de sentido às ações de prevenção da doença, especialmente a quarentena e o isolamento social, na qual a educação em saúde torna-se um dispositivo importante.

### **Educação em saúde como estratégia de enfrentamento à pandemia**

Tem-se observado que o imaginário social construído pela pandemia da COVID-19 produziu discursos relativos à necessidade de defesa irrestrita da vida. Neste caso, a noção de “vida” tem se ancorado no modelo biomédico, na busca por estratégias de prevenção do Coronavírus e redução das taxas de mortalidade, sem ater-se aos determinantes sociais em saúde. Os discursos assertivos relativos à falta de Unidades de Terapia Intensiva e respiradores ganharam relevância, haja vista o quantitativo de pessoas que estão morrendo na Itália e outras partes do mundo em decorrência da falta desses equipamentos, os quais garantiriam assistência hospitalar dos casos graves com risco de morte. São as tecnologias duras no centro do debate, essenciais para a manutenção da vida em tempos de uma doença grave como a COVID-19.

Tem ganhado evidência também o discurso relativo à necessidade da quarentena e do isolamento social como estratégias capazes de reduzir as infecções e mortes pelo Coronavírus previstas à curto prazo. A orientação da OMS é a de que a população não saia de suas residências; que estabelecimentos comerciais, escolas e universidades sejam fechadas; e que não aconteçam aglomerações de pessoas. Ações que deveriam iniciar imediatamente e por tempo indeterminado, imposto por autoridades sanitárias e governantes à nível Federal, Estadual e Municipal, haja vista a gravidade e velocidade

com que a doença avança. Trata-se, portanto, de uma ruptura no tecido social e a imposição de uma nova forma de viver em sociedade, ainda que temporária.

Em contraponto, há, atualmente, uma grande quantidade de informações nas redes sociais, na mídia e divulgadas pelo Governo Federal recomendando que a quarentena e o isolamento social sejam interrompidos, que a sociedade volte ao normal e os estabelecimentos sejam reabertos, pautados por interesses econômicos da elite brasileira. Vivemos, portanto, um paradoxo entre a ciência e o governo do presidente Jair Bolsonaro, o que gera dúvidas em relação à medida mais adequada, prejudicando as únicas práticas comprovadamente eficientes no enfrentamento à pandemia, em um cenário de ausência de medidas farmacológicas.

Assim, há uma lacuna no âmbito da produção do conhecimento no que diz respeito à quarentena e ao isolamento social, principalmente relativa às estratégias de *como* implementar essas medidas em âmbito nacional, que não apenas com imposições verticalizadas de que *deva* ser cumprida. Torna-se necessário pensar mecanismos para sua implementação à nível de gestão no âmbito do SUS, não baseadas apenas no que a mídia ou outros setores da sociedade divulgam como ideal.

Para que a quarentena, o isolamento social e as demais práticas de prevenção ao Coronavírus tenham êxito, este artigo propõe, concomitante ao que já tem sido recomendado, o exercício cotidiano de ações de educação em saúde, visando produzir sentido na população quanto às orientações impostas por decretos macropolíticos. Assim, apostar-se-ia no diálogo como ferramenta imprescindível durante a pandemia, no qual o profissional de saúde, a partir da compreensão da realidade na qual o sujeito está inserido, contribuiria na construção dos sentidos necessários à prática da quarentena, do isolamento social e de outras medidas de prevenção.

A educação em saúde, neste caso, caracteriza-se como o processo educativo de construção de conhecimentos para a apropriação por parte da população das medidas necessárias ao enfrentamento do Coronavírus. Assim, o foco são as estratégias de promoção de saúde, prevenção da doença, sinais e sintomas e orientação quanto à rede de atenção à saúde, centrada na prática do isolamento social. É fundamental também a produção pedagógica centrada na prática do isolamento social, buscando encontrar, na singularidade de cada sujeito, os caminhos para superar as dificuldades oriundas do enclausuramento. O fato de não seguir o isolamento social pode estar relacionado à crise econômica para alguns, enquanto para outros estar relacionado ao tédio e à falta de liberdade, por exemplo. Ambos necessitam práticas educacionais distintas, encontrando as linhas de fuga específicas para superar estas barreiras.

A prática oportuniza ao usuário, além do mais, sanar dúvidas, em um contexto de excesso de informações, muitas vezes desconstruídas. Este conjunto de práticas contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e gestores a fim de alcançar a integralidade na atenção à saúde de acordo com suas necessidades (MACHADO et al., 2007).

No enfrentamento à pandemia, as práticas de educação em saúde devem envolver minimamente três segmentos: (1) profissionais de saúde comprometidos com o SUS, com a defesa da vida e que valorizem ações de prevenção da doença, promoção de saúde e práticas de cuidado; (2) gestores que apoiem e implementem políticas de educação em saúde; e (3) população, na busca de autonomia nos cuidados individuais e coletivos.

A educação em saúde, neste caso, não se trata apenas de atos de transmissão de conhecimento sobre o Coronavírus, mas um processo ético, estético, político e pedagógico que requer o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e implementar ações inovadoras, como é o caso do isolamento social.

Busca emancipar o indivíduo como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si e da coletividade.

Meyer (2000) assinala que o profissional de saúde, entendido também como educador, deve superar o academicismo de formação eminentemente técnica para um processo pedagógico que permita ao usuário questionar sobre temas correlatos à sua saúde, principalmente em tempos de comoção e crise humanitária imposta pela pandemia. Assim, a doença pode ser abordada pelo usuário a partir de suas reflexões sobre o processo saúde-doença, baseado em suas experiências do cotidiano ou histórias que povoam seu imaginário social. Dessa forma, o profissional de saúde poderá compreender como o sujeito percebe a realidade, quais aspectos do aprendizado são significativos em sua vida e qual a forma de sensibilizá-lo quanto ao isolamento social, por exemplo.

Consideramos que para a efetividade das ações recomendadas pela OMS é fundamental o exercício cotidiano de práticas de educação em saúde pelos profissionais que compõem as equipes dos serviços de todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Um profissional da UTI, por exemplo, não deve se eximir de ofertar práticas educacionais relacionadas ao Coronavírus para todos aqueles que encontra no cotidiano do trabalho. O mesmo vale para os profissionais que atuam na Atenção Básica, na média e alta complexidade. Educação em saúde que pode ser realizada em consultas, salas de espera, visitas domiciliares, barreiras sanitárias, neste caso com uso de Equipamento de Proteção Individual e distanciamento mínimo entre profissional e usuário.

Segundo Freire (2005), a aprendizagem acontece quando se ensina e aprende o conhecimento já produzido e quando o mesmo é descoberto, sem uma produção a priori. Desta maneira, acreditamos que profissionais de saúde, usuários, gestores e estudantes podem agregar novos valores em suas experiências e questionar as prescrições universais vigentes nas práticas da educação em saúde, obtendo novas aprendizagens quando se

permitem adentrar na esfera do não explorado, do novo conhecimento. Assim, a educação em saúde adota uma postura dialógica em que se desenvolvem rupturas, conflitos e aberturas para novas configurações subjetivas na vida dos sujeitos, como é o caso do isolamento social (GONZÁLES-REY, 2003).

Atualmente, no curso da pandemia da COVID-19 o que temos visto enquanto política de conscientização são práticas de coletivização da aprendizagem, em que as ações são propostas pela mídia, em desencontro das reais necessidades pedagógicas da população, especialmente acerca de um tema novo e desconhecido como é o Coronavírus. Esse processo de aprendizagem, quando não assumido pelos profissionais de saúde no cotidiano das práticas, pode acarretar ao sujeito a negação da doença; entendimentos distorcidos da pandemia; dificuldades de adotar as medidas de prevenção; aprendizagem meramente cumulativa e conteudista; instrumentalização do seu funcionamento psíquico; aprendizagem reprodutiva, sem trilhas alternativas ao saber; visão monolítica da aprendizagem; e perda da singularidade do sujeito que aprende (TACCA, 2008). Dessa forma, o cunho investigativo, desafiador e promotor de novos caminhos na aprendizagem ficam excluídos e em seu lugar entram concepções educativas uniformes, que não se aventuram no risco da descoberta do aprendido e, assim, ancoram-se na homogeneização pedagógica.

Com o excesso de recomendações acerca da importância do distanciamento social e não aglomeração de pessoas, há um risco iminente de maior afastamento na relação profissional-usuário nos serviços de saúde, atendimentos rápidos, pouco diálogos e dificuldades no acesso, fato historicamente frequente no setor saúde no Brasil. Entretanto, neste artigo propomos que também é o momento de apostar nas tecnologias leves, considerando imprescindível para enfrentarmos essa pandemia com o menor grau de adoecimento e mortes. Em tempos de pandemia, há a necessidade, mais do que nunca,

de apostarmos nas práticas pedagógicas e nas tecnologias leves como produtoras de sentidos.

## **Conclusão**

A aposta nas tecnologias leves e nas práticas de educação em saúde como princípios éticos e transversais ao cuidado durante a pandemia da COVID-19 é urgente e necessária. Neste momento de incertezas e medos que povoam o imaginário social impostos pela pandemia, o setor saúde não pode se abster ao diálogo, constituindo-se como uma estratégia democrática e eficaz de prevenção da doença. Trata-se, portanto, de incorporar o discurso micropolítico às diretrizes epidemiológicas e globais até então suscitadas.

A aproximação, o vínculo e as relações de confiança entre profissionais de saúde e usuários torna-os mais sensíveis aos discursos necessários para o enfrentamento da pandemia, possibilitando momentos de reflexão e produção de sentido. Estas práticas contribuem para reduzir a superlotação dos serviços, o adoecimento e as mortes pela doença, além de contribuir nas estratégias de prevenção, em especial a quarentena e o isolamento social.

## **Referências**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Protocolo Do Manejo Clínico Do Coronavírus (COVID-19) Na Atenção Primária.

**Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**, 2020.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. **Coronavirus (COVID-19)**. Disponível em:

<<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

FERGUSON, N. M. et al. Impact of Non-Pharmaceutical Interventions (NPIs) to Reduce COVID-19 Mortality and Healthcare Demand. **imperial.ac.uk**, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da Tolerância**. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular Em Saúde: Um Estudo Na Literatura Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7–18, Jan. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=pt&tlng=pt)>.

GONZÁLES-REY, F. L. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, Formação de Saúde, Educação Em Saúde e as Propostas Do SUS: Uma Revisão Conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335–342, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt&tlng=pt)>.

MENDES-GONÇALVES, R. B. . **Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E. E. (Ed.). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115–34.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir Em Saúde - Um Desafio Para o Público. **São Paulo: Editora Hucitec**, 1997.

MEYER, D. Educação, saúde e prescrição de ‘formas de ser e habitar’: uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, T. (Ed.). **Formas de ser e de**

**habitar a contemporaneidade**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2000. p. 71–80.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 21–36.

RUSSELL, T. W. et al. Estimating the Infection and Case Fatality Ratio for COVID-19 Using Age-Adjusted Data from the Outbreak on the Diamond Princess Cruise Ship. **medRxiv**, 2020.

SILVA, A. A. M. da. Sobre a Possibilidade de Interrupção Da Epidemia Pelo Coronavírus (COVID-19) Com Base Nas Melhores Evidências Científicas Disponíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200021, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000100100&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100100&tlng=pt)>.

TACCA, M. C. V. R. Estratégias pedagógicas: conceituação e desdobramentos com o foco nas relações professor-aluno. In: TACCA, M. C. V. R. (Ed.). **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. Campinas: Alínea, 2008. p. 45–68.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019**. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>. Acesso em: 29 mar. 2020a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infection Prevention and Control during Health Care When Novel Coronavirus (NCOV) Infection Is Suspected. **OMS**, 2020b. Disponível em: <[https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)>.

