

# *Saberes e Fazeres em Movimento:*

VIVÊNCIAS DO MESTRADO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE  
DA FAMÍLIA (DA UFAL) NO CUIDADO,  
GESTÃO E FORMAÇÃO PARA O SUS

**Organizadores:**

Josineide Francisco Sampaio

Diego Figueiredo Nóbrega

Maria das Graças Monte Mello Taveira



**AMPLLA**  
EDITORA



# *Saberes e Fazeres em Movimento:*

VIVÊNCIAS DO MESTRADO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE  
DA FAMÍLIA (DA UFAL) NO CUIDADO,  
GESTÃO E FORMAÇÃO PARA O SUS

**Organizadores:**

Josineide Francisco Sampaio

Diego Figueiredo Nóbrega

Maria das Graças Monte Mello Taveira



**AMPLLA**  
EDITORA





**2025 - Ampla Editora**

**Copyright da Edição** © Ampla Editora

**Copyright do Texto** © Os autores

**Editor Chefe:** Leonardo Tavares

**Design da Capa:** Ampla Editora

**Revisão:** Os autores

**Saberes e fazeres em movimento: vivências do mestrado profissional em saúde da família (da UFAL) no cuidado, gestão e formação para o SUS** está licenciado sob CC BY-NC 4.0.



Essa licença permite que outros remixem, adaptem e desenvolvam seu trabalho para fins não comerciais e, embora os novos trabalhos devam ser creditados e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não precisam licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos. O conteúdo da obra e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam a posição oficial da Ampla Editora. O download e o compartilhamento da obra são permitidos, desde que os autores sejam reconhecidos. Todos os direitos desta edição foram cedidos à Ampla Editora.

**ISBN:** 978-65-5381-322-9

**DOI:** 10.51859/ampla.sfm229.1125-0

**Ampla Editora**

Campina Grande – PB – Brasil

[contato@amplaeditora.com.br](mailto:contato@amplaeditora.com.br)

[www.amplaeditora.com.br](http://www.amplaeditora.com.br)



2025

# Conselho Editorial

Adilson Tadeu Basquerote – Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Alexander Josef Sá Tobias da Costa – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Caroline Barbosa Vieira – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Christiano Henrique Rezende – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denilson Paulo Souza dos Santos – Universidade Estadual Paulista

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dinara das Graças Carvalho Costa – Universidade Estadual da Paraíba

Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fábio Ronaldo da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Glécia Morgana da Silva Marinho – Pontifícia Universidad Católica Argentina Santa Maria de Buenos Aires (UCA)

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz

Igor Lima Soares – Universidade Federal do Ceará

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Universidade Regional do Cariri

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lara Luiza Oliveira Amaral – Universidade Estadual de Campinas

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lisiane Silva das Neves – Universidade Federal do Rio Grande

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Miguel Silva Vieira – Universidade da Madeira

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luíza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Henrique Torres de Medeiros – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí

Maria José de Holanda Leite – Universidade Federal de Alagoas

Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas

Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Michele Aparecida Cerqueira Rodrigues – Logos University International

Miguel Ysrrael Ramírez-Sánchez – Universidade Autónoma do Estado do México

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Ramôn da Silva Santos – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Regina Márcia Soares Cavalcante – Universidade Federal do Piauí

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Selma Maria da Silva Andrade – Universidade Norte do Paraná

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thiago Sebastião Reis Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco

Valvenarg Pereira da Silva – Universidade do Estado de Mato Grosso

Vinícius Queiroz Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

William Roslindo Paranhos – Universidade Federal de Santa Catarina

Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande

**Catálogo na publicação**  
**Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

S115

Saberes e fazeres em movimento: vivências do mestrado profissional em saúde da família (da UFAL) no cuidado, gestão e formação para o SUS / Organização de Josineide Francisco Sampaio, Diego Figueiredo Nóbrega, Maria das Graças Monte Mello Taveira; Prefácio de Divanise Suruagy Correia; Apresentação de Maria das Graças Monte Mello Taveira. – Campina Grande/PB: Ampla, 2025.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-322-9

DOI 10.51859/ampla.sfm229.1125-0

1. Educação em saúde. 2. Saúde da família. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Sampaio, Josineide Francisco (Organizadora). II. Nóbrega, Diego Figueiredo (Organizador). III. Taveira, Maria das Graças Monte Mello (Organizadora). IV. Correia, Divanise Suruagy (Prefácio). V. Taveira, Maria das Graças Monte Mello (Apresentação). VI. Título.

CDD 613.07

Índice para catálogo sistemático

I. Educação em saúde

**Ampla Editora**  
Campina Grande – PB – Brasil  
[contato@amplaeditora.com.br](mailto:contato@amplaeditora.com.br)  
[www.amplaeditora.com.br](http://www.amplaeditora.com.br)

# Organizadores

## **Josineide Francisco Sampaio**

Especialista em Ciências Sociais (UFAL). Mestre em Sociologia (UFAL). Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Professora Associada II da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL), coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).

## **Diego Figueiredo Nóbrega**

Especialista em Saúde Coletiva e da Família. Mestre e Doutor em Odontologia (FOP/UNICAMP). Pós-doutor em Odontologia (UFPB). Professor da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).

## **Maria das Graças Monte Mello Taveira**

Especialista em Saúde Pública (FIOCRUZ). Mestre em Ensino na Saúde (UFAL). Doutora em Ciências da Saúde (UFAL). Professora da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL), onde coordena o Núcleo de Saúde Pública (NUSP); vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).



# *Lista dos Autores*

**Aldacy Pepese Oliveira**

Agente Comunitária de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Especialista em Saúde Coletiva pela Gama Filho – RJ. Maceió (AL).

**Ana Carolina Correia Serafim**

Terapeuta Ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (AL). Mestranda PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Andreza Dionisio Francelino Vilaplana**

Médica de Família e Comunidade pelo HUPAA/UFAL, Mestranda do PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Beatriz Trindade da Rocha Silva**

Médica de Família e Comunidade; Mestranda PROFSAÚDE/UFAL, São Miguel dos Campos (AL).

**Carlos Antônio dos Santos Junior**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca. Arapiraca (AL).

**Carlos Henrique Falcão Tavares**

Doutor em Saúde da Criança e do adolescente (FMRP/USP). Docente do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MEPS/UFAL). Maceió (AL).

**Celso Marcos da Silva**

Médico de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca. Docente da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca. Egresso do PROFSAÚDE/UFAL. Arapiraca (AL).

**Claudia Cristina Rolim da Silva**

Enfermeira (UFAL). Mestre em Ensino na Saúde e Tecnologia (MEST/UNCISAL). Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL).

**Cristina Camelo de Azevedo**

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Docente do Instituto de Psicologia da (IP/UFAL). Maceió (AL).

**Diego Figueiredo Nóbrega**

Doutor em Odontologia (UNICAMP). Docente da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL).

**Divanise Suruagy Correia**

Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Docente Permanente PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Eliane Vieira dos Santos**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca. Arapiraca (AL).

**Emmanuelle Maria da Costa Santos**

Assistente Social Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL). Mestranda PROFSAÚDE/UFAL. Arapiraca (AL).

**Eulina Maria da Conceição**

Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (AL). Maceió (AL).

**Ewerton Amorim dos Santos**

Doutor em Ciências da Saúde (UFS). Docente da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL).

**Flávia Nazareth Freitas Pimentel**

Odontóloga, da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca/AL. Maceió (AL).

**Ianara Thayná Almeida Pinto**

Graduanda em Medicina pela UNIMA. Maceió (AL).

**Igor Fernando de Melo Cavalcante**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca. Arapiraca (AL).

**Jefferson de Souza Bernardes**

Doutor em Psicologia Social (PUCSP). Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (IP/UFAL). Maceió (AL).

**Jhon Victor Silva dos Santos**

Residente do Programa de Medicina de Família e Comunidade do HUPAA/UFAL. Maceió (AL)

**Josineide Francisco Sampaio**

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Docente da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL).

**Laíne Rocha Bezerra Barbosa**

Acadêmica do Curso de Medicina. Centro Universitário CESMAC. Maceió (AL).

**Laura Maria Pereira de Araújo Cantarelli**

Graduanda em Enfermagem pelo CESMAC. Maceió (AL).

**Letícia Maria Santiago Silvério**

Acadêmica do Curso de Medicina. Centro Universitário CESMAC. Maceió (AL).

**Lidianne Mércia Barbosa Malta Rocha**

Odontóloga. Hospital Universitário Alberto Antunes. Egressa PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Litieska Barros da Silva Santos**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL). Egressa do PROFSAÚDE/UFAL. Arapiraca (AL).

**Lucas Fragoso Calheiros Lins**

Médico da Secretaria Municipal de São Miguel dos Campos. Mestrando do PROFSAÚDE/UFAL. São Miguel dos Campos (AL).

**Luciana Rúbia Pereira Rodrigues**

Médica de Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL). Arapiraca (AL).

**Luiz Carnaúba Lima Júnior**

Auxiliar de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (AL) (pelo Metropolitana). Maceió (AL).

**Manuela do Nascimento Lourenço**

Mestra em Ensino da Saúde (MPES/UFAL). Arapiraca (AL).

**Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios. Egressa do PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Maria das Graças Monte Mello Taveira**

Doutora em Ciências da Saúde (UFAL). Docente Permanente PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Marianna Pugliesi Soares Novais**

Médica de Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Pilar (AL). Mestranda do PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Michael Ferreira Machado**

Doutor em Saúde Coletiva (UFPE). Docente Permanente do PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Paula Quitéria da Silva Ferreira**

Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (AL). Doutoranda em Gestão Estratégica em Terapia Intensiva (DPATI/SOPECC/Faculdade Novo Horizonte). Maceió (AL).

**Pedro Afonso de Vasconcelos Brandão**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca. Arapiraca (AL).

**Priscila Nunes de Vasconcelos**

Doutora em Saúde Coletiva (UFPE). Docente PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Priscila Santos Vieira**

Agente Comunitária de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL). Arapiraca (AL).

**Rejaneide Ferreira da Silva**

Mestranda no PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Renata Araújo de Souza Silva**

Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (AL). Mestranda PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Ricardo Fontes Macedo**

Doutor Docente PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Roberta de Albuquerque Wanderley**

Médica de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca. Docente da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca. Egressa do PROFSAÚDE/UFAL. Arapiraca (AL).

**Rosa Maria Laurindo Avelino**

Agente Comunitária de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Especialista em Saúde Pública/Univitéria e Saúde da Família pela UNIFIP. Maceió (AL).

**Samuel Correia da Silva Moraes**

Enfermeiro do Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Alagoas (NUSP/UFAL). Mestre em Ensino na Saúde (MPES/UFAL). Maceió (AL).

**Shauanny de Souza Silva**

Residente de Medicina da Família e Comunidade. Centro Universitário CESMAC. Maceió (AL).

**Simone Maria da Fonseca Vasconcelos**

Odontóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Egressa do PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Stéphanie Dayane Lins Soares**

Residente de Medicina da Família e Comunidade. Centro Universitário CESMAC. Maceió (AL).

**Stephany Julliana dos Santos Tôrres**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios/AL. Egressa do PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Tatiana Farias de Oliveira**

Residente do Programa de Medicina de Família e Comunidade do HUPAA/UFAL. Maceió (AL).

**Thallysson Hebert da Silva**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca. Arapiraca (AL).

**Túlio Romério Lopes Quirino**

Professor de Psicologia e Saúde Coletiva (FACISA/UFRN). Docente Permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF/UFRN/FIOCRUZ).

**Vanessa Almeida do Nascimento**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Egressa do PROFSAÚDE/UFAL. Maceió (AL).

**Vinícius Matos Benjamim Leal**

Odontólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Mestre em Ensino na Saúde (MPES/UFAL). Maceió (AL).

Dedico essa obra a todos os egressos que, com seus *saberes e fazeres*, têm construído um trabalho notável de excelência no registro de ações que através das vivências do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL) trazem qualidade no cuidado, gestão e formação para o SUS.

# Apresentação

A presente obra, *Saberes e Fazeres em Movimento: Vivências do Mestrado Profissional em Saúde da Família (da UFAL) no cuidado, gestão e formação para o SUS*, retrata as experiências e aprendizados de discentes e egressos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL), que é ofertado em rede nacional. Este mestrado constitui-se em um espaço privilegiado de atualização, reflexão e construção de saberes sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Os capítulos aqui reunidos são frutos de vivências concretas desses protagonistas no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas narrativas e análises refletem o compromisso com o fortalecimento da Atenção Primária, ao mesmo tempo em que buscam partilhar conhecimentos, despertar novas curiosidades e subsidiar futuras pesquisas. Assim, o *e-book* contribui para a ampliação do debate e da produção científica acerca da realidade da APS no Estado de Alagoas.

A qualificação de profissionais, as estratégias de atuação, o uso de tecnologias no cuidado e a reflexão sobre a rotina das unidades de saúde, abrangendo diferentes ciclos de vida e contextos sociais, são aspectos amplamente discutidos neste volume. Acreditamos que as reflexões e práticas aqui apresentadas as configuram como importantes contribuições para os gestores, para os profissionais e os pesquisadores envolvidos com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, desejamos que esta leitura inspire novas produções e ações transformadoras no âmbito do SUS, principalmente no campo da Estratégia de Saúde da Família.

Boa leitura!

**Maria das Graças Monte Mello Taveira**

# Prefácio

A edificação do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma história de movimento. Movimento de pessoas, de ideias, de saberes, de práticas, e de afetos que se entrelaçam no cotidiano do cuidado. É nesse caminhar vivo e coletivo que se insere o *Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Alagoas (PROFSAÚDE/UFAL)*, local de produção de conhecimento com compromisso com a transformação da realidade e com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), aprovado em 2016 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), foi proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), conta com o apoio dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) e é coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A oferta é feita em rede nacional, voltado para a qualificação de profissionais que atuam na APS, na busca do fortalecimento do SUS, contribuindo para a consolidação de práticas integrais, humanizadas e interprofissionais de cuidado.

O PROFSAÚDE tem proposta pedagógica inovadora que se fundamenta na problematização e na construção coletiva do conhecimento. O programa vem se afirmando como espaço fértil de formação, diálogo e transformação. Médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e profissionais de tantas outras áreas se encontram para compartilhar experiências, edificar saberes e repensar práticas. Docentes e discentes unidos por um propósito comum, o de cuidar melhor das pessoas e comunidades, esses profissionais trazem para o campo da pesquisa e da formação os desafios, as conquistas e as realidades vividas no cotidiano do SUS.

É nesse contexto que nasce esta obra: **“Saberes e Fazeres em Movimento: Vivências do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFAL) no cuidado, gestão e formação para o SUS”**. O *e-book* reúne produções acadêmicas e narrativas de experiências elaboradas por discentes, egressos e docentes do programa,



revelando um mosaico de saberes, práticas e afetos. Cada texto reflete um olhar singular sobre o cuidado, a gestão e a formação em saúde, e, juntos, formam um retrato coletivo da riqueza e diversidade que caracterizam o campo da Saúde Coletiva.

As temáticas aqui abordadas percorrem os pilares da APS, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o cuidado integral e discutem estratégias inovadoras de trabalho, como as rodas de conversa, o uso de tecnologias de informação, a ampliação das equipes multiprofissionais (eMulti) e a valorização da interprofissionalidade. Esses relatos expressam o compromisso ético e social de quem faz da prática cotidiana uma oportunidade de aprender e ensinar, cuidando com ciência e com sensibilidade.

Além registrar resultados acadêmicos, este *e-book* explica caminhos percorridos, vínculos e descobertas vividas nos territórios. Reflete também a força de um processo formativo que não apenas ensina, mas transforma; que aquilata o encontro entre pessoas e a importância das realidades locais como ponto inicial para o aprendizado.

Ao agrupar essas vivências, a UFAL através do PROFSAÚDE reafirma seu compromisso com a formação crítica, ética, interdisciplinar, transformadora e comprometida dos profissionais do SUS, com seus princípios: universalidade, integralidade e equidade. Trata-se de um convite à reflexão e ao movimento: aprender e ensinar com o outro, construir com o território e seguir fortalecendo o cuidado como expressão máxima do trabalho em saúde.

Que este *e-book* inspire o interesse, a reflexão e o encantamento do leitor a se reconhecer também como parte desse movimento, de saberes, fazeres e de afetos, que dá vida ao SUS e se renova diariamente, na esperança em um futuro mais saudável, humano e solidário.

**Divanise Suruagy Correia**

# Sumário

<b>CAPÍTULO I. RODA DE CONVERSA COM CUIDADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO II. A INTEGRALIDADE COMO ELO NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO: DESAFIOS DA CONTINUIDADE DO CUIDADO NA APS .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO III. ATENÇÃO PRIMÁRIA E ENVELHECIMENTO ATIVO: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO PARA A TERCEIRA IDADE .....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO IV. DESAFIOS DA INTERPROFISSIONALIDADE NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA APS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO V. SISTEMATIZAR SABERES, ORGANIZAR CUIDADOS .....</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO VI. QUALIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESF: UM PLANO DE AÇÃO CONSTRUÍDO EM EQUIPE .....</b>	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO VII. PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE: VÍDEO EDUCATIVO .....</b>	<b>67</b>
<b>CAPÍTULO VIII. HUMANIZA TECA: RODA DE CUIDADO COM TRABALHADORES DA APS COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA PNH E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE .....</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO IX. QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA MELHORIAS NO ACOMPANHAMENTO PUERPERAL....</b>	<b>79</b>
<b>CAPÍTULO X. CARTOGRAFIA SOCIAL E EDUCAÇÃO POPULAR: MAPEANDO CUIDADO E PROMOVENDO SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....</b>	<b>86</b>
<b>CAPÍTULO XI. CUIDAR DE SI E DO OUTRO: SABERES POPULARES E SAÚDE NO TERRITÓRIO.....</b>	<b>94</b>
<b>CAPÍTULO XII. ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA COMO ORDENADORA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>97</b>
<b>CAPÍTULO XIII. AÇÃO NA COMUNIDADE, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA: ULTRAPASSANDO OS MUROS, PROPORCIONANDO ACESSIBILIDADE E EQUIDADE .....</b>	<b>106</b>
<b>CAPÍTULO XIV. FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NO MESTRADO PROFSAÚDE/UFAL.....</b>	<b>115</b>

<b>CAPÍTULO XV.</b> INCLUSÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE ENSINO NOS SERVIÇOS DE UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL .....	122
<b>CAPÍTULO XVI.</b> INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS: A EXPERIÊNCIA DE UM RECURSO AUDIOVISUAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	128
<b>CAPÍTULO XVII.</b> INTEGRAÇÃO EM AÇÃO: RESPOSTA ARTICULADA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DA APS EM UM CASO DE MENINGITE.....	135
<b>CAPÍTULO XVIII.</b> INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO À CRIANÇA COM EPILEPSIA DE DIFÍCIL CONTROLE: DESAFIOS NA APS.....	142
<b>CAPÍTULO XIX.</b> A UTILIZAÇÃO DO PEC E-SUS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO .....	144

# Capítulo 1

## RODA DE CONVERSA COM CUIDADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andreza Dionisio Francelino Vilaplana

Tatiana Farias de Oliveira

Jhon Victor Silva dos Santos

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-1

### 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, é cada vez mais comum identificar pessoas com sequelas decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), condições degenerativas ou congênitas. Essas condições frequentemente resultam em limitações de mobilidade que exigem cuidados contínuos, geralmente assumidos por familiares ou eventualmente outras pessoas próximas. Tais cuidados envolvem tarefas diárias essenciais, como higiene pessoal, alimentação, administração de medicações, troca de curativos, entre outras (Melo *et al.*, 2022, p. 2).

A rotina intensa pode gerar uma sobrecarga significativa aos cuidadores que precisam conciliar essa responsabilidade com outras demandas da vida cotidiana — como o cuidado com a casa, com outros membros da família, o trabalho e o próprio autocuidado. Como consequência, é comum que apresentem sinais de esgotamento físico e emocional, redução da vida social, isolamento afetivo e quadros de depressão, o que compromete diretamente sua qualidade de vida (Melo *et al.*, 2022, p. 2).

A relação de interdependência entre quem cuida e quem é cuidado já se encontra formalmente reconhecida na Lei nº 15.069, de dezembro de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados (PNC). Entre seus objetivos, destaca-se a promoção de políticas públicas que assegurem o acesso a cuidados de qualidade tanto para a pessoa cuidadora quanto para a pessoa cuidada. Além disso, a legislação reforça a importância de reconhecer e valorizar o trabalho do cuidado, compreendendo-o como um direito e um bem social a ser compartilhado de forma corresponsável entre Estado, sociedade, homens e mulheres, com atenção à diversidade cultural dos povos brasileiros (Brasil, 2024).

A presente atividade teve como público-alvo usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cuidadores, responsáveis principais pelos cuidados diários de pessoas acamadas, domiciliadas, portadoras de necessidades especiais congênitas ou outra condição adquirida de saúde que curse com alguma redução da capacidade física ou mental; sem vínculo empregatício formal ou remuneração do cuidado.

Com o objetivo de acolher os cuidadores inseridos na área de adscrição de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Arapiraca (AL), garantindo um ambiente seguro para fortalecimento da individualidade, compartilhamento de experiências, necessidades e desafios e para promover o autocuidado — individualmente ou coletivamente. Enquanto estratégia de promoção à saúde no território, a roda de conversa foi a metodologia ativa que mais se adaptou à essa proposta, uma vez que:

O espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais” (Sampaio *et al.*, 2014, p. 1301).

Considerando que o público-alvo da intervenção é composto, em sua maioria, por pessoas com múltiplas responsabilidades e sobrecarga decorrente do cuidado cotidiano, a roda de conversa foi concebida como um espaço privilegiado de escuta, expressão e construção coletiva. A proposta visou oportunizar aos cuidadores um momento no qual pudessem ser vistos e ouvidos em sua integralidade, com liberdade para expressar sentimentos, contribuir com opiniões e refletir sobre suas demandas e expectativas em relação ao cuidado que exercem e às ações que desejam construir em conjunto com a equipe de saúde. A roda foi utilizada, portanto, como dispositivo metodológico para o compartilhamento de vivências, experiências e percepções, configurando-se, conforme Sampaio *et al.* (2014, p. 1305), em “um lugar para que as pessoas possam expressar suas falas, questionamentos e angústias livremente”. Nesse sentido, a escuta ativa e qualificada dos participantes foi compreendida como condição essencial para o fortalecimento dos vínculos entre o grupo e a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), promovendo uma atuação conjunta e sinérgica voltada à promoção do bem-estar e do autocuidado de cada cuidador.

## 2. MÉTODO

A intervenção foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Boa Vista, no município de Arapiraca (AL), em 4 de junho de 2025. A atividade, intitulada: “Um olhar de cuidado para quem cuida”, foi estruturada com base na metodologia de roda de conversa,

adotada como instrumento dialógico para promoção da escuta, acolhimento e construção coletiva de saberes entre cuidadores de pessoas acamadas e/ou domiciliadas. O planejamento da ação foi precedido por um levantamento situacional realizado em articulação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da UBS, os quais identificaram 117 usuários acamados/domiciliados e seus respectivos cuidadores principais. A partir desse mapeamento, os convites foram encaminhados pelos ACS aos cuidadores por meio eletrônico, utilizando aplicativos de mensagens instantâneas, com imagem-convite e mensagem de voz gravada pela proponente da ação.

A roda de conversa teve duração de uma hora e trinta minutos e ocorreu na sala de reuniões da própria UBS, conduzida por duas profissionais médicas da unidade: uma na função de facilitadora-mediadora e outra como sistematizadora do encontro. O momento foi organizado com base em roteiro semiestruturado previamente elaborado, iniciando-se com a recepção dos participantes que se posicionaram em formato circular, de modo a favorecer a escuta horizontal. Na chegada, cada participante preencheu um formulário de registro contendo dados iniciais. Em seguida, foi realizada a apresentação dos objetivos da atividade, bem como a solicitação de autorização verbal para o registro audiovisual do encontro, mediante assinatura em lista de consentimento conforme os preceitos éticos aplicáveis.

A mediação da roda foi conduzida de modo a garantir a livre expressão dos participantes. Cada um foi convidado a se apresentar, mencionar o nome da pessoa de quem cuida e expressar, por meio de uma palavra, o sentimento predominante relacionado ao exercício do cuidado naquele momento. As palavras foram registradas e, posteriormente, organizadas em uma nuvem digital de palavras como forma de sistematização e representação visual dos afetos emergentes. Esse momento inicial também abriu espaço para que os cuidadores compartilhassem suas histórias, de forma breve, descrevendo o significado atribuído à palavra escolhida, promovendo um ambiente de confiança e escuta ativa. A partir dessas narrativas, foram introduzidas perguntas norteadoras voltadas à reflexão sobre os desafios, sentimentos e aprendizados envolvidos no processo de cuidar. As facilitadoras intervieram apenas quando necessário, visando manter a organização dos turnos de fala, acolher as manifestações e preservar a espontaneidade e a horizontalidade do diálogo.

Ao final da discussão, foi compartilhada com o grupo uma parábola adaptada — “O cesto de bambu” — utilizada como recurso simbólico para reforçar a importância do autocuidado e da valorização dos cuidadores enquanto sujeitos de cuidado. Na etapa de encerramento, foi aplicado um formulário opcional para registro do interesse dos participantes em dar continuidade à atividade, incluindo sugestões quanto à frequência dos encontros, temas de

interesse e eventuais demandas em saúde, como a solicitação de exames de rastreio adequados à faixa etária e comorbidades autorreferidas. O encontro foi concluído com um momento de lanche coletivo, favorecendo a socialização, a descontração e o fortalecimento dos vínculos entre os participantes e a equipe de saúde.

A metodologia buscou alinhar-se aos princípios da Educação Popular em Saúde (EPS) e à Política Nacional de Humanização (PNH), promovendo um espaço horizontal de escuta, onde as experiências, dores e potências das cuidadoras fossem legitimadas como saberes válidos e norteadores de futuras ações no território.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A roda de conversa “Um olhar de cuidado para quem cuida” contou com a participação de nove cuidadores, sendo oito mulheres e um homem. Embora o convite tenha sido estendido a todos os responsáveis pelos 117 usuários acamados ou domiciliados cadastrados nas três equipes da UBS, apenas nove pessoas compareceram. A presença reduzida dos convidados não foi tratada como indicador de desinteresse, mas sim como evidência concreta da sobrecarga vivida por esse grupo, cuja rotina extenuante dificulta o comparecimento até mesmo em atividades voltadas ao seu próprio bem-estar. Segundo Melo *et al.* (2022, p. 5), “os cuidadores informais frequentemente enfrentam limitações para participar de espaços de cuidado e escuta, por estarem absorvidos em tarefas contínuas, sem apoio institucional ou rede social fortalecida”. Soma-se a isso o fato de que o cuidado ainda é, muitas vezes, visto como uma responsabilidade privada, majoritariamente feminina e invisibilizada, como aponta a Lei nº 15.069/2024 (Brasil, 2024), o que pode contribuir para a ausência de políticas públicas efetivas de suporte e, consequentemente, dificultar a mobilização desses sujeitos.

A baixa adesão, portanto, reforça a importância de estratégias que respeitem o tempo, as condições e a autonomia dos cuidadores. A escuta ativa e a flexibilização de horários, bem como a criação de vínculos com os profissionais da equipe de saúde, podem favorecer a continuidade e ampliação da participação, tal como destacam Sampaio *et al.* (2014, p. 1306), ao evidenciar que “as rodas de conversa, quando integradas à lógica da escuta e da corresponsabilização, podem se tornar espaços potentes de pertencimento e transformação”.

A predominância feminina entre os participantes reafirma o perfil de gênero que historicamente recai sobre a função do cuidado informal no Brasil, frequentemente assumida por mulheres em contexto de desigualdade social, sobrecarga emocional e invisibilidade institucional (Brasil, 2024).

Durante o encontro os participantes foram convidados a descrever, por meio de uma palavra, como se sentiam em relação ao vínculo de cuidado que desempenham. As palavras mais frequentes foram “cansaço” e “gratidão”, sinalizando tanto o desgaste físico e emocional quanto o afeto envolvido nesse processo. A partir dessa dinâmica inicial, iniciou-se o diálogo mediado com base em perguntas norteadoras, as quais favoreceram a identificação de desafios como exaustão, sensação de adoecimento físico e mental, conflitos familiares, isolamento e abandono do autocuidado.

As principais demandas levantadas pelos participantes foram o acompanhamento profissional em saúde mental, a criação de espaços de escuta e desabafo e o fortalecimento de redes de apoio no território. Todos os nove participantes manifestaram desejo pela continuidade da atividade em formato de grupo fixo seguindo a mesma metodologia de roda de conversa, com sete comprometendo-se a comparecer mensalmente e dois preferindo encontros bimestrais. Além disso, um dos participantes sugeriu o tema “alimentação para idosos” como pauta para futuros encontros.

Dentre os encaminhamentos possíveis, destacam-se: a solicitação de exames de rastreamento adequados à faixa etária para duas participantes que ainda não haviam realizado os acompanhamentos; a formalização da roda como atividade mensal da UBS, com inserção em agenda institucional e comunicação à equipe em reunião administrativa e ao Conselho Local de Saúde; a sensibilização contínua dos ACS para convidarem os cuidadores nas próximas edições; e o início da articulação com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para possível apoio matricial relacionado à saúde mental dos cuidadores.

A roda de conversa cumpriu seu papel enquanto espaço horizontal de escuta e construção coletiva, permitindo que os cuidadores compartilhassem suas vivências e necessidades. Conforme destaca Sampaio *et al.* (2014, p. 1304), “a roda de conversa, ao priorizar a escuta qualificada e o vínculo, permite a criação de territórios subjetivos que operam como dispositivos terapêuticos”. A escuta ativa dos profissionais, o reconhecimento do trabalho de cuidado e a valorização do saber dos participantes contribuíram para que o grupo expressasse o desejo de seguir construindo esse espaço em conjunto com a UBS. Trata-se de uma ação que fortalece a rede viva do território e se alinha ao disposto na Política Nacional de Cuidados (PNC), instituída pela Lei nº 15.069/2024 (Brasil, 2024), ao reconhecer o cuidado como bem social e direito a ser compartilhado e promovido.



## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A roda de conversa: “Um olhar de cuidado para quem cuida” revelou-se uma importante estratégia de escuta, acolhimento e construção de vínculos com os cuidadores de pessoas acamadas e domiciliadas vinculadas à UBS Boa Vista. A experiência permitiu compreender, com maior profundidade, os desafios enfrentados por esses sujeitos em seu cotidiano, marcados por sobrecarga, isolamento, exaustão física e emocional, conforme descrito por Melo *et al.* (2022, p. 3), que apontam a sobrecarga como um fator central na perda da qualidade de vida dos cuidadores informais.

Ainda que o número de participantes tenha sido reduzido, isso apenas evidenciou a magnitude dos obstáculos que os impedem de acessar espaços de cuidado voltados a si próprios. Essa constatação reforça a relevância de ações contínuas e sensíveis à realidade desses sujeitos, respeitando seus tempos e limitações, conforme proposto por Sampaio *et al.* (2014, p. 1306), ao defenderem o potencial das rodas de conversa como espaços de pertencimento e expressão subjetiva.

A escuta qualificada e o reconhecimento do papel fundamental exercido pelos cuidadores contribuíram para a criação de um ambiente acolhedor e de confiança, capaz de fomentar a participação e o desejo de continuidade da atividade. A formalização da roda de conversa como prática mensal na UBS, com planejamento participativo e articulação com outros pontos da rede de atenção, configura-se como um desdobramento estratégico e coerente com os princípios da atenção primária à saúde e com a Política Nacional de Cuidados (Brasil, 2024), que reconhece o cuidado como direito, dever compartilhado e necessidade coletiva.

Em síntese, esta experiência reforça a importância de iniciativas interprofissionais que promovam o cuidado de quem cuida, fortalecendo os laços comunitários e ampliando o acesso desses sujeitos ao sistema de saúde. Trata-se de um passo relevante na construção de uma APS mais sensível, humana e comprometida com os princípios da integralidade e da equidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2024. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm). Acesso em: 03 mai. 2025.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento da produção subjetiva do cuidado e a produção de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (Org.). A clínica do sujeito: por uma clínica ampliada. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 17–40.

MELO, M. S. A. *et al.* Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de pessoas acamadas em domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, eAPE02087, 2022. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/ape/v35/1982-0194-ape-35-eAPE02087.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2025.

SAMPAIO, J. *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 18, supl. 2, p. 1299–1311, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em: 19 abr. 2025.

# Capítulo 2

## A INTEGRALIDADE COMO ELO NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO: DESAFIOS DA CONTINUIDADE DO CUIDADO NA APS

Beatriz Trindade da Rocha Silva

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-2

### 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, representando uma conquista das lutas sociais por um modelo público e universal de assistência à saúde no Brasil. Com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS define a saúde como um direito fundamental para todos e uma responsabilidade do Estado, conforme estipulado no artigo 196 da Constituição. As Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 regulamentaram seu funcionamento, estabelecendo uma estrutura descentralizada, hierárquica e com participação social (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

Além de assegurar o acesso universal à saúde, o SUS é guiado por princípios doutrinários que garantem o direito à saúde em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, visando reduzir as desigualdades históricas no acesso. Adicionalmente, os princípios organizativos incluem a descentralização político-administrativa sob uma liderança única em cada esfera governamental, regionalização dos serviços conforme sua complexidade e a participação da população através de conselhos e conferências de saúde (Brasil, 1990a). Esses fundamentos são essenciais para estabelecer uma rede integrada de atenção que seja justa e centrada nas necessidades reais da população.

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como a coordenadora do sistema de saúde e do cuidado ao paciente. Devido à sua ampla capilaridade territorial e à capacidade de construir vínculos com os usuários através de uma abordagem holística, a APS desempenha um papel crucial na articulação entre os diferentes níveis de atendimento. No entanto, sua eficácia depende da definição clara dos fluxos assistenciais, mecanismos eficientes

para referência e contrarreferência e uma rede organizada que favoreça a continuidade do cuidado (Giovanella *et al.*, 2021; Mendes, 2011).

A integralidade é um princípio fundamental do SUS que orienta a organização do cuidado em rede ao considerar as diversas dimensões das necessidades dos usuários e promover a conexão entre os diferentes níveis de atenção (Brasil, 2012). Contudo, na prática diária da APS — especialmente em áreas rurais com menor densidade tecnológica — existem barreiras que dificultam a implementação desse princípio. A falta de fluxos regionais estabelecidos e lentidão nos processos regulatórios são exemplos dessas dificuldades. Tais fragilidades se tornam ainda mais evidentes no acompanhamento de condições crônicas complexas como o câncer, cuja gestão exige agilidade na resposta integrada entre os pontos da rede.

Nesse cenário desafiador, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se como pilares estratégicos para assegurar a integralidade do cuidado dentro do SUS. As RAS são organizadas horizontalmente para articular diferentes pontos de atenção através de fluxos assistenciais bem definidos que visam garantir continuidade no cuidado. Elas buscam superar a fragmentação dos serviços por meio da promoção de ações integradas focadas nas necessidades dos usuários com base nos atributos da atenção primária e na responsabilização sanitária das áreas atendidas (Mendes, 2011).

A efetividade na coordenação do cuidado pela APS está intimamente ligada à comunicação interprofissional e interinstitucional. A troca constante de informações clínicas entre equipes permite um acompanhamento contínuo entre diferentes níveis assistenciais. A ausência ou fragilidade desses mecanismos pode comprometer tanto as referências oportunas quanto as contrarreferências qualificadas.

Entretanto, apesar das diretrizes que orientam as redes assistenciais, os serviços terciários frequentemente apresentam desafios significativos para garantir a integralidade do cuidado devido às barreiras logísticas enfrentadas pelos pacientes — incluindo longos tempos de espera — além da desorganização nas vias regulatórias.

Este relato descreve experiências vivenciadas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) durante o acompanhamento clínico abrangente oferecido a um paciente com câncer ginecológico ressaltando entraves críticos ao acesso adequado ao diagnóstico especializado.

## 2. MÉTODO

Este relato é baseado na experiência direta vivenciada por médicos pertencentes à ESF no município de São Miguel dos Campos, em Alagoas, durante o mês de julho de 2023. O

acompanhamento foi estruturado por meio de visitas domiciliares regulares complementadas por registros clínicos hospitalares bem como reuniões estratégicas com serviços especializados.

### 3. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Paciente do sexo masculino, 94 anos, viúvo, residente com duas filhas, com histórico de hiperplasia prostática benigna (HPB), acompanhado regularmente pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por urologista do município.

Foi admitido inicialmente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de vômitos, diarreia, oligúria e mal-estar geral. Ao exame laboratorial, evidenciou-se distúrbio hidroeletrolítico (hipercalemia) e insuficiência renal aguda, possivelmente secundária a infecção do trato urinário associada à obstrução urinária por HPB.

Diante do quadro, foi transferido para unidade hospitalar com necessidade de cuidados intensivos, sendo internado em leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu lúcido, orientado, e referia redução importante da diurese, relatando acompanhamento urológico prévio. Foram instituídas medidas clínicas e terapêuticas hospitalares, com estabilidade progressiva do quadro.

Após sete dias de internação (entre UTI e enfermaria), o paciente recebeu alta hospitalar com encaminhamentos para continuidade do cuidado na rede ambulatorial, incluindo retorno à Unidade Básica de Saúde (UBS) e ao ambulatório de urologia.

A equipe da ESF realizou visita domiciliar 48 horas após a alta hospitalar. De posse do relatório de alta e dos encaminhamentos, a equipe organizou o plano de cuidado pós-alta, garantindo o agendamento do paciente no ambulatório especializado de urologia, viabilizando a continuidade do acompanhamento conjunto na APS e na atenção ambulatorial especializada.

O caso clínico apresentado destaca a função da Atenção Primária à Saúde (APS) como facilitadora do cuidado, sobretudo durante a transição entre o ambiente hospitalar e a comunidade. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, cabe à APS organizar as redes de atenção à saúde, incluindo o monitoramento longitudinal dos pacientes e a articulação com outros serviços disponíveis (Brasil, 2012). Nesse contexto, as visitas domiciliares realizadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) após a alta hospitalar constituem uma estratégia crucial para assegurar a continuidade do cuidado, mitigar o risco de reinternações e acompanhar a adesão ao plano terapêutico.

A coordenação do cuidado é um dos atributos fundamentais da APS e envolve a integração das ações e serviços em diferentes níveis de atendimento. No exemplo analisado,

uma comunicação eficiente entre a unidade hospitalar e a ESF — possibilitada pelo envio do relatório de alta — permitiu que a equipe de saúde organizasse rapidamente o acompanhamento clínico do paciente na comunidade, facilitando seu retorno ao ambulatório de urologia. A literatura sugere que a falta de mecanismos bem definidos para referência e contrarreferência compromete a integralidade do atendimento, especialmente em populações vulneráveis, como idosos com múltiplas comorbidades (Giovanella *et al.*, 2021; Mendes, 2011).

O envelhecimento da população brasileira tem tornado mais comum o surgimento de condições agudas associadas a doenças crônicas, como demonstrado no caso de insuficiência renal aguda causada por infecção urinária em um paciente com hiperplasia prostática benigna. A APS possui um papel privilegiado ao manter um vínculo longitudinal com o paciente e sua família, permitindo identificar precocemente sinais de descompensação clínica e garantir encaminhamentos adequados para serviços especializados quando necessário. Adicionalmente, as visitas domiciliares representam uma tecnologia leve e eficaz que possibilita à equipe compreender aspectos sociais, emocionais e familiares do cuidado que vão além do enfoque biomédico, alinhando-se ao princípio da integralidade (Kalichman; Ayres, 2016).

Outro aspecto importante é o trabalho interprofissional da equipe da ESF. A elaboração de um plano de cuidado pós-alta requer comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos, responsabilidade compartilhada e conhecimento sobre as opções de cuidado disponíveis na região. A literatura recomenda que essas transições entre os níveis de atenção sejam guiadas por protocolos clínicos estabelecidos e fluxos regionais acordados para minimizar falhas na continuidade assistencial e aumentar a segurança dos pacientes (Brasil, 2010).

Este caso também sublinha a necessidade de sistemas de saúde capazes de oferecer respostas coordenadas em situações que envolvem alta complexidade clínica e risco elevado, especialmente para pacientes idosos hospitalizados. A atuação integrada entre APS e serviços especializados fortalece o potencial da rede assistencial em proporcionar cuidados oportunos, humanizados e resolutivos.

A experiência relatada ilustra claramente os limites e desafios enfrentados pela APS na promoção da integralidade do cuidado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente diante das condições clínicas complexas que exigem articulação com níveis assistenciais mais avançados tecnicamente, como os serviços terciários. Apesar de ser reconhecida como coordenadora das redes assistenciais (Brasil, 2012), a APS ainda opera em um cenário repleto de fragilidades estruturais, institucionais e comunicacionais que dificultam um acesso resolutivo por parte dos usuários.

A fragmentação das redes assistenciais junto à falta de fluxos acordados para casos médios e altos compromete não só a continuidade do atendimento, mas também acentua desigualdades no acesso aos cuidados necessários — violando assim o princípio da equidade (Giovannella *et al.*, 2021). Ademais, uma insuficiência no diálogo entre os diversos pontos da rede aliada à carência na integração dos sistemas informacionais revela uma desarticulação prejudicial que impede respostas rápidas e coordenadas por parte do sistema (Kalichman; Ayres, 2016).

Diante desse contexto desafiador, é urgente fortalecer a APS não apenas como porta de entrada no SUS, mas também como elemento central integrador nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Isso requer investimentos voltados ao aumento tanto da capacidade clínica quanto organizacional da APS. Além disso, são necessárias estratégias que promovam uma melhor comunicação entre os distintos níveis assistenciais; institucionalização de protocolos intersetoriais; valorização do trabalho colaborativo multidisciplinar; bem como adoção de tecnologias que favoreçam uma gestão compartilhada do cuidado (Mendes, 2011).

Em conclusão, este relato reforça que a integralidade no cuidado vai além das diretrizes normativas — ela se concretiza nas práticas diárias — exigindo comprometimento político efetivo; planejamento territorial adequado; educação continuada; além de estruturas institucionais capazes de reconhecerem e potencializarem o papel articulador da APS na construção contínua e humanizada das trajetórias terapêuticas dos pacientes (Brasil, 2012; Mendes, 2011).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências destacam desafios persistentes enfrentados pelas equipes ESF particularmente quando lidam com condições clínicas complexas exigindo articulação eficiente entre múltiplos níveis assistenciais dentro SUS visando garantir acesso equitativo aos cuidados necessários reforçando assim necessidade urgente fortalecimento institucional capacitando APS atuar plenamente suas funções estratégicas dentro Redes Atenção Saúde promovendo ações inovadoras interprofissionais efetivas ampliando capacidades operacionais necessárias frente crescente demanda populacional envelhecida complexa.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

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

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

GIOVANELLA, L. *et al.* Panorama da Atenção Básica no Brasil: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2541–2552, 2021.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. e00183415, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.



# Capítulo 3

## ATENÇÃO PRIMÁRIA E ENVELHECIMENTO ATIVO: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO PARA A TERCEIRA IDADE

Roberta de Albuquerque Wanderley  
Laíne Rocha Bezerra Barbosa  
Letícia Maria Santiago Silvério  
Shauanny de Souza Silva  
Stéphanie Dayane Lins Soares  
Carlos Antônio dos Santos Junior

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-3

### 1. INTRODUÇÃO

A população de idosos no mundo tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas. No Brasil, estima-se que, em 2070, cerca de 37,8% da população terá 60 anos ou mais, totalizando aproximadamente 75,3 milhões de pessoas (IBGE, 2023). Diante desse cenário, é fundamental que os profissionais da Atenção Primária à Saúde estejam preparados para atender às demandas desse grupo, desenvolvendo ações que promovam autonomia, independência e bem-estar, com foco na autogestão em saúde (Previato *et al.*, 2019).

Diante disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel essencial como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça que a APS não se limita ao atendimento de demandas agudas, mas deve atuar fortemente na promoção da saúde, na vigilância em saúde e na prevenção de agravos, assumindo o compromisso com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das comunidades (Brasil, 2017).

A resolutividade na atenção básica é conquistada com auxílio de ações de saúde individuais, familiares e coletivas desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional (Silva *et al.*, 2021). Isso inclui a atuação nos diferentes níveis de prevenção: prevenção primária (promoção da saúde e prevenção de fatores de risco), secundária (diagnóstico precoce), terciária (reabilitação e

controle de complicações), quaternária (evitar intervenções desnecessárias e reduzir danos) (Martins *et al.*, 2022).

O objetivo deste capítulo de livro é contextualizar através de um relato de experiência ações realizadas por profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com o intuito de melhorar a qualidade da assistência médica oferecida ao público idoso com suas estratégias de educação em saúde, rastreio e grupos terapêuticos, além de mencionar produtos obtidos nestas ações.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência referente às vivências em um grupo de convivência para idosos, organizado por profissionais de saúde de uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) com implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Arapiraca (AL), no Nordeste do Brasil. Destaca-se que a criação do grupo se deu a partir de uma decisão coletiva dos profissionais de saúde da unidade perante as necessidades do público idoso do território. Assim, a finalidade foi promover um espaço de escuta e orientação, na qual os idosos pudessem criar um grupo de socialização e receber orientações em saúde que auxiliassem na prevenção e controle de doenças crônicas. Os convites para a reunião mensal foram realizados durante as visitas dos agentes comunitários em saúde (ACS), nas consultas médicas ou de enfermagem e através das redes sociais da unidade.

Por se tratar de um Relato de experiência, não foi necessário submeter o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Nesse sentido, cabe ressaltar que foram seguidos os preceitos éticos contidos na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da ética em pesquisas científicas, tanto para a análise dos dados quanto para a socialização dos resultados. O texto foi articulado referindo-se apenas à experiência profissional dos próprios autores, os dados utilizados são públicos, anônimos e não permitem identificação e o foco é descritivo e reflexivo sobre a prática executada.

Para o embasamento bibliográfico introdutório realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a estratégia de pesquisa incluiu os seguintes descritores em ciências da saúde: “Atenção Primária à Saúde”, “Promoção da Saúde”, “Idoso”, “Saúde do Idoso”, “Educação em Saúde”, seus correspondentes em inglês e o operador booleano AND. Foram incluídos estudos referentes à promoção de saúde na atenção primária à saúde do sistema único de saúde do Brasil voltada ao idoso; e que foram publicados de 2017 a 2025, período que enfoca as publicações mais recentes na área, sem restrições de idioma.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CRIAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA EQUIPE UTILIZAR

O desafio para quem faz a Atenção Primária é como despertar uma construção em saúde dialógica, sem o profissional de saúde ser um mero informador e sim um instrumento de ensinagem (aprendo e ensino ao mesmo tempo). A Educação em Saúde ampla, crítica e dialógica, que visa à construção coletiva do conhecimento em saúde, valorizando os saberes populares e promovendo a autonomia das pessoas, com sujeitos ativos no autocuidado e no cuidado comunitário (Silva *et al.*, 2021). Nesse sentido, promove a reflexão sobre a realidade e estimula práticas emancipatórias, alinhando-se às diretrizes da Promoção da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020).

Numa Unidade de Saúde em Arapiraca (AL), foi-se adotado a distribuição de cartilhas acerca de temáticas diversas (hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, dores crônicas e menopausa) articuladas com as atividades de rotina (consultas, atendimentos coletivos, grupos educativos e visitas domiciliares), momento nos quais o material impresso atua como um suporte de reforço as orientações verbalmente, servindo como recurso de consulta posterior pelos usuários e suas famílias. A construção dos materiais foi fundamentada em uma revisão bibliográfica realizada em bases científicas e em publicações oficiais, com foco nos temas específicos, e diagramada por meio da plataforma do Canva, com recursos gráficos que favorecem a leitura e a compreensão, como uso de linguagem simples, ilustrações e organização em tópicos. Por fim, a experiência da unidades têm mostrado que, quando bem planejadas, as cartilhas educativas podem alcançar bons resultados, como o aumento da adesão ao tratamento, o entendimento sobre doenças crônicas e a promoção de práticas saudáveis no cotidiano do paciente e seus familiares. Principalmente em momentos de pressão assistencial com tempo de consulta reduzido onde conseguimos facilitar o entendimento de algumas informações importantes em momento compartilhado com familiares, vizinhos e até com os agentes comunitários de saúde que também são capacitados para explicar as cartilhas.

Segue a seguir exemplos de cartilhas educativas desenvolvidas para o público idoso da nossa Unidade:

**Imagem 1** – Cartilhas de educação em saúde para idosos (diabetes, pé diabético, dor e dor crônica) desenvolvidas numa Unidade de Saúde em Arapiraca (AL)



Fonte: Autores, 2025.

#### 4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA EM GRUPOS TERAPÊUTICOS DE IDOSOS

Aqui trazemos o relato de como uma Unidade de Saúde em Arapiraca (AL) realiza ações de reuniões com os idosos do território para socialização dos idosos e proporcionar orientações em saúde que auxiliam na prevenção e controle de doenças crônicas com periodicidade mensal. O último encontro realizado, por exemplo, teve como objetivo orientar acerca da higiene do sono e aproveitou-se a ida a unidade para registro dos idosos participantes, verificação da pressão arterial e glicemia ao acaso.

Para tanto, o espaço de reuniões da unidade foi organizado, após as boas-vindas e explicação dos objetivos do encontro como espaço de socialização e aprendizado. A queixa de insônia é recorrente entre idosos e aproveitamos o momento para entender o que os pacientes já tinham de consciência como hábitos colaboradores e prejudiciais à boa qualidade do sono. A busca do pensamento crítico coletivo foi provocado através de gamificação com jogo de memória com trabalho cooperativo em equipes.

O jogo da memória com imagens ilustrativas sobre fatores que auxiliam e dificultam a higiene do sono no dia a dia foi iniciado e as equipes que acertavam os pares eram provocadas a desvendar o que a imagem provocaria no nosso sono. A proposta do jogo além de trabalhar a estimulação cognitiva relacionada à memória, atenção, concentração, e reconhecimento visual, trabalhou também a promoção da socialização, visto que os mesmos foram divididos em equipes e tiveram que dialogar entre si para se obter reflexão e opinião única. Dentre as imagens haviam ilustrações de café, chá, cama, rotina, lua e sol, comida, som, fome, TV e oração/meditação. No final, após opinião dos participantes construímos confirmação de informação ou correção a depender da resposta do público.

**Imagem 1 e 2** – Tarde do grupo de idosos sobre higiene do sono



**Fonte:** Autores, 2025.

## 5. CLASSIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADES

### 5.1. ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL – 20 (IVCF-20)

A avaliação da capacidade funcional em idosos é um componente essencial não apenas no campo da geriatria, mas da atenção integral à saúde do idoso, permitindo o monitoramento contínuo da saúde, a identificação precoce de limitações que possam vir a comprometer a independência, autonomia e a qualidade de vida e permitindo a implementação de intervenções preventivas e terapêuticas, ajustadas às necessidades específicas do paciente, que podem retardar ou até reverter a progressão das incapacidades, promovendo um envelhecimento ativo e saudável (De Souza Santos, 2024).

O índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) é um instrumento de rastreio rápido que foi desenvolvido e validado no Brasil, usado na população assistida na Atenção Primária à Saúde (APS) e disponível no sistema de prontuário eletrônico usado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com alta confiabilidade e que avalia em uma perspectiva multidimensional. O teste aborda aspectos multidimensionais do estado de saúde da pessoa idosa através de 20 perguntas, sendo estas divididas em oito seções: idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária (AVD), cognição, humor/comportamento, mobilidade, comunicação e presença de comorbidades múltiplas (Brasil, 2024). Esta ferramenta gera uma pontuação máxima de 40 pontos e a depender do valor obtido total classifica os idosos em três categorias: robustos ou baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional (pontuação menor ou igual a 6), pré-frágeis ou risco moderado de vulnerabilidade (7 a 14 pontos) e frágeis ou alto risco de vulnerabilidade (soma maior ou igual a 15 pontos) (Da Silva, 2024).

Nesse sentido, o sistema virtual de prontuários eletrônicos usado na rede de assistência da APS do SUS facilita a utilização da escala de IVCF-20 trazendo-a em seu prontuário e após realização da avaliação e finalização da consulta o índice fica registrado em local de fácil visualização no prontuário e permitindo nova avaliação, se necessário, a qualquer momento. Como estratégia, nesta Unidade de Saúde, foi realizado consultas interprofissionais com colaboração de médicos, enfermeiros e seus estudantes em estágio curricular para realização de forma ampla e rápida da classificação de nossos idosos.

## 6. ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO E SAVASSI

A Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS) busca identificar e estratificar, especialmente, as vulnerabilidades sociais e de saúde das famílias cadastradas na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir das 13 principais sentinelas de risco descritas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entre elas individuais (pessoa acamada, pessoa com deficiência física, pessoa com deficiência mental, pessoa com desnutrição grave, pessoa com tuberculose, pessoa com hanseníase, pessoa com hipertensão arterial sistêmica, pessoa com diabetes mellitus, gestante, criança menor de 5 anos, idoso com 60 anos ou mais) e familiares (família com relação morador/cômodo maior que 1 e família com renda per capita inferior a 1/2 salário mínimo). Cada sentinela possui uma pontuação específica, e a soma dos pontos determina o nível de risco da família, orientando as ações das equipes de saúde (Santana *et al.*, 2022).

A aplicação da estratificação de vulnerabilidade familiar ocorreu após incômodo da equipe com a desorganização das visitas domiciliares, já que era necessário classificar a prioridade das visitas. Por isso, foi estruturada uma planilha baseada na ERF-CS, que está sendo utilizada pelas equipes de saúde da família numa Unidade de Saúde em Arapiraca (AL).

O instrumento é composto por uma Planilha de Atendimento Domiciliar (PAD), desenvolvida na plataforma *Google Sheets*, com o intuito de sistematizar o acompanhamento dos pacientes domiciliados e acamados. A ferramenta inclui campos para identificação do paciente, agente comunitário de saúde (ACS) responsável e critérios de classificação de vulnerabilidade social baseados na ERF-CS. A partir do preenchimento das informações gerais e dados clínicos, a planilha calcula automaticamente a previsão da próxima visita, destaca atendimentos em atraso e sugere ao profissional a possibilidade de acionar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para as modalidades 2 e 3.





Nosso público idoso de acompanhamento tem esta prevenção como um de seus focos de acompanhamento e realizamos essa prevenção tanto na consulta de enfermagem, consulta médica, educação em saúde e temos uma ação maior anual no mês de outubro, o chamado Outubro Rosa, para aumentar o foco do tema.

## 8. COLPOCITOLOGIA

O Ministério da Saúde (MS), em conjunto com o INCA, atualizaram as diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero, estabelecendo a transição gradual da citologia oncótica para o teste de DNA-HPV como método primário, mantendo como população-alvo mulheres sexualmente ativas na faixa etária de 25 a 64 anos (Brasil, 2024).

Vale ressaltar que o projeto de mudança de rastreio por meio do nosso município ainda está em construção e viabilidade financeira pelo SUS e, por isso, o rastreamento continua no momento por meio da citologia oncótica para mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente entre 25 e 64 anos de forma anual. A cada 3 anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Com o encerramento do rastreamento aos 64 anos, nas mulheres, nas quais os últimos dois exames foram normais nos últimos cinco anos e sem histórico de lesões pré-cancerosas. Nosso público idoso sempre nos preocupamos com o momento de coleta, com a preocupação de preparação prévia a citologia em mulheres com queixas de ressecamento vaginal, com estrogenização tópica.

Além disso, nas mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (INCA, 2016).

## 9. FRATURAS

O Ministério da Saúde (MS), recomenda o rastreamento de osteoporose para mulheres a partir de 65 anos, mulheres na pós-menopausa com menos de 65 anos que apresentem fatores de risco, homens com 70 anos ou mais e pacientes com histórico de fratura por fragilidade. O método preferencial é a densitometria óssea, considerada padrão-ouro, complementada pela ferramenta FRAX para avaliação de risco quando a densitometria óssea não estiver disponível (Brasil, 2023).

A USPSTF, em 2025, recomenda a densitometria óssea como exame de rastreio de osteoporose como objetivo de prevenir fraturas osteoporóticas, recomendando o rastreamento de osteoporose para mulheres a partir de 65 anos e para mulheres na



pós-menopausa com menos de 65 anos que apresentem fatores de risco aumentado para fraturas. E menciona o uso da FRAX 2.0 em locais com dificuldade para acesso a densitometria óssea como possibilidade de início de rastreio e colaborador na decisão de gestão da clínica em locais com racionalidade do exame (U.S. Preventive Services Task Force, 2025).

Aqui mencionamos mais uma experiência realizada na Unidade que contempla o atendimento do público idoso com construção de planilha com classificação de risco de mulheres em idade de rastreio recomendada na literatura e planejamento de cuidados ligados à prevenção considerando uma medicina centrada na pessoa e prevenção quaternária para decisão em conjunto com o paciente na melhor forma de conduzir os casos em momento posterior de consulta.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno de extrema importância no Brasil, que exige respostas estratégicas do sistema de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Neste capítulo, demonstramos a importância das práticas de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e manejo das vulnerabilidades clínicas e sociais da população idosa.

Estratégias como a criação de cartilhas educativas, grupos de convivência, aplicação do IVCF-20 e estratificação de risco familiar são métodos válidos e essenciais no cuidado ao idoso e na promoção da saúde comunitária. A educação em saúde é uma ferramenta transformadora quando une saberes populares e evidências científicas, garantindo maior adesão e efetividade. Exemplos como o jogo da memória sobre higiene do sono e as cartilhas temáticas ilustram como estratégias lúdicas e informativas podem facilitar o aprendizado e a mudança de comportamentos. Dessa forma, a combinação dessas práticas não só melhora a qualidade de vida dos idosos, mas também fortalece vínculos comunitários e otimiza os recursos da saúde pública, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável.

Ademais, os rastreamentos discutidos evidenciam a necessidade de políticas públicas alinhadas à realidade epidemiológica nacional e às diretrizes internacionais, garantindo equidade no acesso e a importância de decisões baseadas em evidências locais e na capacidade operacional do SUS.

Por fim, as experiências descritas em UBS de Arapiraca-AL reforçam o papel da APS como espaço privilegiado para inovações em saúde coletiva. A articulação entre educação, rastreamento e gestão do risco clínico-funcional é essencial para promover um envelhecimento saudável, em consonância com os princípios da APS e do SUS.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Relatório Preliminar: Protocolos & Diretrizes: Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, nov. 2024. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/2024/relatorio-preliminar-diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-parte-i-rastreamento-organizado-utilizando-testes-moleculares-para-deteccao-de-dna-hpv-oncogenico.pdf>.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 19, de 28 de **setembro de 2023.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição extra, 28 set. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-conjunta-saes/sectics-n-19-de-28-de-setembro-de-2023-512165770>.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Estratégias de implementação de ações de promoção de saúde por equipes de Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358434/06\\_sre\\_depros\\_promocao-saude.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358434/06_sre_depros_promocao-saude.pdf). Acesso em: 23 mai. 2025.
- BRASIL. **Sociedade Brasileira de Reumatologia. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa.** [Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis]. Rio de Janeiro: SBR, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das **Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291679/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291679/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acesso em: 23 mai. 2025.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Recomendações para operacionalização da política nacional de promoção da saúde na atenção primária à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_politica\\_promocao\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_politica_promocao_atencao_saude.pdf). Acesso em: 23 mai. 2025.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2017.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf). Acesso em: 22 mai. 2025.
- DA SILVA, M. W. L. *et al.* Associar as variáveis sociodemográficas e de saúde de pessoas idosas ao índice de vulnerabilidade clínica funcional. **Revista Foco**, v. 17, n. 10, p. e6505-e6505, 2024.

DE SOUZA SANTOS, G. *et al.* Fatores associados ao risco de vulnerabilidade clínica e funcional em idosos: uma revisão integrativa utilizando o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF). **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 4, p. e71681-e71681, 2024.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Rastreamento do câncer de mama no Brasil: recomendações**. São Paulo: FEBRASGO, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2022: resultados preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>.

MARTINS, C.; SOUZA, V. A.; FERREIRA, R. A. A quinta prevenção na prática médica: desafios e perspectivas na saúde planetária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, 2022.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Promoción de la salud: marco de acción 2020–2030**. Washington, D.C., 2020.

PREVIATO, G. F. *et al.* Conviviality groups for elderly people in primary health care: contributions to active aging/Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 1, p. 173-180, 2019.

SANTANA, L. S. V.; SILVA, E. A. Implantação da estratificação de risco familiar em unidade de saúde. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 435-441, 2022.

SILVA, A. C. F. *et al.* Educação em saúde na atenção primária: uma análise crítica das práticas atuais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 2, p. e062, 2021.

SILVA, J. L. B. V. *et al.* Health promotion practices for elderly people: an integrative literature review / Práticas de promoção da saúde para pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 88–94, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Consenso brasileiro para o rastreamento do câncer de mama**. Porto Alegre: SBM, 2022.

U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Breast Cancer: Screening**. Rockville, MD: USPSTF, 2024. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures**. Rockville, MD: USPSTF, 2025. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/osteoporosis-screening>.

# Capítulo 4

## DESAFIOS DA INTERPROFISSIONALIDADE NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA APS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Renata Araújo de Souza Silva  
Ana Carolina Correia Serafim  
Túlio Romério Lopes Quirino  
Michael Ferreira Machado

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-4

### 1. INTRODUÇÃO

A complexidade crescente das demandas de saúde da população tem evidenciado a necessidade de formas mais integradas e colaborativas de atuação profissional nos sistemas de saúde. Nesse contexto, a interprofissionalidade é compreendida como um modelo de prática que visa à integração de diferentes profissionais na construção de um cuidado compartilhado e centrado nas necessidades dos usuários. Essa abordagem pressupõe o reconhecimento e a valorização dos diversos saberes e práticas que compõem o cuidado em saúde, promovendo a articulação entre as áreas de conhecimento de modo horizontal e dialógico (Peduzzi, 2016; WHO, 2010).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, esse modelo adquire relevância ainda maior por se tratar do primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se busca resolver a maior parte dos problemas de saúde da população (Mendonça *et al.*, 2023). A Educação Permanente em Saúde (EPS), por sua vez, configura-se como um dos principais *lôcus* para o fortalecimento do efetivo trabalho em equipe e das práticas interprofissionais, pois possibilita a formação no e para o trabalho, a partir das necessidades reais dos territórios (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A implementação da interprofissionalidade, no entanto, exige transformações profundas na cultura organizacional, nos processos de formação e nos arranjos institucionais do sistema de saúde. No aspecto formativo, a educação interprofissional não é apenas uma diretriz curricular, mas um compromisso ético-político com práticas colaborativas e integradas, que

pressupõem a superação de lógicas disciplinares e hierárquicas (Peduzzi, 2016; Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Ceccim; Feuerwerker, 2004). Esse compromisso demanda estratégias pedagógicas participativas e a valorização do cotidiano dos serviços como espaço de produção de saberes e práticas.

Além disso, a formação para o trabalho interprofissional precisa ser compreendida como um processo contínuo, que articula ensino e serviço, e que envolve não apenas os profissionais da saúde, mas também usuários e gestores. Essa articulação é fundamental para garantir que as ações de EPS estejam sintonizadas com as necessidades do território e promovam mudanças efetivas na organização do cuidado (Franco *et al.*, 2023; Gomes *et al.*, 2020).

Entretanto, a incorporação da perspectiva da interprofissionalidade fomentada nos processos de EPS enfrenta diversos desafios, que vão desde barreiras estruturais até questões culturais enraizadas no cotidiano das instituições de saúde. Faz-se necessário, portanto, identificar tais barreiras, com vistas a vislumbrar estratégias que permitam superá-las na efetivação do trabalho interprofissional. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo sistematizar e analisar os principais desafios encontrados na literatura recente sobre o tema, contribuindo para a reflexão crítica e a formulação de propostas que visem o fortalecimento da interprofissionalidade na APS.

## 2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que permite a síntese de resultados de pesquisas sobre um tema específico, possibilitando uma compreensão mais abrangente e aprofundada do fenômeno estudado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Foram seguidas as seguintes etapas metodológicas: formulação da pergunta de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, coleta dos dados, avaliação crítica dos estudos, análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão.

A pergunta norteadora foi: “Quais os desafios para a efetivação da interprofissionalidade na Educação Permanente em Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde?”. Os descritores em ciências da saúde e palavras-chave em linguagem natural utilizados foram: “interprofissionalidade”, “educação permanente em saúde” e “atenção primária à saúde”.

A busca foi realizada nos meses de abril e maio de 2025, nas bases da Biblioteca Virtual de Saúde, sendo localizados 37 artigos publicados entre 2019 e 2024. Foram incluídos artigos publicados no recorte temporal analisado, escritos em língua portuguesa, que abordassem diretamente a perspectiva da interprofissionalidade na EPS, no contexto da APS, e com disponibilidade de texto na íntegra. Foram excluídos textos duplicados ou com temática

tangencial, artigos de opinião, editoriais e resenhas. A amostra final foi composta por nove artigos científicos, os quais foram organizados em um quadro-síntese e analisados segundo categorias temáticas emergentes.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos permitiu a identificação de quatro grandes categorias de desafios para a interprofissionalidade na EPS no contexto da APS: (a) desafios estruturais e políticos; (b) desafios institucionais e organizacionais; (c) desafios formativos e pedagógicos; e, (d) desafios culturais e relacionais. Cada uma dessas categorias é discutida a seguir, com base nas evidências da literatura.

**Quadro 1** – Síntese dos artigos analisados e categorias identificadas

Autor(es)/Ano	Tipo de Estudo	Desafios Identificados	Categoria
Lima <i>et al.</i> (2022)	Estudo qualitativo	Descontinuidade de políticas de EPS, ausência de financiamento	Estruturais e Políticos
Viana <i>et al.</i> (2020)	Estudo de caso	Falta de articulação intersetorial e de gestão participativa	Estruturais e Políticos
Oliveira <i>et al.</i> (2021)	Pesquisa documental	Centralidade do modelo médico, relações hierárquicas	Estruturais e Culturais
Batista <i>et al.</i> (2023)	Estudo qualitativo	Fragilidade na institucionalização da EPS nas rotinas da APS	Institucionais e Organizacionais
Silva <i>et al.</i> (2021)	Estudo descritivo	Baixa priorização da EPS na gestão, falta de planejamento integrado	Institucionais e Organizacionais
Teixeira <i>et al.</i> (2021)	Pesquisa de campo	Formação inicial uniprofissional, dificuldade com metodologias ativas	Formativos e Pedagógicos
Gomes <i>et al.</i> (2020)	Estudo transversal	Falta de preparo dos facilitadores, resistência a práticas colaborativas	Formativos e Pedagógicos
Souza <i>et al.</i> (2022)	Estudo qualitativo	Disputas de poder entre categorias, comunicação ineficaz	Culturais e Relacionais
Reis <i>et al.</i> (2023)	Revisão narrativa	Assimetrias entre os profissionais, ausência de escuta ativa e empatia	Culturais e Relacionais

Fonte: Os autores.

#### 3.1. DESAFIOS ESTRUTURAIS E POLÍTICOS

Os desafios estruturais e políticos que limitam a incorporação da interprofissionalidade na EPS decorrem da fragmentação das políticas públicas, do subfinanciamento da atenção primária e da descontinuidade das ações formativas. Diversos estudos destacam que a ausência de diretrizes integradas entre os diferentes níveis de gestão e entre os setores da educação e saúde inviabiliza a consolidação de estratégias permanentes (Lima *et al.*, 2022; Viana *et al.*, 2020). Associado a estes aspectos, a instabilidade das gestões municipais e estaduais compromete a sustentabilidade de iniciativas voltadas à formação para o trabalho

interprofissional, uma vez que mudanças políticas resultam na descontinuidade de projetos e na desmobilização de equipes (Lima *et al.*, 2022).

O subfinanciamento crônico da APS aparece como um fator transversal, impactando diretamente na capacidade de investimento em formação e na valorização de equipes com práticas interprofissionais ativas. A dificuldade de destinar recursos específicos para ações de EPS voltadas à colaboração entre categorias profissionais revela o descompasso entre as diretrizes do SUS e as práticas de gestão orçamentária (Batista *et al.*, 2023; Gomes *et al.*, 2020).

Ainda, há um distanciamento entre os marcos normativos e a realidade vivida nos territórios. A existência de documentos que estimulam a interprofissionalidade não garante, por si só, sua efetivação, especialmente quando não se articulam a um contexto político favorável e a uma estrutura administrativa sólida (Oliveira *et al.*, 2021). Políticas de saúde fragmentadas e ações formativas descontinuadas reduzem a potência transformadora da EPS como estratégia de qualificação do trabalho e integração entre práticas e saberes (Reis; Silva, 2023).

Esses elementos evidenciam a necessidade de pactuações mais coerentes, que articulem esforços entre os níveis de governo e promovam financiamento estável, gestão participativa e planejamento intersetorial. Apenas com um compromisso político consistente será possível consolidar a EPS como um dispositivo político permanente e efetivo de fortalecimento da interprofissionalidade na APS (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Franco *et al.*, 2023).

A interprofissionalidade, nesse contexto, não pode ser reduzida a uma diretriz técnica, mas deve ser concebida como um princípio estruturante das políticas de saúde e da formação em serviço. O fortalecimento de redes regionais de colaboração, com ênfase na governança participativa e na construção de projetos de saúde territorializados, pode representar um caminho estratégico para superar os entraves estruturais e ampliar o alcance das práticas interprofissionais (WHO, 2010; Peduzzi, 2016).

Nesse sentido, a intersetorialidade e a articulação entre políticas públicas são indispensáveis à construção de estratégias eficazes e sustentáveis de educação permanente voltada ao trabalho colaborativo. Superar os limites estruturais implica reconhecer que a interprofissionalidade não se restringe ao campo da formação, mas deve estar articulada aos processos de planejamento, gestão e avaliação em saúde (WHO, 2010; Ceccim; Feuerwerker, 2004).



### 3.2. DESAFIOS INSTITUCIONAIS E ORGANIZACIONAIS

No plano institucional, observa-se o predomínio de modelos hierarquizados de gestão e de organização do trabalho que dificultam a integração entre os profissionais de saúde. A ausência de espaços protegidos para a formação em serviço, a sobrecarga dos profissionais e a fragmentação das rotinas organizacionais impedem a criação de momentos sistemáticos de aprendizagem colaborativa (Batista *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2021). Essas barreiras institucionais contribuem para a manutenção de práticas centradas na especialização e na autonomia técnica, em detrimento do cuidado compartilhado (Oliveira *et al.*, 2021).

As estruturas institucionais da APS ainda operam, em muitos casos, com baixa valorização da EPS como parte do processo de trabalho. A formação em serviço, quando ocorre, é frequentemente desvinculada dos fluxos assistenciais e das demandas territoriais. Além disso, há carência de lideranças que fomentem uma cultura de aprendizagem e que priorizem a construção de estratégias formativas de caráter interprofissional (Gomes *et al.*, 2020).

Outro aspecto recorrente é a falta de articulação entre os setores da gestão, da educação na saúde e da assistência em saúde, o que gera ações formativas desconectadas das necessidades reais dos territórios. A ausência de planejamento integrado entre serviços e instituições formadoras, assim como a falta de agendas conjuntas entre os profissionais da APS, reforça a fragmentação das práticas e compromete a construção de projetos coletivos de cuidado (Teixeira *et al.*, 2021; Reis; Silva, 2023).

Esses desafios indicam a necessidade premente de mudanças na cultura organizacional, com foco na criação de dispositivos institucionais que promovam a integração entre formação, ação profissional nos serviços e gestão em saúde. Iniciativas como núcleos de EPS, colegiados gestores com participação multiprofissional e momentos regulares de formação em serviço são fundamentais para sustentar práticas colaborativas e transformar o cotidiano das unidades de saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Além disso, o reconhecimento institucional da interprofissionalidade como eixo estruturante da APS deve se materializar na alocação de tempo, recursos e apoio às equipes que buscam consolidar essas práticas (Franco *et al.*, 2023).

### 3.3. DESAFIOS FORMATIVOS E PEDAGÓGICOS

Os desafios formativos e pedagógicos estão relacionados, principalmente, à organização dos processos de formação profissional que ainda seguem modelos uniprofissionais, fragmentados e desarticulados da realidade do trabalho na APS. A formação superior em saúde, de modo geral, ainda privilegia conteúdos técnico-biológicos, com baixa ênfase nas práticas



colaborativas e nas competências relacionais necessárias ao efetivo trabalho em equipe e interprofissional (Gomes *et al.*, 2020; Teixeira *et al.*, 2021).

A ausência de uma cultura pedagógica voltada à interprofissionalidade nas instituições formadoras dificulta a construção de referenciais comuns entre as diferentes áreas da saúde. Os currículos permanecem, na maioria das vezes, compartimentalizados, com disciplinas isoladas e escassa articulação entre teoria e prática. Isso reduz significativamente a possibilidade de os profissionais desenvolverem, desde a graduação, habilidades como a comunicação interprofissional, o respeito à diversidade de saberes e o reconhecimento da interdependência no cuidado (Teixeira *et al.*, 2021; Ceccim; Feuerwerker, 2004). Fomentando com que as ações de EPS muitas vezes reproduzam esse modelo fragmentado, com ênfase em treinamentos pontuais, dissociados do cotidiano e das necessidades reais dos serviços. A escassez de metodologias ativas, o baixo preparo dos facilitadores e a dificuldade de criar espaços de aprendizagem coletiva e crítica são apontadas como obstáculos importantes (Gomes *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021). Ainda que exista um arcabouço normativo que sustente a EPS como estratégia transformadora, na prática, ela muitas vezes é tratada como mera capacitação técnica, perdendo seu potencial de articulação entre formação, gestão e produção do cuidado (Reis; Silva, 2023).

A superação desses desafios requer mudanças estruturais nas políticas de formação e a consolidação de parcerias entre serviços de saúde e instituições de ensino, para que os processos pedagógicos sejam orientados por metodologias críticas, dialógicas e situadas nos territórios. É fundamental também investir na formação de facilitadores e preceptores com domínio da abordagem interprofissional, capazes de promover a problematização coletiva e o desenvolvimento de competências colaborativas entre os trabalhadores da APS (Franco *et al.*, 2023; Ceccim; Feuerwerker, 2004).

### 3.4. DESAFIOS CULTURAIS E RELACIONAIS

A interprofissionalidade não se constrói apenas por meio de mudanças organizacionais e curriculares, mas exige transformações profundas nos modos de se relacionar e produzir o cuidado em saúde. Os desafios culturais e relacionais se expressam na resistência à mudança, nas disputas de poder entre categorias profissionais, na fragmentação das identidades profissionais e na dificuldade de construir confiança e corresponsabilidade entre os membros da equipe (Souza *et al.*, 2022; Batista *et al.*, 2023).

A cultura profissional hegemônica em muitas categorias, especialmente nas profissões que se ancoram em uma formação biomédica, historicamente tem reforçado posturas

individualistas e hierarquizadas que dificultam o reconhecimento da legitimidade dos outros saberes. Isso se traduz em conflitos interpessoais, pouca escuta entre os profissionais, dificuldades na gestão compartilhada dos casos e sobreposição de funções e ações (Oliveira *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2020). Tais aspectos comprometem não só a qualidade do cuidado, mas também a saúde mental e a motivação das equipes.

Outro fator relevante é a invisibilização do trabalho de algumas categorias, especialmente dos profissionais de nível técnico, agentes comunitários e profissionais de apoio, que muitas vezes não são incluídos nas decisões clínicas e nos espaços de planejamento. A ausência de escuta ativa e empatia contribui para o distanciamento entre os profissionais, gerando desconfiança, baixa adesão às ações colaborativas e desvalorização do trabalho coletivo (Reis; Silva, 2023; Souza *et al.*, 2022).

A mudança desse cenário exige ações estratégicas permanentes, que promovam a valorização do diálogo, o fortalecimento da identidade coletiva das equipes e o reconhecimento da diversidade como uma riqueza para o cuidado. Estratégias como rodas de conversa, supervisões coletivas, oficinas de sensibilização e outras formas de educação em serviço têm se mostrado potentes para fomentar uma cultura interprofissional (Franco *et al.*, 2023). É necessário que essas ações sejam acompanhadas de suporte institucional e valorizadas como parte do processo de trabalho na APS (Batista *et al.*, 2023; Ceccim; Feuerwerker, 2004).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos desafios para a efetivação da interprofissionalidade nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) evidencia a complexidade dessa empreitada. Os obstáculos identificados transcendem aspectos meramente técnicos, revelando implicações estruturais, institucionais, pedagógicas, políticas e culturais que se inter-relacionam e se reforçam mutuamente.

Do ponto de vista estrutural e político, a fragmentação das políticas públicas, o subfinanciamento da APS e a instabilidade das gestões locais impõem limites significativos à continuidade e à efetividade das ações formativas de caráter interprofissional. Tais elementos apontam para a necessidade de articulação intersetorial e de maior compromisso político com a valorização do trabalho em equipe e com a institucionalização da EPS como dispositivo estratégico do SUS.

No plano institucional e organizacional, a persistência de modelos centrados na hierarquia e no saber biomédico, associada à ausência de espaços protegidos para a reflexão coletiva, dificulta a construção de ambientes de aprendizagem colaborativos. Esses fatores

demandam a reconfiguração das práticas de gestão e a criação de dispositivos que favoreçam a integração entre os diferentes atores do processo de cuidado.

Quanto à formação, os achados reforçam a urgência de superar currículos uniprofissionais e práticas pedagógicas desarticuladas da realidade do trabalho em saúde. A educação interprofissional exige metodologias ativas, facilitadores qualificados e processos que valorizem o diálogo entre os saberes. Nesse sentido, a EPS pode ser um potente indutor de mudanças, desde que orientada por princípios críticos e emancipatórios.

Por fim, os desafios culturais e relacionais se expressam na resistência à mudança, nos conflitos entre categorias e na dificuldade de reconhecimento da interdependência entre os profissionais. Enfrentar tais questões requer o investimento em iniciativas que promovam o desenvolvimento de competências relacionais, como a comunicação, a empatia e o respeito mútuo, elementos fundamentais para práticas verdadeiramente colaborativas.

Conclui-se, portanto, que a consolidação da interprofissionalidade na EPS demanda mais do que ações pontuais ou iniciativas isoladas. Requer uma transformação profunda nas formas de gerir, formar e se relacionar no cotidiano do SUS, o que implica reconhecer a interprofissionalidade como elemento organizador do cuidado e da formação, e não apenas como um recurso instrumental. Ao evidenciar os principais entraves para essa transformação, esta revisão pretende contribuir com o debate e a formulação de práticas mais integradoras, críticas e comprometidas com a construção de um sistema de saúde mais equânime e resolutivo.

## REFERÊNCIAS

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 163–173, set. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.>. Acesso em: 14 mai. 2025.

D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA, M.; SAN MARTIN-RODRIGUEZ, L.; BEAULIEU, M. D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, supl. 1, p. 116–131, 1 May 2005. DOI: 10.1080/13561820500082529.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, jan. 2019.

FIGUEIREDO, E. B. L. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1164–1173, out. 2022.

FRANCO, C. M.; BULA, D.; TOSO, B. R. G. O. *et al.* Nurse–physician interprofessional collaboration in the context of expanding nursing practice in primary health care: a comparative qualitative study of Brazil and Germany. **BMC Nursing**, v. 24, art. n.º 259, 07 mar. 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-02885-5.

FREIRE, J. C. G.; CRUZ, A. P.; BRITO, G. E. G. O caráter interprofissional da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev.APS* [Internet]. 2024; 27(único): e272442193. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e272442193>>. Acesso em: 14 mai. 2025.

KANNO, N. P. *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, p. e00213322, 2023.

MCLANEY, E.; MORASSAEI, S.; HUGHES, L.; DAVIES, R.; CAMPBELL, M.; DI PROSPERO, L. A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: advancing team competencies and behaviours. **Healthcare Management Forum**, v. 35, n. 2, p. 112–117, mar. 2022. DOI: 10.1177/08404704211063584.

MENDES, K. D. R.; SILVEIRA, R. C. E.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 14 mai. 2025.

MENDONÇA, F. F. *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13–30, abr. 2023.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 7, p. 1217–1230, 2015. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008. PubMed PMID: 25862411.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>. Acesso em: 14 mai. 2025.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, supl. 2, p. 293-294, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0437>.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210141, 2022.

SILVA, C. L. F.; JORGE, T. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 56, n. 2, p. e-196780, 2023. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.196780

SILVA, R. R. D. *et al.* Desafios da educação permanente na atenção primária e saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 11, n. 65, p. 6324–6333, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6324-6333.

SOUSA, F. M. S. *et al.* Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300111, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, jan. 2010.

XAVIER, D. P.; FERNANDES, F. N. S.; FERREIRA, G. R. S.; GONÇALVES, I. Y. L.; DIAS, K. D. C.; BARBOSA, V. P. B.; DIAS, D. S. Educação permanente em interprofissionalidade e prática colaborativa na Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 2, p. e15286, 29 fev. 2024.

# Capítulo 5

## SISTEMATIZAR SABERES, ORGANIZAR CUIDADOS

Manuela do Nascimento Lourenço  
Cristina Camelo de Azevedo  
Jefferson de Souza Bernardes  
Maria das Graças Monte Mello Taveira

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-5

### 1. INTRODUÇÃO

O fortalecimento do planejamento descentralizado em saúde tem sido um desafio persistente para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Ainda que o planejamento esteja previsto como ferramenta estruturante da gestão em todos os níveis, observa-se que, na prática cotidiana das Unidades Básicas de Saúde (UBS), esse processo muitas vezes se reduz ao cumprimento de metas desarticuladas da realidade dos territórios, ou ao preenchimento de instrumentos burocráticos pouco compreendidos pelas equipes locais (Feuerwerker, 2012; Brasil, 2016). Tal cenário evidencia a urgência de dispositivos pedagógicos e metodológicos que consigam aproximar os sujeitos da gestão do cotidiano e do pensamento crítico sobre suas práticas.

O planejamento em saúde no âmbito do SUS é concebido como um processo estratégico, técnico e político, destinado à organização das ações e serviços de forma territorializada, participativa e intersetorial. Conforme estabelecido pela Portaria nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde (MS), sua finalidade ultrapassa a mera definição de metas: trata-se de garantir que a gestão pública da saúde responda às necessidades concretas dos territórios, valorizando o protagonismo dos sujeitos envolvidos (Brasil, 2016). No entanto, a realidade ainda revela um descompasso entre o planejamento como diretriz normativa e sua incorporação prática pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Frequentemente, o planejamento é vivido como obrigação burocrática, reduzido ao preenchimento de formulários e desconectado da realidade local.

A construção da proposta da ferramenta descomplicada surge como resposta ao desafio de tornar o planejamento em saúde mais próximo da realidade das equipes. O processo buscou resgatar o sentido pedagógico e transformador do ato de planejar, inspirando-se no

Planejamento Estratégico Situacional (PES), formulado por Carlos Matus e sistematizado no Brasil por autores como Rocha *et al.* (2018). Com base na premissa de que planejar é pensar antes de agir, o desenvolvimento da ferramenta partiu da escuta dos profissionais para compreender a realidade, identificar os nós críticos da gestão e formular, coletivamente, caminhos viáveis do ponto de vista operacional e político.

Essa concepção aproxima-se da pedagogia da problematização, fortemente ancorada em Paulo Freire, na qual o planejamento se constitui como prática emancipatória. Nessa perspectiva, o conhecimento não é imposto de cima para baixo, mas construído coletivamente a partir das experiências e dos saberes situados de quem vive e atua nos territórios (Feuerwerker, 2012). Planejar, assim, deixa de ser um ato técnico e passa a ser um exercício de análise crítica e construção coletiva, que articula racionalidade técnica com compromisso ético e político.

Ao valorizar a escuta, a análise situada e a linguagem acessível, a ferramenta propõe uma ruptura com os modelos tradicionalmente burocráticos. Ao invés de impor metas descoladas da realidade, ela parte da experiência cotidiana das equipes, promovendo o diálogo entre os dados institucionais, os indicadores de saúde e os saberes do território. Nesse sentido, sua lógica está profundamente alinhada às diretrizes da formação profissional no SUS, que defendem a integração ensino-serviço-comunidade como eixo estruturante da educação permanente e da gestão participativa (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Brasil, 2018).

Portanto, descomplicar o planejamento não significa simplificá-lo de forma reducionista, mas sim torná-lo compreensível, apropriável e aplicável por quem está na linha de frente da atenção à saúde. A ferramenta, assim, propõe-se como tecnologia leve de gestão e formação, que transforma o ato de planejar em uma prática situada, reflexiva e transformadora.

## 2. MÉTODO

O processo de construção da ferramenta descomplicada para o planejamento descentralizado em saúde, apresentado neste relato de experiência, foi concebido como estratégia formativa para subsidiar e qualificar os processos de organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Combinando simplicidade de linguagem, aplicabilidade prática e rigor teórico, sua elaboração ocorreu de forma dialógica junto a trabalhadores da saúde e preceptores, em consonância com os princípios da integração ensino-serviço-comunidade e da participação ativa como base para a transformação das práticas em saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Conforme defende Matus (apud Rocha *et al.*, 2018), planejar é



antecipar a ação com método e análise crítica, reconhecendo o planejamento como prática também política e educativa.

O processo de construção da ferramenta se apresenta, portanto, como uma estratégia viável para estimular o planejamento no cotidiano das UBS e da gestão municipal, ao provocar reflexões sobre os determinantes dos problemas enfrentados, fomentar a construção compartilhada de metas e possibilitar o alinhamento com os indicadores pactuados no Plano Municipal de Saúde e no financiamento da atenção básica. Mais do que elaborar um instrumento técnico, o percurso adotado buscou consolidar uma experiência formativa, que valoriza o planejamento como prática pedagógica, ética e política em saúde.

A metodologia de construção da ferramenta envolveu três etapas: diálogo inicial com profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para apresentação da proposta; realização de oficina com preceptores para análise de situações-problema e testagem do instrumento; e validação teórico-prática, sem aplicação efetiva nas unidades durante o estudo. A escolha por um formato descomplicado refletiu uma decisão político-pedagógica voltada à apropriação crítica pelas equipes, reconhecendo o cotidiano dos serviços como espaço de produção do cuidado e da gestão (Feuerwerker, 2012).

Ao articular teoria e prática, este trabalho mostra que para o aprimoramento dos processos de planejamento nas unidades de saúde só será possível quando houver real valorização das experiências dos trabalhadores e da escuta ativa das comunidades, traduzindo o princípio da descentralização em práticas concretas. Para tanto, o fortalecimento do planejamento local exige metodologias que dialoguem com a realidade dos territórios, que estimulem o protagonismo das equipes e que contribuam para a superação da fragmentação entre gestão, formação e cuidado.

## 2.1. RODAS DE CONVERSA COMO PRÁTICAS DE ESCUTA, ANÁLISE E CONSTRUÇÃO COLETIVA

O método adotado para o desenvolvimento e aplicação da ferramenta descomplicada de planejamento baseou-se em abordagem qualitativa, estruturada a partir de rodas de conversa com os sujeitos envolvidos no cotidiano das Unidades de Saúde (US). Essa escolha metodológica se ancora na perspectiva das práticas discursivas e produção de sentidos (Spink, 2013), buscando compreender como os profissionais constroem significados sobre o planejamento em saúde e sua integração com o ensino e a comunidade.



O percurso metodológico foi dividido em três etapas interdependentes, concebidas como um processo educativo e participativo com os profissionais da APS e os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

**Etapla 1 – Reunião com as equipes de saúde e técnicos da SMS:** realizada na sede da SMS de Arapiraca (AL), teve como objetivo apresentar e discutir a proposta da ferramenta. Durante o encontro, os participantes analisaram a coerência do instrumento com a realidade das UBS, sugeriram ajustes e propuseram a realização de uma oficina formativa. Também foi solicitado às equipes que elaborassem uma Análise da Situação de Saúde (ASS) de seus territórios como subsídio para o uso da ferramenta.

**Etapla 2 – Oficina com preceptores:** com participação de 10 preceptores das áreas de enfermagem e medicina, a oficina foi conduzida com base na legislação vigente (PMS, PAS, Previne Brasil), orientações da ferramenta e debate sobre situações-problema vivenciadas nas unidades. As análises de situação apresentadas subsidiaram a identificação de prioridades e a simulação do preenchimento da ferramenta. Foram selecionadas duas situações reais: a baixa cobertura do exame citopatológico e o aumento da gravidez na adolescência. Ambas as temáticas foram analisadas à luz dos indicadores oficiais e discutidas coletivamente.

**Etapla 3 – Validação e ajustes finais da ferramenta:** com base nas discussões realizadas na oficina, as equipes participantes contribuíram com sugestões que permitiram aprimorar a ferramenta, incorporando elementos de apoio como cronogramas, metas, instrumentos de monitoramento e textos de orientação. A aplicação prática nas UBS, prevista como etapa posterior, ainda não havia sido realizada até o encerramento do estudo, ficando como recomendação futura.

Esse percurso metodológico buscou promover o fortalecimento da escuta ativa, da leitura crítica da realidade local e da construção coletiva de soluções. A utilização das rodas de conversa permitiu não apenas a compreensão dos sentidos atribuídos ao planejamento, mas também o engajamento dos profissionais em práticas mais participativas e articuladas ao cotidiano das UBS.

### 3. RESULTADOS

A discussão coletiva das situações-problema, realizada durante a oficina com os preceptores, demonstrou que, quando o planejamento é ressignificado como prática crítica e participativa, ele adquire maior potencial de efetividade. A escolha das temáticas — baixa cobertura de exames citopatológicos e gravidez na adolescência — evidenciou como os

profissionais, ao serem mobilizados em espaços formativos, são capazes de traduzir indicadores abstratos em propostas de ações concretas e contextualizadas.

No caso da cobertura do exame de citologia, as análises das equipes suscitaram a proposição de estratégias como mutirões, ações educativas e rodas de conversa com foco nas mulheres em idade fértil. Essas propostas foram articuladas ao Indicador nº 4 do programa Previne Brasil (Brasil, 2021), demonstrando a possibilidade de mobilizar os dados epidemiológicos como disparadores de práticas mais efetivas de cuidado.

A abordagem da gravidez na adolescência, por sua vez, levou à construção de propostas intersetoriais em consonância com as diretrizes do Programa Saúde na Escola (Brasil, 2018), como a realização de oficinas educativas, criação de grupos de adolescentes e fortalecimento do acolhimento nas unidades de saúde. A intersectorialidade foi ressaltada como um eixo fundamental para o enfrentamento de determinantes sociais em saúde.

Para além das proposições específicas, a oficina revelou-se como espaço formativo, potencializando o processo de educação permanente em saúde. Como discutem Ceccim e Feuerwerker (2004), práticas que incorporam escuta, análise crítica do território e construção compartilhada de soluções contribuem para o fortalecimento dos vínculos entre trabalhadores, gestão e comunidade, consolidando a gestão local como espaço de formação e transformação.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência descrita neste relato demonstrou que a construção coletiva de uma ferramenta descomplicada de planejamento em saúde, ancorada em metodologias participativas como rodas de conversa e oficinas formativas, é uma estratégia viável para fomentar a cultura do planejamento descentralizado nas unidades de atenção básica. Embora não tenha sido implantada diretamente nas unidades durante o período da pesquisa, a ferramenta foi amplamente discutida, testada em situações simuladas e validada por profissionais de referência da APS.

Os resultados obtidos indicam que processos formativos que envolvem análise crítica da realidade, escuta qualificada e construção conjunta de soluções podem fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade e estimular o protagonismo das equipes na gestão local. A ferramenta elaborada se apresenta, portanto, como uma possibilidade concreta de apoio à institucionalização do planejamento nas UBS, dialogando com os instrumentos do SUS e com os desafios cotidianos enfrentados pelos trabalhadores da saúde.

Espera-se que os aprendizados dessa experiência possam ser replicados e adaptados em outros contextos, contribuindo para a construção de práticas mais democráticas, sensíveis ao território e comprometidas com a qualificação do cuidado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Previne Brasil: indicadores de desempenho da atenção primária*. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o Programa Saúde na Escola*. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Brasília: MS, 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2012.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2006.

ROCHA, A. L. *et al.* Planejamento estratégico situacional: uma abordagem para além da técnica. In: Pinheiro, Roseni; Ferla, Alcindo; Mattos, Rubens de. **Gestão em redes: práticas de educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2018.

SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2013.

# Capítulo 6

## QUALIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESF: UM PLANO DE AÇÃO CONSTRUÍDO EM EQUIPE

Marianna Pugliesi Soares Novais  
Josineide Francisco Sampaio

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-6

### 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), concebida como eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, representa uma aposta política e organizacional na superação do modelo biomédico tradicional. Ao propor uma abordagem territorializada e centrada nas necessidades dos sujeitos, a ESF desloca o foco da prática médica individual para o cuidado compartilhado, sustentado por equipes multiprofissionais e pelo vínculo com o território (Brasil, 2017, p. 6-8). Nesse cenário, a comunicação interprofissional emerge como elemento-chave para o funcionamento das equipes e a efetivação do cuidado integral, sendo reconhecida como tecnologia relacional indispensável à articulação entre os diferentes saberes e à corresponsabilização pelas decisões clínicas (Souza, 2012, p. 22; Peduzzi *et al.*, 2011, p. 634-635).

No entanto, a realidade cotidiana dos serviços de saúde revela que a comunicação entre os profissionais permanece permeada por tensões que podem estar relacionadas a hierarquias implícitas, fragmentação das ações e ausência de espaços sistemáticos de escuta e pactuação que configuram um ambiente propício ao isolamento técnico e à sobrecarga subjetiva dos trabalhadores (Cecílio, 2006, p. 155; Castelo, 2022, p. 73). A ausência de processos comunicacionais efetivos compromete não apenas a coordenação do cuidado, mas também a coesão da equipe, enfraquecendo sua potência coletiva. Como defendem Rivera e Artmann (2009, p. 40), a comunicação interprofissional deve ser compreendida como uma prática política e pedagógica, essencial à produção de respostas articuladas às complexas demandas dos territórios.

Nesta perspectiva, o relato de experiência aqui proposto descreve o processo de construção de um plano de qualificação da comunicação interprofissional na ESF José Manoel dos Santos, localizada no município de Pilar, Alagoas. A proposta nasceu de um processo formativo no âmbito da disciplina de Planejamento e Avaliação na Saúde da Família, vinculada ao Programa em Rede do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Alagoas (PROFSAÚDE/UFAL), e resultou da análise crítica das dificuldades vivenciadas no cotidiano da unidade – em especial, da desarticulação entre os membros da equipe, agravada por limitações estruturais e escassez de espaços institucionais para o diálogo.

O ponto de partida foi um diagnóstico situacional construído de forma participativa, com envolvimento ativo dos profissionais da equipe e de representantes da comunidade em rodas de conversa. Essa escuta coletiva permitiu identificar a fragilidade da comunicação interprofissional como o principal “nó crítico” a ser enfrentado, em consonância com a literatura que aponta a comunicação como elemento fundante da colaboração entre profissionais e da integralidade do cuidado (Castelo, 2022, p. 57).

A construção do plano de ação se deu por meio de metodologias dialógicas e respeitosas dos saberes locais, valorizando a experiência dos trabalhadores e reconhecendo os limites impostos pelo contexto. Longe de ser um plano idealizado ou imposto, a proposta emergiu do chão da prática, sustentada por princípios de escuta qualificada, corresponsabilidade e trabalho coletivo. O presente relato busca, portanto, contribuir para a reflexão crítica sobre a construção de estratégias viáveis e potentes para o fortalecimento da comunicação interprofissional na APS, especialmente em realidades desafiadoras, mas ricas em subjetividade, vínculos e desejo de transformação. Nesse processo, a produção de espaços de fala e de escuta se revelou não apenas como instrumento técnico, mas como gesto político de reconfiguração das relações de trabalho e de cuidado.

## 2. MÉTODO

A construção do plano de qualificação da comunicação interprofissional apresentada neste artigo constitui a etapa inicial de um processo mais amplo de pesquisa-ação em desenvolvimento junto à Unidade de Saúde da Família José Manoel dos Santos, situada no município de Pilar, Alagoas. A opção por essa abordagem metodológica vai além de um recurso técnico: ela expressa um compromisso ético e político com a transformação das práticas e com o fortalecimento da autonomia dos sujeitos implicados no processo de trabalho.

A proposta se ancora na concepção de pesquisa-ação como processo cíclico, conforme delineado por Tripp (2005, p. 37), estruturando-se em quatro momentos interdependentes:

identificação do problema, planejamento da ação, implementação da ação e avaliação crítica dos resultados. Esses momentos, ao se retroalimentarem, criam um movimento contínuo de reflexão e mudança que rompe com o modelo tradicional de pesquisa que apenas descreve fenômenos sem se comprometer com sua transformação.

Neste caso, o primeiro ciclo da pesquisa-ação, já iniciado e aqui descrito, contemplou a realização de um diagnóstico situacional participativo e a construção coletiva de um plano de ação, desenvolvidos entre os meses de outubro e novembro de 2024. A partir deste ponto, terá início o segundo ciclo, cujo foco será a avaliação crítica da implementação do plano de ação com base na escuta dos mesmos sujeitos envolvidos na etapa anterior. Espera-se, com isso, compreender os efeitos concretos das ações realizadas na comunicação interprofissional da unidade, identificar os avanços produzidos e os desafios ainda presentes, além de subsidiar a reorientação do plano por meio de novas estratégias construídas coletivamente.

O percurso metodológico que compôs o primeiro ciclo foi desenvolvido por meio de rodas de conversa que reuniram trabalhadores da unidade e representantes da comunidade local. Nessas rodas foram compartilhadas experiências, percepções e inquietações do cotidiano do serviço, compondo um mosaico crítico da realidade vivida. A precariedade dos espaços físicos da unidade – que não dispõe de sala própria para reuniões – não impediu o encontro e a escuta; pelo contrário, realçou a urgência de se pensar estratégias comunicacionais sustentáveis e adaptadas às condições concretas do território.

As falas sistematizadas revelaram que a falta de comunicação entre os membros da equipe constituía um dos principais entraves à produção de cuidado, afetando desde a organização interna da unidade até o acolhimento e a condução dos casos (Castelo, 2022, p. 73; Souza, 2012, p. 8). Esse reconhecimento coletivo deu origem a uma matriz de ações, elaborada em nova roda de conversa, realizada em novembro de 2024. O plano foi construído com base nos princípios do Planejamento Estratégico Situacional (PES), favorecendo a análise compartilhada dos problemas e a pactuação de respostas viáveis, sensíveis ao contexto local (Rivera; Artmann, 2009, p. 51).

A matriz Gravidade, Capacidade de enfrentamento e Urgência (GCU) foi utilizada como ferramenta de priorização dos problemas levantados, permitindo que a equipe identificasse coletivamente aquilo que exigia intervenção imediata e era passível de transformação no curto prazo. Essa escolha metodológica se ancora na literatura da gestão em saúde, que reconhece o potencial da matriz como dispositivo de racionalização crítica e democrática do planejamento (Cecílio, 1997, p. 146; Brasil, 2016, p. 58).

As ações pactuadas foram avaliadas também quanto à sua viabilidade decisória, operacional e de permanência, buscando garantir a execução possível e sustentável das propostas. Essa etapa implicou, ainda, o mapeamento de recursos críticos e a identificação de atores-chave dentro da própria equipe – um exercício que expôs tensões, mas também fortaleceu a corresponsabilização pelo plano construído.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência conduzida na ESF José Manoel dos Santos revelou a potência das práticas participativas como caminho viável e necessário para a reconfiguração dos modos de fazer saúde na Atenção Primária. O processo teve início com a realização de um diagnóstico situacional participativo, em outubro de 2024, quando profissionais da equipe e moradores do território foram convidados a refletir coletivamente sobre os desafios vividos no cotidiano da unidade e suas implicações no cuidado ofertado à população.

Como dispositivo metodológico central, foram realizadas duas rodas de conversa presenciais, realizadas em espaços adaptados da própria unidade, devido à inexistência de sala de reuniões formal. As rodas foram mediadas pela mestranda vinculada a esse estudo e contaram com a participação de profissionais da ESF (médica, dentista, técnicas de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e recepcionistas), bem como membros da comunidade.

A primeira roda de conversa, realizada em 31 de outubro de 2024, teve como objetivo aprofundar o diagnóstico situacional e promover uma escuta crítica sobre os principais desafios do processo de trabalho. As perguntas norteadoras utilizadas foram:

- Quais os problemas a serem priorizados?
- Quais as causas e efeitos desses problemas priorizados?
- Quais os “nós-críticos” dessa rede de problemas?

O encontro favoreceu a análise coletiva dos entraves vivenciados pela equipe e pela comunidade, culminando na identificação da fragilidade da comunicação interprofissional como principal nó crítico, atravessando aspectos como a ausência de planejamento, os ruídos nos fluxos de cuidado e a descontinuidade nas decisões clínicas.

A identificação desse problema não foi fruto do acaso ou de intuições individuais. Ao contrário, ela foi respaldada por instrumentos analíticos como a matriz Gravidade, Capacidade de enfrentamento e Urgência (GCU) e a árvore de problemas, que possibilitaram não apenas elencar prioridades, mas compreender causalidades e efeitos que se reproduziam no cotidiano da unidade (Cecílio, 1997, p. 146; Brasil, 2016, p. 58). O planejamento não se deu, portanto,

como mera formalidade, mas como prática crítica, enraizada na experiência dos sujeitos e orientada pela transformação.

Com base nesse diagnóstico, foi convocada uma segunda roda de conversa, realizada em 25 de novembro de 2024, com o objetivo de construir coletivamente um plano de ação voltado à qualificação da comunicação interprofissional. A reunião ocorreu em um dos consultórios da unidade, adaptado para o encontro. As perguntas disparadoras utilizadas foram:

- O que precisamos fazer para enfrentar a rede de problemas priorizados?
- Quais os recursos/insumos críticos?
- Como viabilizar o Plano?

A matriz de ações resultante foi construída por meio de uma lógica ascendente e dialógica. Diferente de planos prescritos externamente, ela nasceu das vivências, tensões e proposições da própria equipe. Conforme argumenta Franco (2006, p. 189), planejar de forma participativa não é apenas utilizar ferramentas; é mobilizar sujeitos, provocar implicações e possibilitar apropriação do processo. A matriz (Quadro 1) organizou-se em quatro eixos de ação:

1. Reuniões mensais de planejamento e programação, com vistas à integração das agendas e ao fortalecimento da corresponsabilidade;
2. Reuniões para discussão de casos clínicos e decisões compartilhadas, promovendo a articulação de saberes e o cuidado integral;
3. Momentos de socialização e autocuidado entre os membros da equipe, como cafés coletivos e celebrações simbólicas, para valorização dos vínculos interpessoais;
4. Encontros mensais de educação permanente, com foco na análise crítica do processo de trabalho e no fortalecimento do diálogo interprofissional.



**Quadro 1 – Matriz de Ações e Metas/Problema da ESF José Manoel dos Santos, Pilar, Alagoas**

Descrição do problema	Falta de comunicação entre os membros da equipe					
Objetivo específico	Melhorar a comunicação entre os membros de equipe					
Ação estratégica	Insumos críticos	Metas de produto	Metas de resultado	Custo	Responsável	Início e fim
Realizar reunião de planejamento e programação de ações entre os membros da equipe	Equipe da ESF	01 reunião mensal de planejamento e programação de ações entre os membros da equipe	Melhor planejamento e programação das ações a serem desenvolvidas pela ESF	—	Enfermeira	Janeiro/ 2025 a dezembro/ 2025
Realizar reunião para discussão de casos e tomada de decisão compartilhada	Equipe da ESF	01 reunião mensal para discussão de casos e tomada de decisão compartilhada	Melhor condução dos casos atendidos pela ESF	—	Enfermeira	Janeiro/ 2025 a dezembro/ 2025
Realizar momento para socialização e autocuidado entre os membros da ESF	Equipe da ESF	01 momento mensal para socialização entre os membros da ESF (ex.: café da manhã, lanche da tarde, aniversariantes do mês)	Fortalecimento do vínculo entre os membros da ESF, com diminuição do estresse e aumento do bem estar	R\$100/ mês	Dentista	Janeiro/ 2025 a dezembro/ 2025
Realizar reunião de educação permanente voltadas aos membros da ESF	Equipe da ESF	01 reunião mensal de educação permanente voltadas aos membros da ESF	Aprimoramento das práticas no cotidiano do trabalho na ESF	—	Médica - Marianna	Janeiro/ 2025 a dezembro/ 2025

Fonte: Elaboração da própria autora.

A literatura especializada tem enfatizado que planos de ação construídos coletivamente não apenas expressam maior aderência e legitimidade por parte da equipe, como também apresentam maior coerência com o contexto e com os recursos disponíveis (Rivera; Artmann, 2009, p. 51). Ao mobilizar os sujeitos para nomear os problemas, pactuar metas e propor caminhos, o planejamento se reinventa como prática política e pedagógica.

Nesse processo, foi possível observar a emergência da equipe como sujeito coletivo, que passou a reconhecer em si mesma a capacidade de produzir mudanças e redefinir trajetórias. Como afirmam Peduzzi *et al.* (2011, p. 634-636) e Castelo (2022, p. 91), a comunicação interprofissional qualificada não se reduz a uma ferramenta de gestão, mas constitui uma prática ético-política, capaz de produzir cuidado integral, humano e territorializado.

A construção do plano de qualificação da comunicação interprofissional na ESF José Manoel dos Santos reafirma, assim, a centralidade da escuta como tecnologia de gestão e de cuidado. Em tempos de fragmentação e sobrecarga, a criação de espaços institucionais para o diálogo entre profissionais não é apenas desejável – é urgente e fundante. Ao escolher enfrentar seus silêncios e construir um caminho coletivo, a equipe apostou na reconstrução dos vínculos, na valorização do trabalho cotidiano e na possibilidade de produzir, juntos, novas formas de cuidar.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de construção coletiva de um plano de qualificação da comunicação interprofissional na ESF José Manoel dos Santos reafirma a potência transformadora das práticas participativas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS). Longe de ser uma ação pontual ou protocolar, a elaboração do plano materializou um processo ético-político de enfrentamento dos silêncios, tensões e invisibilidades que permeiam o trabalho em equipe. Reconhecer a comunicação como um eixo estruturante – e não periférico – do cuidado e da gestão foi, neste caso, o primeiro passo para a reconstrução de sentidos sobre o que é produzir saúde no SUS.

Ao mobilizar os trabalhadores em torno de uma escuta horizontal e da pactuação de metas viáveis, a experiência demonstrou que a qualificação do cuidado exige, antes de tudo, o fortalecimento dos vínculos profissionais e a valorização dos saberes situados. A criação de espaços regulares para o diálogo interprofissional – como reuniões de planejamento, discussão de casos, momentos de socialização e educação permanente – configurou-se como estratégia concreta para resgatar a intencionalidade e a potência do trabalho coletivo.

Contudo, o percurso também evidenciou limites que não podem ser ignorados. A persistência de desigualdades estruturais, a sobrecarga cotidiana e a rotatividade de profissionais colocam em risco a sustentabilidade de iniciativas como esta. Tais desafios exigem o fortalecimento de políticas públicas que garantam condições dignas de trabalho, acesso à formação crítica e apoio institucional contínuo para as equipes da APS. A interprofissionalidade, como prática, não se consolida apenas pela vontade dos sujeitos, mas pela construção de ambientes que favoreçam a corresponsabilização e o compartilhamento de decisões.

Mais do que relatar um processo técnico, este relato inscreve-se no campo da defesa do SUS enquanto projeto de sociedade. Ele afirma que transformar o trabalho em saúde implica deslocar centralidades, escutar os incômodos do cotidiano e apostar na coletividade como método.

Ao narrar esse percurso, espera-se contribuir com outras equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que, em diferentes contextos, também enfrentam a dureza do cotidiano, mas seguem reinventando formas de cuidar. Que este relato possa inspirar a escuta ativa, o diálogo constante e a construção coletiva como fundamentos inegociáveis de um SUS que resiste, cria e transforma.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CASTELO, R. B. **Os desafios da comunicação para melhoria das práticas colaborativas interprofissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2022. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Ceará, Fortaleza, 2022.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006. p. 117–130.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. FRANCO, T. B. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, atenção e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ, 2006. p. 459–485.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629–646, 2011.

RIVERA, F. S. U.; ARTMANN, E. **Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade**. [S. l.], [2009?].

SOUZA, D. M. M. **A importância da comunicação na equipe de saúde da família**. 2012. 25 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443–466, set./dez. 2005.

# Capítulo 7

## PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE: VÍDEO EDUCATIVO

Vinícius Matos Benjamim Leal  
Carlos Henrique Falcão Tavares

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-7

### 1. INTRODUÇÃO

Há muitos desafios na realidade do trabalho em saúde (Azevedo *et al.*, 2021). E o trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um ambiente que revela claramente este desafio no dia a dia. A Unidade Docente Assistencial (UDA), como unidade de prática dos cursos de saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), é um cenário onde o estudante deve vivenciar o que aprendeu nos bancos universitários e precisa encontrar práticas que sejam interprofissionais e colaborativas. Ali, também, os professores encontram campo fértil para exercícios pedagógicos.

Práticas colaborativas são parte imprescindível do trabalho em equipe, elementos da colaboração inseridos no dia a dia do trabalho (Peduzzi; Agreli, 2018). As parcerias entre profissionais e organizações, grupos, famílias e comunidades também estão no conteúdo do conceito (Barr; Low, 2013).

Segundo Silva *et al.* (2015), a colaboração é algo indispensável para o alcance dos resultados esperados. Vivacqua e Garcia (2011) destacam que ela ocorre quando um indivíduo busca o outro para dividir tarefas, facilitando o trabalho. Motivação, construção de objetivos comuns e confiança mútua são elementos facilitadores da colaboração.

É preciso também haver efetiva comunicação entre os membros da equipe. O compartilhamento dos saberes é importante para a construção dos objetivos em comum e para que se estabeleçam relações de confiança. Para efetivos resultados no trabalho em saúde, requiere-se a formação de profissionais preparados e instrumentalizados para trabalhar de forma colaborativa e interprofissional (Peduzzi *et al.*, 2020).

As Equipes de Saúde da Família que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) são compostas por diferentes profissões que, juntas, prestam cuidados em saúde em território adscrito e definido (Brasil, 2012). A formação, todavia, ainda não foi de toda propícia para o trabalho interprofissional, devido ao seu formato clássico, mais uniprofissional e fragmentado.

É importante que os alunos possam aprender juntos para trabalhar juntos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010). A escolha de criar um vídeo para elaborar este projeto foi feita por compreender que a principal finalidade desse tipo de produção audiovisual é tornar público um conteúdo específico de maneira dinâmica, objetiva e sensorial, por meio de uma mensagem clara, utilizando recursos como imagens e sons, a fim de capturar a atenção do espectador. Além disso, é relevante optar por um formato mais acessível e rápido de ser consumido, especialmente nos tempos atuais, em que a velocidade das informações e da vida cotidiana das pessoas está em constante aceleração.

O recurso audiovisual utilizado para fins educativos é um facilitador no processo de aprendizagem e permite que as pessoas, ao assistirem, se identifiquem com as situações do cotidiano e se familiarizem com os conceitos apresentados (Dalmolin *et al.*, 2017).

Assim este trabalho se propõe a descrever a criação de um vídeo educativo a respeito da importância da colaboração para a melhoria da efetividade do trabalho realizado.

## 2. MÉTODO

Trata-se de trabalho desenvolvido no período de fevereiro a março de 2021 como atividade da disciplina de Produtos Educacionais 2, do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (FAMED/UFAL), que aconteceu em duas etapas: elaboração do vídeo e validação por juízes de conteúdo e técnicos.

A fase de elaboração do vídeo ocorreu em duas etapas. Primeiro, houve a busca pelo tema na literatura, sob os descritores “Práticas colaborativas”, “Trabalho em equipe”, “Colaboração” e “Saúde” e “vídeos educativos”. As bases de dados foram *Google Acadêmico* e *SciELO*.

Depois, foi realizada a criação do roteiro, de acordo com o tema. A terceira etapa foi a confecção do vídeo em três programas específicos: *Adobe Premiere* e *Movavi Video Suite*, ambos para edição do vídeo. O áudio foi gerado pela inteligência artificial *ElevenLabs*, a partir de um texto, transferido para o computador e agregado aos programas de edição de vídeo. Foram incluídas imagens, no decorrer da narração, que ilustram as ideias nela contidas, em formato .png e .jpg, de licença livre nos sites *Pixabay* e *PNGwing*. A música adicionada foi do programa *Movavi Suite*, também de licença gratuita.

Na etapa seguinte, foi feito o *upload* do vídeo na plataforma YouTube, com anexação nos painéis de avaliação para análise e avaliação pelos próprios colegas de disciplina e pelas professoras, perfazendo um total de 25 juízes. Foram construídos os Painéis de Validação Eletrônica em três etapas. A primeira (PVE 1) foi o painel de apresentação do vídeo com as sugestões de modificações por parte dos juízes. A segunda (PVE 2) foi a apresentação aos juízes com as modificações feitas e a terceira (PVE 3) foi o resultado e a validação conforme critérios de relevância, pertinência, clareza, linguagem acessível, atratividade, adequabilidade de conteúdo e de ambiente sonoro.

O vídeo foi disponibilizado na Plataforma de Compartilhamento de vídeos YouTube.

O link para acesso é: <https://youtu.be/qE2sSqS-DV0>.

### 3. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, através do vídeo educacional, as práticas colaborativas possam ser vistas como algo importante e desejado e que haja mais conscientização e **reflexão** de estudantes, docentes e técnicos em relação ao tema, **promovendo** maior envolvimento institucional, visto que o vídeo tem potencial para auxiliar em mediações de diálogos, reflexões e aprendizados múltiplos e propiciar, portanto, mais facilidade para a execução das tarefas do trabalho em equipe nos diversos setores da área de saúde, na medida em que produzir bem-estar profissional, motivação, melhor comunicação, encaminhamentos oportunos, alta qualidade na tomada de decisão e resolução de conflitos. Poderá também melhorar o desempenho do sistema de saúde, produzindo mais eficiência, produtividade, satisfação do usuário e qualidade do cuidado. Além de uma experiência colaborativa rica, potente, capaz de modificar o processo de trabalho, proporcionando a produção do cuidado mais qualificado.

A representação visual apresenta-se a seguir:



Figuras 1 a 13 – Representação do vídeo



Fonte: Elaboradas pelo autor, 2024.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este vídeo educativo foi criado a partir da reflexão e como um recurso diante do resultado da pesquisa elaborado no Mestrado. Trata-se de uma experiência que dialoga com a necessidade de instruir e oferecer conhecimentos para que os profissionais possam avaliar a si mesmos e reconhecer seus pontos fracos e fortes. O tema é de alta relevância para o momento, em que há um esforço da academia em investir na formação dos profissionais colaborativos que entrarão no campo de trabalho.

Profissionais, docentes e discentes que frequentam a UDA precisam ser estimulados ao aprendizado e ao trabalho integrado a fim refletir sobre seu papel na equipe de saúde e no processo de trabalho. Não existe interprofissionalidade sem colaboração e todas as tarefas feitas pelas equipes docentes, discentes e profissionais têm nela um fator imprescindível para a efetividade da atenção à saúde e à segurança dos pacientes.

Assim entende-se que a criação de um vídeo educativo pode servir como estratégia incentivadora para a colaboração, à medida que serve de instrumento para suscitar reflexões e conscientização daqueles que o assistirem. Podendo servir também como instrumento mediador de diálogos sobre Práticas Colaborativas.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C. C.; HENNINGTON, É. A.; BERNARDES, J. S. A complexa trajetória dos profissionais de saúde que contribuem para a integração ensino e serviço. In: SAMPAIO, Josineide F. *et al.* (org.). **Contribuições do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde para a integração ensino, serviço e comunidade**. Maceió: Edufal, 2021. p. 84-120.

BARR, H.; LOW, H. Introdução à Educação Interprofissional. **Caípe [On-line]**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DALMOLIN, A. *et al.* Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, 2017.

GERADOR de voz por inteligência artificial ElevenLabs. Disponível em: <http://elevenLabs.io>. Acesso em: 10 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>. Acesso em: 10 set. 2023.



PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 18, 2020.

PIXABAY. Vídeos stocks livres de direitos. Disponível em: <https://pixabay.com/pt>. Acesso em: 05 mar. 2022.

PNGWING. Imagens stocks livres de direitos. Disponível em: <https://www.pngwing.com/pt>. Acesso em: 05 mar. 2022.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, p. 16-24, 2015.

SOUZA LEMOS, S.; SPIRI, W. C.; SPAGNUOLO, R. S. A percepção dos enfermeiros da Atenção Básica sobre a integralidade na saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 10, e4608-e4608, 2020

# Capítulo 8

## HUMANIZA TECA: RODA DE CUIDADO COM TRABALHADORES DA APS COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA PNH E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Renata Araújo de Souza Silva  
Paula Quitéria da Silva Ferreira  
Eulina Maria da Conceição  
Michael Ferreira Machado

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-8

### 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge no contexto de reconhecimento dos avanços e contradições do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo-se como uma política de transformação das práticas de cuidado e gestão, ancorada na escuta das experiências exitosas em saúde (Brasil, 2010). Lançada em 2003, a PNH institui princípios como a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, e o protagonismo dos sujeitos implicados no cuidado. Entre suas diretrizes, destacam-se o acolhimento, a gestão participativa, a ambiência, a valorização dos trabalhadores da saúde, e a defesa dos direitos dos usuários (Pasche, 2009).

No ano de 2009, acompanhando os incentivos nacionais à consolidação da PNH, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Tereza Barbosa, na cidade de Maceió (AL), iniciou experiências voltadas à humanização do serviço, priorizando o usuário como sujeito do cuidado. As ações da época centravam-se na melhoria do acolhimento, da comunicação interpessoal, da ambientação dos espaços, na qualificação dos atendimentos e na escuta dos usuários. Essas iniciativas, embora importantes, mantinham foco quase exclusivo na experiência do usuário e não abarcaram com a mesma intensidade a dimensão do cuidado de quem cuida.

Entre avanços e retrocessos, as ações de humanização na unidade vivenciaram um percurso instável ao longo da década, com períodos de intensa mobilização seguidos por descontinuidade. Somente em 2019, com base nas reflexões trazidas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que compreende o trabalho como ato educativo e

espaço de transformação (Brasil, 2004), o grupo de humanização passou por uma inflexão em sua abordagem e o foco passou a ser o trabalhador do SUS.

Foi nesse contexto que surgiu o projeto Humaniza Teca, nome que sintetiza a identidade institucional e afetiva do grupo: "Humaniza", por estar vinculado ao grupo de humanização da UBS, e "Teca", referência carinhosa ao nome da unidade, Tereza Barbosa. O grupo se transformou em um espaço de escuta, acolhimento e cuidado voltado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Um espaço em que os trabalhadores puderam se reconhecer como sujeitos do cuidado e expressar, por meio da palavra e da convivência, os conflitos, angústias e desafios do cotidiano do trabalho.

Ao colocar o trabalhador como foco do cuidado, observou-se, com o tempo, uma melhoria expressiva no ambiente institucional, nos vínculos de equipe e, conseqüentemente, na qualidade do cuidado ofertado à população usuária. Essa experiência mostrou-se ainda mais potente durante o período da pandemia da COVID-19, quando o grupo foi um dos principais sustentáculos da equipe diante de uma conjuntura de instabilidade sanitária e emocional. O hábito instituído de conversar, partilhar e refletir coletivamente sobre o trabalho permitiu à equipe atravessar, de forma coesa e solidária, um dos momentos mais difíceis da história recente da saúde pública.

Assim, o Humaniza Teca passou a ser reconhecido como uma estratégia concreta de cuidado institucional e como ferramenta de fortalecimento dos princípios da PNH e da Educação Permanente em Saúde, promovendo vínculos, bem-estar e a qualificação contínua dos processos de trabalho na Atenção Primária.

## 2. MÉTODO

Esta experiência apresenta as estratégias e aprendizados desenvolvidos no projeto Humaniza Teca, criado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Tereza Barbosa, situada em Maceió/AL, a partir de maio de 2019, com continuidade até o presente momento. Trata-se de uma experiência ancorada nos referenciais da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da Política Nacional de Humanização (PNH), adotando uma abordagem participativa, afetiva e reflexiva sobre o processo de trabalho em saúde.

A trajetória metodológica do grupo parte de um histórico anterior de ações de humanização voltadas para o usuário, implantadas em 2009, que priorizavam o aprimoramento do atendimento, do acolhimento, da ambientação e da comunicação no serviço. Contudo, essas ações foram impactadas por descontinuidades ao longo dos anos. O marco de 2019 representou uma virada conceitual e metodológica, com o redirecionamento do grupo de humanização para

o cuidado com os trabalhadores, entendendo-os como sujeitos centrais na produção do cuidado e no funcionamento do SUS.

Os encontros foram estruturados como rodas de cuidado, mediados por profissionais da própria unidade (psicologia e serviço social), por docentes e discentes da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e por convidados voluntários do território, como artesãs e terapeutas comunitários. A proposta metodológica valorizou a horizontalidade nas relações, a escuta qualificada, a troca de saberes e a expressão dos sentimentos e vivências do cotidiano de trabalho.

As atividades foram realizadas mensalmente, com duração média de duas horas, utilizando metodologias ativas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), tais como: rodas de conversa e grupos reflexivos; dinâmicas de grupo e trabalhos manuais; dança circular, meditação guiada e aromaterapia; vivências artísticas e dramatizações temáticas.

Durante a pandemia da COVID-19, a metodologia foi adaptada para respeitar os protocolos sanitários, sem interromper o vínculo estabelecido com trabalhadores. Foram elaboradas estratégias de cuidado remoto e presencial controlado, como grupos menores, encontros híbridos, mensagens motivacionais e rodas de conversa virtuais. A prática constante de diálogo e corresponsabilidade favoreceu a construção de um plano de contingência coletivo, que ajudou a manter o funcionamento da unidade e o bem-estar dos trabalhadores mesmo em condições adversas.

O projeto é fundamentado no entendimento da Educação Permanente em Saúde como um processo pedagógico em ato, que emerge do cotidiano de trabalho e da problematização das práticas (Brasil, 2004; Ceccim; Feuerweker, 2004). Ao criar espaços de cuidado institucional, o Humaniza Teca reafirma os princípios da humanização, ao considerar o trabalhador como sujeito ativo da transformação da gestão e da atenção.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde a criação do projeto Humaniza Teca, em 2019, foram e são realizados encontros mensais com os trabalhadores da UBS Tereza Barbosa, com atividades voltadas à escuta, acolhimento e fortalecimento dos vínculos. Os primeiros encontros abordaram temas como acolhimento, comunicação, escuta qualificada, relações interpessoais, autocuidado e saúde mental, sempre articulando vivências com a problematização da realidade do trabalho em saúde. As atividades foram conduzidas com base em metodologias ativas e nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que ampliaram a abordagem terapêutica e pedagógica do grupo (Falkenberg *et al.*, 2014).

Ao colocar o trabalhador como foco do cuidado, o grupo favoreceu transformações perceptíveis na dinâmica da unidade, promovendo maior coesão da equipe, escuta entre os profissionais e melhoria na qualidade das relações de trabalho. Essa mudança de eixo — do cuidado voltado exclusivamente ao usuário para a valorização de quem cuida — permitiu que o grupo se tornasse uma estratégia de fortalecimento do próprio cuidado ofertado à população, conforme os princípios da PNH (Brasil, 2010; Pasche, 2009).

Durante a pandemia da COVID-19, os vínculos construídos previamente foram decisivos para a sustentação emocional e organizacional da equipe. A prática da escuta coletiva, instituída antes da crise sanitária, fortaleceu a capacidade do grupo de enfrentar os desafios impostos pela pandemia, como o medo, o luto, a escassez de recursos e a sobrecarga de trabalho. As reuniões presenciais foram adaptadas para o formato híbrido, e novas estratégias foram implementadas com foco em ações educativas, apoio psicológico e reorganização do trabalho interno. Nesse momento crítico, a experiência evidenciou que cuidar do trabalhador é um dos caminhos mais consistentes para qualificar o cuidado em saúde. A fim de partilhar experiências exitosas, em 2021, em resposta a este momento pós-pandemia, foi realizado o Projeto Conectando, desenvolvido como uma ação do Humaniza Teca, com a proposta de fortalecimento das relações interpessoais e melhoria na qualidade do atendimento ao usuário, como também promover a saúde mental do trabalhador. Foram realizados dez encontros com duração de trinta minutos, estes aconteciam as segundas-feiras pela manhã na UBS, antes de iniciar as atividades do serviço, todos os servidores eram convidados, sendo a participação voluntária. Os temas dos encontros foram pré-definidos de acordo com os objetivos do grupo, foram eles: gratidão, amizade, fale sobre seus sentimentos, seja resiliente, mantenha-se ativo, não se isole, faça pausas, peça ajuda e crie limites entre trabalho e casa. Após cada encontro, era realizado um momento de reflexão e avaliação, que ressaltavam a importância do fortalecimento mútuo, mudança de práticas, respeito as individualidades e saúde mental.

Apesar dos avanços e da resistência da prática ao longo do tempo, o Humaniza Teca ainda enfrenta desafios em sua consolidação enquanto política institucional da unidade. O grupo permanece, em muitos momentos, personificado em algumas lideranças específicas, o que fragiliza sua continuidade e autonomia. Embora recentemente tenha sido possível instituir um rodízio entre os facilitadores dos encontros — envolvendo profissionais da própria unidade e integrantes do grupo —, ainda há necessidade de ampliar a participação e o reconhecimento coletivo da importância do projeto.

A experiência indica que, para além da criação de espaços de cuidado, é fundamental que a equipe como um todo compreenda o valor dessas práticas para o bem-estar

coletivo, a qualidade do trabalho e o fortalecimento do SUS. A consolidação do grupo como uma ação institucional depende da incorporação do Humaniza Teca como parte integrante da rotina da UBS, e não apenas como uma atividade “de alguns”. Isso requer investimento em sensibilização, apoio da gestão e construção de uma cultura organizacional que reconheça o trabalhador como sujeito de direito ao cuidado e ao desenvolvimento contínuo.

Ao articular os princípios da PNH com os fundamentos da Educação Permanente em Saúde, o projeto Humaniza Teca reforça que cuidar de quem cuida não é apenas um gesto ético, mas uma estratégia política e técnica para qualificar a gestão, melhorar o ambiente de trabalho e oferecer à população um cuidado mais humano, integral e resolutivo.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto Humaniza Teca constitui uma estratégia concreta de cuidado aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, reafirmando a importância de espaços que promovam escuta, acolhimento, partilha de experiências e fortalecimento dos vínculos institucionais. A experiência acumulada ao longo dos anos demonstra que investir no cuidado com quem cuida gera impactos diretos na qualidade do serviço ofertado à população, contribuindo para um SUS mais sensível, potente e humanizado.

Durante a pandemia da COVID-19, o grupo mostrou-se fundamental para a sustentação emocional e organizacional da equipe, provando que práticas estruturadas de escuta coletiva e apoio mútuo não apenas resistem às crises, mas também fortalecem os sujeitos e os serviços. A incorporação de metodologias ativas, práticas integrativas e vivências colaborativas ampliou o alcance do projeto e consolidou seu caráter pedagógico, afetivo e transformador.

Apesar de sua evolução enquanto prática cotidiana e da resistência com que se manteve ativo mesmo em contextos adversos, o Humaniza Teca ainda enfrenta o desafio de se consolidar como política institucional da UBS. A participação no grupo ainda é, em parte, centrada em iniciativas individuais e depende do envolvimento de pessoas específicas. Embora avanços tenham sido conquistados — como o rodízio entre facilitadores —, é necessário aprofundar a percepção coletiva sobre os benefícios do grupo, fomentando o pertencimento da equipe como um todo.

Consolidar o Humaniza Teca como parte da cultura organizacional da unidade exige o reconhecimento de que o cuidado com os trabalhadores é uma dimensão estrutural do cuidado em saúde, e não um complemento opcional. Isso implica incluir o grupo nos planejamentos da gestão, garantir tempo protegido para sua realização, estimular a participação de diferentes

categorias profissionais e reconhecer institucionalmente sua contribuição para o fortalecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Educação Permanente.

Dessa forma, o projeto segue como uma experiência viva, em constante construção, que reforça a potência do SUS que dá certo: aquele que reconhece os sujeitos em sua inteireza, promove vínculos, valoriza saberes e aposta na transformação do cotidiano como caminho para a construção de um cuidado mais justo, ético e integral.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.198 GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWEKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 861-880, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zRD6qP4Tt6dY9BYw7XbWzbf>. Acesso em: 13 mai. 2025.

FALKENBERG, M. B. M. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

PASCHE, D. F. A Política Nacional de Humanização como dispositivo para mudanças nos modos de produzir saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1591-1598, 2009.

# Capítulo 9

## QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA MELHORIAS NO ACOMPANHAMENTO PUERPERAL

Stephany Julliana dos Santos Tôrres  
Divanise Suruagy Correia

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-9

### 1. INTRODUÇÃO

O puerpério é um período caracterizado por novas adaptações e desafios, de ordem fisiológica e psicológica, em que a mulher passa a viver uma nova realidade, marcada por uma rotina totalmente diferente, com outros hábitos, mudanças na autoestima, na vida pessoal, além de muitas responsabilidades (Leite *et al.*, 2022).

Durante o puerpério são necessários cuidados com a mãe e o bebê para evitar complicações e garantir uma boa recuperação (Frediani; Andrade, 2023). Esta fase do ciclo gravídico puerperal é marcada por várias alterações, frutos de fatores físicos, sociais e psicológicos, os quais podem influenciar desde o desenvolvimento da gestação até o bem-estar e saúde da mãe e do feto, durante o puerpério (Schiavo, 2018).

O puerpério tem início imediatamente após o parto e apresenta uma duração média de 06 semanas, sendo necessários cuidados específicos neste período, devido à complexidade do processo vivido pelo binômio mãe-filho. O Ministério da Saúde (MS) brasileiro recomenda a realização de uma consulta puerperal, a qual deve acontecer até 42 dias após o parto e, nesta consulta, a puérpera deve ser orientada quanto aos cuidados materno-infantis, amamentação, vida reprodutiva e sexualidade (Brasil, 2013).

Diante de tantos acontecimentos e modificações que acometem a mulher e a criança neste período, percebe-se que apenas uma consulta puerperal não é suficiente para passar todas as informações necessárias, sanar todas as dúvidas das puérperas e identificar os possíveis problemas e dificuldades que possam surgir ao longo desse período puerperal. Sendo assim, se faz necessário traçar estratégias para que essa mulher se sinta acolhida e inserida na assistência



pelo tempo que ela precisar, além de garantir uma rede de apoio profissional capacitada, a qual possa assegurar um cuidado integral e de qualidade não só a puérpera, mas a este binômio materno-infantil (Meirelles; Alevato; Antônio, 2022).

Olivindo *et al.* (2021) ressalta a importância de constantes capacitações e aprimoramentos profissionais em se tratando do puerpério, uma vez que a assistência puerperal vem deixando a desejar em algumas situações, principalmente no que diz respeito a educação em saúde, uma vez que as mulheres permanecem com muitas dúvidas, assim como pode-se observar também que há uma maior atenção aos cuidados com o recém-nascido e a puérpera acaba ficando de lado.

Foi proposto o desenvolvimento de oficinas, voltadas para os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, como proposta de produto técnico a qual compreende uma estratégia do Mestrado Profissional em Saúde da Família a ser desenvolvida no âmbito profissional.

A ideia foi que as oficinas ocorressem com os profissionais da Unidade Básica de Saúde Boa Sorte, localizada na zona rural do município de Palmeira dos Índios – AL, para que os mesmos fossem capacitados e assim buscassem melhorias no serviço e na atenção à puérpera. Podendo servir de piloto para as demais unidades do município, se os outros profissionais e os gestores julgarem pertinentes.

Afonso (2018) define oficina como um trabalho estruturado com grupos, que tem como foco um assunto central em que o grupo escolhe trabalhar, dentro de um contexto social. As produções desenvolvidas nas oficinas envolvem os participantes de forma integral, com suas diferentes formas de pensar, agir e sentir. Refere também, que as oficinas não possuem um número determinado ou padrão de encontros, mas que acontecem de acordo com as necessidades identificadas em cada situação.

O uso de oficinas desperta uma nova visão dos participantes envolvidos, uma vez que o trabalho em equipe é visto como algo importante, pois o mesmo fortalece o desenvolvimento de ações de forma harmônica, assim como o trabalho colaborativo, fato estes que otimizam a qualidade do trabalho, transformando saberes em prática e agrega os vínculos e relações entre os envolvidos (Rodrigues *et al.*, 2020).

De acordo com Rodrigues *et al.* (2019) as oficinas estabelecem a democratização de um espaço para que sejam realizadas reflexões, debates, construção de conhecimentos e trocas entre diferentes visões para transformar as práticas em saúde, assim como também é considerada um recurso importante para otimizar a qualidade do trabalho e fortalecer a relação entre os profissionais envolvidos.

Conforme ressalta Afonso (2018) o uso de oficinas nas áreas de saúde e educação podem ser úteis, uma vez que utilizam informações e reflexões, além de trabalhar os significados afetivos e as vivências relacionadas aos assuntos em debate. Ao passo que trabalha com emoções e vivências dos participantes envolvidos, não quer dizer que pretende realizar uma análise psíquica dos mesmos, já que se limita a um determinado foco.

Sendo assim, optou-se pelo uso das oficinas como estratégia, com o intuito de qualificar os profissionais de saúde, para que prestem um serviço de acompanhamento puerperal de excelência dentro da Unidade Básica de Saúde, estimulando o diálogo e atualizações acerca do assunto numa perspectiva de construção coletiva.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Etapa 1: Produção do conhecimento

Para que fosse possível determinar esse tipo de produto, foi realizado um estudo de campo, que teve uma amostra de 09 puérperas que passaram pelo puerpério entre janeiro a dezembro de 2023 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na zona rural do município de Palmeira dos Índios (AL).

Inicialmente foram montados dois grupos de puérperas, que tinham o intuito de conhecer a percepção das mulheres sobre o acompanhamento puerperal em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), provocando uma reflexão sobre a vida da puérpera enquanto mãe, paciente/puérpera e mulher, além de discutir suas necessidades para vivenciar esse período, sendo toda essa discussão norteadas por um roteiro de 09 perguntas sobre o tema estabelecido.

E, diante dos resultados obtidos, foi possível perceber a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde quanto à necessidade de melhorias na atenção à puérpera, no que diz respeito a uma assistência humanizada, a integralidade do cuidado, a promoção da saúde, prevenção de doenças, capacitação e atualização profissional permanente, além de servir como fonte de inspiração para novos projetos que visem a assistência integral da mulher/puérpera.

De acordo com Lima (2022), a educação permanente, por meio de atividades de capacitação, como as oficinas por exemplo, impulsiona o trabalho em conjunto para construção de novas práticas, através da problematização do processo de trabalho e com isso surge a elaboração de produtos voltados para as necessidades dos usuários, num processo contínuo de construção.

Sendo assim, é notório que uma estratégia que pode ser adotada para melhoria do acompanhamento puerperal e que conseqüentemente gera um impacto positivo nos indicadores de morbimortalidade materno-infantil, seria através da capacitação permanente dos profissionais de saúde envolvidos, visto que o conhecimento e atualização são a chave para grandes avanços.

## 2.2. Etapa 2: Criação do produto

A proposta inicial envolve a realização de dois momentos, sob a forma de encontros mensais, com os profissionais da Unidade Básica de Saúde Boa Sorte e teve como objetivo qualificar os profissionais para melhorias no acompanhamento puerperal. Os encontros foram realizados na própria Unidade Básica de Saúde Boa Sorte, situada na zona rural do município de Palmeira dos Índios (AL).

Os critérios de inclusão foram os profissionais que trabalham na Unidade Básica de Saúde Boa Sorte e os critérios de exclusão os profissionais que estavam de férias, atestado médico ou apresentassem falta justificada no período da realização das oficinas. Os profissionais que aceitaram participar das oficinas, assinaram um termo de autorização de uso de imagem e voz, uma vez que estes momentos foram audiogravados e registados em diário de campo, todavia os dados obtidos serão exclusivamente utilizados apenas para fins científicos e educacionais.

Durante os encontros foram realizadas dinâmicas e rodas de conversa, estimulando a reflexão, debate e conscientização acerca da importância de identificar a percepção das puérperas em relação ao acompanhamento puerperal e a partir disso foram traçadas estratégias para serem implementadas no serviço para que possam sanar as lacunas identificadas e assim melhorar a qualidade do serviço. As oficinas foram organizadas da seguinte forma:

**Quadro 1** – Sistematização das oficinas

	Oficina 1	Oficina 2
<b>Descrição das atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acolhimento;</li><li>• Mostrar os objetivos da pesquisa e das oficinas;</li><li>• Apresentar os resultados oriundos da pesquisa com as puérperas;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acolhimento;</li><li>• Elaborar uma proposta de intervenção no que concerne à melhoria da qualidade no acompanhamento puerperal pela equipe de saúde da família;</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Propor uma reflexão de acordo com a realidade de cada profissional, acerca do que foi apresentado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabalhar estudos de caso, baseados na realidade;</li><li>• Traçar estratégias para melhoria do acompanhamento puerperal.</li></ul>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizar os profissionais sobre a importância de melhorias no acompanhamento puerperal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimular a reflexão e a elaboração de estratégias que busquem melhorias no serviço e no acompanhamento puerperal.</li></ul>
<b>Facilitador</b>	Pesquisadora	Pesquisadora
<b>Dinâmica</b>	Roda de conversa	Roda de conversa
<b>Avaliação do momento</b>	O que eu trouxe? O que eu levo?	O que eu trouxe? O que eu levo?
<b>Materiais</b>	Notebook, data show, papel A4, cartolina, canetas.	Notebook, data show, papel A4, cartolina, canetas.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização das oficinas representou uma oportunidade de interação e construção entre os profissionais da equipe e possibilitou que os dados obtidos acerca da percepção das puérperas sobre o acompanhamento puerperal fossem utilizados para construção de ferramentas voltadas para a promoção da saúde puerperal e que as lacunas identificadas por elas fossem melhor trabalhadas.

De acordo com Afonso (2206) a oficina pode trazer inúmeros benefícios nas áreas de saúde, educação e ações comunitárias, pois utilizam a informação e a reflexão, para trabalhar também com os significados afetivos e as vivências relacionadas ao tema abordado. Dessa forma, esse movimento é visto como uma prática de intervenção psicossocial.

Durante a primeira oficina foi notório o quanto a apresentação dos resultados da pesquisa foi importante, uma vez que aproximou a equipe da sua própria realidade, facilitando assim o processo de sensibilização dos profissionais para as reflexões acerca do assunto. Através da dinâmica realizada para avaliação do momento, nota-se que inicialmente os profissionais não tinham noção do quanto aquele momento traria reflexão e aproximação com

a prática de cada um, refletidas nas falas de que traziam expectativas de aprendizado na maioria das respostas e ao fim da oficina relatavam que levavam muito conhecimento e “um olhar diferenciado” para a realidade das puérperas.

Já na segunda oficina observou-se que trazer estudos de caso para a reflexão foi um momento que trouxe bastante envolvimento dos profissionais e gerou bastante discussão. Além de conectar com a primeira oficina, esse momento trouxe muitos insights acerca da realidade da qualidade do serviço que estava sendo prestado e do quanto poderia ser melhorado. Na dinâmica avaliação do momento foi visto que os objetivos foram alcançados uma vez que todos os profissionais se mostraram entusiasmados com o assunto, relataram que já iniciaram mudanças nos seus trabalhos com puérperas, além do comprometimento da equipe em traçar estratégias para melhoria do cuidado, onde foi proposto a criação de um cartão da puérpera.

O cartão da puérpera tem o objetivo de aproximar essa mulher do serviço e fazer com que ela se sinta acolhida no sistema, dando continuidade com qualidade ao seu puerpério, sendo ouvida com mais empatia, tendo profissionais mais atentos ao seu momento e garantido um cuidado de qualidade.

Sendo assim, estima-se que estas oficinas sejam um instrumento que possa ser multiplicado para outros profissionais de saúde, de diferentes localidades, favorecendo um número significativo de puérperas melhor assistidas. Em resumo, almeja-se melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertado às puérperas.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de oficinas de capacitação para os profissionais de saúde da Atenção Primária, visa melhorias no acompanhamento puerperal e mostra-se uma estratégia apropriada, uma vez que provoca nos profissionais de saúde reflexões sobre a realidade vivenciada pelas puérperas, favorecendo a discussão sobre os desafios e a elaboração de medidas que visem melhorias no serviço e na qualidade do atendimento.

Além disso, as oficinas oferecem a oportunidade dos profissionais estreitarem seus laços, pois oferecem um ambiente de discussão, troca de experiências, reflexões, atualização, que somados as dinâmicas realizadas, trazem momentos de interação e um novo olhar para diferentes situações, que dificilmente seria conseguido durante a rotina de trabalho diária.

Nesse sentido, espera-se que este produto possa despertar o interesse dos profissionais de saúde, em busca de atualização profissional continuada, a fim de alcançar um impacto positivo na qualidade do serviço ofertado à mulher/puérpera, pautado no atendimento

humanizado, individualizado, integral, com escuta qualificada e um olhar ampliado para um acompanhamento puerperal de qualidade.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Artesã Editora. 3ª edição. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [Recurso eletrônico]/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

FREDIANI, V. D.; ANDRADE, C. A assistência integral e humanizada de enfermagem no puerpério imediato. **Ciências da Saúde**. [S.l.], v. 27, ed. 127, Out. 2023. Disponível em: <<https://revistaft.com.br/a-assistencia-integral-e-humanizada-de-enfermagem-no-puerperio-imediato/>>. Acesso em: out. 2023.

LEITE, M. D. S., *et al.* Sentimentos maternos durante o puerpério: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 1, e2011123206, 2022. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.23206> >. Acesso em: jun. 2023.

LIMA, E. T. A. **Acolhimento na organização do trabalho**: oficinas pedagógicas para estruturação em uma equipe de saúde da família. Produto técnico apresentado ao programa de pós-graduação em saúde da família – Profsaúde, vinculado à faculdade de medicina da Universidade Federal de Alagoas. 2022.

MEIRELLES, L. X.; ALEVATO, I. A. S. C.; ANTÔNIO, R. C. S. Os sentimentos vivenciados pelas puérperas no pós-parto: contribuições para o cuidado de enfermagem. **R. Científica UBM - Barra Mansa (RJ)**, v. 24, n. 47, p.71-88, 2. Sem. 2022. ISSN 2764-5185. Disponível em: <DOI: <https://doi.org/10.52397/rcubm.v24i47.1330>>. Acesso em: jun. 2023.

OLIVINDO, D. D. F., *et al.* Assistência de enfermagem a mulher em período puerperal: uma revisão integrativa. **Research, Society and development**, [S.l.], v. 10, n. 14, p. 1-10, 2021.

RODRIGUES, K. J. M. Oficinas pedagógicas para implantação do acolhimento à demanda espontânea em uma equipe de saúde da família de uma capital da Amazônia Ocidental / Karley Rodrigues. -- **Dissertação** (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, RO, 2019.

RODRIGUES, K. J. M.; MOREIRA, K. F. A.; RODRIGUES, D. E. F., *et al.* O acolhimento em uma Equipe de Saúde da Família em Porto Velho – RO: oficinas pedagógicas para sua implantação. In: MOREIRA, K. F. A.; CASTRO, R. F.; FARIAS, E. S. (Orgs.). **Estratégia de saúde da família: educação e produção de conhecimento para a atenção primária à saúde no Estado de Rondônia**. Rio Branco: Stricto Sensu, 2020.

SCHIAVO, R. A. **Saúde mental na gestação**: ansiedade, estresse e depressão [recurso eletrônico]/ Rafaela de Almeida Schiavo. Agudos: MaterOnline, 2018. Modo de acesso: <http://materonline.com.br/ebook>.

# Capítulo 10

## CARTOGRAFIA SOCIAL E EDUCAÇÃO POPULAR: MAPEANDO CUIDADO E PROMOVENDO SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Emmanuelle Maria da Costa Santos

Ricardo Fontes Macedo

Luciana Rúbia Pereira Rodrigues

Flávia Nazareth Freitas Pimentel

Priscila Santos Vieira

Claudia Cristina Rolim da Silva

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-10

### 1. INTRODUÇÃO

A experiência aqui relatada foi desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL), no contexto da disciplina de Promoção da Saúde. A ação teve como cenário a Unidade Básica de Saúde (UBS) Teotônio Vilela, situada no município de Arapiraca, Alagoas. Essa UBS é composta por uma equipe de Saúde da Família (ESF), com atuação em um território dividido em sete microáreas, abrangendo uma população de aproximadamente 3.597 cidadãos ativos.

A proposta teve como objetivo utilizar a cartografia social, aliada aos princípios da Educação Popular em Saúde (EPS), para mapear os pontos de cuidado presentes no território e, a partir desse processo, construir coletivamente uma proposta de intervenção voltada à promoção da saúde local. O mapeamento foi conduzido de forma participativa, envolvendo tanto a equipe de saúde da UBS quanto representantes da comunidade, buscando identificar as chamadas “redes vivas” do território — espaços, atores, relações e práticas que atuam direta ou indiretamente na produção do cuidado.

Nesse contexto, a cartografia social se apresenta como uma estratégia eficaz para revelar os diferentes espaços, atores e práticas relacionadas ao cuidado em saúde, considerando o cotidiano dos territórios onde a população vive e atua. Esse olhar ampliado sobre o cuidado permite reconhecer a complexidade do tecido social e as estratégias informais que, muitas vezes, sustentam a saúde coletiva local.

Conforme discutido por Merhy *et al.* (2014), as chamadas redes vivas correspondem a formas de organização social que emergem das interações cotidianas, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade. Caracterizam-se por sua fluidez, diversidade e constante renovação, estando inseridas em diferentes esferas da vida — como a cultura, a economia, os afetos e as relações sociais. Essas redes seguem lógicas próprias, muitas vezes não reconhecidas pelas estruturas formais dos serviços, o que contribui para a invisibilidade dos saberes e práticas dos usuários, frequentemente reduzidos a papéis passivos no processo de cuidado.

Diante disso, torna-se essencial valorizar as expressões do cotidiano comunitário e fomentar momentos de escuta e construção conjunta do cuidado, por meio de ações articuladas entre diferentes áreas profissionais e setores públicos. Nesse processo, a Educação Popular em Saúde desempenha papel central na dinamização e fortalecimento das redes locais de cuidado, estimulando o protagonismo social, o engajamento comunitário e a construção da autonomia coletiva. Como destaca Vasconcelos (2007), trata-se de um caminho que potencializa o poder de decisão das populações sobre suas vidas e cuidados.

A partir da elaboração da cartografia do território da UBS Teotônio Vilela, foi possível identificar e visibilizar essas redes vivas em atuação, revelando um campo fértil para a promoção da saúde, construído a partir dos vínculos, saberes e práticas existentes no cotidiano da população local.

## 2. MÉTODO

A metodologia adotada foi a partir de um enfoque participativo, organizada em três etapas principais: construção da cartografia social, planejamento da proposta de intervenção e da sua execução.

### 2.1. CONSTRUÇÃO DA CARTOGRAFIA SOCIAL

A primeira etapa da atividade consistiu na construção participativa da cartografia social do território, com o propósito de identificar pontos e redes de cuidado presentes na área de abrangência da UBS. O processo teve início com a elaboração de um roteiro de escuta, estruturado a partir de perguntas disparadoras como: *Quais grupos de cuidado existem na ESF; Com que frequência ocorrem; Quais profissionais os conduzem; Considerando a realidade social, cultural e epidemiológica do território, que grupos seriam relevantes; Quais os principais obstáculos para seu desenvolvimento; Há outras iniciativas ou ações voltadas ao cuidado e à promoção da saúde no território.* Esse roteiro foi aplicado durante uma reunião previamente agendada com a equipe da unidade, realizada em 2 de abril de 2025, contando com a



participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da enfermeira, do médico, da gerente da unidade e de dois usuários.

O encontro teve como foco estimular o diálogo sobre os grupos existentes, seus responsáveis, periodicidade e dificuldades enfrentadas. Também buscou-se levantar percepções sobre a necessidade de novos grupos, considerando o contexto epidemiológico e sociocultural da população atendida. Durante a escuta, a equipe destacou limitações estruturais significativas, como a precariedade do imóvel alugado, que apresenta espaços físicos insuficientes para a realização de atividades coletivas.

Ao longo da escuta ativa com a equipe e os usuários da unidade, foi possível identificar experiências significativas de cuidado desenvolvidas no território, denominadas redes vivas, como o Centro de Cultura Afro-Brasileira Dandalunda, grupos de atividade física independentes no “Bosque das Arapiracas”, uma associação de capoeira, um grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) e outros coletivos com atuação relevante no campo da promoção da saúde. A cartografia social permitiu visualizar a articulação dessas redes com a vida cotidiana da população, representando um campo fértil para a construção de ações intersetoriais de cuidado.

**Figura 1** – Redes Vivas do Território identificadas



Fonte: Produção da autora (2025).

## 2.2. APRESENTAÇÃO À EQUIPE E PLANEJAMENTO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A segunda etapa correspondeu à devolutiva da cartografia social para a equipe da UBS e à construção coletiva da proposta de intervenção. Esta ação ocorreu em 16 de abril de 2025, durante a Reunião Administrativa da Unidade, da qual participaram 19 profissionais de saúde. A apresentação foi realizada com uma abordagem dialógica e participativa. O objetivo foi socializar os achados da cartografia e mobilizar os profissionais para o planejamento da oficina de promoção da saúde.

Durante o encontro, discutiram-se as possibilidades e limitações do território e da unidade para a realização de atividades educativas. Diante disso, deliberou-se pela utilização do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) como espaço para a realização da oficina, considerando sua maior estrutura e acessibilidade. Também foi definido o envolvimento de parcerias com o CRAS do território e com a coordenação da Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

**Figura 2** – Apresentação da Cartografia Social do Território à Equipe



Fonte: Elaboração da autora (2025).

Ficou sob a responsabilidade da mestrandia a sistematização da proposta final da intervenção, o agendamento de nova reunião com a equipe para validação do plano de ação e a articulação com os atores institucionais necessários à sua realização.

A referida reunião ocorreu no dia 13 de maio de 2025 com o intuito de validar e ajustar os detalhes da proposta de intervenção prevista para o dia 21 de maio, com a participação da equipe da ESF (gerente, enfermeira, médica, dentista), estudantes de medicina, ACS e técnicos administrativos. Na ocasião, foram entregues convites personalizados para serem distribuídos

individualmente aos usuários, como estratégia de mobilização. Também foram definidas outras ações de divulgação, como Salas de Espera, envio de mensagens em grupos de *WhatsApp* dos ACS e publicações no Instagram da UBS. Por fim, a programação da Oficina foi construída de forma coletiva, integrando diferentes ideias e sugestões da equipe.

### 2.3. EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO

A terceira etapa consistiu na execução da Oficina de Promoção da Saúde intitulada “Cuidar Juntos”, realizada na tarde do dia 21 de maio de 2025, no CRAS Eva Pessoa. A atividade teve como objetivo promover a construção coletiva de estratégias de cuidado e prevenção de doenças crônicas, especialmente voltadas para o público idoso, hipertenso e diabético, a partir de metodologias participativas e dialogadas.

A oficina contou com a presença de 39 participantes da comunidade. A recepção foi organizada de forma acolhedora, com disposição em círculo e ambientação facilitadora da interação. A atividade iniciou com uma dinâmica de apresentação simbólica, a qual foi conduzida de forma leve, onde os participantes se apresentaram a partir da identificação com um animal. Suas falas foram registradas em tarjetas e utilizadas para compor um mural, fortalecendo o sentimento de pertencimento. Na sequência, realizou-se uma roda de conversa a partir da pergunta norteadora: “O que é cuidado para você?”. As falas dos participantes foram registradas em tarjetas pela equipe de facilitadores, que também ficou responsável por organizar as contribuições em categorias temáticas. Como resultado, foi construído um mural coletivo que expressou as diferentes percepções sobre o cuidado, valorizando a escuta e a diversidade de sentidos atribuídos pelos participantes. Em seguida, profissionais da UBS realizaram falas educativas sobre alimentação saudável, saúde mental, uso de medicamentos e prevenção de doenças crônicas.

**Figura 3 – Oficina “Cuidar Juntos”**



Fonte: elaboração da autora (2025).

Posteriormente, realizou-se uma vivência com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), com destaque para o uso de chás medicinais e técnicas de automassagem. A oficina também incluiu uma atividade de exercícios físicos conduzidos por profissional de Educação Física, seguida de avaliação participativa com o instrumento “Semáforo do Conhecimento”. Ao final, foi oferecido um lanche saudável e reforçada a importância da continuidade da ação em parceria com o CRAS, com previsão de nova atividade no mês seguinte.

**Figura 4 – Oficina “Cuidar Juntos”**



Fonte: elaboração da autora (2025).

### 3. RESULTADOS

Nessa configuração territorial, foi possível identificar a presença de Redes Vivas, tanto nas ações de saúde promovidas pela UBS Teotônio Vilela quanto nas iniciativas autônomas da própria comunidade. Essas expressões revelam criatividade, resistência, solidariedade e a capacidade de produzir cuidado de forma coletiva e em rede. Como destacam Feichas,



Schweickardt e Ferla (2020), reconhecer e dialogar com essas redes é essencial para fortalecer as ações da UBS, pois elas operam como dispositivos vivos de cuidado e mobilização social. Diante desse cenário, tornou-se essencial fortalecer essas conexões e reconhecer os múltiplos sujeitos do cuidado, potencializando-o como uma prática compartilhada, transformadora e enraizada no território.

A proposta desenvolvida resultou na realização de oficinas participativas voltadas à promoção da qualidade de vida, utilizando metodologias ativas e diálogo entre saberes; na criação de um grupo fixo de cuidado na UBS, com foco na prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e no incentivo ao autocuidado; e na valorização das redes vivas locais, integrando saberes populares, práticas tradicionais e ações institucionais.

Esses resultados estão em consonância com Mendonça e Nunes (2014), que evidenciam em seus estudos que atividades participativas em grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas contribuem significativamente para a autonomia dos sujeitos, favorecendo a troca de experiências e o fortalecimento de vínculos entre os participantes e os profissionais de saúde.

Nesse sentido, ao promover a integração entre os pontos de cuidado mapeados, os saberes da comunidade e as práticas de saúde da equipe da ESF, a intervenção reafirma o valor dos grupos como espaços potentes de cuidado compartilhado, conforme discutido por Mendonça e Nunes (2014). A experiência demonstrou que é possível construir estratégias educativas mais eficazes, sensíveis às especificidades territoriais e comprometidas com a produção de saúde como um bem comum.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência desenvolvida na UBS Teotônio Vilela, no município de Arapiraca (AL), permitiu alcançar os objetivos propostos ao longo do processo formativo, em especial no contexto da disciplina de Promoção da Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL). A partir da construção participativa da cartografia social, foi possível identificar pontos de cuidado formais e informais, valorizando as redes vivas que atuam no território e que muitas vezes permanecem invisibilizadas pelas lógicas tradicionais dos serviços de saúde.

O processo evidenciou o potencial das metodologias participativas e do diálogo com os saberes populares como caminhos efetivos para fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, favorecendo a corresponsabilidade no cuidado e a autonomia dos sujeitos. A escuta qualificada e o envolvimento ativo da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF),

somados ao engajamento da comunidade, demonstraram que o cuidado em saúde se fortalece quando sustentado por relações horizontais, respeito mútuo e reconhecimento das potências do território.

A realização da oficina “Cuidar Juntos” constituiu-se como um marco na mobilização comunitária em torno da promoção da saúde, especialmente entre os grupos prioritários para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como idosos, hipertensos e diabéticos. A criação de um grupo fixo de cuidado na UBS, o incentivo ao autocuidado e a articulação com o CRAS e com iniciativas comunitárias consolidaram uma proposta de intervenção viável, sustentável e integrada ao cotidiano local, produzindo avanços importantes.

Além disso, os resultados da experiência apontam para a importância da Educação Popular em Saúde como estratégia de fortalecimento da autonomia, da escuta e da participação social. Nesse sentido, o projeto demonstrou que é possível construir intervenções efetivas mesmo diante de limitações estruturais, quando se aposta na criatividade, no diálogo e na articulação intersetorial como fundamentos do trabalho em saúde.

Por fim, a continuidade do grupo e o planejamento de novas ações sinalizam a potência do trabalho coletivo e a relevância da abordagem territorial no fortalecimento do SUS.

## REFERÊNCIAS

FEICHAS, N. M. L. C.; SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190629, 2020.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 200-204, jun. 2014.

MERHY, E. E. *et al.* Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

# Capítulo 11

## CUIDAR DE SI E DO OUTRO: SABERES POPULARES E SAÚDE NO TERRITÓRIO

Rejaneide Ferreira da Silva

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-11

### 1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, orientada pelos princípios da Educação Popular, busca fortalecer o protagonismo social e valorizar os saberes e práticas populares como componentes essenciais do cuidado em saúde. No território, tais práticas emergem como expressões legítimas e fundamentais, carecendo de reconhecimento e potencialização pelas ações institucionais. Conforme Lima, Silva e Tesser (2014), as práticas integrativas e complementares, quando articuladas à promoção da saúde, “valorizam o conhecimento popular, a autonomia dos sujeitos e a integralidade do cuidado” (Lima; Silva; Tesser, 2014, p. 356). Esta perspectiva reforça a necessidade de construir espaços de diálogo horizontal, nos quais conhecimentos científicos e populares se entrelaçam, promovendo o fortalecimento dos vínculos comunitários e a ampliação da autonomia dos indivíduos e coletivos.

Deste modo, a proposta das Rodas de Conversa visa estimular a troca de saberes, fomentar a construção coletiva de estratégias de cuidado e mobilizar socialmente para a promoção da saúde, respeitando a diversidade cultural e a singularidade do território. Ademais, essa iniciativa contribuirá diretamente para o fortalecimento e efetivação do processo de implantação do matriciamento em saúde mental, aproximando a rede de atenção básica dos serviços especializados, promovendo uma prática compartilhada e integradora do cuidado.

### 2. MÉTODO

A metodologia será pautada na realização de Rodas de Conversa, fundamentadas nos princípios da Educação Popular em Saúde. Essas rodas constituirão espaços de diálogo horizontal, promovendo a valorização dos saberes e experiências locais, bem como a construção coletiva de propostas que fortaleçam a saúde no território. Cada encontro será

estruturado com momentos de acolhida, dinâmica de integração, debate temático e fechamento, priorizando a construção coletiva de propostas.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta foi organizada em três encontros principais, cada um com um objetivo específico: o primeiro destinado ao levantamento dos saberes e das necessidades em saúde da comunidade; o segundo para a troca de experiências sobre práticas de autocuidado e cuidado coletivo; e o terceiro dedicado à construção de propostas comunitárias para a promoção da saúde. Foram utilizadas dinâmicas participativas para favorecer o envolvimento dos participantes: a dinâmica “Tecendo Saberes”, que conecta simbolicamente os participantes por meio de fios de lã; a “Mala de Experiências”, que promove a partilha de saberes e vivências; e a “Sementes do Futuro”, que estimula a criação coletiva de propostas, formando um “jardim de ações” para o fortalecimento do cuidado no território. As atividades aconteceram no Instituto Amor ao Próximo e no CAPS AD, sempre às terças-feiras, às 9h, com possibilidade de ajustes conforme as demandas locais. Foram utilizados recursos acessíveis como cadeiras dispostas em círculo, materiais gráficos, músicas acolhedoras, lanche comunitário e registros fotográficos autorizados. A mobilização foi realizada por meio de convites ativos, divulgação nos espaços institucionais e articulação com a rede de assistência social e saúde. O protagonismo dos usuários foi incentivado, promovendo ampla participação. A ação contou com a corresponsabilidade da equipe do CAPS AD, estagiárias de Serviço Social, profissionais da rede e lideranças comunitárias, com a participação ativa de usuários, familiares e membros da comunidade do Conjunto Jarbas.

### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das Rodas de Conversa, ancoradas na perspectiva da Educação Popular em Saúde, configura-se como uma estratégia potente para impulsionar a promoção da saúde no território. Tal ação fortalece o protagonismo comunitário e fomenta a construção compartilhada do cuidado. Ao valorizar os saberes locais e estimular o diálogo horizontal entre profissionais e usuários, esta proposta contribui significativamente para a criação de vínculos solidários e para o reconhecimento das necessidades e potencialidades do território. Ademais, a metodologia adotada favorece a consolidação do matriciamento em saúde mental, promovendo a aproximação entre a Atenção Básica e os serviços especializados, e potencializando uma prática de cuidado integrada, corresponsável e humanizada. Com essas ações, busca-se não apenas a melhoria das condições de saúde da comunidade, mas também a



promoção da transformação social, pautada na autonomia e na valorização do direito à saúde como uma conquista coletiva.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

LIMA, L. F.; SILVA, J. M.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares como elementos de promoção da saúde: uma reflexão sobre a importância dos saberes populares no cuidado. **Revista Brasileira de Terapias Complementares**, v. 2, n. 1, p. 355-368, 2014.

LIMA, L. F.; SILVA, J. M.; TESSER, C. D. Educação Popular em Saúde: uma abordagem de valorização dos saberes locais e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 45-58, 2012.

MARTINS, P. A. Saberes populares e sua relação com os cuidados de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 421-430, 2009.

SEKINE, L. M.; GOMES, R. A.; CORREIA, M. S. A Educação Popular em Saúde como estratégia para a construção do cuidado integral. **Revista da Associação Paulista de Medicina**, v. 54, n. 1, p. 22-27, 2010.

# Capítulo 12

## ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA COMO ORDENADORA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Simone Maria da Fonseca Vasconcelos  
Josineide Francisco Sampaio  
Priscila Nunes de Vasconcelos

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-12

### 1. INTRODUÇÃO

A efetividade das ações em Saúde Pública está diretamente relacionada a um planejamento estratégico eficaz, que considere o contexto socio sanitário em que o território e sua comunidade está inserido (Oliveira *et al.*, 2020).

Nesse sentido, e buscando assegurar na prática os preceitos e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário que se conheça o território de atuação e consequente Determinantes Sociais de Saúde (DSS) para entender as problemáticas da comunidade adscrita que interferem no processo saúde-doença. Desconsiderar estas especificidades é aumentar as chances de incorrer em erro metodológico que pode resultar no planejamento de ações malsucedidas (Trad, 2014).

No processo de territorialização, a escuta ativa da comunidade representa uma ferramenta importante para conhecer as necessidades, anseios e demandas da população, e a Estimativa Rápida Participativa (ERP) constitui um potente instrumento de abordagem comunitária, favorecendo a composição de um processo decisório pautado nos modelos de gestão compartilhada e cogestão (Brasil, 2010).

Para aproximar os profissionais de saúde da realidade do território, aprofundando seu conhecimento sobre as particularidades locais e subsidiar o planejamento de ações em saúde mais resolutivas, a ERP foi aplicada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de uma capital nordestina, atuando como operacionalizador do processo de territorialização e ordenador do serviço assistencial (Boitrage *et al.*, 2024).

No contexto da Saúde Pública, pode-se afirmar que o Planejamento Estratégico em Saúde (PES) funciona como orientador de decisões, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) através da ampliação dos serviços e redução das desigualdades, baseando-se nos princípios norteadores do SUS como a universalidade, integralidade e equidade, potencializando assim a efetividade das ações em saúde de acordo com as necessidades da população (OPAS, 2009).

O PES configura-se como um processo contínuo e participativo, fundamentado na análise de problemas e definição de prioridades, com vistas a aprimorar a capacidade de resposta do sistema (Giovannella *et al.*, 2020). Desse modo, destaca-se a importância da realização de um diagnóstico situacional prévio, considerando o contexto sócio sanitário e atentando a fatores como: Territorialização, Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e escuta ativa da população.

A territorialização, de acordo com o Plano Distrital de Saúde do Distrito Federal (2020-2023), é definido como um processo estratégico organizacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e APS do SUS, que possibilita identificar as prioridades e definir ações e serviços de saúde com base nas especificidades de cada território, sendo essencial para o mapeamento das necessidades de saúde (permitindo a identificação de vulnerabilidades e prioridades particulares de cada local), planejamento de ações integradas e mais eficazes (propiciando articular diferentes níveis de atenção à saúde) e o fortalecimento da APS (garantindo que o cuidado seja prestado de forma equitativa e acessível à população, reduzindo as desigualdades em saúde).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), através da sua Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde define os DSS como sendo: “As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde” (WHO, 2008), sustentando que o processo saúde-doença não depende apenas de fatores biológicos ou individuais, sendo influenciados diretamente por fatores externos como os sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais.

Considerando os elementos acima indicados a serem observados na análise das condições de saúde de determinada população e planejamento de promoção de saúde, a Estimativa Rápida Participativa (ERP) constitui uma ferramenta potente de coleta e análise de dados com participação ativa da comunidade e dos profissionais de saúde, auxiliando a elaboração de um diagnóstico situacional rápido e eficiente, contextualizada com o território (OPAS, 2009). E, ao ser realizada a partir da escuta qualificada dos sujeitos elencados anteriormente, a ERP fornece dados importantes para a tomada de decisão, sendo capaz de

gerar equidade e aproximar profissionais e comunidade, permite a identificação dos problemas prioritários, recursos e demandas específicas do território, servindo de apoio no processo decisório.

Neste sentido, o processo decisório compartilhado traduz-se em um modelo de tomada de decisão que se dispõe a quebra do modelo hegemônico e verticalizado, na medida que possibilita a participação ativa dos profissionais de saúde e comunidade, onde a corresponsabilização dos atores envolvidos promove a construção de vínculos, autonomia e protagonismo na atenção e na gestão em saúde (Brasil, 2010), valorizando assim a participação coletiva e colaborativa, garantindo que as ações planejadas estejam mais alinhadas às necessidades de um determinado grupo populacional.

Diante do exposto, tem-se como objetivo discorrer sobre a utilização da Estimativa Rápida Participativa (ERP) no planejamento de ações de promoção de saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF), para atender as demandas identificadas no Diagnóstico Situacional realizado durante o desenvolvimento das atividades disciplinares do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL).

## 2. MÉTODO

Trata-se de um trabalho descritivo do tipo relato de experiência, cujo objetivo é observar, descrever e documentar diferentes aspectos de uma situação (Pereira *et al.*, 2025). Versa sobre a utilização da ERP em uma USF, realizado no período de outubro a dezembro de 2022, através da coleta de dados primários, obtidos a partir da observação e aplicação de entrevistas com informantes-chave e dados extraídos dos Sistemas de Informação PEC/e-SUS.

O primeiro passo foi a realização da territorialização, com reconhecimento da área, condições socio sanitárias e dispositivos sociais com potencialidade para realização de parcerias.

A ERP foi a estratégia apresentada e escolhida pela Equipe para operacionalizar o processo de territorialização, visto que permite uma maior aproximação com a realidade local, aprofundando o conhecimento das necessidades específicas da comunidade, nós críticos e potencialidades do serviço, do ponto de vista dos usuários, subsidiando o planejamento de ações interventivas que busquem minimizar as problemáticas identificadas (Giovannella *et al.*, 2020).

Para a ERP utilizou-se a aplicação de entrevistas com base em questionário semiestruturado, com perguntas abertas, a fim de servir como orientador e estimular o diálogo espontâneo com uma maior produção de sentidos e riqueza de informações (Maia, 2020). O

questionário continha questões sobre o perfil do entrevistado (idade, sexo, grau de instrução, estado civil, profissão, tempo que reside na comunidade e papel que desempenha na mesma); Perguntas sobre o território (como surgiu a comunidade, principais conquistas e problemas percebidos, existência de grupos organizados etc.) e questões acerca das principais causas de morbimortalidade da população nas diferentes fases da vida, o que contribui para ocorrência e como a comunidade poderia se articular para modificar o cenário.

No tocantes aos serviços de saúde, foi questionado qual o principal local procurado pela população quando adoecem, que serviços de saúde são ofertados na comunidade, a percepção da comunidade acerca da assistência recebida na USF, dificuldade de acesso serviços e se consideram os mesmos resolutivos.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Rosane Collor, situada no Bairro do Clima Bom, pertencente ao 7º Distrito Sanitário (DS) de Maceió (AL), a qual é composta por 03 ESF. Para este estudo foi analisada a comunidade pertencente ao território adscrito da Equipe 029, responsável pela comunidade do bairro Colina 2, da qual a presente autora faz parte como odontóloga da Equipe e possui uma população de 4156 cadastrados.

O 7º DS é um dos mais populosos de Maceió (AL), localizado em área urbana, e marcado pela vulnerabilidade social. Nas regiões urbanas, as áreas localizadas na periferia apresentam características específicas advindas da vulnerabilidade social presente, tornando imprescindível que os profissionais de saúde que atuam neste território consigam perceber e se adaptar às problemáticas locais (Oliveira; Rego Neto; Silva-Junior, 2024).

Durante a territorialização foram identificados dispositivos sociais tais como: igrejas, associação de moradores e duas escolas particulares de pequeno porte. Nas imediações, território adscrito de outras ESF da USF, situa-se uma escola municipal e outra associação comunitária (maior e mais atuante).

#### 3.1. ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA

Os primeiros passos para realizar a ERP foi a identificação dos usuários com potencial para serem entrevistados como informantes-chaves.

Foram entrevistados moradores membros da pastoral da igreja católica, da associação da igreja evangélica, moradores mais antigos do bairro, usuários assíduos da USF e usuários que residem em localidades mais distantes da USF.

Durante a entrevista, a história da comunidade foi revisitada, constando que inicialmente não tinha calçamento, coleta de lixo ou mesmo saneamento. As grandes conquistas apontadas pela comunidade são recentes, pois datam de 2019, com a transferência da USF para o bairro Colina 2, momento em que essa comunidade finalmente conseguiu acesso ao SUS através da implantação da ESF. Meses depois a comunidade foi contemplada com saneamento básico e calçamento, o que facilitou muito o deslocamento e permitiu a coleta de lixo (3x na semana).

Porém, os moradores afirmam que a comunidade se apresenta apática, não buscando reivindicar seus direitos, e necessitando de uma associação mais representativa ou mesmo de um conselho gestor.

As causas de adoecimento apontadas na infância foram gripe e questões respiratórias, na adolescência a maior preocupação é com álcool e drogas (inclusive a maior causa de mortes na adolescência apontada foi por violência em decorrência ao uso dessas substâncias). Na idade adulta observa-se que, embora os entrevistados percebam um número alto de hipertensos e diabéticos, eles não conseguem entender como doença, a menos que esteja descompensado, e apontaram a maior causa de morte entre adultos os problemas cardíacos. Quanto aos idosos, informam que adoecem e morrem de “morte morrida”.

Os entrevistados relataram que a população adoecida procura, em primeiro lugar, a UPA (quando entendem como algo emergencial); em seguida da USF, se mostram satisfeitos com o atendimento e serviços ofertados, tendo as queixas concentradas na questão da referência, principalmente com relação a demora na marcação de exames.

Duas das entrevistadas que moram mais distantes da unidade relatam dificuldade de acesso, uma por ter um cadeirante na família, e o fato de que as lombadas terem sido construídas pelos próprios moradores dificulta a passagem da cadeira de rodas. A outra relata que ela não tem dificuldade, mas a mãe, domiciliada, deambula com dificuldade e, portanto, só consegue chegar a USF quando tem “dinheiro pro carro”. Esta última enalteceu o atendimento domiciliar que a mãe recebe pela ESF, e relata que morava em outro bairro onde, apesar de cadastrada na ESF, nunca recebeu atendimento domiciliar.

### 3.2. REUNIÃO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Após as entrevistas, o passo seguinte foi a reunião com a equipe multiprofissional, para entender a visão que a equipe tem, das demandas e nós críticos da comunidade e confrontar os achados obtidos através das entrevistas com os informantes-chave e os dados extraídos do PEC e-SUS.

O compartilhamento dessas informações por meio de reuniões de equipe se deu pelo entendimento que essas reuniões representam um espaço propício para discussões dos problemas e articulações de estratégias, devendo ser otimizadas de modo a permitir que todos os profissionais envolvidos possam expor e/ou contrapor suas opiniões (Valentim, 2008).

Participaram deste momento, além de todos os profissionais de saúde da equipe (composta por uma médica residente da UFAL, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, 1 odontóloga, 1 Auxiliar de Saúde Bucal e 6 Agentes Comunitários de Saúde), 2 estagiários de medicina da UFAL.

Nessa reunião, chegou-se ao consenso de três pontos-chave a serem priorizados:

**1. Atenção à Saúde do Idoso**, com foco nos dependentes (acamados e domiciliados):

Ao analisar a pirâmide etária da comunidade percebe-se o processo de envelhecimento populacional, que acontece em consonância com o cenário brasileiro. Na equipe 29, o total de idosos é de 462, ou seja, 11,11% da população, sendo destes 47 octogenários. Os idosos dependentes representam 7,57% da população de idosos do território (35 indivíduos), sendo importante ressaltar que todos os idosos dependentes da área apresentam alguma comorbidade associada (DIA, HA, cardiopatias, problemas respiratórios ou de ordem psíquica, além de perdas da função motora e/ou cognitiva).

**2. Saúde Mental:** Devido ao número preocupante de pacientes com transtornos psiquiátricos, desde ansiedade, depressão, ideação suicida e autolesão (estes últimos principalmente em adolescentes), até casos mais graves de esquizofrenia e paranoia, o que coincide com relatos trazidos pelos profissionais da Escola Zumbi dos Palmares, que embora não se localize no território, muitos alunos são moradores da comunidade estudada.

De acordo com dados do PEC, 126 pacientes são identificados como portadores de algum transtorno psíquico. Esses dados chamaram atenção da Equipe, pois até então os profissionais não se apercebiam da dimensão do impacto dos transtornos mentais para o cotidiano da comunidade, só sendo revelado mediante os discursos trazidos pelos usuários, destacando a importância da ERP e escuta comunitária para o reconhecimento da realidade local (Kleba *et al.*, 2015; Oliveira; Rego Neto; Silva-Junior, 2024).

**3. Combate e prevenção de danos com relação ao tabagismo, uso de álcool e drogas:** Apontados pela comunidade e, também percebidos pelos ACS da Equipe, principalmente em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, o que contribui

para aumento de violência na comunidade. Embora no PEC a quantidade desses fatores autorreferidos seja ínfima, é uma realidade vívida e que não pode ser negligenciada.

Nesta mesma reunião surgiram propostas de intervenções passíveis de resolutividade pela Equipe de Saúde da Família com apoio matricial da eMulti, culminando em ações voltadas a atender os 03 eixos temáticos destacados.

### 3.3. AÇÕES IMPLEMENTADAS

Com relação a atenção à saúde do idoso foi realizada a reorganização dos atendimentos domiciliares com vistas a ofertar um maior suporte aos idosos acamados e domiciliados além de apoiar seus cuidadores garantindo o acesso e diminuindo as iniquidades em saúde. Também foram elaboradas ações de Educação em Saúde relacionadas ao tema.

O eixo da Saúde Mental foi trabalhado a partir da Educação Permanente em Saúde (EPS) com a qualificação acerca do matriciamento ofertado por profissionais do CAPS-AB e formulação de Projeto Terapêutico Singular junto a usuários portadores de Esquizofrenia. A questão do combate ao suicídio e autolesão foi trabalhado a partir da EPS (a fim de qualificar os profissionais da USF quanto ao acolhimento e manejo desses usuários) e por ação no Programa Saúde na Escola, na Escola Municipal Zumbi dos Palmares (formação de grupo de adolescentes onde a temática foi tratada na intersetorialidade, em parceria na estabelecida entre ESF – Escola – eMulti, evidenciando o papel da ERP em promover a intersetorialidade, com a inclusão de outros setores do município (Kleba *et al.*, 2015).

Houve ainda a formação de um projeto intitulado Estimular (sob o comando da eMulti, a fim de melhorar o desenvolvimento cognitivo e motor das crianças com autismo e apoiar suas famílias), realizados nas instalações da associação de moradores Zumbi dos Palmares.

Por fim, o eixo do combate e prevenção de danos com relação ao tabagismo, uso de álcool e drogas foi contemplado a partir da criação de um grupo, tendo como público-alvo os usuários e seus familiares, e teve como mediadores os profissionais do CAPS-AB.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ERP mostrou ser eficaz para o processo de territorialização e análise situacional, subsidiando o planejamento estratégico de ações em saúde com maior potencial de resolutividade, voltadas para as necessidades específicas da comunidade.

A partir da aplicação da ERP, os profissionais de saúde se apropriaram das principais demandas da comunidade, considerando o contexto socio sanitário, permitindo perceber como



alguns problemas impactam na população, mesmo quando não vislumbrados a partir dos dados contidos nos sistemas de informação em saúde (tal qual a depressão e o abuso de álcool e drogas).

A ERP propiciou a participação ativa dos profissionais de saúde e comunidade, subsidiando o processo decisório compartilhado, aumentando o sentido de corresponsabilização e comprometimento, o que resultou em ações mais robustas, elaboradas na interprofissionalidade e intersetorialidade.

Fica evidente, portanto, a importância da ERP para o planejamento e organização do serviço, melhorando a qualidade da assistência ofertada pela ESF.

## REFERÊNCIAS

BOITRAGO, S. C. O. S.; SANTIAGO, M. C. F.; MARTINS, A. C. A.; PACHECO, J. P. R.; SANTOS, J. H. M. A territorialização no processo de planejamento: aspectos da atenção primária à saúde. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. e3495, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N3-131. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3495>. Acesso em: 23 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Política e Gestão em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

KLEBA, M. E.; DUARTE, T. de F.; ROMANINI, A.; CIGOGNINI, D. C.; ALTHAUS, I; R. Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. **Revista Grifos**, Chapecó, v. 24, n. 38-39, p. 159-177, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.22295/grifos.v24i38/39.3279>. Acesso em: 21 mai. 2025.

MAIA, A. C. B. **Questionário e entrevista na pesquisa qualitativa Elaboração, aplicação e análise de conteúdo**. São Paulo: Pedro e João, 2020.

OLIVEIRA, M. C. C.; OLIVEIRA, M. M. C.; PEREIRA, K. D.; OLIVEIRA, G. E.; COUTINHO, M. L. S. A.; MAIA, Y. M. S.; GONDIM, F. S. S.; BARBOSA, D. S. Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, Curitiba: p. 13578-13588, set./out. 2020.

OLIVEIRA, N. C. R.; REGO NETO, F. N.; SILVA-JÚNIOR, F. L. Explorando desafios sociais na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência com o uso da Estimativa Rápida Participativa. **Revista Portal Saúde e Sociedade**, v. 9, p. 11-17, 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Planejamento e avaliação em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Brasília: OPAS, 2009.

PEREIRA, E. L.; ESCOBAL, A. P. L.; PRATES, L. A.; PEDROSO, A. C. S.; PEREZ, R. V. NERY, M. E. P. Planejamento estratégico situacional como ferramenta para promoção da saúde do homem:

relato de experiência. **Rev rese, soc and dev**, Set. 2020; Disponível em: DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7821. Acesso em: 23 mai. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023**. Brasília: SES/DF, 2020. Disponível em: 2020\_06\_01\_PDS-2020-2023\_Aprovada\_CSDF\_v\_publicizada.pdf Acesso em: 21 mai. 2025.

TRAD, L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VALENTIM, M. L. P. (Org.). **Gestão da informação e do conhecimento no âmbito da Ciência da Informação**. São Paulo: Polis/Cultura Acadêmica, 2008.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Acesso em: 21 mai. 2025.

# Capítulo 13

## AÇÃO NA COMUNIDADE, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA: ULTRAPASSANDO OS MUROS, PROPORCIONANDO ACESSIBILIDADE E EQUIDADE

Vanessa Almeida do Nascimento  
Rosa Maria Laurindo Avelino  
Ianara Thayná Almeida Pinto  
Laura Maria Pereira de Araújo Cantarelli  
Aldacy Pepese Oliveira  
Luiz Carnaúba Lima Júnior

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-13

### 1. INTRODUÇÃO

A imparcialidade e a justiça no tratamento das pessoas reconhecendo suas demandas e atendimento adequado todos os serviços de saúde estão garantidos no princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei 8080/90, com intuito de reduzir as desigualdades e promover justiça social (Brasil, 1990).

O primeiro contato do indivíduo com esses serviços se dá na Atenção Primária à Saúde (APS), que deve estar disponível o mais próximo possível de onde ele vive e trabalha e ser resolutiva (Mendonça, 2021). Estudos apontam que uma APS forte beneficia a população ao estabelecer acessibilidade e cuidado das suas condições de saúde e doença reduzindo o risco de não serem tratadas (Soares, 2024).

Acessibilidade em saúde é um elemento crucial para garantir o direito à saúde de todos, especialmente os mais fragilizados. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo que vem aplicando uma abordagem eficaz, voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças, ao oferecer um cuidado integral e ao facilitar o acesso a serviço de qualidade integrando diferentes setores para atender às necessidades locais (Chávez, 2020).

As políticas de promoção da saúde, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Carta de Ottawa, enfatizam a importância de ambientes que favoreçam o bem-estar e a qualidade de vida (Organização Mundial da Saúde, 1986). Nesse sentido, a ESF oferece uma série de serviços para organizar APS em um modelo lógico de assistência, cuja as ações são

fundamentais para construir uma cultura que priorize conhecer a realidade local sob sua responsabilidade em contexto familiar e vida comunitária (Martins, 2024).

Ao realizar as ações de promoção à saúde, a ESF deve levar em consideração os fatores ambientais, sociopolíticos e socioeconômicos da comunidade estabelecida. Que além de grandes desafios, afetam a saúde e geram impactos na prestação dos serviços (Ferreira; Carvalho, 2021).

Vulnerabilidade e determinantes sócias estão estritamente ligados e externados no cotidiano do sujeito. Barreiras geográficas, disparidades culturais e socioeconômicas que perpetuam como a falta de informação e discriminação de determinados grupos sociais, transpassa o acesso aos serviços e a qualidade do atendimento. É preciso um projeto colaborativo para superar os obstáculos com a mobilização dos diversos atores envolvidos. (Reis *et al.*, 2024).

Acredita-se que a participação ativa e eficaz dos atores nas decisões relacionadas à saúde, empodera a comunidade e gera um impacto positivo no capital social e na construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo (Silva; Oliveira, 2020). No entanto, ainda existem muitos desafios na estrutura e na prática para a implementação bem sucedida. (Megan *et al.*, 2023)

Inovações tecnológicas como a implementação de teste rápido (TR) tem facilitado o diagnóstico precoce e preciso de doenças infecciosas, possibilitando o tratamento imediato e a quebra da cadeia de transmissão (Araújo; Souza, 2021).

Visitas domiciliares (VD), outro elemento ofertado pela ESF, possibilita o conhecimento do indivíduo e família incentivando o auto cuidado que favorece o encorajamento na mudança do estilo de vida e repercute em sua qualidade (Silva *et al.*, 2023).

A experiência acumulada nessa ação e o envolvimento dos estudantes é um exemplo do potencial transformador de ações inclusivas e integradas. As práticas bem sucedidas e o aprendizado construído nesse processo contribuem para a discussão sobre como melhorarmos a equidade em saúde para todos, com construção de comunidades mais saudáveis e acessíveis e suas carências com um olhar atento as suas particularidades.

Na perspectiva de Barbosa e Queiroz (2022), a integração entre ensino e serviço não apenas fortalece o conhecimento teórico, mas também fomenta o comprometimento dos estudantes com as realidades sociais que os cercam. Através da participação em experiências práticas, os alunos têm a oportunidade de aplicar seus conhecimentos em contextos reais, promovendo um aprendizado crítico e reflexivo, como reforça as Diretrizes Curriculares Nacionais (DNS). Ações que conectem a academia ao serviço ressaltam a relevância do

engajamento social e o impacto que as instituições de ensino podem ter na construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Teve como objetivo geral; Proporcionar acessibilidade e equidade aos serviços básicos de saúde em uma microárea com grande vulnerabilidade visando resolatividade da assistência. E Específicos: Levar serviços de saúde in loco em comunidade distante; Proporcionar ações para controle de doença e melhoria dos indicadores de saúde; Incentivar e promover ações de saúde integrando ensino serviço; Fortalecer o autocuidado e o usuário como coautor dos seus processos.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiências a partir de ações de promoção e prevenção de saúde, efetuadas pela equipe de saúde integrando alunos de graduação, em uma microárea de muita vulnerabilidade e difícil acesso, da ESF Reginaldo do município de Maceió-Alagoas, no período de março a novembro de 2024.

A microárea apresenta uma população predominantemente jovem, tendo as principais condições ou situações de saúde: o uso de álcool, fumo, outras drogas, hipertensão, problema de saúde mental, diabetes e hipertensão respectivamente. A raça/cor mais declarada foi a parda. Alguns moradores ainda residem em casas construídas com materiais reaproveitados e as precárias condições de vida e de saneamento básico são visíveis nesse território.

A ação foi elaborada baseada nas necessidades locais. Foram ofertados serviços básicos de vacinação, teste rápido, visitas domiciliares, encaminhamentos de demandas como exames e especialidades e procedimentos: aferição de pressão arterial, glicemia capilar e curativo. Além de palestras sobre as infecções sexualmente transmissíveis, cuidados com diabetes e hipertensão.

A execução aconteceu em uma casa ofertada por uma moradora como ponto de apoio, onde a população já previamente informada se deslocava para o local. Outro recurso foi o chamamento domiciliar no dia pela Agente Comunitária de Saúde. A prioridade para as visitas domiciliares foram os acamados e domiciliados de conhecimento da equipe onde foram ofertados assistência médica e de enfermagem.

O relato refere-se à ação de saúde em comunidade, sem necessidade de avaliação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme dispõe a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde pois não foram utilizadas informações de participantes, além das dos próprios autores. Para o relato foram utilizados os registros dos procedimentos e serviços ofertados, e as descrições e reflexões dos envolvidos no processo, sem a utilização de

informações nem coleta de dados de participantes, sendo objetos de reflexão as próprias ações dos envolvidos, que assim se posicionam como responsáveis pelas reflexões apresentadas, como pontos de vista advindos da experiência particular. Desse modo, os autores declaram não haver conflito de interesses por se tratar de oferta de serviços de saúde devidamente estabelecidas pelo SUS. Por fim, há uma limitação deste relato no fato de não ter sido desenvolvida nenhuma estratégia de avaliação sistemática da experiência a não ser a reflexão pessoal dos autores.

### 3. RESULTADOS

As atividades de intervenção foram realizadas em três momentos distintos ao longo do ano, com foco em ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, nos mesmos serviços.

O primeiro momento, ocorrido no mês de março, vacinadas 14 pessoas com 20 doses aplicadas de imunizantes para hepatite A, hepatite B, difteria e tétano (dT), DTP e HPV. Aplicados 19 testes rápidos de sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV em 8 homens e 11 mulheres, nestas dois resultados reagentes para sífilis e dado o devido encaminhamento para acompanhamento clínico. Dentre as 12 visitas domiciliares, 9 pessoas verificadas com pressão arterial igual ou superior a  $140 \times 90$  mmHg e 4 com glicemia capilar acima de 200 mg/dL.

Já o segundo momento no mês de maio, a vacinação em 48 pessoas totalizou 69 doses dos imunizantes dengue, febre amarela, tríplice viral, difteria e tétano (dT), hepatite A, hepatite B e influenza. 8 testes rápidos (1 homem e 7 mulheres) sem identificação de positividade. 15 visitas domiciliares com 2 casos de pressão arterial elevada ( $\geq 140 \times 90$  mmHg) e 1 de hiperglicemia (glicemia  $> 200$  mg/dL).

Em dezembro no terceiro momento, 17 vacinados com 19 doses aplicadas dentre elas dengue, difteria e tétano (dT), hepatite B, HPV e influenza. 5 testes rápidos (1 homem e 4 mulheres) todos não reagentes. 12 visitas domiciliares perpetuando os 2 casos de pressão arterial elevada e 1 de hiperglicemia.

No geral, além das 79 pessoas vacinadas com 108 doses dos imunizantes, ocorreram simultaneamente 15 avaliações da situação vacinal baseada na análise dos cartões apresentados sem necessidade de vacinação. Quanto aos testes rápidos, 32 pessoas atendidas, sendo 22 do sexo feminino com dois resultados reagente para sífilis, e 10 do sexo masculino. Visitas domiciliares totalizaram 39 com 13 níveis pressóricos elevados e 8 glicêmicos.

As visitas domiciliares impactaram na redução dos índices pressóricos de 78% e glicêmicos de 50%, sugerindo positivo das orientações e acompanhamentos realizados. A

presença da equipe na comunidade a aumentou a busca pela vacinação de 17,7% do total vacinados para 60,8% e 21,5% sucessivamente.

A vacinação é um dos pilares na promoção da saúde, e uma ferramenta eficazes na prevenção de doenças. Em populações vulneráveis campanhas realizadas pela ESF são essências para aumentar as coberturas vacinais. A integração de estudantes nesse processo não só fortalece a equipe de saúde, como propicia uma formação prática valiosa. (Farias, 2025).

Os testes rápidos na APS tem facilitado o diagnóstico precoce das IST como sífilis e HIV, por conseguinte o tratamento oportuno e a destruição da cadeia de transmissão. Em situações de difícil acesso é possível a aplicação em ambientes convidativo associado a desconstrução da estigmatização (Araújo; Souza, 2021).

A visita domiciliar é uma prática de cuidado da ESF essencial para identificar as necessidades específicas e particulares de cada indivíduo. Nele é possível prestar uma assistência voltada ao binômio sujeito e família, entendendo o ser como único. Esse contato estreita vínculos, facilita acesso, educação e empoderamento comunitário (Rocha *et al.*, 2024).

Além das intervenções técnicas, os estudantes atuaram na aferição de pressão arterial, testes de glicemia capilar e ativamente em todas as etapas, vivenciando diversas realidades. Essa imersão prática favoreceu o desenvolvimento de habilidades clínicas e sensibilidade social, fortalecendo a formação profissional a partir de uma abordagem integral e humanizada do cuidado em saúde.

## 4. DISCUSSÃO

A realização das ações ao longo do ano permitiu não apenas a oferta de serviços essenciais à comunidade, mas também a observação de impactos graduais nas condições de saúde da população atendida. A redução progressiva dos casos de hipertensão arterial e hiperglicemia verificada entre o primeiro e os demais momentos sugere que a presença contínua da equipe de saúde e o reforço das orientações educativas podem ter contribuído positivamente para o controle desses agravos.

A adesão expressiva da comunidade às ações de imunização, evidencia a importância de estratégias de vacinação extramuros para ampliar a cobertura vacinal, especialmente em populações de maior precariedade. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2023), as ações itinerantes de vacinação são fundamentais para atingir metas preconizadas pelos programas nacionais de imunização, sobretudo frente ao aumento da hesitação vacinal nos últimos anos.



A testagem rápida para sífilis, hepatites B e C e HIV se mostrou um componente relevante da intervenção. A detecção de dois casos reagentes para sífilis no primeiro momento demonstra a importância da triagem em contextos comunitários, permitindo a identificação precoce e o encaminhamento oportuno para tratamento. De acordo com a literatura, a ampliação da testagem em campo, por meio da Atenção Primária à Saúde, é essencial para o enfrentamento de infecções sexualmente transmissíveis (Petry; Padilha, 2021).

Outro aspecto relevante refere-se à realização das visitas domiciliares, que não apenas possibilitaram a aferição de parâmetros clínicos, mas também a escuta qualificada e a compreensão ampliada do contexto de vida das famílias. Como destaca Merhy (2020), o cuidado em saúde territorializado permite uma abordagem mais integral, reforçando o vínculo entre a equipe e a comunidade e proporcionando intervenções mais adequadas às necessidades reais dos usuários.

A participação dos estudantes ao longo da experiência proporcionou uma formação prática com base em situações reais de cuidado, contribuindo para o desenvolvimento de competências clínicas e relacionais. A vivência direta com a população, em seus diversos contextos, aproxima o discente da complexidade dos determinantes sociais da saúde, como recomenda a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009). Nesse sentido, a inserção dos futuros profissionais em cenários concretos amplia sua capacidade de análise crítica, resolução de problemas e atuação ética e humanizada.

Ainda que os resultados obtidos tenham sido positivos, reconhece-se que a natureza pontual das ações e a limitação de recursos são fatores que impactam a continuidade do cuidado. Ressalta-se, portanto, a importância de estratégias intersetoriais e da articulação entre ensino, serviço e comunidade para que experiências como esta tenham caráter contínuo e sustentável.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência evidenciou a relevância em executar ações extramuros, pautadas em uma atenção primária acessível e resolutiva, sensibilizada quanto a diversidade de fatores que impedem ou dificultam acessos e geram impactos significativos nos processos de saúde. Possibilitou não apenas o atendimento de demandas imediatas, mas também o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde, estudantes e comunidade que repercutirão em melhoria dos indicadores de saúde

Para os estudantes envolvidos, a vivência representou uma oportunidade enriquecedora de formação prática, permitindo o desenvolvimento de competências técnicas, humanas e

éticas em consonância com os princípios do SUS, as diretrizes da Educação Permanente em Saúde e das DCN. A imersão nesse contextos também favoreceu uma compreensão mais crítica das desigualdades sociais e da complexidade do cuidado em saúde.

Por fim, ações como esta devem ser incentivadas e institucionalizadas como parte das estratégias de articulação entre ensino, serviço e comunidade. A continuidade e o fortalecimento dessas experiências são essenciais para a construção de práticas de saúde mais acessíveis, resolutivas e humanizadas fortalecendo as políticas públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1075-1087, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TGfx48PRv5kJFVFjnDFS3h/?lang=pt>. Acesso em: 06 jun. 2025.

BARBOSA, E. S.; QUEIROZ, K. C. F. Articulação ensino-serviço nos processos de humanização em saúde. **Omnia Sapientiae**, Mossoró, RN, v. 2, n. 1, p. 86-96, 2022. Disponível em: <https://omniasapientiae.emnuvens.com.br/omnia/article/view/35>. Acesso em: 06 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 06 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/qualificacao-profissional-em-vigilancia-sanitaria/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.pdf/view>. Acesso em: 06 jun. 2025.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 06 jun. 2025.

CHÁVEZ, G. M. *et al.* Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20190331, 2020.

FARIAS, T. S. *et al.* Estratégias para combater epidemias e promover a imunização em populações vulneráveis. *Ciências da Saúde*, v. 29, ed. 143, 2025. Disponível em: <https://revistaft.com.br/estrategias-para-combater-epidemias-e-promover-a-imunizacao-em-populacoes-vulneraveis/#:~:text=A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20>

sa%C3%BAd%20tamb%C3%A9m%20deve, acesso%20%C3%A0s%20vacinas%20(Borborema%20et%20al.%2C%202023). Acesso em: 06 jun. 2025.

FERREIRA, M. E. R.; CARVALHO, M. A. S. Estudantes de medicina e visita domiciliar: um relato de experiência. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, v. 6. Fluxo contínuo, p. e02106030, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/11777>. Acesso em: 06 jun. 2025.

MARTINS, L. O. M. *et al.* Efficiency, planning and good management, determining factors for a greater equity on health care expenses: the experience from the program family health strategy in brazil. *Acta Bioethica*, v. 30, n. 1, 2024.

MEGAN, A. *et al.* Community participation and stakeholder engagement in determining health service coverage: A systematic review and framework synthesis to assess effectiveness. *J Glob Health*, 12;13:04034, 2023. DOI: 10.7189/jogh.13.04034. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10173679/>. Acesso em: 06 jun. 2025.

MENDONÇA, M. M. *et al.* Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1625-1636, 2021.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 70-83, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986, Ottawa. Genebra: OMS, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>. Acesso em: 06 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 06 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório técnico de imunização: Brasil, 2023. Brasília: OPAS, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275729786>. Acesso em: 06 jun. 2025.

PETRY, S.; PADILHA, M. I. Abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis em um Currículo de Graduação em Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, p. e20210019, 2021.

REIS, B. M. R. *et al.* Desafios e caminhos para a equidade em saúde na atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(8), e14473, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e14473.2024>. Acesso em: 06 jun. 2025.

ROCHA, L. H. H. *et al.* Characteristics of house calls in Brazil: analysis of PMAQ-AB external evaluation cycles. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 27, p. e240007, 2024.

SILVA, M. V. P. F. *et al.* Contribuições da assistência domiciliar na atenção primária à saúde. **Ciências da Saúde**, v. 27, ed. 123, Ciências Sociais, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8040710>. Acesso em: 06 jun. 2025.

SOARES, D. J. *et al.* Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. *Saúde em Debate*, v. 48, p. e8945, 2024.

SILVA, N. C. H. M. Reflections on equity and its applicability to the nursing work process. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v 73, n 3, p. e20190783, 2020.

# Capítulo 14

## FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NO MESTRADO PROFSAÚDE/UFAL

Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira  
Divanise Suruagy Correia

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-14

### 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como o cenário de orientação ao paciente, sendo um espaço para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, a formação profissional assume papel decisivo para qualificar o cuidado, fortalecer a integralidade das ações e ampliar a resolutividade dos serviços ofertados. Estudos recentes têm reforçado que a qualificação dos trabalhadores da APS exige abordagens que transcendam os modelos tradicionais, priorizando metodologias ativas, práticas colaborativas e dispositivos de educação permanente em saúde (EPS) como base estruturante do processo formativo (Figueiredo *et al.*, 2023; Ogata *et al.*, 2021).

A formação profissional orientada para a realidade do SUS implica, portanto, repensar os currículos, os dispositivos pedagógicos e as estratégias de desenvolvimento das competências clínicas, éticas, políticas e interprofissionais. Nesse sentido, a EPS emerge como política pública e ferramenta pedagógica essencial para o enfrentamento das complexidades que atravessam o cotidiano da APS (Peduzzi; Silva, 2011). Soma-se a isso a necessidade de promover uma formação que articule o saber técnico-científico à dimensão humana e territorial do cuidado, considerando as necessidades reais das populações atendidas.

A formação tradicional, centrada na transmissão de conteúdos e em práticas fragmentadas, tem se mostrado insuficiente para lidar com os desafios complexos e dinâmicos da APS. Por isso, a transformação dos processos formativos vem ganhando força com a incorporação da Educação Permanente em Saúde (EPS), que compreende a aprendizagem no trabalho, com base na problematização das práticas, na reflexão crítica e no protagonismo dos profissionais e coletivos de saúde (Medeiros *et al.*, 2021).

Ao mesmo tempo, cresce a valorização da educação interprofissional como caminho para formar profissionais capazes de colaborar entre si, com foco no usuário, rompendo com lógicas hierarquizadas e fragmentadas. Essa abordagem fortalece a articulação entre saberes, promove a corresponsabilidade nas decisões clínicas e amplia a capacidade de resposta às necessidades reais da população (Forte *et al.*, 2024). Além disso, evidencia-se a importância do vínculo entre a formação acadêmica e os cenários reais de prática, especialmente quando o processo formativo está inserido em programas de pós-graduação profissional, como o Mestrado em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Nesse contexto, a experiência apresentada neste capítulo foi construída a partir da trajetória de uma profissional da saúde durante sua formação no PROFSAÚDE da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). O mestrado, ao adotar uma metodologia orientada por projetos de intervenção nos serviços de saúde, proporcionou à discente o desenvolvimento de competências críticas, investigativas e propositivas voltadas para a qualificação da APS. Por meio de uma abordagem qualitativa e de base documental e reflexiva, buscou-se compreender como o percurso no mestrado contribuiu para ressignificar saberes e práticas profissionais, além de reforçar o compromisso com os princípios do SUS.

O presente relato tem como objetivo descrever a experiência de formação vivenciada no Mestrado Profissional em Saúde da Família, destacando os principais aprendizados, desafios e transformações percebidas na atuação profissional no âmbito da APS, a partir da articulação entre teoria, prática e política pública.

A relevância deste relato reside em mostrar como programas de pós-graduação *stricto sensu* voltados à realidade dos serviços podem potencializar transformações concretas na atuação profissional e na organização do cuidado em saúde. Ao evidenciar o impacto da formação interprofissional e da EPS na prática cotidiana da APS, espera-se contribuir para o debate sobre a formação crítica, ética e transformadora de profissionais da saúde no Brasil.

## 2. MÉTODO

O presente capítulo é um **relato de experiência** baseado na trajetória formativa vivenciada por uma das autoras durante sua formação no PROFSAÚDE da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), entre os anos de 2020 e 2022. A escolha dessa abordagem deve-se ao objetivo de compreender, em profundidade, os significados atribuídos às práticas formativas e seus impactos sobre o exercício profissional na Atenção Primária à Saúde (APS).

A proposta de Trabalho Acadêmico de Conclusão do Mestrado (TACM), seguiu uma metodologia inovadora, sendo estruturado como um **Projeto de Intervenção**, vinculado a uma problemática real do território de atuação profissional da discente. Essa estratégia possibilitou o alinhamento entre teoria e prática, ao propor soluções baseadas em evidências para desafios concretos da gestão do cuidado na APS. Para a elaboração deste relato, foram utilizados dois conjuntos principais de dados: 1) registros reflexivos construídos durante o processo formativo (diários de campo, portfólios, relatórios do projeto de intervenção); e, 2) análise documental do trabalho final de conclusão de curso. Esses documentos permitiram resgatar os principais marcos metodológicos e pedagógicos vivenciados, além de subsidiar a identificação dos resultados e aprendizados obtidos.

As metodologias adotadas durante o processo de formação no curso incluem o uso de **rodas de conversa, aulas dialogadas, oficinas interativas, trabalho em grupo interdisciplinar e aprendizagem baseada em problemas (ABP)**, além do acompanhamento constante dos docentes com orientação direta dos trabalhos. Tais estratégias contribuíram para a formação crítica, ética e colaborativa, ao mesmo tempo em que valorizaram os saberes locais e as práticas dos serviços de saúde. As ações foram desenvolvidas em articulação com os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), conforme preconiza a Política Nacional de EPS (Brasil, 2007), e inspiradas em pressupostos da pedagogia freireana, priorizando o protagonismo dos sujeitos.

Adicionalmente, o processo metodológico valorizou o uso de tecnologias educacionais, como ambientes virtuais de aprendizagem e fóruns interativos, possibilitando a construção coletiva do conhecimento, mesmo em tempos de restrição presencial durante a pandemia de COVID-19. Essa dimensão tecnológica contribuiu para o desenvolvimento de competências digitais, bem como para a continuidade dos vínculos formativos.

Em síntese, a metodologia empregada fundamenta-se na integração entre o trabalho, o ensino e a pesquisa, reconhecendo os trabalhadores como sujeitos ativos do processo formativo e os territórios como espaços privilegiados de aprendizagem transformadora.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. FORMAÇÃO PROFISSIONAL: TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A experiência vivenciada durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família revelou que a formação orientada por projetos de intervenção e baseada em metodologias ativas pode



representar um importante ponto de inflexão na trajetória de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). A proposta pedagógica do PROFSAÚDE, ao articular teoria, prática e contexto territorial, favoreceu uma profunda ressignificação do papel do trabalhador da saúde, resultando em mudanças concretas no modo de atuar e pensar o cuidado em saúde.

Um dos principais resultados observados foi o fortalecimento das **competências interprofissionais**, essenciais para a efetivação do trabalho em equipe na APS. Ao longo do processo formativo, a aluna passou a desenvolver habilidades como escuta ativa, planejamento coletivo de ações, compartilhamento de saberes e corresponsabilidade nas decisões clínicas. Isso está em consonância com estudos que apontam a **educação interprofissional como estratégica para superar a fragmentação das práticas de cuidado e fortalecer a integralidade no SUS** (Peduzzi; Orchard, 2015; Ogata *et al.*, 2021).

Além disso, o **projeto de intervenção desenvolvido pela discente** teve como foco a reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde no território, por meio da criação de espaços sistemáticos de educação permanente e revisão crítica dos fluxos de atendimento. A implementação de encontros mensais com os profissionais da unidade possibilitou o reconhecimento coletivo de fragilidades no cuidado e a elaboração de estratégias colaborativas para qualificação das ações, especialmente nas áreas de saúde mental e doenças crônicas. Essa experiência dialoga com a literatura que valoriza a **educação permanente como prática transformadora inserida nos cotidianos do trabalho e capaz de produzir mudanças estruturantes nos serviços** (Figueiredo *et al.*, 2023; Brasil, 2007).

Outro aspecto relevante foi a mudança percebida na postura da discente diante dos desafios do serviço. Ao adotar uma perspectiva crítica e reflexiva, ela passou a exercer maior protagonismo na construção das ações de saúde, contribuindo para a elaboração de projetos terapêuticos singulares, planejamento territorial e articulação com outros pontos da rede de atenção. A formação, nesse sentido, funcionou como **um dispositivo de fortalecimento da autonomia profissional e do compromisso ético-político com os princípios do SUS** (Freire Filho *et al.*, 2019).

Por fim, destaca-se a valorização da produção de conhecimento a partir da prática. O processo de elaboração da dissertação e o uso de ferramentas de pesquisa contribuíram para estimular a cultura da investigação no serviço e a apropriação de evidências científicas para embasar decisões clínicas e organizacionais. Isso reforça a importância de formar profissionais que **produzam ciência a partir dos problemas reais do território**, como preconiza a abordagem dos mestrados profissionais (Forte *et al.*, 2024).

Portanto, os resultados apresentados demonstram que o percurso formativo no PROFSAÚDE não apenas promoveu uma qualificação técnica da profissional, mas também gerou impactos concretos na organização do cuidado, nas relações interprofissionais e na cultura institucional do serviço, reafirmando o papel da APS como espaço estratégico para o fortalecimento do SUS.

**Figura 1** – Premiação UFAL de Dissertação e Tese no âmbito da pós-graduação em 2022 e 2023



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

### 3.2. Nota de Reconhecimento

A dissertação que originou este capítulo foi reconhecida com o 2º Prêmio UFAL de Dissertação e Tese, concedido pela Pró-Reitoria de Pós-graduação da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), na categoria Mestrado Profissional. Essa premiação representa o reconhecimento institucional da relevância científica, ética e social do trabalho desenvolvido no âmbito do PROFSAÚDE, reforçando a importância de pesquisas alinhadas às necessidades

do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária. O prêmio simboliza não apenas uma conquista pessoal e acadêmica, mas também a valorização da prática profissional comprometida com o cuidado qualificado e a transformação dos territórios.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL) demonstrou o potencial transformador de uma formação orientada pelas necessidades reais do SUS, ancorada em metodologias ativas e no compromisso ético-político com a Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo do processo formativo, foi possível perceber o fortalecimento de competências interprofissionais, a ampliação da autonomia técnica e crítica da profissional, e a consolidação de estratégias inovadoras para reorganizar o processo de trabalho em saúde.

A construção do projeto de intervenção representou não apenas um exercício acadêmico, mas uma ação concreta de enfrentamento dos desafios vividos no território, com impacto direto sobre o serviço e a população atendida. A sistematização dessa trajetória permitiu refletir sobre os caminhos possíveis para articular teoria e prática, produzir conhecimento a partir da experiência e impulsionar mudanças nos modos de cuidar, educar e gerir em saúde.

Os resultados obtidos confirmam a relevância dos mestrados profissionais como espaços formativos comprometidos com a transformação das práticas e com o fortalecimento da APS como base estruturante do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, as recomendações propostas sinalizam para a importância de uma constante qualificação da proposta pedagógica, da valorização da interprofissionalidade, do vínculo com os serviços e da cultura da educação permanente.

Conclui-se que o percurso formativo no PROFSAÚDE ampliou significativamente a capacidade de intervenção crítica da profissional sobre sua realidade de trabalho, reafirmando o papel do mestrado como estratégia potente para o aprimoramento do cuidado, da gestão e da formação em saúde no Brasil. Trata-se de uma experiência que reafirma a indissociabilidade entre educação, serviço e comunidade, pilares fundamentais para a consolidação de um SUS público, universal e de qualidade.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_educacao\\_permanente.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_educacao_permanente.pdf). Acesso em: 07 jun. 2025.

FIGUEIREDO, E. B. L.; SOUZA, Â. C.; ABRAHÃO, A. L. Educação permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 343–355, 2023.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sRPvgftL8KzJM7R8NsVsrnw/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

FORTE, F. D. S.; MEDEIROS, A. V.; TOASSI, R. F. C. Educação Interprofissional na Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: análise fenomenológica. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 139, p. 123–136, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gcNFpvd5PPsLK7C5HqN4qb/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G.; COSTA, M. V.; FORSTER, A. C. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 134–145, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8n8Vf9HXr4fZwJ8fHwrVDbg/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

MEDEIROS, A. C.; GOMES, L. B.; COSTA, M. V. Educação Permanente em Saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família: potencialidades e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, supl. 1, p. e210065, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/s7WvbBLBpPxhR7vFHKsnFQG/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

OGATA, M. N.; SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03723, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

PEDUZZI, M.; ORCHARD, C. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. esp2, p. 16–22, 2015.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5nLgyRMxrJfjRMTNSvD98VK/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

PEDUZZI, M.; SILVA, J. A. M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884–895, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7yYwDRVv7dYgGvKkhHM6cYr/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

# Capítulo 15

## INCLUSÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE ENSINO NOS SERVIÇOS DE UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL

Samuel Correia da Silva Morais  
Cristina Camelo de Azevedo  
Maria das Graças Monte Mello Taveira

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-15

### 1. INTRODUÇÃO

Os mestrados profissionalizantes apresentam como proposta a realização de um produto que deve dar resposta aos resultados das pesquisas realizadas como Trabalho de Conclusão do Mestrado (TCM). Neste capítulo apresentamos o relato de experiência que resultou da oficina da pesquisa (TCM) intitulada: Participação de agentes comunitários de saúde na graduação em Medicina, realizada na Unidade Docente Assistencial (UDA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

A Oficina de sensibilização ocorreu com gestores do ensino e do serviço, com os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) com a finalidade de discutir sobre as ações de ensino que envolvem os ACS e apresentar os resultados da pesquisa acima citada. O evento foi baseado no vácuo da integração entre ensino e serviço visualizado através da pesquisa desenvolvida na referida UDA, em 2022.

Foi evidenciado, durante a pesquisa, a ausência dos ACS em momentos que antecedem a ida dos estudantes de medicina à UDA/UFAL e à comunidade, sob a responsabilidade dessa Unidade, que possam servir como um planejamento ou uma preparação, por parte do curso, sobre o que é necessário ser observado e oferecido pelos ACS aos estudantes, a exemplo de cenários e situações de aprendizagem, dentre outras questões.

Sendo assim, a oficina teve um duplo objetivo:

(1) Apresentar o resultado da pesquisa intitulada já desenvolvida na UDA em 2022; e,

(2) Sensibilizar sobre a importância da inclusão dos ACS que recebem estudantes de medicina, em momentos em que planejem e discutam, junto com representantes do ensino, as necessidades da formação e as possibilidades da Unidade em atendê-las.

Para Falkenberg *et al.* (2014), o traço original da educação do séc. XXI é a inserção e posicionamento do indivíduo nos contextos social, político e ético-ideológico, pois a educação não é neutra; é engajada e não há idade para se educar. Para a formação em saúde, os espaços dos serviços de saúde são fundamentais para o desenvolvimento das capacidades profissionais do estudante aprendiz e do profissional estudante, posto que estes últimos também necessitem se atualizar, permanentemente.

No transcorrer dos estudos decorrentes da pesquisa empreendida, verificou-se a proximidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a população que assistem, percebendo a realidade vivida, suas dificuldades e necessidades de saúde, tornando-se, assim, um importante elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

Porém, foi identificada uma lacuna quando esses profissionais são convocados pela universidade para participar das ações que envolvem o estudante aprendiz. É possível preencher essa lacuna e incluir os ACS como parceiros do ensino na saúde? É possível definir junto com o ensino, o que é esperado dos ACS quando eles estão junto com os estudantes do curso de medicina em ações na comunidade?

Mesmo que ainda não esteja claro o papel do ACS nas práticas de ensino da UDA/UFAL, a literatura brasileira já reconhece, há algum tempo, que os profissionais de saúde que acompanham o estudante nos cenários de prática ajudam a construir o conhecimento e ações de saúde e é necessário que esses profissionais estejam preparados para executar atividades educacionais (Siqueira *et al.*, 2022). Também precisam, ainda, “serem reconhecidos no processo de formação profissional como preceptores do SUS no território.

A realização dessa oficina de sensibilização, em que se discutiu sobre a inclusão dos ACS na construção, esclarecimento e proposições de ações para o desenvolvimento do ensino nos serviços da UDA, pode contribuir para a melhoria da integração Ensino, Serviço e Comunidade.

A definição de realizar uma oficina de sensibilização como produto de intervenção desta pesquisa foi fruto da reflexão sobre como colaborar para a melhoria das rotinas de trabalho dos ACS e para inclusão destes na construção das ações para integração ensino e serviço no curso de Medicina.

Considerando que a efetivação da oficina seria autossustentável, tendo em vista que os atores envolvidos conhecem a dinâmica do serviço e teriam melhor condição de traçar



estratégias mais eficazes e adequadas à realidade vivida, planejando conjuntamente suas rotinas e fazeres.

## 2. MÉTODO

A oficina foi realizada na UDA/UFAL de forma presencial, no dia 17/03/2023, às 10h30. A data e horário foram previamente definidas com os gestores da unidade. Foram convidados a participar desta todos os ACS, o coordenador acadêmico e a coordenadora de gestão de pessoas da Unidade.

O convite aos 12 ACS e à direção da unidade foi articulado, intermediado e transmitido pelo diretor acadêmico da UDA e um colaborador da pesquisa, funcionário da Unidade. Além disso, nos dias anteriores foi enviada uma mensagem eletrônica via aplicativo *WhatsApp*, para todos os convidados, conforme réplica do texto a seguir.

A oficina foi composta de dois momentos: no primeiro, ocorreu a apresentação da pesquisa realizada, seus resultados e considerações finais, assim como a ideia do produto de intervenção; no segundo momento, por sua vez, foram realizadas perguntas, observações e sugestões sobre o tema central da pesquisa e problema-destaque. As técnicas utilizadas foram: a exposição dialogada (1º momento) e a roda de conversa para a produção das informações (2º momento). A oficina teve a duração de 1h30.

A condução e facilitação da oficina foram realizadas pelo pesquisador principal do estudo e um colaborador. A conversa foi registrada através de gravação autorizada previamente pelos participantes e, posteriormente, foi efetuada a transcrição literal e integral para compor a estruturação dos resultados da oficina.

Foi estimulada a conversa entre os participantes sobre as possibilidades e modos de inclusão dos ACS na construção das ações de Ensino e Serviço, explorando alternativas para melhorias no contexto do trabalho e do ensino, apresentando a realidade vivida e refletindo sobre necessidades da comunidade, com enfoque na prestação de um serviço humanizado e de qualidade.

As conversas decorreram da *apresentação da pesquisa* e das *perguntas-base* que foram feitas aos participantes.

As perguntas-base foram:

1. O que acharam da pesquisa e seus resultados?
2. É possível haver encontros sistemáticos para esclarecer, construir e avaliar junto com os ACS, as atividades que envolvem a participação de estudantes na comunidade?



### 3. RESULTADOS

Do total de 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), compareceram apenas 04. A ausência dos demais foi justificada pela adesão à greve dessa categoria profissional, fato que interferiu na frequência à oficina. Ainda cogitou-se remarcar o evento e aguardar a finalização da greve, porém, essa possibilidade foi avaliada como prejudicial para o alcance dos prazos para conclusão do mestrado. Além dos ACS, estiveram presentes um profissional colaborador e também mestrando do MPES e os representantes da gestão acadêmica e administrativa da UDA e técnicos do Núcleo de Saúde Pública (NUSP) da FAMED/UFAL.

Após a apresentação dos resultados da pesquisa e do produto de intervenção, foi iniciada a roda de conversa, por meio de uma pergunta disparadora. À medida que a conversa foi acontecendo, outras perguntas foram realizadas.

### 4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Deve-se destacar que a presença da gestão acadêmica e administrativa garantiu o enriquecimento da proposta e permitiu que todos participassem do diálogo de forma colaborativa e democrática.

Observou-se que a pesquisa trouxe algumas soluções para os problemas apresentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mesmo antes do desenvolvimento dessa oficina, como demonstrado em uma das falas a seguir:

Desde aquele dia do início da roda de conversa, a gente sentiu a necessidade de realmente ter uma escala e começamos a cobrar deles, os diretores, e foi feito. A questão dos alunos também, a quantidade já diminuiu (P1).

[...] alguns percalços foram corrigidos, principalmente essa questão que a gente não era avisada e ter um aviso prévio, também a quantidade de alunos diminuiu bastante (P4).

Dentre as falas registradas, destacou-se a disponibilidade da nova gestão administrativa em construir, de forma coletiva, um novo processo de trabalho em parceria com a gestão acadêmica e os ACS, fato que ainda não foi efetivado pela adesão da categoria à greve municipal.

[...] nós tínhamos um momento de construção para este processo de trabalho, de construção junto com eles que iriam apresentar essas demandas e as necessidades [...]

[...] para essa construção, sendo que aí, nesse dia, os agentes resolveram aderir à greve e essa ideia de construir juntos, acabou adiando [...] (P3).

O fato de a gestão acadêmica ter planejado e produzido um cronograma expondo datas, objetivos do acompanhamento, alunos, professor responsável, além de distribuir esse cronograma de forma antecipada, da direção administrativa facilitar a distribuição dos alunos

por ACS, ocasionou uma melhoria do processo de trabalho e o acompanhamento dos alunos como ficou explicitado nas falas que seguem:

[...] está dando muito certo apesar da adesão de greve deles, e está fluindo muito bem esse mês, mas foi trazida a data do semestre inteiro e aí nesse cronograma a gente diz: quais as disciplinas, qual o professor responsável, qual o objetivo, quantos alunos, ele é bem detalhado e a gente conseguiu nesse mês, já definiu quantos alunos seriam e distribuímos no WhatsApp individual de cada um, os detalhes das visitas (P3).

Agora tem um planejamento [...] então foi melhorado esse processo (P4).

Um dos pontos que foi solucionado após a pesquisa, somado à nova forma de gerenciamento, foi a preocupação com a marcação do ponto às 11h, que atrapalhava a continuidade da assistência à comunidade e do acompanhamento dos alunos.

Isso era questão de gestão, tinha comunidade que a gente não tinha esse problema, porque eles eram muito rigorosos em relação ao ponto, na verdade nós éramos escravos do ponto (P7).

[...] é estranho eu ter um agente de saúde que bate o ponto todos os dias às 11h. [...] O normal do agente de saúde que atua é de fato ter várias justificativas no ponto porque estava área trabalhando, existe justificativa para isso [...] (P3).

Tendo em vista que alguns dos problemas apresentados foram resolvidos de forma imediata, os gestores demonstraram interesse em manter a viabilidade da construção coletiva do planejamento com a participação efetivas do ACS.

[...] no momento assim olhe, todo dia temos 04 Agentes de saúde, e quem não aderiu a greve, o que acaba sobrecarregando muito esses dias, então a gente está tendo menos contato e estamos tentando conversar com alguns; aí este mês a gente fez, vamos ver o próximo mês, se a greve vai continuar, se as demandas forem atendidas a gente vai se ajustando, enquanto estiverem de greve vai ser uma questão de ajuste mesmo, mas o planejamento é uma ideia que seja uma construção coletiva, agora ter uma vez por semestre, o semestre já com as datas todas planejadas (P3).

No decorrer da oficina, a gestora administrativa apontou a importância da pesquisa para a construção coletiva, organizando antecipadamente os problemas apresentados para buscar soluções no processo de trabalho na UDA. Em outro momento, foi relatada a importância da pesquisa desenvolvida sobre os ACS, dando visibilidade à categoria profissional, além de trazer possibilidades de construção de ações que irão gerar melhorias para o desenvolvimento do trabalho.

Por fim, a gestão acadêmica se colocou à disposição para participar da construção coletiva do planejamento, com vistas a facilitar o recebimento dos alunos e, conseqüentemente, a assistência à comunidade e, caso aconteça alguma sobrecarga ou interrupção dos fluxos operacionais, a possibilidade de retomar as conversas para que o trabalho na UDA flua da melhor forma.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oficina como produto de intervenção se mostrou relevante ao trazer o resultado da pesquisa realizada para unidade, criando um espaço de discussão democrática, aproximando ainda mais a gestão aos trabalhadores e, conjuntamente, apresentando as dificuldades vividas e as possíveis soluções, cumprindo assim com os objetivos apresentados. Ademais, além da sensibilização, foi garantida a participação dos ACS na construção coletiva das ações que requerem seu trabalho.

O estudo mostrou sua importância para conscientização de que é necessário efetuar pactos coletivos entre ensino e serviço, para que o processo de trabalho seja mais eficaz e com condições de responder às diversas demandas acadêmicas, administrativas e da comunidade, reforçando a importância do trabalho desenvolvido pelos ACS junto aos alunos de medicina e à comunidade que assiste, garantindo, ainda, a melhoria contínua da integração entre o Ensino, Serviço e Comunidade.

## REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K. *et al.* Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 3121-3126, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0488>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0488>. Acesso em: 21 fev. 2023.
- ALVES, É. *et al.* O agente comunitário de saúde como preceptor do território da residência multiprofissional em saúde hospitalar na estratégia saúde da família. Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação ISSN 1807-5762 **Interface (Botucatu)**, supl. 3, 2014. Disponível em: <https://http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/4287>. Acesso em: 21 fev. 2023.
- FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 21 fev. 2023.
- MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Temas em Educação**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-106, jan./jun. 2014.
- SIQUEIRA, G. C. *et al.* Integração entre o ensino e o serviço na prática da preceptoria. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 13, p. e559111335840, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i13.35840. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35840>. Acesso em: 21 fev. 2023.

# Capítulo 16

## INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS: A EXPERIÊNCIA DE UM RECURSO AUDIOVISUAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Eliane Vieira dos Santos  
Igor Fernando de Melo Cavalcante  
Pedro Afonso de Vasconcelos Brandão  
Thallysson Hebert da Silva  
Roberta de Albuquerque Wanderley  
Celso Marcos da Silva

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-16

### 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, busca garantir acesso igualitário e cuidado contínuo a toda a população brasileira. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta preferencial para o primeiro contato do cidadão com o sistema, sendo responsável pelo cuidado longitudinal, pela coordenação da rede e pela resolutividade da maioria dos problemas de saúde (Oliveira *et al.*, 2013). Para cumprir essa missão, é essencial que os serviços de saúde estejam preparados para acolher de forma humanizada e eficaz um público cada vez mais diversificado (culturas, identidades, condições sociais e necessidades específicas).

O acolhimento segue sendo um desafio na APS, envolve escuta, orientação, reconhecimento da singularidade de cada pessoa para assim facilitar o percurso do usuário dentro da unidade. Um dos desafios citados como recorrentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) está relacionado à organização do acesso, especialmente no que diz respeito à necessidade de agendamento prévio de consultas e no perfil da demanda espontânea, o que muitas vezes gera dúvidas e frustrações nos usuários (Gonçalves *et al.*, 2017). Por isso, estratégias de comunicação mais claras, empáticas e acessíveis tornam-se fundamentais para qualificar o atendimento e fortalecer o vínculo com a comunidade.

Este capítulo apresenta uma experiência desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Paulo II, no município de Arapiraca (AL), onde foi produzido um material

audiovisual animado sobre o funcionamento da unidade, utilizando tecnologias de inteligência artificial (IA). A proposta teve como objetivo criar uma ferramenta lúdica e inclusiva para orientar os usuários quanto ao fluxo de atendimento, reforçando o acolhimento e facilitando o acesso aos serviços ofertados.

## 2. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, APS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O uso da inteligência artificial (IA) na saúde tem crescido rapidamente, transformando tanto a prática clínica quanto a formação dos profissionais e a forma como se constrói a relação entre médico e paciente. Como observa Rodrigues (2015), a medicina atual está passando por uma transição importante: deixa-se de lado a análise isolada de dados clínicos para adotar abordagens que utilizam grandes volumes de informações (big data), algoritmos preditivos e sistemas inteligentes de apoio à decisão. Esse novo cenário impõe à educação médica o desafio de formar profissionais capazes de lidar com tecnologias avançadas, mas também de manter a escuta sensível, a comunicação efetiva, o trabalho em equipe e a gestão responsável dos riscos envolvidos no cuidado.

A qualidade do ensino médico no Brasil é uma das grandes discussões do ensino superior atualmente. De modo que, está em discussão no Conselho Nacional de Educação (CNE) a atualização do perfil e das competências necessárias para a formação dos médicos no País. A última atualização das chamadas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina havia sido em 2014. Sobre tecnologia, ela mencionava apenas que o conteúdo dos cursos deveria incluir “compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados” (Brasil, 2014). No entanto, atualmente está em debate pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) que as novas diretrizes curriculares para os cursos de Medicina ampliem o estudo e domínio de novas tecnologias na formação médica para cerca de 10% da carga horária (Brasil, 2023).

Na APS, experiências internacionais demonstram o potencial da IA como apoio ao rastreamento e à triagem de agravos. Um estudo conduzido na Índia com 1.378 pacientes, por exemplo, mostrou que o uso de um software de IA em retinógrafos portáteis operados por profissionais não médicos atingiu sensibilidade de 100% na detecção de retinopatia diabética com necessidade de encaminhamento, otimizando o cuidado na linha de base (Schneider *et al.*, 2023).

No Brasil, a adoção de IA na saúde pública ainda é incipiente, mas experiências relevantes já estão em curso. Destacam-se algoritmos integrados ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-SUS) para estratificação de risco, vigilância epidemiológica e apoio à tomada de

decisão clínica (Pessoa *et al.*, 2020). Além disso, tecnologias de linguagem natural e personalização de conteúdo têm sido exploradas para a criação de materiais educativos acessíveis, o que é crucial em contextos de baixa escolaridade e diversidade sociocultural, tornando-se aliados para as Equipes de Saúde da Família (eSF) na promoção de saúde à população adscrita (Topol, 2019; Marcelo *et al.*, 2021).

### 3. MÉTODO DA EXPERIÊNCIA

A APS, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), enfrenta inúmeros desafios no cotidiano ao lidar com a população adscrita. Inserida em contextos territoriais marcados por vulnerabilidades sociais, econômicas e políticas, muitas vezes a APS vê suas potencialidades comprometidas por limitações estruturais, ausência de recursos, alta rotatividade de profissionais e dificuldades na articulação intersetorial. Essas condições tornam complexa a construção de vínculos com a comunidade e a efetivação de ações integrais e resolutivas (Arantes; Shimizu; Merchán-Hamann, 2016). Diante disso e diante da observação da realidade da UBS João Paulo II, surgiu a necessidade da criação de um produto audiovisual para auxiliar o processo de trabalho da unidade.

O trabalho teve caráter descritivo e exploratório, com base em levantamento bibliográfico, observação direta da rotina da UBS João Paulo II e análise de documentos institucionais. A unidade, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), oferece atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos, pré-natal, vacinação, testes rápidos, curativos e dentre outros, funcionando por agendamento e demanda espontânea, com classificação de risco como critério de priorização.

Como intervenção educativa, foi produzido um vídeo explicativo sobre o funcionamento da UBS, abordando os serviços disponíveis, formas de acesso, o papel da classificação de risco e os fluxos de encaminhamento para níveis secundários e terciários (UPAs e hospitais). O vídeo foi elaborado com o uso de tecnologias de inteligência artificial (para síntese de voz, geração de legendas e revisão linguística), além de softwares de edição e animação com uso de IA no modelo Disney e Pixar. Vale destacar que todos os recursos de IA foram usados em suas versões gratuitas.

Diversos estudos e campanhas mostram como o uso de animações no formato Disney e Pixar pode ser uma estratégia poderosa no marketing. Personagens carismáticos e estilos visuais marcantes, que já fazem parte do imaginário coletivo, ajudam a capturar a atenção do público de forma rápida e eficaz. Essa familiaridade com os personagens transmite uma sensação de confiança e acolhimento, tornando a comunicação mais envolvente (Dias *et al.*, 1998). O

resultado é um engajamento maior e uma conexão emocional mais forte com a mensagem transmitida, propriedades exploradas para maior entendimento e envolvimento do público alvo. O produto final está em exibição na televisão da recepção da UBS, redes sociais institucionais e reuniões administrativas, para maior compreensão da equipe e adesão ao instrumento de trabalho.

#### 4. RESULTADOS

Espera-se que o vídeo contribua para que os usuários compreendam melhor os serviços oferecidos pela UBS, diferenciando com mais clareza as situações que exigem agendamento prévio daquelas que podem ser atendidas por demanda espontânea. A proposta de utilizar uma animação com estética inspirada em produções como as da Disney e Pixar visa tornar a comunicação mais atrativa e envolvente, especialmente para públicos de diferentes faixas etárias, favorecendo o entendimento da lógica do acolhimento e da classificação de risco. Com isso, acredita-se que haja redução de conflitos relacionados ao tempo de espera e maior confiança no processo de atendimento. Do ponto de vista dos profissionais de saúde, a iniciativa pode facilitar o acolhimento, reduzir questionamentos recorrentes e tornar os fluxos de trabalho mais leves e organizados, promovendo um ambiente mais harmonioso para todos os envolvidos.

Além dos benefícios operacionais, a estratégia tem como objetivo proporcionar um maior fortalecimento da comunicação entre a equipe de saúde e a população adscrita, aproximando os usuários dos princípios do SUS e promovendo o uso mais adequado e consciente dos recursos disponíveis. Observações iniciais da equipe da UBS e relatos espontâneos de usuários têm sugerido uma recepção positiva ao vídeo, com menções à maior clareza quanto ao funcionamento da unidade e elogios ao formato acessível da comunicação. Esses sinais reforçam o potencial da intervenção com o uso de IAs para contribuir com a humanização do cuidado e o fortalecimento da APS como ordenadora da rede de atenção.



Imagem 1 – Trechos do material audiovisual desenvolvido



Fonte: Autores, 2025.

Imagem 2 – População adscrita da UBS João Paulo II assistindo ao vídeo



Fonte: Autores, 2025.

Imagem 3 – Equipes da ESF e funcionários da UBS João Paulo II assistindo ao vídeo



Fonte: Autores, 2025.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência apresentada evidencia como a IA, integrada a estratégias de comunicação visual, pode ser aplicada de forma criativa e efetiva na APS. Em vez de soluções sofisticadas e onerosas, trata-se de aproveitar tecnologias acessíveis para resolver um problema recorrente: a desinformação dos usuários sobre o funcionamento dos serviços de saúde. O uso de vídeos animados com apoio de IA para produção de conteúdo é um caminho viável, replicável e alinhado aos princípios do SUS.

Os primeiros retornos da comunidade local indicam que essa estratégia tem sido bem recebida e compreendida pelo público-alvo, o que reforça sua aplicabilidade em outras unidades. Recomenda-se que outras UBSs explorem recursos semelhantes, adaptando os conteúdos à sua realidade local e ampliando o alcance por meio de mídias comunitárias e digitais. Para que a IA cumpra seu potencial transformador, é necessário incorporá-la de forma ética, contextualizada e centrada nas pessoas, como ferramenta a serviço do cuidado, da equidade e da cidadania em saúde.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Acesso em: 19 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica: PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. CNE discute atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/cne-discute-atualizacao-das-diretrizes-curriculares-nacionais-do-curso-de-medicina>. Acesso em: 19 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2020-2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/atencao-primaria/arquivos/caderno-diretrizes-2020-2023.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2025.

DIAS, J. M. P. **et al.** A importância dos insetos vetores na transmissão das tripanossomíases humanas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 3, p. 45-63, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000700005>. Acesso em: 19 mai. 2025.

GIROTO, C. R. M.; LIMA, M. C. S. A atenção básica e a integração entre os níveis de atenção à saúde: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1791-1801, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700011>.

GONÇALVES, M. **et al. Desafios da atenção primária à saúde no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2017.

MARCELO, A.; ALVAREZ, B.; FERNÁNDEZ, A. Artificial intelligence and primary health care: towards a human-centered approach. **Yearbook of Medical Informatics**, v. 30, n. 1, p. 5–14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1726485>.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

PESSOA, G. S. **et al.** Estratificação de risco em saúde populacional com uso de inteligência artificial na atenção primária: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2534, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2534](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2534).

RODRIGUES, P. H. S. B. Editorial: Inteligência artificial e educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 1–3, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20180115EDITORIAL1>.

SCHNEIDER, A. T. C. **et al. Inteligência artificial e dispositivos portáteis no rastreamento de retinopatia diabética em unidades de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/280599>. Acesso em: 16 mai. 2025.

TOPOL, E. **Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again**. Nova York: Basic Books, 2019.

# Capítulo 17

## INTEGRAÇÃO EM AÇÃO: RESPOSTA ARTICULADA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DA APS EM UM CASO DE MENINGITE

Litieska Barros da Silva Santos

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-17

### 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial nos serviços de saúde e desempenha um papel crucial no desenvolvimento de ações e planejamento de Vigilância em Saúde (VS), envolvendo a população em todo processo. A APS é ordenadora do cuidado e responsável pela integralidade da assistência, promovendo a formação de redes de atenção à saúde (Brasil, 2018).

A construção dessa integralidade do cuidado depende da integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde precisa considerar alguns fatores como o território em que ocorre o processo de saúde-doença, as especificidades de cada local, a reestruturação do processo de trabalho da equipe, o planejamento de ações individuais e coletivas e a educação permanente (Brasil, 2018).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), a integração entre atenção primária e a vigilância em saúde é muito necessária para que resultados efetivos sejam alcançados, com a melhoria da qualidade de vida da população, garantindo a integralidade da saúde e considerando seus determinantes e condicionantes.

A vigilância em saúde possui algumas características, como intervenção nos problemas de saúde; ênfase naqueles que exigem mais atenção e acompanhamento, articulação entre promoção, prevenção e reabilitação; ações no território; atuação intersetorial; e operacionalização do conceito de risco (Teixeira, 2002), sendo de sua responsabilidade a vigilância dos fatores de risco e a análise de situação de saúde de toda a população (Brasil, 2017).

A descentralização da vigilância e sua implementação na assistência à saúde podem fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF), contribuindo para a mudança das práticas e realização de ações intersetoriais no território adscrito à unidade de saúde, através da formulação e incorporação de políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população (Teixeira, 2006).

No entanto, um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é justamente a integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária à saúde. Apesar de estratégias e esforços institucionais, pouco evoluiu nesse sentido. Como resultado dessa falta de integração há a dificuldade em se identificar os determinantes do processo saúde-doença e atuar

efetivamente na resolução dos problemas de saúde da população (Brasil, 2018). Historicamente, observa-se uma fragmentação entre os serviços de saúde e os setores de vigilância, resultado de modelos centrados na biomedicina e na compartimentalização das ações de saúde (Mendes, 2010).

A construção de um modelo de vigilância em saúde baseado na prevenção e promoção da saúde, na participação social, articulação das redes de saúde, no levantamento de problemas, produção e disseminação de informações para os profissionais e usuários requer integração com a atenção primária (Faria; Bertollozi, 2010).

Há muita mudança ainda a ser realizada no que se trata da atuação da vigilância em saúde na atenção primária, principalmente no que refere às práticas das equipes de saúde voltadas às necessidades da população, ao controle dos determinantes da saúde e à prevenção de riscos e danos (Teixeira, 2006).

É essencial a integração entre APS e VS para que o SUS possa se concretizar de forma realmente eficaz no enfrentamento de eventos agudos e situações de risco à coletividade. A falta dessa integração compromete a capacidade do SUS em oferecer respostas rápidas e coordenadas, principalmente diante de agravos de alta gravidade e elevada transmissibilidade, como é o caso da doença meningocócica. Esta, causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*, é uma doença de notificação compulsória imediata, considerada uma emergência em saúde pública devido à sua elevada letalidade, disseminação rápida, altas taxas de sequelas e capacidade de gerar surtos (OPAS, 2024).

Apesar da importância da integração, ela ainda é um dos desafios enfrentados pelos profissionais da ESF, o que pode ser agravado pelo distanciamento entre os profissionais da atenção primária e aqueles que atuam no nível central. Assim, este relato de experiência busca demonstrar como a vigilância em saúde pode se integrar à atenção primária de forma efetiva.



## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo com uma abordagem descritiva, do tipo relato de experiência. Este é considerado um recurso enriquecedor baseado na própria vivência profissional. O relato de experiência contribui de forma importante para a ampliação de discussões e fortalecimento de teorias baseadas na realidade (Antunes *et al.*, 2024) e relaciona os achados reais com bases teóricas relevantes (Macêdo; Monteiro, 2006).

O relato refere-se a um caso confirmado de meningite causada por *Neisseria meningitidis* do genogrupo W ocorrido no município de Arapiraca (AL), em abril de 2025. O caso foi acompanhado pela equipe da ESF e pela equipe da Vigilância em Saúde do município.

As informações foram organizadas a partir dos registros dos profissionais de saúde, observação e do alerta epidemiológico nº 04/2025 divulgado (Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca, 2025). A descrição do caso inclui desde o contato inicial feito pela Vigilância em Saúde com a equipe da ESF até a divulgação do caso.

Para realização desse estudo, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de experiência com dados secundários. A dispensa está em conformidade com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regula as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, desde que não envolvam diretamente seres humanos ou dados sensíveis identificáveis.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A detecção precoce de casos e a comunicação imediata entre a VS e a APS são cruciais para o controle de doenças infecciosas como a meningite. Neste caso, a Vigilância em Saúde do município fez contato direto com a equipe da ESF de referência do paciente logo após a identificação de uma internação por meningite bacteriana causada por *Neisseria meningitidis* do genogrupo W.

Essa ação está consoante com as diretrizes do Ministério da Saúde, que preconizam a notificação compulsória de doenças e agravos de casos suspeitos e confirmados, sendo a meningite uma delas, reforçando a importância da rápida identificação e resposta (Brasil, 2014). Além disso, estudos mostram que uma comunicação eficaz entre os diferentes níveis de atenção à saúde é um fator determinante para a resposta oportuna a emergências de saúde pública (Silva *et al.*, 2021; OMS, 2018; OPAS, 2020).

No que se trata da meningite, a comunicação tem um papel imprescindível na resposta a essa doença, desde a prevenção até o diagnóstico precoce, o tratamento correto e a prevenção de surtos. É uma estratégia fundamental para a conscientização, educação e mobilização da população diante desse grave problema de saúde pública. Atrasos ou falhas na comunicação entre serviços de saúde podem levar a falhas na identificação e no manejo de contatos, aumentando o risco de disseminação da doença (Brasil, 2024).

Em seguida, foi realizada uma reunião imediata com a equipe da ESF e a equipe técnica da Vigilância em Saúde na própria unidade de saúde para discussão do caso, construção de estratégias para investigação dos contatos próximos ao paciente e as medidas profiláticas que seriam aplicadas. Essa ação multidisciplinar permitiu a troca de informações, alinhamento de condutas e divisão de tarefas, o que é essencial para uma resposta coordenada (Almeida *et al.*, 2018).

A participação da equipe técnica foi fundamental para o respaldo técnico e para o esclarecimento de dúvidas, garantindo que as ações realizadas estivessem baseadas nas melhores evidências e nos protocolos vigentes. A integração das redes de atenção à saúde garante um atendimento coordenado e eficiente no SUS e requer articulação de diferentes saberes e a construção de espaços de diálogo entre os profissionais (Mendes, 2011), o que foi evidenciado nesse caso.

A partir dessa reunião, a equipe organizou-se para realizar ações de busca ativa dos contatos familiares e outros, organizou-se uma agenda emergencial para atendimento exclusivo desses contatos, visitas no local de trabalho e igreja frequentada, intensificação de atualização do calendário vacinal, salas de espera para a população e educação continuada com os agentes comunitários de saúde. A busca ativa de contatos é uma estratégia indispensável para interromper a cadeia de transmissão de doenças, sendo o agente comunitário de saúde o protagonista nessa atividade devido ao seu vínculo com o território (Brasil, 2025).

A equipe então se organizou em frentes de ação para identificação e orientação dos contatos, com o agente comunitário de saúde (ACS) contatando os familiares do paciente; enfermeiro e médico fazendo visitas locais de convivência do paciente e educação continuada; a enfermeira fazendo a busca dos cartões de vacina para atualização do calendário vacinal; e toda a equipe fazendo salas de espera para a população. Essa abordagem multidisciplinar demonstra a importância da atuação de diferentes profissionais para o sucesso das ações e a resolutividade da APS (Almeida *et al.*, 2018).

Destaca-se a importância da realização da atualização do calendário vacinal como principal forma de prevenção contra a meningite (OPAS, 2024; Brasil, 2024). Todos os contatos



que tiveram contato direto e prolongado com o paciente foram convocados para consulta médica na unidade de saúde para avaliação e, nos casos indicados, receberam a profilaxia imediata, conforme o protocolo do Ministério da Saúde (Brasil, 2024b).

A atuação intersetorial entre a Vigilância em Saúde e a APS foi decisiva para garantir a resposta rápida necessária nesse caso. Assim como a comunicação efetiva e direta entre os níveis de atenção mostrou-se de extrema importância, evidenciou-se que a vigilância e a APS não devem atuar isoladamente, mas sim fortalecendo a integralidade e a resolutividade.

A atuação em conjunto da rede de saúde promove o cuidado da população, facilitando o acesso, a adesão ao tratamento e o acompanhamento dos contatos (Brasil, 2023). Essa atuação é necessária para o enfrentamento de agravos complexos como a meningite, pois envolve a articulação de diferentes setores, como a saúde (Faria; Bertollozi, 2010).

A literatura corrobora essa experiência ao mostrar que a proximidade da APS à comunidade tem maior capacidade de realizar ações em tempo oportuno de forma territorial e integral. A articulação em redes de atenção à saúde permite que situações de emergência sejam enfrentadas com agilidade, diminuindo riscos de novos casos ou surtos (OPAS, 2025). A territorialização da APS permite que as equipes de saúde conheçam as particularidades da comunidade, identifiquem os grupos de risco e implementem ações mais eficazes. A articulação em redes de atenção à saúde garante a continuidade do cuidado e a troca de informações entre as redes de atenção à saúde.

As ações foram conduzidas pela equipe da ESF com suporte técnico da Vigilância em Saúde, demonstrando a capacidade de resposta rápida e integrada do sistema de saúde. Essa experiência reforça o papel da ESF na vigilância ativa de agravos e na proteção coletiva da saúde no território. O episódio evidenciou o papel ativo da ESF na investigação e resposta imediata, sendo estratégica no manejo de doenças infecciosas, bem como coordenadora do cuidado, demonstrando a efetividade do trabalho articulado em rede e importância da territorialidade característica da ESF.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato da experiência vivida por uma equipe da ESF evidenciou como a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde pode ser determinante para o controle de doenças e como a atuação coordenada, proativa e territorializada é capaz de proteger a saúde da população.

Também demonstra a efetivação da integração entre a VS e APS como estratégia de resposta oportuna a agravos de elevada transmissibilidade com a meningite. A resposta

articulada nesse caso permitiu não apenas a contenção da doença, mas reforçou a capacidade das equipes de saúde de agir de forma coordenada e com prontidão.

A presença da gestão próxima à equipe de saúde fortaleceu a confiança entre os profissionais, a atuação no território e conferiu legitimidade às ações realizadas, demonstrando que este modelo de resposta, baseado no compartilhamento e colaboração mútua, deve ser incentivado e institucionalizado nos serviços de saúde.

A atuação conjunta entre APS, VS e a gestão municipal fortaleceu a resposta do SUS, sendo uma das estratégias fundamentais para o fortalecimento do cuidado no SUS, principalmente frente a agravos de notificação compulsória. Diante do caso apresentado, vê-se que a integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária é essencial no enfrentamento de agravos e situações de risco à população, atuando de modo efetivo e responsivo.

A partir dessas situações em que há a superação da fragmentação entre as ações da vigilância e as práticas assistenciais pode-se promover um trabalho interdisciplinar, territorializado e centrado nas reais necessidades da população.

É imprescindível que ações como essa sejam valorizadas e intensificadas, com investimento contínuo em formação dos profissionais das equipes de saúde, construção de protocolos integrados e fortalecimento dos fluxos de comunicação entre os níveis de atenção e vigilância. Tais estratégias não só reiteram o reconhecimento da APS como parte integrante da vigilância tornando-a ainda mais resolutiva e estratégica no SUS, como também fortalecem o SUS como sistema público.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 306-320, set. 2018.

ANTUNES, J. *et al.* Como escrever um relato de experiência de forma sistematizada? Contribuições metodológicas. **Práticas Educativas, Memórias e Oralidades**, Canoas, v. 6, e12517, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para enfrentamento das meningites até 2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/diretrizes-para-enfrentamento-das-meningites-ate-2030.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume 1, 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 154/2024-DPNI/SVSA/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-154-2024-dpni-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual e-SUS APS**: busca ativa. Disponível em: [https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS\\_APS/docs/PEC/PEC\\_11\\_busca\\_ativa/](https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC/PEC_11_busca_ativa/). Acesso em: 23 mai. 2025.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 811-817, set. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comunicação de riscos em emergências de saúde pública**: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2025.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção primária à saúde**. [S. l.]: OPAS/OMS, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 22 mai. 2025.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Comunicação de risco e engajamento comunitário (CREC)**: prontidão e resposta ao novo coronavírus de 2019 (2019-nCoV). Brasília, DF: OPAS, 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51935/OPASBRANCOV20010\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51935/OPASBRANCOV20010_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y). Acesso em: 23 mai. 2025.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Derrotar a meningite até 2030 – Um Roteiro Mundial**. Brasília, DF: OPAS, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275728604>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAPIRACA. **Alerta epidemiológico nº 04/2025**. Arapiraca: Secretaria Municipal de Saúde, 2025.

SILVA, C. R. D. V. *et al.* Comunicação de risco no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: uma análise retórica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 2021.

# Capítulo 18

## INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO À CRIANÇA COM EPILEPSIA DE DIFÍCIL CONTROLE: DESAFIOS NA APS

Lucas Fragoso Calheiros Lins

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-18

### 1. INTRODUÇÃO

Este relato apresenta a experiência de acompanhamento de uma criança com epilepsia refratária à terapêutica convencional, realizado no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), no município de São Miguel dos Campos (AL). A experiência destaca a importância do cuidado longitudinal, da articulação com a rede de atenção à saúde e da atuação clínica do médico da família diante das limitações do sistema, considerando os princípios da integralidade, equidade e resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 2. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de abordagem clínica e intersetorial com base em práticas de cuidado desenvolvidas em equipe multiprofissional. Foram realizados atendimentos clínicos, articulações com especialistas e tentativas de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos indisponíveis na rede local.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A criança apresentava crises convulsivas diárias, com risco aumentado de morte súbita e impactos na qualidade de vida e no convívio escolar, sendo necessário o uso de capacete. Devido à dificuldade de acesso regular a especialistas e exames (como o eletroencefalograma (EEG), inviabilizado por hipersensibilidade sensorial), a equipe da APS iniciou ajustes terapêuticos de forma compartilhada com neurologistas.

Após 40 dias, observou-se redução na frequência e intensidade das crises. Com a chegada de uma neuropediatra ao município, foi possível agendar nova avaliação. No entanto,

desafios persistem: a realização de EEG depende da sedação da criança, que apresenta alta tolerância a medicamentos indutores do sono. A equipe buscou ainda a avaliação com geneticista, aguardando encaminhamento para teste genético específico, que pode direcionar melhor a conduta terapêutica.

Diante da complexidade do caso, a equipe da APS decidiu introduzir o canabidiol e solicitar judicialmente um anticonvulsivante não disponível no Brasil. Contudo, esbarrou na limitação burocrática de que o pedido precisa partir de um especialista da área neurológica. Isso reforçou a importância da articulação entre os níveis de atenção e o fortalecimento da rede.

A atuação pautou-se nos princípios da integralidade e da equidade, buscando assegurar à criança o acesso a tecnologias de cuidado compatíveis com sua condição. O caso evidencia a importância da longitudinalidade e da clínica ampliada como estratégia para enfrentar a judicialização da saúde, a carência de profissionais especializados e os entraves institucionais.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da plasticidade cerebral na infância, intervenções precoces e eficazes são fundamentais para melhorar o prognóstico, sendo assim, o papel estratégico do médico da APS como articulador do cuidado em contextos de vulnerabilidade, especialmente em situações em que há escassez de recursos é fundamental para melhor efetividade no tratamento. A experiência reforça a importância da escuta qualificada, da autonomia clínica respaldada por evidências e da articulação com outros pontos da rede para garantir atenção integral.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

FREIDSON, E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento. São Paulo: UNESP, 2009.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

# Capítulo 19

## A UTILIZAÇÃO DO PEC E-SUS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

Lidianne Mércia Barbosa Malta Rocha  
Ricardo Fontes Macedo  
Ewerton Amorim dos Santos  
Diego Figueiredo Nóbrega

DOI: 10.51859/ampla.sfm229.1125-19

### 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das produções científicas teoricamente embasadas por meio de pesquisas originais (primárias) alimenta-se de informações obtidas de levantamento rigorosamente referenciado, a partir de buscas estrategicamente direcionadas a bases de conteúdos completos e acessíveis. Diante disso, o conhecimento científico e técnico em saúde tem nos periódicos o seu principal meio de publicação, com controle de qualidade exercido, entre outros, pela sua indexação em bases de dados bibliográficos que registram, por meio de artigos científicos e outros tipos de textos (editoriais, cartas, etc.), o conhecimento público atualizado e acumulado ao longo dos anos (Packer; Tardelli; Castro, 2007).

Nessa vertente, a indexação é o conjunto de atividades que consiste em identificar nos documentos a sua essência, visando extrair os indicadores de seu conteúdo para serem recuperados posteriormente (Ferreira *et al.*, 2010). Para tal, tem na Bibliometria uma ferramenta estatística que permite mapear e gerar diferentes indicadores de tratamento e gestão da informação e do conhecimento, especialmente em sistemas de informação e de comunicação científicos e tecnológicos, de produtividade, necessários ao planejamento, avaliação e gestão da ciência e da tecnologia, de um determinado país ou comunidade científica (Guedes; Borschiver, 2005).

Nessa perspectiva, a ciência e a tecnologia se unem para contribuir na produção e na ampla disseminação do conhecimento, inclusive na saúde, instrumentalizando as bases de dados eletrônicas como promotoras da troca de conhecimentos entre os pesquisadores, de modo a proporcionar novas possibilidades de desenvolvimento científico e tecnológico (Ravelli *et al.*, 2009). Essas bases atendem às demandas da ciência permitindo não apenas o controle e

a disseminação da informação, mas também a produção de indicadores que subsidiarão os estudos bibliométricos (Santos *et al.*, 2008). E isso desperta a importância dos periódicos na comunicação científica, sendo essa relevância reforçada pela criação e utilização das bases de dados, que se tornaram disponíveis eletronicamente, com amplo potencial de uso pelos pesquisadores, por meio da internet (Mugnaini, 2006).

No Brasil, temos várias bases de dados disponíveis para o estudo bibliométrico na saúde, especialmente elaboradas para responder às necessidades da comunicação científica, oportunizando o acesso a textos integrais, artigos e periódicos completos com visibilidade nacional e internacional. Dentre elas é possível citar: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Periódicos Capes, SciELO Brasil e Scopus.

Dessa maneira, a bibliometria traz na sua essência o desenvolvimento de indicadores cada vez mais confiáveis (Santos, 2003), a partir da indexação de informações que podem analisar e avaliar a produção científica de interesse ao pesquisador, a partir, segundo Mugnaini (2006), da produtividade e da qualidade do tema investigado, permitindo a detecção de modelos e padrões de comportamento de citações, em dada produção científica.

De acordo com Carvalho *et al.* (2005) tais modelos e padrões de comportamento auxiliam na compreensão da forma como o conhecimento científico é difundido e incorporado, inclusive no que tange aos trabalhos sobre os sistemas de informação nos mais diversos setores, a exemplo dos sistemas utilizados na saúde como o mais especificamente Prontuário Eletrônico do Cidadão do Sistema Único de Saúde (PEC e-SUS), o que torna, para tais eventos, a bibliometria cada vez mais requisitada na inspeção de produções científicas e acadêmicas.

Nesse sentido, o presente estudo se propôs a mapear o que está sendo produzido e publicado a respeito do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão no Sistema Único de Saúde (PEC e-SUS) nos serviços de saúde, lançando mão do estudo bibliométrico para isso, com o objetivo de mapear os artigos originais sobre o uso do PEC e-SUS, publicados no período de 2013 a 2023 nas bases de dados BVS, Periódicos Capes, SciELO Brasil e Scopus.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, tipo bibliométrico e descritivo, em que se utilizou (04) quatro bases de dados para a pesquisa bibliométrica: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Periódicos Capes, SciELO Brasil e Scopus.

A BVS é um portal que integra temáticas nacionais e institucionais sobre abordagens da área da saúde. Já o portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) representa uma das maiores bibliotecas virtuais do mundo, contribui



de maneira significativa, desde novembro de 2000, disponibilizando conteúdo de alto nível científico, no âmbito acadêmico nacional. O portal SciELO Brasil contempla uma coleção selecionada de periódicos científicos ibero-americanos. E a base Scopus combina um banco de dados abrangente em uma grande variedade de disciplinas, com resumos e citações, organizado por especialistas e composto por dados associados à literatura acadêmica.

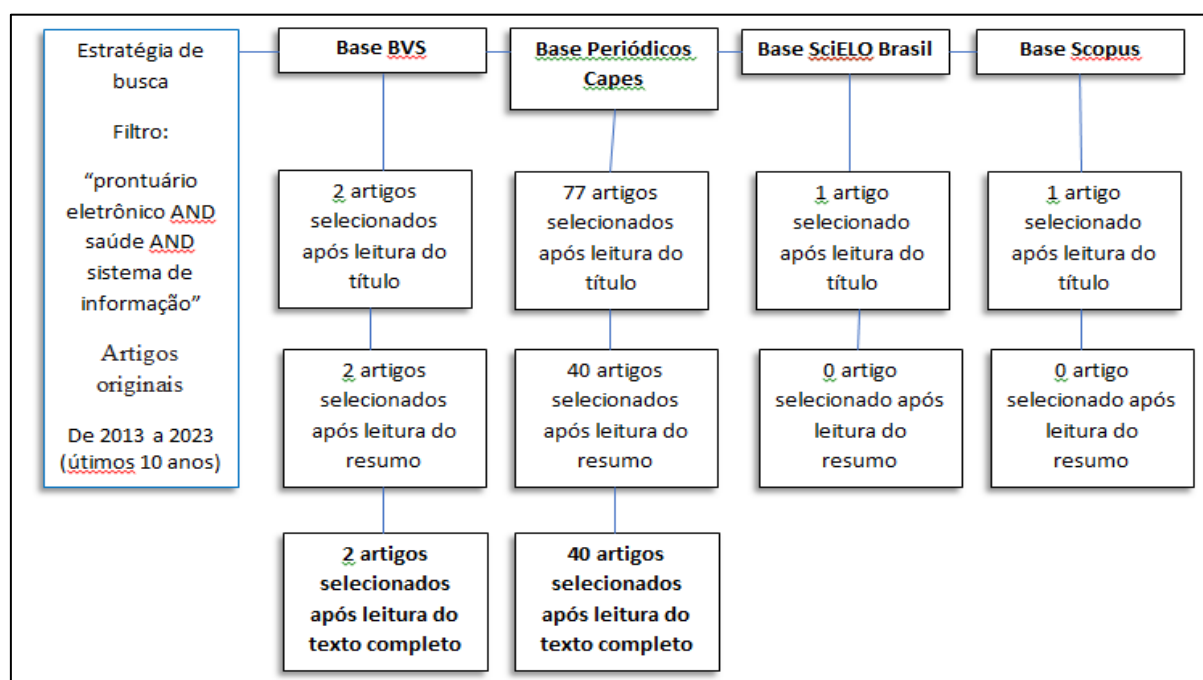
Nesta pesquisa, a seleção das publicações foi feita a partir de critérios de elegibilidade, apropriando-se das publicações de artigos originais utilizando o descritor prontuário eletrônico, associado aos termos “saúde” e “sistema de informação”, advindos dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) sob consulta. No campo de pesquisa de cada base, os termos foram articulados com operadores booleanos – aspas e AND – ficando da seguinte maneira: “prontuário eletrônico AND saúde AND sistema de informação”, compreendendo os artigos publicados no período de janeiro de 2013 a março de 2023. A coleta dos dados foi realizada entre março e abril de 2023.

Os artigos selecionados foram analisados conforme dados bibliométricos relativos a: título do artigo (verificar os palavras e termos presentes nos títulos dos trabalhos destinados a servir de vocábulos finalizadores dos resumos), ano de publicação (observar o número de artigos publicados a cada ano por periódico), periódico (analisar o número de número de publicações por periódico), descritores/palavras-chave (analisar a frequência dos descritores, também identificados como palavras-chave, na amostra dos artigos selecionada), objetivo (averiguar os verbos utilizados nos artigos selecionados) e conclusão (verificar a que conclusões os trabalhos selecionados chegaram). Os dados foram obtidos a partir do acesso a cada um dos artigos e, simultaneamente, organizados em um instrumento no formato de tabela, com os respectivos campos.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 81 artigos a partir dos descritores selecionados e dos critérios de elegibilidade, sendo eliminados 39 artigos. Desse modo, a amostra do estudo contou com 42 artigos para análise, com trâmite sucinto dos procedimentos para a seleção dos artigos, conforme Figura 1, a seguir:

**Figura 1 – Seleção dos artigos**



Fonte: A autora (2023).

No que diz respeito aos periódicos em que os artigos foram publicados no período de 2013 a 2023, pode-se verificar sua distribuição na Tabela abaixo, em que exibe também o número de artigos publicados a cada ano por periódico. Os anos de 2013, 2014 e 2015 não resultaram em artigos, conforme os critérios de elegibilidade exigidos.

**Tabela 1 – Número de artigos publicados anualmente por periódico, no período de 2013 a 2023**

Periódico	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Arch Health Invest	---	---	---	1	---	---	---	---	1
Brazilian Journal of Development	---	---	---	---	---	1	---	---	1
Cadernos ESP	1	---	---	---	---	---	---	---	1
Cadernos Saúde Coletiva	---	---	---	---	---	1	---	---	1
Cad. Saúde Pública	---	---	---	1	---	2	---	---	3
Ciência & Saúde Coletiva	---	---	---	---	---	1	1	---	2
Cogitare Enfermagem	---	---	2	---	---	---	---	---	2
Contemporânea – Revista de Ética e Filosofia Política	---	---	---	---	---	---	---	1	1
ESTIMA - Brazilian Journal of Enterostomal Therapy	---	---	---	---	---	1	---	---	1
Research, Society and Development	---	---	---	---	---	1	1	---	2
Rev. APS	---	1	---	---	---	---	---	---	1
Revista Brasileira de Ciências da Saúde	---	---	---	1	1	---	---	---	2
Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)	---	---	1	1	---	1	---	---	3
Revista Científica de Enfermagem	---	---	---	---	---	---	1	---	1
Revista de Saúde Coletiva da UEFS	---	1	---	---	---	---	---	---	1
Revista de Saúde da AJES SAJES	---	---	---	---	1	---	---	---	1
Revista de Saúde Pública	---	---	---	---	---	1	2	---	3
Revista Eletrônica Acervo Enfermagem	---	---	---	---	---	1	1	---	2
Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar	---	---	---	---	---	1	---	---	1
REVISTA ELETRÔNICA ESTÁCIO	---	1	---	---	---	---	---	---	1
Revista Humanidades e Inovação	---	---	---	---	1	---	---	---	1

Periódico	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Revista Interdisciplinar em Saúde	---	---	---	---	---	1	---	---	1
Revista Latino-Americana de Enfermagem	---	---	---	---	---	1	---	---	1
REME • Rev Min Enferm	---	---	---	---	---	1	---	---	1
Revista online de pesquisa	---	---	---	1	---	---	---	---	1
Revista Saúde.com	---	---	---	---	---	---	1	---	1
Revista Sustinere	---	---	---	---	1	---	---	---	1
SAÚDE DEBATE	---	---	---	1	---	---	---	---	1
Saúde Sociedade	1	---	---	---	---	---	---	---	1
Sem a informação	1	---	---	---	---	---	---	---	1
Texto e Contexto Enfermagem	---	---	---	---	---	1	---	---	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>42</b>

Fonte: A autora (2023).

Cabe ressaltar que os periódicos com maior número de publicações – Cadernos Saúde Pública, Revista Brasileira de Enfermagem REBEn e Revista de Saúde Pública, com 03 (três) publicações cada – apresentam em seu escopo de apresentação a proposta de lançar números temáticos, o que justifica a predominância na abordagem pretendida nessa pesquisa.

Outra informação que aqui cabe mencionar é sobre a falta de publicações nos anos de 2013, 2014 e 2015. Para os autores isso tem pertinência em virtude do tema investigado – uso do PEC e-SUS – ter sido recente nesses anos, apresentando maior interesse dos pesquisadores a partir da determinação por parte do MS que recomenda a implantação imediata dessa ferramenta nas unidades de saúde do país. Desse modo, a Portaria ministerial nº 1.707, de 23 de setembro de 2016, que redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos, unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável) recomenda no capítulo VI, art. 32 que o Distrito Federal (DF) e os municípios observarão o prazo que consta na Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, e suas alterações, para a operacionalização da estratégia e-SUSAB, por meio da utilização dos sistemas Coleta de Dados Simplificados (e- SUS CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUSAB PEC) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Tendo em vista a estratégia de busca dos artigos nas bases acessadas, a partir de descritores do DeCS relacionados à informação, ao prontuário eletrônico e aos sistemas da saúde, os quais constituíram um dos principais critérios de elegibilidade neste estudo bibliométrico, optou-se por analisar também a frequência desses descritores, também identificados como palavras-chave, na amostra de artigos selecionada.

Dessa maneira, em relação à frequência das palavras-chave e/ou dos descritores encontrados nos trabalhos investigados percebe-se que 16 trabalhos apresentaram 04 (quatro)

termos indexadores, 15 mostraram 03 (três) termos, 10 (dez) estudos exibiram 05 (cinco) palavras-chave e 01 (um) pesquisas apontaram 06 (seis) termos. Fato é que a disponibilidade com a qual as palavras-chave se encontram, seja nos sistemas de busca, seja na literatura relativa ao tema abordado, facilita ao pesquisador poder acessar um grande número de termos descritos, importantes à indexação científica do estudo realizado.

Das 165 palavras-chave contidas nos trabalhos analisados e presentes na Figura a seguir, o politermo “sistemas de informação na saúde” apareceu 28 vezes, além do seu similar “sistemas de informação” que foi utilizado 06 (seis) vezes. As palavras-chave, também identificadas como descritores, são termos de grande relevância para a recuperação dos trabalhos nos quais estão inseridos, assim como os resumos e os títulos, pois expressam o conteúdo do documento, intermediam a linguagem entre o leitor e a comunicação e orientação quanto ao assunto tratado frente às indexações cruzadas do resumo (Rosas, 2001). Desta maneira, a escolha dessas palavras facilita a localização das informações desejadas e do próprio artigo pesquisado (Gonçalves, 2008). Para uma escolha eficaz das palavras-chave é necessário avaliar sua coerência com a temática, evitando vocábulos regionais e específicos que possam ocasionar ruído na comunicação, bem como termos que não estejam coerentes com a temática, pois muitas vezes os autores colocam palavras-chave que passam uma ideia diferente de seu verdadeiro conteúdo (Ferreira *et al.*, 2010). Curiosamente, foi possível averiguar os verbos utilizados nos artigos selecionados nesse estudo e percebe-se uma referência pelo vocábulo “analisar”. Este se fez presente em 19 dos 42 estudos pesquisados, representando um percentual de 45,23%.

De acordo com Bartelmebs (2013), primeiro movimento que o pesquisador precisa fazer, ao organizar o material coletado, é justamente analisá-los, pois considerando que o verbo “analisar” em pesquisa faz referência ao trabalho feito em todo o apanhado obtido na pesquisa, é possível afirmar que durante todo o curso da pesquisa ocorre a análise dos dados obtidos. Segundo Furtado e Gasparini (2019, p. 2936) “avaliação” e “análise” se distinguem pela maior vinculação com a prática e atributos prévios da primeira e pela intenção em se distanciar e abstrair do objeto considerado por via de teorias pré-estabelecidas, pela segunda”. Ainda, outros verbos também adotados nos artigos buscados foram “descrever”, presente em 05 (cinco) trabalhos e já mencionado “avaliar” encontrado em 03 (três) manuscritos, o que corresponde respectivamente a 11,90% e 7,14% do total de artigos investigados. Para a literatura, sob a óptica da epistemologia, a “descrição” remete-se à observação com consequente detalhamento dos fatos, ao passo que a “avaliação” é o julgamento do mérito de algo que se está investigando. Contudo, mesmo considerando tentar não distinguir esses

termos, evitando exclusões que podem desmerecer a adoção adequada dos mesmos, especialmente em relação à diferença entre “analisar” e “avaliar”, Furtado e Gasparini (2019) afirmam que a possibilidade de colaborações possíveis entre os verbos, sob diversas combinações possíveis, principalmente em relação aos vocábulos “analisar” e “avaliar”, pois a depender do interesse dos pesquisadores, do objeto e do objetivo investigado, tende-se a observar, ao mesmo tempo, tanto o equilíbrio entre ambos como também o eventual predomínio de um termo sobre o outro.

Ainda, na inspeção dos 42 trabalhos obtidos na varredura das bases acessadas, observou-se que nas 42 conclusões estudadas houve na seção conclusão ou considerações finais o reconhecimento do avanço nos processos de trabalho a partir da adoção dos sistemas de informação nos serviços desenvolvidos nas unidades de saúde. Entretanto, essas pesquisas também mostraram haver problemas após a adoção das tecnologias digitais e seus dispositivos, seja em relação ao uso dos dispositivos, seja no tocante à infraestrutura apropriada para tal tarefa. Para Schönholzer *et al.* (2021), essas lacunas despertam entraves que podem ser de ordem humana, passíveis de ser identificados, mas que inicialmente precisam ser compreendidos para então serem superados diante do uso das tecnologias disponíveis nos serviços, para só então distinguir entre o que é comportamental do que é institucional.

Por fim, foi interessante perceber na seção título dos 42 trabalhos acessados, que na sua totalidade, essa parte dos artigos apresentou os termos necessários a uma recuperação eficaz da informação, considerando o título de um estudo precisa em sua escrita representar o assunto abordado. Essa constatação também foi defendida no trabalho de Ravelli *et al.* (2009) em que também fez essa averiguação e constatou que na maioria das pesquisas encontradas seus respectivos temas não eram identificados pelo fato do título não apresentar termos que se remetessem às abordagens estudadas.

Nessa perspectiva, os títulos se comportam como indexadores de grande impacto, pois permitem que o trabalho acadêmico seja localizado futuramente pelas informações que constam, isso porque expressa a ideia geral do tema estudado e representa o primeiro indexador bibliográfico duma publicação, revestindo-se de grande importância na comunicação científica (Ferreira *et al.*, 2010). Por isso, tanto as palavras-chave quanto os resumos e os títulos das pesquisas representam elementos de recuperação da informação a partir da indexação sistematizada dos documentos nos quais estão presentes. Sua importância também se faz presente no âmbito da comunicação científica (Gonçalves, 2008).

Sendo assim, ao se captar palavras e termos presentes nos títulos dos trabalhos destinados a servir de vocábulos finalizadores dos resumos, o pesquisador estará reduzindo

suas chances de oferecer à comunidade científica um espectro mais amplo de fontes bibliográficas de acesso para referenciar sua pesquisa. Para Ravelli *et al.* (2009) o intenso uso de tecnologias na organização e recuperação de informações, “há a necessidade de que o título de artigo de periódico científico, na área de saúde e nas demais áreas especializadas, seja claro, conciso e preciso”, compreendendo que os termos presentes nessa seção podem servir de modo significativo e facilitador no processo de indexação das publicações e no resgate de trabalhos futuros.

Diante dos achados alcançados, percebe-se que todos os resultados aqui encontrados demonstram que a comunidade científica vem se empenhando em trazer à sociedade novas nuances do tema, visto que apesar de conhecido, falar sobre os sistemas de informação na saúde e sobre o PEC e-SUS ainda é uma abordagem em construção, considerando que falar das tecnologias é proporcionar de modo contínuo uma nova visão sobre a realidade já existente.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo bibliométrico representa uma análise metodológica importante, frente à tendência cada vez mais pertinente de inserção das tecnologias nos processos e trabalho da saúde, pois desvela pontos de vistas diferentes em padrões de pesquisa distintos sobre a abordagem pretendida na área. Em consequência, ao oportunizar varredura em bases de buscas relevantes ao estudo investigado, a análise bibliométrica sugere novas averiguações, instrumentalizando a ciência com perspectivas inovadoras no campo da saúde.

Além disso, ao pesquisar o que está sendo produzido no uso das tecnologias na saúde e, mais precisamente, sobre o uso do PEC e-SUS, as bases acessadas fornecem informações referentes também à disponibilidade de recursos, dispositivos e demais artefatos que podem ser interessantes na viabilidade diária dos processos de trabalho das unidades de saúde, despertando a necessidade de descobrir novas ferramentas para a otimização dos serviços assistenciais da atenção primária a partir da investigação de novos indicadores.

Dessa forma, o presente estudo aponta a intenção de desenvolvimento de novas pesquisas sobre o uso das tecnologias na saúde e do prontuário eletrônico atualmente utilizado, estimulando a publicação em periódicos de destaque na produção do conhecimento dessa abordagem, tendo em vista a transposição dessas informações para além da fronteira nacional para os atentos ao tema.

Por fim, a pesquisa sugere ampliar a varredura por artigos que se referem à utilização do PEC e-SUS e dos demais sistemas de informação em saúde, abrangendo outras bases de busca com vistas ao incentivo da construção de um novo perfil bibliométrico sobre a temática,

compreendendo que o advento das tecnologias no cotidiano da sociedade provoca conhecimento científico inovado, bem como a continuidade das discussões sobre a significância do prontuário eletrônico para o planejamento das ações em saúde e a tomada de decisão nesse cenário.

## REFERÊNCIAS

BARTELMEBS, R. C. **Analisando os dados na pesquisa qualitativa**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do PAB Variável. Diário Oficial da União, n. 185, 2016.

CARVALHO, L. F. *et al.* **Bibliometria e saúde coletiva: análise dos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública**. 2005. Tese de Doutorado.

FERREIRA, A. C.; SANTOS, E. R.; ROSSO, A. J. INDEXADORES DE PESQUISA: títulos e palavras-chave do IX e X Encontro Paranaense de Educação Ambiental, EPEA-PR. 2010.

FURTADO, J. P.; GASPARINI, M. F. V. Há diferenças entre avaliar e analisar? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2933-2938, 2019.

GONÇALVES, A. L. Uso de resumos e palavras-chave em Ciências Sociais: uma avaliação. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 13, n. 26, 2008.

GUEDES, V. L. S.; BORSCHIVER, S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de avaliação científica e tecnológica. **Encontro nacional de ciência da informação**, v. 6, n. 1, p. 18, 2005.

MUGNAINI, R. **Caminhos para adequação da avaliação da produção científica brasileira: impacto nacional versus internacional**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PACKER, A. L.; TARDELLI, A. O.; CASTRO, R. C. F. A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 587-599, 2007.

PERIÓDICOS CAPES. Disponível em: <<http://periodicos.capes.gov.br/>>. Acesso em: 30 mar. 2023.

PORTAL BVS. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/>>. Acesso em: 30 mar. 2023.

PORTAL SciELO BRASIL. Disponível em: <<https://www.scielo.br/>>. Acesso em: 30 mar. 2023.

PORTAL SCOPUS. Disponível em: <<https://www.elsevier.com/pt-br/solutions/scopus>>. Acesso em: 30 mar. 2023.



RAVELLI, A. P. X. *et al.* A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, p. 506-512, 2009.

ROSAS, P. Introduções redatoriais e a indexação em publicação periódica. GOLDENBERG, S; GUIMARÃES C, A; CASTRO A, A. **Elaboração e apresentação de comunicação científica**. São Paulo: Metodologia. org, 2001.

SANTOS, A. S. R. *et al.* Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, p. 141-149, 2008.

SANTOS, R. N. M. Produção científica: por que medir? O que medir? **Revista digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 1, n. 1, 2003.

A presente obra reúne um conjunto de experiências de estudo, pesquisa e intervenção desenvolvidas nos diversos cenários de prática que compõem a atenção, a gestão, a educação e a vigilância em saúde. Esses relatos foram produzidos por egressos, docentes e discentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL), programa integrante de uma rede nacional de formação.

O livro evidencia como essas vivências acadêmicas e profissionais têm contribuído de forma significativa para a consolidação e o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando seu papel estratégico na qualificação do cuidado, na inovação das práticas e no aprimoramento das políticas públicas em saúde.

