

# SAÚDE COLETIVA EM FOCO

## MULTIPLICANDO INSPIRAÇÕES E SUPERANDO DESAFIOS



Roberta Larissa Rolim Fidelis  
Irineu Ferreira da Silva Neto  
Ana Beatriz Bezerra  
*Organizadores*

# SAÚDE COLETIVA EM FOCO

## MULTIPLICANDO INSPIRAÇÕES E SUPERANDO DESAFIOS



Roberta Larissa Rolim Fidelis  
Irineu Ferreira da Silva Neto  
Ana Beatriz Bezerra  
*Organizadores*



**2026 - Ampla Editora**

**Copyright da Edição** © Ampla Editora

**Copyright do Texto** © Os autores

**Editor Chefe:** Leonardo Tavares

**Design da Capa:** Ampla Editora

**Revisão:** Os autores

**Tiragem:** 1ª Edição

**Saúde coletiva em foco: multiplicando inspirações e superando desafios** 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.

**Ampla Editora**

Campina Grande – PB – Brasil

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

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



2026

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

S255

Saúde coletiva em foco: multiplicando inspirações e superando desafios /  
Organização de Roberta Larissa Rolim Fidelis, Irineu Ferreira da Silva Neto,  
Ana Beatriz Bezerra; Prefácio de Alissan Karine Lima Martins. – Campina  
Grande/PB: Ampla, 2025.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-346-5

DOI 10.51859/ampla.scf465.1126-0

1. Saúde pública. I. Fidelis, Roberta Larissa Rolim (Organizadora). II. Silva Neto,  
Irineu Ferreira da (Organizador). III. Bezerra, Ana Beatriz (Organizadora). IV.  
Martins, Alissan Karine Lima (Prefácio). V. Título.

CDD 362.1

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde pública

**Ampla Editora**  
Campina Grande – PB – Brasil  
contato@amplaeditora.com.br  
www.amplaeditora.com.br

# 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 – Pontificia 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 – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

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

Luiza 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

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

Sabryna 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 Carlotto 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

# COMISSÃO CIENTÍFICA

Adrielle Rodrigues Costa

Ana Luíza de Aguiar Rocha Martin

Celida Juliana de Oliveira

Francisco Elizauo de Brito Junior

José Geraldo Alencar Santos Júnior

Nara Juliana Santos Araújo

Nayara Santana Brito

Renata Evaristo Rodrigues da Silva Duarte

Sandra Mara Pimentel Duavy

Tatianny Alves de França

# APRESENTAÇÃO

Esta obra congrega um conjunto de capítulos que expressam a diversidade, a potência e o compromisso das práticas desenvolvidas no âmbito da Saúde Coletiva, especialmente na Atenção Primária à Saúde e nos territórios de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) na região do Cariri cearense, promovidas pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Por meio de relatos de experiências e análises fundamentadas na realidade dos serviços, o livro evidencia ações que articulam ensino, serviço e comunidade, valorizando o cuidado integral, a promoção da saúde e a educação em saúde como estratégias centrais para a transformação das práticas e o fortalecimento das redes de atenção.

No campo da gestão, do planejamento e da vigilância em saúde, a obra também mergulha na complexidade da organização dos processos de trabalho e de formação profissional. Através da vivência de equipes, da colaboração entre diferentes núcleos de saber e a utilização de instrumentos de avaliação pode-se realizar um acompanhamento mais eficaz das famílias. Além disso, o livro reserva um espaço essencial para a reflexão sobre o "cuidar de quem cuida", reconhecendo que a interprofissionalidade e a multiprofissionalidade são caminhos estratégicos para o fortalecimento do trabalho em equipe, essenciais para qualificar o cuidado, fortalecer o SUS e reafirmar a saúde como direito e compromisso coletivo.

Por fim, este livro é um convite à inspiração para todos que buscam transformar a realidade local por meio de ações concretas e inovadoras. Ao documentar um espaço de socialização de saberes e práticas, os autores oferecem subsídios valiosos para que a formação crítica de profissionais de saúde e o aprimoramento das políticas e ações em Saúde Coletiva possam florescer. Trata-se de uma obra que convida o leitor a refletir, aprender e se inspirar em experiências concretas que reafirmam a saúde como direito e a vida como valor central do cuidado.


# PREFÁCIO

A Saúde Coletiva se coloca como um campo amplo de saberes e práticas no qual o processo formativo encontra espaço fértil para o desenvolvimento de inúmeras ações e estratégias com ênfase na construção coletiva envolvendo usuários, profissionais, docentes e gestores, o que torna a aprendizagem significativa e articulada com as demandas existentes nos diferentes territórios e cenários de práticas e capaz de contribuir para uma atenção segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam, a universalidade, a integralidade e a equidade.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri nasce num território rico e marcado pela diversidade cultural, de sujeitos, de conhecimentos e de fazeres, que tocam e delineiam de modos distintos as práticas de saúde. Com isso, o trabalho de residentes, preceptores e tutores no cotidiano da formação e do seu processo de trabalho passam a elaborar um tecido próprio que possuem tons, texturas, cheiros, cores próprias e que se colocam como originais e próprios desse povo caririense.

Nesse sentido, o livro apresentado partilha com os leitores parte desse processo de trabalho formativo no campo da atenção, gestão, educação em saúde e educação permanente em saúde, fugindo de uma atuação linear e descontextualizada para prover uma oferta inter e multiprofissional de cuidado com a utilização de inúmeras ferramentas e tecnologias capazes de qualificar a oferta da atenção, tendo como base pressupostos da promoção da saúde e da educação popular em saúde, com ênfase na autonomia, no diálogo, na troca de saberes, na cultura e demais elementos presentes no território e aos sujeitos.

Emergem como sujeitos envolvidos nas experiências predominantemente com mulheres, sejam as privadas de liberdade, gestantes de comunidades rurais, mulheres com condições crônicas não transmissíveis, com demandas advindas da fibromialgia, mas também outros públicos que requerem atenção e enfoque para promoção da saúde, como escolares, além dos residentes e trabalhadores dos serviços de saúde, oportunizando um cuidado de saúde sensível às populações vulneráveis e que demandam prioridade nas formas de organização do cuidado.





No campo da atenção e da educação em saúde, as experiências evidenciam ações que fogem do comum, trazendo várias ferramentas de cuidado capazes de valorizar o componente cultural, de práticas tradicionais e advindas de um saber popular atrelado a conhecimentos que permitam aos usuários o desenvolvimento de habilidades para o manejo da saúde. Essas foram apresentadas nas experiências de interface entre arte e cultura popular do crochê para promoção da saúde mental, grupos de prática corporal e atividades físicas de natureza multiprofissional, grupos com experiências sensoriais e terapêuticas aliado a fitoterapia, podcast como tecnologia de comunicação e informação em saúde, visitas à maternidade para conhecimento e apropriação da rede de atenção materna-infantil a gestantes de comunidades rurais, jardim medicinal como espaço de saúde e bem estar.

Foram apresentadas ainda ferramentas para inovar e qualificar o processo de gestão do cuidado, como a análise de indicadores de óbito infantil por causas evitáveis na região, o mapeamento de pessoas com hipertensão e diabetes a partir do uso de geotecnologias e do georreferenciamento do território e a análise do componente especializado da assistência farmacêutica. Tais processos permitem uma organização do cuidado a partir do processo de vigilância territorial em saúde e da análise das questões de saúde pública mais sensíveis e prioritárias que possam ser acolhidas e abordadas a partir da atuação na atenção primária a saúde.

O processo de educação permanente em saúde esteve presente a partir de momentos reflexivos e práticos para atender as necessidades de saúde, para qualificar os profissionais, para promover o cuidado do trabalhador e refletir sobre o processo de trabalho em saúde e em equipe. Foram experiências inseridas nessa ênfase ações de promoção da saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, a reflexão de residentes sobre interprofissionalidade e multiprofissionalidade e as competências que impactam no processo de trabalho nas equipes, o desenvolvimento de oficinas sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e qualificação sobre avaliação da acuidade visual de escolares junto a profissionais de saúde e da educação e a revisão e atualização de instrumento de classificação de vulnerabilidade familiar.

As experiências trazem elementos ricos que destacam a importância da formação em serviço e do quanto esta pode ser um agente de transformação de realidades através da inserção de profissionais residentes nos cenários de prática e






nestes, na integração ensino-serviço-comunidade para desenvolvimento de projetos e propostas que dialogam com as necessidades locais de saúde e do sistema de saúde. Com isso, começa-se a tecer um cuidado qualificado não apenas tecnicamente, mas através do resgate da identidade cultural e social que impactam as questões de saúde, lançando mão de um cuidado inovador e capaz de promover saúde e bem estar para e entre todos os envolvidos: usuários, profissionais, residentes, gestores e docentes.

***Alissan Karine Lima Martins***




# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I.</b> AÇÃO EDUCATIVA SOBRE O OUTUBRO ROSA PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	15
<b>CAPÍTULO II.</b> BEM VIVER E ESTRATÉGIAS PARA ADIAR O FIM DO MUNDO ATRAVÉS DA INTERFACE ARTE E SAÚDE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL .....	26
<b>CAPÍTULO III.</b> EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA: CAMINHOS POSSÍVEIS NO CUIDADO EM COMUNIDADE RURAL.....	37
<b>CAPÍTULO IV.</b> ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL: RELATO DE OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SUL CEARENSE....	48
<b>CAPÍTULO V.</b> GESTÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	60
<b>CAPÍTULO VI.</b> IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ESCOLARES NO SUL CEARENSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	72
<b>CAPÍTULO VII.</b> IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM UM GRUPO DO CUIDANDO DO CUIDADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	80
<b>CAPÍTULO VIII.</b> INTEGRAÇÃO SENSORIAL E TERAPÊUTICA COM PLANTAS MEDICINAIS E FRUTAS NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA: UMA EXPERIÊNCIA EM AMBIENTE NATURAL.....	90
<b>CAPÍTULO IX.</b> INTERPROFISSIONALIDADE E MULTIPROFISSIONALIDADE: A PERSPECTIVA DOS RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA .....	101
<b>CAPÍTULO X.</b> MAPEAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE UMA MICROÁREA DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DO CARIRI.....	110
<b>CAPÍTULO XI.</b> ÓBITOS INFANTIS POR CAUSAS EVITÁVEIS NA REGIÃO SUL DO CEARÁ: UMA ANÁLISE TEMPORAL .....	121
<b>CAPÍTULO XII.</b> PLANTANDO SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA IDEALIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM JARDIM MEDICINAL EM UM ESPAÇO ACADÊMICO .....	131
<b>CAPÍTULO XIII.</b> PODCAST COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	141
<b>CAPÍTULO XIV.</b> REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DE INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADE FAMILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA DISCUSSÃO MULTIPROFISSIONAL.....	152



<b>CAPÍTULO XV.</b> TRABALHO MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA EM GRUPOS DE ATIVIDADE FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	163
<b>CAPÍTULO XVI.</b> VÍNCULO E PREPARAÇÃO PARA O PARTO SEGURO: INTERVENÇÕES PARA MULHERES RURAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	174



# CAPÍTULO I

## AÇÃO EDUCATIVA SOBRE O OUTUBRO ROSA PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-1

**Graziely Ingrid da Silva Santos**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8060790811946632>

**Taciane Raquel Gomes do Carmo**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1726798007802427>

**Fábio Angelo Carmo**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1580545293908124>

**Yasmim Mota de Moraes Pontes**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0002271131997660>

**Cleydyane da Silva Santos**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7553052721851689>

**Sálvia Ulisses Santos**

Superintendência Regional de Saúde do Cariri (SRSUL)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8536410964869586>

**Luana Almeida Gurgel**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1880396122732031>

**Beatriz de Castro Magalhães**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6996058872264945>

## RESUMO

**Introdução:** O movimento Outubro Rosa visa à conscientização sobre a prevenção do câncer de mama, contexto no qual a educação em saúde é crucial para populações vulneráveis, como mulheres privadas de liberdade, que enfrentam barreiras de acesso. **Objetivo:** Este estudo objetivou descrever a experiência de residentes multiprofissionais em saúde coletiva na condução de uma ação alusiva ao Outubro Rosa em uma unidade penitenciária feminina (UPF) no Ceará. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência qualitativo e descritivo, onde detalha-se a intervenção que envolveu 140 internas, residentes e profissionais da saúde, empregando dinâmicas como "Mitos e Verdades" sobre câncer de mama e colo do útero, além de discussões sobre autoestima e autocuidado. **Resultados:** Durante a atividade, foram enfrentados desafios logísticos, de segurança e restrição de materiais, que exigiram adaptação das estratégias; contudo, a receptividade das internas foi positiva, observando-se participação ativa estimulada por recursos didáticos e pelo diálogo estabelecido. A experiência revelou-se formativa para os residentes, ampliando a compreensão acerca das vulnerabilidades e da importância da educação em saúde dialógica e da atuação multiprofissional humanizada no ambiente prisional. **Considerações finais:** A intervenção promoveu a sensibilização sobre a prevenção do câncer e proporcionou aos residentes uma experiência singular para a reflexão sobre vulnerabilidades, destacando-se a participação das internas e o trabalho multiprofissional, reafirmando, desse modo, o papel essencial das residências na formação humanizada para um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Saúde da Mulher; Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pink October movement aims to raise awareness about breast cancer prevention, a context in which health education is crucial for vulnerable populations, such as incarcerated women, who face access barriers despite national policies. **Objective:** This study aimed to describe the experience of multiprofessional residents in collective health in conducting an action related to Pink October in a women's prison unit (UPF) in Ceará. **Methods:** Through a qualitative and descriptive experience report, the intervention is detailed, involving 140 inmates, residents, and health professionals, employing dynamics such as "Myths and Truths" about breast and cervical cancer, in addition to discussions on self-esteem and self-care. **Results:** During the activity, logistical, security, and material restriction challenges were faced, necessitating strategy adaptation; however, inmate receptivity was positive, with active participation observed, stimulated by didactic resources and established dialogue. The experience proved formative for the residents, enhancing understanding regarding vulnerabilities and the importance of dialogical health education and humanized multiprofessional practice in the prison environment. **Final consideration:** The intervention promoted awareness about cancer prevention and provided residents with a unique experience for reflection on vulnerabilities, highlighting inmate participation and multidisciplinary work, thereby reaffirming the essential role of residencies in humanized training for a more inclusive and equitable health system.

**Keywords:** Health Education; Health Promotion; Women's Health.

## 1. INTRODUÇÃO

O Outubro Rosa é um movimento internacional que busca conscientizar sobre a importância da prevenção do câncer de mama. Celebrado anualmente, este mês tem como objetivo principal promover educação em saúde e compartilhar informações e medidas para prevenção, visando a detecção precoce para alcance de bons resultados, como altas taxas de remissão dos tumores e garantia de uma vida longa e com qualidade para as mulheres acometidas (DS Saúde, 2024).

Nesse contexto, a educação em saúde desempenha um papel crucial na disseminação de informações e promoção de mudanças comportamentais que visam a redução de riscos associados a doenças oncológicas. No entanto, populações em situação de vulnerabilidade enfrentam obstáculos como a falta de informação, baixo nível de escolaridade e dificuldades logísticas, que comprometem o acesso a recursos preventivos (De Andrade Sousa *et al.*, 2024).

Dentre essas populações, cabe destacar as mulheres privadas de liberdade, que não somente possuem distanciamento físico dos serviços de saúde, mas também apresentam determinantes sociais que as colocam em risco. Nessa perspectiva sobre educação em saúde, é válido destacar que segundo os dados obtidos a partir do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN Mulheres) acerca do nível de escolaridade de mulheres privadas de liberdade no Brasil, inferem que, em 73% dessa população, apenas 66% concluiu o ensino fundamental, não tendo acesso ao ensino médio, enquanto apenas 15% teve a conclusão do ensino médio e outros 17% não o concluiu (MJSP, 2017).

Constata-se ainda que a população privada de liberdade (PPL) enfrenta dificuldades significativas no que tange aos determinantes do processo saúde-doença, em virtude das condições precárias do ambiente prisional. A falta de acesso à água potável, saneamento básico, medicamentos e outros materiais essenciais, somada a alimentação inadequada e a superlotação das celas, resulta em um contexto prejudicial à saúde (Barra *et al.*, 2023).

Além disso, apesar da instituição de metas que garantam o acesso universal à saúde para a população carcerária feminina através da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), nota-se a fragilidade na garantia dos direitos básicos a essas mulheres, como trabalho, alimentação e vestimenta, além da falta de atendimento às necessidades físicas e mentais. Esse tipo de descaso também pode ser evidenciado no que diz respeito à saúde ginecológica, que deveria promover ações de prevenção e diagnóstico precoce de câncer de mama e colo de útero (Ramos *et al.*, 2023).

Nesse contexto, é importante pontuar que em 2003, o Brasil implementou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) com o objetivo de garantir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) à população carcerária. Mais recentemente, em 2014, foi instituída a Política de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), que reconhece as unidades prisionais como pontos prioritários da atenção à saúde e defende um olhar integral para as pessoas privadas de liberdade (Bartos, 2023).

As ações de saúde no âmbito prisional devem ser realizadas pelas equipes de atenção básica prisional (EABP), compostas por médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares, podendo incluir outros profissionais. Na ausência de uma EABP, a equipe de Saúde da Família do território deve prestar assistência adequada (Barbosa *et al.*, 2022). Ainda, a superintendência regional de saúde desempenha papel crucial não somente no monitoramento do plano de saúde (Brasil, 2015), o qual deve abranger as necessidades das pessoas privadas de liberdade em sua área adscrita, mas especialmente no apoio técnico aos municípios que possuem unidade prisional (Brasil, 2014).

Considerando a conjuntura de vulnerabilidade a qual essas mulheres estão expostas antes e durante o seu encarceramento, é válido refletir sobre essa problemática à luz dos princípios da saúde coletiva. E para isso, a residência multiprofissional em saúde coletiva desempenha papel essencial, tanto por desenvolver habilidades e atitudes reflexivas nos residentes, como por inseri-los em campos assistenciais e gerenciais que permitem lidar com contextos vulneráveis (Carneiro; Teixeira; Pedrosa, 2021). Assim, o presente estudo visa descrever um relato de experiência acerca de residentes em Saúde Coletiva (em parceria com a superintendência regional de saúde) sobre uma ação de educação em saúde sobre em alusão ao outubro rosa, realizada para mulheres privadas de liberdade.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência qualitativo e descritivo, desenvolvido durante o período de vivência prática dos residentes em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (URCA), em uma regional de saúde do Ceará, a qual é designada a oferecer apoio técnico às unidades penitenciárias adscritas nos municípios dessa regional. A experiência em questão foi vivenciada em uma unidade penitenciária feminina (UPF) de um município no interior do Ceará. O estudo integra ações práticas de educação em saúde, alinhadas à vivência acadêmica e profissional de residentes em Saúde Coletiva, priorizando o cuidado integral e o direito à saúde como pilares centrais.

Todas as atividades que compuseram a ação educativa foram planejadas e executadas em colaboração com profissionais da saúde prisional e com uma acadêmica do curso de Psicologia

que também possui formação em Serviço Social. A ação em questão foi realizada em 8 de outubro de 2024 no turno da manhã, tendo duração de 3 horas.

A programação foi iniciada com uma sessão de boas-vindas, na qual a equipe se apresentou e explicou a importância do Outubro Rosa, contextualizando a relevância da prevenção do câncer de mama e do colo do útero. Em seguida, ocorreu um momento de práticas corporais conduzido por fisioterapeutas residentes, com alongamentos e exercícios leves de fortalecimento muscular para promover a integração física e emocional das participantes.

A dinâmica foi estruturada em dois momentos principais: a primeira, intitulada “Mitos e Verdades”, foi mediada por enfermeira residente e enfermeira referência técnica na regional da Saúde Prisional possibilitando a avaliação do conhecimento prévio das internas sobre o câncer de mama e de colo de útero. As afirmativas utilizadas, expostas no quadro 1, foram retiradas de manuais do Ministério da Saúde e de referências atualizadas, garantindo a veracidade das informações transmitidas.

**Quadro 1.** Afirmativas utilizadas para a dinâmica da ação.

<b>DINÂMICA MITOS E VERDADES</b>	
<b>Câncer de mama</b>	<b>Câncer de colo de útero</b>
Somente mulheres mais velhas podem ter câncer de mama.	O exame Papanicolau é fundamental para a detecção precoce do câncer de colo de útero.
A mamografia é o exame mais eficaz para detectar o câncer de mama precocemente.	O principal sintoma do câncer de colo de útero é dor abdominal.
Se não há casos de câncer de mama na família, o risco de desenvolver a doença é inexistente.	O corrimento vaginal com odor forte pode ser um sinal de câncer de colo de útero.
Alterações no formato ou tamanho da mama podem ser um sinal de câncer de mama.	Fumar aumenta o risco de câncer de colo de útero.
O consumo de álcool pode aumentar o risco de câncer de mama.	A ausência de sintomas significa que não há risco de câncer de colo de útero.

**Fonte:** Brasil, 2013; Brasil, 2021.

O segundo momento, ‘Autoestima e Autocuidado: Um Olhar para Si’, foi conduzido por uma assistente social/acadêmica de Psicologia, que discutiu estratégias para manter a saúde mental e o autocuidado no contexto prisional, com ênfase no autocuidado como ferramenta de empoderamento. Como parte da atividade, foi utilizado um texto reflexivo para estimular o diálogo e a autorreflexão entre as internas.

Ao final, foram realizados os agradecimentos, reforçando a importância de realizar o autoexame e seguir as orientações de saúde para prevenção de doenças. Em seguida, seguiu-se um

momento de feedback das internas da UPF, no qual elas puderam compartilhar suas percepções, dúvidas e sugestões sobre a atividade.

Tendo em vista que os resultados versam apenas sobre as experiências dos residentes organizadores e executantes da ação, prescindiu-se a necessidade de aprovação por comitê de ética, conforme estabelecido na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016), uma vez que as interações e falas são parte de uma intervenção educativa coletiva, sem exposição individual das participantes.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O planejamento e a realização da ação Outubro Rosa na Unidade Penitenciária Feminina demandaram um cuidado especial, considerando as particularidades do ambiente prisional tais como as rigorosas normas de segurança, a necessidade de autorizações específicas para cada etapa, as limitações de espaço físico e a logística complexa para movimentação interna, além da quantidade de participantes, que foi um total de 140 internas. A equipe envolvida precisou considerar aspectos logísticos e estruturais que influenciam na abordagem e interação com as internas.

Inicialmente, houve receio sobre como a atividade seria recebida, uma vez que não havia um conhecimento prévio completo sobre o ambiente e as limitações impostas pelo contexto prisional. Não se sabia se as atividades aconteceriam nas celas ou em um espaço comum. No entanto, ao chegar ao local, a equipe foi surpreendida, em sua maioria, positivamente, com a disposição do ambiente: todas as mulheres foram reunidas em um pátio, com grades as separando dos facilitadores, mas sem impedir a interação e participação ativa das internas.

Além dessas questões, por se tratar de um ambiente prisional, houve limitações quanto aos materiais que poderiam ser levados para a ação, considerando os riscos inerentes ao espaço. Inicialmente, a equipe havia planejado levar placas para a dinâmica de mitos e verdades e uma lembrança simbólica alusiva ao Outubro Rosa. No entanto, devido às restrições do ambiente, a entrada desses materiais específicos não foi autorizada. Foi necessário, então, reavaliar os recursos e adaptar as atividades, garantindo que as demonstrações fossem conduzidas de forma segura, eficaz e dinâmica, de modo que o conteúdo prendesse a atenção do público mesmo sem os itens originalmente planejados.

Essa necessidade de adaptar as estratégias, buscando manter o dinamismo e a eficácia da ação, encontra respaldo na concepção da educação em saúde como um processo que promove a autonomia. A literatura ressalta que iniciativas como essas buscam ir além da mera transmissão de informações, visando fomentar o protagonismo dos indivíduos no cuidado com sua própria

saúde. Essa autonomia é particularmente estimulada por meio de metodologias ativas, que engajam os participantes como sujeitos ativos na construção do conhecimento, em vez de meros receptores passivos, potencializando sua capacidade de ação e responsabilidade (Fontana *et al.*, 2020).

A utilização de materiais didáticos, como o modelo de mama, foi essencial para tornar a apresentação mais clara e acessível. Esse recurso visual tem a potencialidade de levar a compreensão, de forma mais prática, sobre as alterações que podem indicar câncer e a técnica correta do autoexame. Acredita-se que a possibilidade de observação direta desse recurso didático estimulou a participação ativa, tornando o aprendizado mais dinâmico.

Além disso, dúvidas foram surgindo ao longo da atividade, indo além dos conteúdos previamente planejados, e foram esclarecidas por toda a equipe, enriquecendo ainda mais o momento. O interesse e a participação das internas evidenciaram a importância desse tipo de abordagem para ampliar o conhecimento e incentivar práticas de autocuidado.

Campelo *et al.* (2024) defendem como as ações de prevenção e promoção da saúde precisam ser algo prioritário para a população privada de liberdade feminina, visto o histórico de vulnerabilidades sociais que já acompanha esse público e a importância de os profissionais de saúde trabalharem para impedir os agravos em saúde.

As informações apresentadas foram fundamentadas em manuais do Ministério da Saúde e em referências atualizadas, assegurando embasamento científico e conformidade com as diretrizes vigentes. Esses materiais conferiram credibilidade e segurança ao conteúdo, garantindo que as orientações estivessem alinhadas com as recomendações mais recentes sobre prevenção e diagnóstico precoce. Dessa forma, buscou-se, por meio de informações qualificadas, subsidiar a compreensão das internas sobre o câncer de colo do útero e de mama, fomentando a ampliação de seu conhecimento e conscientização sobre o tema.

Para os residentes, essa ação representou um marco importante em sua formação, pois foi a primeira vez que tiveram contato direto com o ambiente prisional. Embora estejam inseridos em um campo de atuação mais voltado para a gestão, essa experiência permitiu uma participação ativa em um contexto de promoção à saúde, proporcionando um aprendizado prático fundamental.

Além disso, conforme Schultz *et al.* (2022) ressaltam, momentos de promoção da saúde permitem a execução prática dos princípios discutidos em reuniões de gestão, viabilizando uma aprendizagem significativa no SUS e para o SUS, enfatizando a relevância do atuação dos profissionais de saúde no ambiente prisional durante o processo formativo (Schultz *et al.*, 2022).

Dessa forma, cabe refletir que experiências práticas na educação em saúde, podem reverberar em conhecimento das fragilidades e das necessidades das mulheres privadas de liberdade e potencializar reflexões e atitudes para a promoção da saúde e para elaboração e/ou aprimoramento de programas e políticas de saúde das pessoas privadas de liberdade, demonstrando a importância da atuação dos residentes nos diversos contextos práticos e de gestão.

A interação dos residentes com as internas e a oportunidade de sanar dúvidas reforçaram a importância do papel dos profissionais de saúde na promoção da equidade e no atendimento a grupos vulneráveis, reforçando reflexões tecidas durante o planejamento da ação, no que se refere a fragilidade de ações em saúde no contexto prisional. Um achado importante da literatura é o fato das ações educativas em grupo serem mais eficazes ao se analisar a mudança comportamental de hábitos que favorecem o risco do desenvolvimento de doenças e agravos, como visto no estudo de Lima *et al.* (2024).

O envolvimento ativo das participantes demonstrou a importância de ações educativas em contextos de vulnerabilidade social. De acordo com isso, o estudo de Mourão *et al.* (2015) reforça a importância da promoção da saúde dentro do ambiente prisional destacando como ações educativas contribuem para ampliar o conhecimento das internas sobre prevenção e autocuidado.

Essa vivência ampliou a percepção dos residentes sobre a realidade prisional e sobre a necessidade de desenvolver abordagens humanizadas, respeitando as especificidades desse público. Ações como essa, conforme destacam Jesus, Scarparo e Lermen (2013), fortalecem a compreensão de que a atuação profissional deve ser pautada pela inclusão e pela redução das desigualdades no acesso à saúde, tornando-os mais preparados para atuar em diferentes contextos sociais.

Ao final da ação, constatou-se um impacto positivo significativo para os residentes, com ampla participação das internas e grande interesse pelo tema abordado. A experiência evidenciou a necessidade de mais iniciativas voltadas à saúde da mulher no ambiente prisional, destacando lacunas no conhecimento sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer, a importância dos exames periódicos, do autocuidado e dos hábitos de vida saudáveis.

Isso reforça o que foi discutido por Araújo *et al.* (2020), ao analisarem a assistência à saúde de mulheres encarceradas sob a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. O estudo aponta a insuficiência de ações voltadas às necessidades dessas mulheres, resultado da superlotação, do ambiente insalubre e da ausência de acompanhamento contínuo, demonstrando a necessidade de maior atenção à saúde da mulher em situação de privação de liberdade, tanto por meio de políticas

públicas quanto por ações educativas que possibilitem ampliar o conhecimento sobre prevenção e autocuidado.

A abordagem multiprofissional possibilitou discussões abrangentes, promovendo a sensibilização e incentivando práticas preventivas. Essa experiência reforçou a relevância de ações educativas nesse contexto, ampliando o acesso à informação e fortalecendo a percepção da saúde como um direito fundamental (Medeiros; Forte; Toassi, 2024).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da ação do Outubro Rosa realizada na unidade penitenciária feminina, promovida pelos residentes multiprofissionais em saúde coletiva, foi possível trabalhar a sensibilização sobre a prevenção do câncer de mama e colo do útero entre mulheres em situação de privação de liberdade. A experiência possibilitou aos residentes a reflexão sobre as vulnerabilidades desse público, ampliando o acesso a informações sobre saúde e cuidados preventivos, além de garantir uma vivência ímpar na formação dos profissionais residentes, principalmente devido a participação das mulheres privadas de liberdade na ação, somado ao trabalho integrado da equipe multiprofissional. A ação reafirma a relevância de iniciativas como essa para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo, além de ressaltar o papel essencial das residências multiprofissionais na formação dos profissionais de saúde, garantindo maior humanização no cuidado e fortalecimento das políticas públicas de saúde.

#### REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Moziane Mendonça de *et al.* Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. e20190303, 2020.

BARBOSA, Mayara Lima *et al.* Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 517-524, 2022.

BARRA, Bárbara Livia Lima *et al.* Ações em saúde para mulheres privadas de liberdade: relato de experiência. **Extendere**, Mossoró, v. 9, n. 1, 2023.

BARTOS, Mariana Scaff Haddad. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer\\_0.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf) Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº1 de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 03 jan. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html) Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo de útero e da mama.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf) Acesso em: 28 mar. 2025.

CAMPELO, Isabella Lima Barbosa *et al.* Acesso e cuidado à saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária cearense. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1-13, 2024.

CARNEIRO, Ester Martins; TEIXEIRA, Livia Maria Silva; PEDROSA, José Ivo dos Santos. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 03, p. e310314, 2021.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 abr. 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 3 jul. 2025.

DE ANDRADE SOUSA, Karla Eduarda *et al.* Educação em saúde sobre câncer de mama e colo de útero para mulheres vulneráveis socialmente. **Revista Expressão Católica**, Quixadá, v. 13, n. Especial, p. 201-205, 2024.

DS Saúde. **Origem da campanha Outubro Rosa, seu significado e a conscientização sobre o câncer de mama.** [S. l.: s. n.], out. 2024. 1 PDF p. 1-5. Disponível em: [https://www.dssaudeconvenios.com.br/wp-content/uploads/2024/10/Origem\\_da\\_Campanha\\_Outubro\\_Rosa\\_seu\\_significado\\_e\\_a\\_conscientizacao\\_sobre\\_o\\_Cancer\\_de\\_mama\\_pdf1.pdf](https://www.dssaudeconvenios.com.br/wp-content/uploads/2024/10/Origem_da_Campanha_Outubro_Rosa_seu_significado_e_a_conscientizacao_sobre_o_Cancer_de_mama_pdf1.pdf). Acesso em: 3 jul. 2025.

FONTANA, Rosane Teresinha *et al.* Reflexões sobre a educação em saúde como um processo emancipatório. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5196-5203, 2020.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz K.; LERMEN, Helena Salgueiro. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 39-52, 2013.

LIMA, Fabiane da Silva Severino *et al.* Estratégias educativas para prevenção de infecções femininas no presídio: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, p. 1-10, 2024.

MEDEIROS, Aline Vieira; FORTE, Franklin Delano Soares; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Educação Interprofissional na Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: análise fenomenológica. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 143, p. 1-15, 2024.

MJSP. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informações penitenciárias: Infopen Mulheres**. 2. ed. org. Thandara Santos; colab. Marlene Inês da Rosa [*et al.*]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; Departamento Penitenciário Nacional, 2017. Disponível em: [https://conectas.org/wp-content/uploads/2018/05/infopenmulheres\\_arte\\_07-03-18-1.pdf](https://conectas.org/wp-content/uploads/2018/05/infopenmulheres_arte_07-03-18-1.pdf). Acesso em: 3 jul. 2025.

MOURÃO, Luana Feitosa *et al.* Promoção da Saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015.

RAMOS, Maria Eduarda Kegler *et al.* O cuidado em saúde e sua relação com aspectos sociodemográficos das mulheres privadas de liberdade no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3412-3412, 2023.

SCHULTZ, Águida Luana Veriato *et al.* A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4407-4414, 2022.

# CAPÍTULO II

## BEM VIVER E ESTRATÉGIAS PARA ADIAR O FIM DO MUNDO ATRAVÉS DA INTERFACE ARTE E SAÚDE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-2

**Keila Formiga de Castro**

Secretaria Municipal de Saúde de Crato-CE (SMS Crato – CE)

Crato-CE

<http://lattes.cnpq.br/2489517690018781>

**Luiza Brito Silvino Gomides**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9857005247750933>

**Luís Fernando dos Santos Silva**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4448109509438940>

**Renata Duarte Fernandes**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9012532565154501>

**Erika Roméria Formiga de Sousa**

Secretaria Municipal de Saúde de Crato-CE (SMS Crato-CE)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4098854230287709>

**Vanira Matos Pessoa**

Fundação Oswaldo Cruz – Ceará (FIOCRUZ)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9013874934045331>

## RESUMO

**Introdução:** O sofrimento mental em territórios rurais, um fenômeno complexo, marcado por desigualdades históricas, políticas e sociais. Frente a esta realidade, a Educação Popular em Saúde e a Teoria do Bem Viver surgem como possibilidades de cuidado transformador, capazes de acolher e ressignificar vivências. **Objetivo:** Relatar e refletir criticamente sobre uma oficina de crochê com o intuito de promover o cuidado em saúde mental, fortalecer vínculos e afirmar a vida por meio da arte, do afeto e da cosmologia do Bem Viver. **Método:** Trata-se de um relato de experiência fundamentado nos pressupostos teóricos da Educação Popular em Saúde e do Bem Viver. Realizada em uma Unidade Básica de Saúde do município do Crato-CE, envolvendo profissionais, residentes em saúde coletiva e comunidade. Utilizaram-se técnicas participativas como rodas de conversa, práticas artísticas através do crochê e avaliação coletiva afetiva. **Resultados:** A oficina proporcionou um ambiente acolhedor de escuta, partilha e criação através da arte, favorecendo a expressão subjetiva e o fortalecimento dos vínculos comunitários. A prática do crochê emergiu como potente estratégia terapêutica, permitindo a elaboração simbólica do sofrimento e ampliando perspectivas críticas e sobre o cuidado em saúde mental. **Considerações finais:** A experiência reafirma a urgência de incorporar práticas em saúde fundamentadas na Educação Popular, com ênfase especial na atenção à saúde mental em contextos rurais. Tais abordagens contribuem significativamente para a construção de alternativas viáveis, sensíveis e transformadoras no âmbito do SUS, promovendo o cuidado integral, a justiça social e o fortalecimento de vínculos afetivos e comunitários.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária a Saúde; Saúde da População Rural; Arte como Terapia;

## ABSTRACT

**Introduction:** Mental suffering in rural territories is a multifaceted phenomenon shaped by historical, political, and social inequalities. In these contexts, the traditional biomedical model often proves insufficient and overly medicalized. Faced with this reality, Popular Education in Health and the theory of Buen Vivir emerge as powerful approaches for transformative and integral care, capable of welcoming and reframing lived experiences. **Objective:** To report and critically reflect on a crochet workshop conducted by a rural Family Health Team, aiming to promote mental health care, strengthen community bonds, and affirm life through art, affection, and the cosmology of Buen Vivir. **Method:** This is an experience report based on the theoretical frameworks of Popular Education in Health and Buen Vivir. The activity took place in a Primary Health Care Unit in the rural area of Crato, Ceará, Brazil, involving healthcare professionals, collective health residents, and community members. Participatory techniques were employed, such as talking circles, artistic practices (crochet), and collective affective evaluation. **Results:** The workshop provided a welcoming environment of listening, sharing, and artistic creation, fostering subjective expression and strengthening community ties. The crochet practice emerged as a powerful therapeutic strategy, allowing symbolic elaboration of suffering and expanding critical and emancipatory perspectives on mental health care. **Final Considerations:** This experience reaffirms the urgency of incorporating health practices grounded in Popular Education, with particular emphasis on mental health care in rural contexts. Such approaches significantly contribute to the development of feasible, sensitive, and transformative alternatives within the Brazilian Unified Health System (SUS), promoting integral care, social justice, and the strengthening of affective and community bonds.

**Keywords:** Primary Health Care; Rural Population Health; Art Therapy.

## 1. INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico em contextos rurais apresenta-se como um fenômeno complexo, atravessado por múltiplas dimensões da vida social, política, ambiental e espiritual. Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), imersos em territórios marcados por desigualdades históricas e limitações estruturais, convivem cotidianamente com formas de sofrimento que não encontram acolhimento adequado no modelo biomédico tradicional, ainda predominante nos serviços de saúde.

A literatura aponta para uma elevada prevalência de transtornos mentais comuns em populações rurais, associada a fatores como desigualdade de gênero, exposição à violência e uso abusivo de psicofármacos (Silva *et al.*, 2019). Esses agravos se aprofundam frente à escassez de políticas públicas intersetoriais, a fragilidade na retaguarda da atenção à saúde especializada e da sobrecarga das equipes de saúde que atuam em territórios extensos, com difícil acesso e baixo investimento em infraestrutura.

Diante dessa conjuntura, torna-se urgente repensar o cuidado em saúde mental a partir de paradigmas que considerem as singularidades dos territórios e a complexidade do sofrimento. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) propõe o reconhecimento das especificidades culturais e dos modos de vida dessas populações, orientando uma atenção primária pautada na interculturalidade, na justiça social e na equidade (Gouveia *et al.*, 2019).

A Educação Popular em Saúde, por sua vez, surge como estratégia potente de construção compartilhada do conhecimento, fortalecimento do vínculo comunitário e emancipação dos sujeitos frente às múltiplas formas de opressão (Brasil, 2013; Brandão, Assumpção, 2009). O cuidado, nesse horizonte, ultrapassa a dimensão técnica e passa a ser entendido como processo ético, relacional e político (Pires, 2009).

A partir dessa perspectiva, a teoria do Bem Viver oferece um marco contra-hegemônico de cuidado e de vida, ao rejeitar a lógica produtivista e antropocêntrica do modelo desenvolvimentista e propor a centralidade da vida em suas dimensões espiritual, ecológica, comunitária e simbólica (Krenak, 2019; Kadri *et al.*, 2021). Adiar o fim do mundo, nesse contexto, é mais do que metáfora: é prática cotidiana de resistência, reconstrução e cuidado em territórios vulnerabilizados (Silva *et al.*, 2020).

Diante desse cenário uma Equipe de Saúde da Família rural em um município cearense, em articulação com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da URCA, (PRMSC/URCA) passou a construir estratégias coletivas de cuidado em saúde mental, pautados na

educação popular e Teoria do Bem Viver. Dentre essas, destaca-se a experiência da oficina de crochê, que será relatada e analisada neste trabalho como ação concreta de enfrentamento das vulnerabilidades psicossociais que atravessam trabalhadores e usuários da atenção primária em saúde em contextos rurais.

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é relatar e refletir criticamente sobre a experiência da oficina de crochê em uma Equipe de Saúde da Família rural, com o propósito de promover o cuidado em saúde mental no território, fortalecer vínculos e afirmar a vida através da arte e do afeto, ancoradas na cosmologia do Bem Viver.

## 2. MÉTODOS

### 2.1. TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo relato de experiência, fundamentado nos pressupostos da Educação Popular em Saúde e na perspectiva do Bem Viver como referencial teórico-metodológico. A Educação Popular, conforme Paulo Freire (2011), orienta práticas educativas dialógicas, críticas e emancipatórias, que valorizam os saberes populares e fortalecem o protagonismo dos sujeitos históricos em seus territórios.

Articulada à Teoria do Bem Viver, tal como apresentada por autores como Krenak (2019), representa uma proposta ético-política de resistência aos modos de vida pautados pelo produtivismo, individualismo e destruição ambiental. Ao propor um horizonte civilizatório centrado na coletividade, na reciprocidade com a natureza e no cuidado integral, o Bem Viver inspira a construção de práticas de saúde que se enraízam nas culturas e nos modos de vida dos povos, reconhecendo a pluralidade epistemológica e a necessidade de diálogos interculturais (El Kadri *et al.*, 2021).

### 2.2. CONTEXTO DO ESTUDO

Segundo o Plano de Saúde Regional da Região do Cariri (2023-2027), o município do Crato possui uma população residente de 131.050 pessoas e extensão territorial de 1.138,15 km<sup>2</sup> (Ceará, 2023). Localizado a aproximadamente 510 km da capital Fortaleza, integra a Região Metropolitana do Cariri, instituída pela Lei Complementar nº 78, de 26 de junho de 2009, composta por nove municípios, reconhecida por sua efervescência cultural e pela presença de instituições acadêmicas e artísticas. Tais aspectos imprimem à região uma identidade singular, onde práticas populares de cuidado se entrelaçam com os modos de viver, criar e resistir da população rural (Ceará, 2009).

A equipe de Saúde da Família referida está localizada na zona rural do município do Crato, no estado do Ceará, e atende a uma população estimada em cerca de 3.000 habitantes. O território é caracterizado por uma forte identidade comunitária, vínculo e pertencimento ancestral consolidado e expressiva riqueza cultural. Diversos pontos de cultura coexistem na região, expressando uma vida em comunidade pulsante — um território vivo que molda o cotidiano das pessoas e influencia profundamente os modos de cuidar e produzir saúde.

Apesar dessa potência cultural e comunitária, observa-se um número significativo de pessoas em sofrimento psíquico, muitas delas em uso contínuo e exacerbado de psicofármacos. A ausência de retaguarda multiprofissional, incluindo o acompanhamento psicológico sistemático, restringe as possibilidades de cuidado em saúde mental integral. As ações da equipe de saúde, em muitos casos, limitam-se à renovação de prescrições medicamentosas, sem articulação com práticas psicossociais ou de escuta qualificada.

Esse quadro é agravado pela condição de injustiça ambiental que atravessa o território, atualmente impactado por uma grande obra hídrica. Tal intervenção tem gerado processos de desterritorialização, deslocamentos involuntários, rupturas comunitárias, aumento do consumo abusivo de álcool e agravamento dos casos de sofrimento mental.

Foi nesse contexto que se construiu a oficina “Crochê para o Bem Viver: Tecendo a Saúde Mental na Comunidade”. A proposta emergiu do reconhecimento das singularidades territoriais e da necessidade de práticas de cuidado em saúde mental que dialoguem com os saberes locais. A oficina foi construída por profissionais da saúde, residentes do PRMSC/URCA e artesões da comunidade, a partir de princípios orientados pela educação popular, tais como a horizontalidade, a participação coletiva, o vínculo e a escuta sensível.

### **2.3. DESCRIÇÃO DA OFICINA**

Concebida como estratégia metodológica fundamentada na educação popular em saúde e na perspectiva do Bem Viver, a oficina assumiu o crochê como tecnologia simbólica e sensível de cuidado, expressão subjetiva e construção coletiva de vínculos. Realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), em julho de 2024, a atividade teve duração aproximada de 90 minutos e foi conduzida por residentes em saúde coletiva, com o apoio da enfermeira-preceptora da equipe e de um artesão local reconhecido por seu saber-fazer com o crochê.

A proposta da atividade foi organizada em quatro momentos, intencionalmente estruturados para promover a escuta sensível, o acolhimento subjetivo e o fortalecimento dos vínculos comunitários no território:

1. Acolhimento e expressão dos sentimentos, conduzido pelos residentes foi iniciado com a apresentação dos participantes, que foram convidados a registrar, em papel, os sentimentos que afloravam no momento. O ambiente foi harmonizado ao som de música acolhedora, contribuindo para a criação de um espaço de escuta, pertencimento e conexão afetiva.

2. Partilha do lanche coletivo, o momento compreendido como símbolo de comunhão, cuidado e hospitalidade, reforçou o sentido de coletividade e de partilha — elementos importantes no horizonte do Bem Viver.

3. Oficina de crochê, a criação de mandalas do cuidado, coordenado pelo facilitador artesão e os residentes, teve como foco a confecção de mandalas de crochê. Durante a atividade manual, os facilitadores acompanharam de forma atenta o grupo, tirando dúvidas, acolhendo partilhas espontâneas e estimulando a conexão entre os participantes por meio do gesto criativo e do cuidado estético. O crochê foi mobilizado como ferramenta de autocuidado e expressão terapêutica, articulando subjetividade, ancestralidade e coletividade.

4. Encerramento e avaliação afetiva, conduzido pela enfermeira-preceptora, consistiu em uma roda de conversa, na qual os participantes foram convidados a compartilhar como se sentiam após a vivência. Ao som de música relaxante, foram estimulados a registrar seus sentimentos finais, criando um espaço de reconhecimento das transformações subjetivas geradas pela experiência.

Todo o percurso da oficina foi atravessado por elementos estéticos — como música, cuidado com o ambiente, organização em rodas dos participantes —, além de práticas simbólicas e afetivas que valorizaram a memória coletiva, o pertencimento e a potência dos saberes locais como estratégias de cuidado em saúde mental.

## **2.4. PARTICIPANTES**

A oficina contou com a participação de dez pessoas, entre profissionais, residentes e moradores do território. Estiveram presentes dois residentes do PRMSC/URCA, uma enfermeira preceptora da equipe de Saúde da Família, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) atuante na área, um artesão local — que também é morador da comunidade e atuou como facilitador da prática de crochê — e cinco participantes da comunidade.

Estes últimos foram mobilizados por meio de ações prévias de sensibilização realizadas pelos profissionais da equipe, alguns foram convidados a integrar o grupo durante o desenvolvimento da atividade, a partir do vínculo estabelecido no momento da oficina. Essa composição diversa favoreceu a troca intergeracional e o diálogo entre saberes técnicos, populares e artísticos, ampliando o alcance afetivo e coletivo da proposta.

## **2.5. ETAPAS METODOLÓGICAS**

O percurso metodológico desta experiência foi desenvolvido previamente em quatro etapas integradas e orientadas por uma abordagem crítica, participativa e reflexiva.

O primeiro momento consistiu na realização de um diagnóstico situacional do território, a partir da escuta qualificada dos profissionais da equipe, dos moradores e da análise do processo de trabalho. Nesse diagnóstico, evidenciaram-se fragilidades no enfrentamento e no manejo da saúde mental na comunidade, com destaque para a fragilidade de retaguarda multiprofissional, o uso abusivo de psicofármacos e a carência de espaços coletivos de cuidado psicossocial.

O segundo momento correspondeu à etapa de fundamentação teórica, com revisão bibliográfica sobre a interface entre arte, saúde mental e educação popular. Foram estudadas evidências e experiências que sustentam a utilização de práticas artísticas como estratégias de cuidado subjetivo e fortalecimento comunitário, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e ambiental.

O terceiro momento foi marcado pela construção e pactuação coletiva da oficina, em diálogo entre residentes, profissionais da equipe de saúde e lideranças comunitárias. Esse processo incluiu a definição dos objetivos, metodologia, materiais necessários, espaço físico e logística, garantindo a escuta ativa e a participação dos sujeitos envolvidos.

Por fim, o quarto momento foi voltado ao registro, avaliação e análise reflexiva da oficina. Para a sistematização das percepções e registros da experiência, foram utilizados diversos instrumentos: diário de bordo, registros fotográficos, lista de frequência e recurso tecnológico com a construção de nuvem de palavras, gerada por meio do aplicativo Mentimeter, que possibilitou a expressão subjetiva dos participantes ao final da atividade.

A partir da análise crítico-reflexiva desses registros, residentes e preceptora realizaram uma roda de conversa avaliativa, na qual discutiram a oficina, limites e potências da ação, além de levantarem subsídios para a ampliação de práticas de cuidado baseadas em epistemologias contra-hegemônicas, ancoradas na escuta sensível, no vínculo e na valorização dos saberes do território.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1. A INTERFACE ENTRE ARTE E SAÚDE MENTAL**

A interface entre arte e saúde mental vem sendo amplamente discutida na literatura contemporânea como uma via potente de cuidado integral, especialmente em territórios marcados por desigualdades e exclusões. A arte, em suas múltiplas expressões, não apenas atua

como linguagem simbólica para a elaboração de experiências subjetivas, mas também como um meio de reconstrução de sentidos, fortalecimento de vínculos e ampliação do pertencimento social.

Como defendem Vale *et al.* (2021), a arteterapia permite a (re)significação do sofrimento psíquico, criando espaços seguros para expressão de afetos e narrativas silenciadas, o que contribui para a promoção da saúde mental.

A oficina se constituiu como um espaço de partilha, pertencimento e subjetivação. As mandalas de crochê produzidas simbolizaram o entrelaçamento das vivências, dores e afetos dos participantes. A presença da arte enquanto linguagem simbólica ampliou as possibilidades terapêuticas no território e reafirmou o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública promotora da vida. A criação estética a partir das peças criadas de crochê operou como instrumento de autoconhecimento, conforme destacado por experiências em comunidades indígenas da Amazônia, onde práticas artísticas e coletivas atuaram como mediadoras da saúde mental (Kadri *et al.*, 2021).

Os residentes envolvidos relataram que o processo os afetou profundamente, reposicionando suas práticas profissionais a partir de uma ética do afeto e do vínculo. Para os usuários, a experiência foi descrita como transformadora, por permitir a expressão de sentimentos antes invisibilizados no cotidiano da unidade. A expressão do sofrimento foi legitimada por meio do crochê e da roda de conversa, favorecendo o sentimento de pertencimento e o reconhecimento do sofrimento psíquico enquanto experiência coletiva e política.

Do ponto de vista teórico, a atividade se alinha à proposta do Bem Viver como crítica ao paradigma capitalista, estabelecendo uma práxis de cuidado que rompe com a lógica medicalizante e individualista. Como afirmam Silva, Moraes e Danaga (2020), adiar o fim do mundo implica resgatar outras epistemologias, outras formas de cuidar, pautadas na escuta, na circularidade e no respeito à Terra. Nesse sentido, o território é compreendido como espaço simbólico e relacional que sustenta os processos de saúde- doença, sendo o cuidado em saúde mental atravessado por riscos sociais, afetivos e institucionais (Barbosa *et al.*, 2016).

### **3.2. A OFICINA COMO ESPAÇO TERAPÊUTICO E POLÍTICO**

No contexto da oficina, o uso do crochê como prática estética e afetiva mobilizou dimensões sensoriais, espirituais e coletivas do cuidado. O ato de tecer em grupo produziu um espaço simbólico de acolhimento, escuta e reciprocidade, resgatando memórias, saberes e histórias entrelaçadas no território. Como destaca Kadri *et al.* (2021), práticas artísticas em saúde mental,

sobretudo quando articuladas às epistemologias do Bem Viver, atuam como dispositivos contra-hegemônicos de resistência à medicalização da vida e à fragmentação do cuidado.

Nesse sentido, a arte operou como mediadora do processo terapêutico, criando um campo de possibilidades para o cuidado em liberdade, no qual o sujeito é reconhecido em sua potência criativa, não apenas como portador de demandas clínicas. O entrelaçar dos fios nas mandalas confeccionadas pelas participantes simbolizou não apenas um produto estético, mas um processo coletivo de cura e reconstrução do sentido da existência.

### **3.3. DESAFIOS E POTENCIALIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Um dos principais desafios vivenciados pela APS se configura na institucionalização das práticas e dos princípios da Educação Popular em Saúde e sua publicização. Além da mediação de movimentos populares para a incorporação de suas práticas e saberes, as contribuições perpassam desde a melhoria da qualidade de vida, até a valorização das pessoas em seus contextos comunitários. Essa educação vivenciada aponta o diálogo como referência, produzindo a humanização e alcançando a integralidade por colocar o sujeito em suas diversas dimensões e papéis como o centro do processo do cuidado (Bornstein, *et al.* 2016).

A cultura é compreendida como uma composição de elementos que caracterizam as atividades não biológicas, e, envolve símbolos, valores, práticas, tradições e costumes, compartilhados por diferentes integrantes de um grupo social, como um produto coletivo da vida humana. Por meio desse, expressam-se as características da realidade dos grupos humanos, como a saúde, assim, o termo cultura de cuidado relaciona-se aos atributos das ações de cuidado de si e do outro em um determinado grupo (Medeiros *et al.*; 2023).

A educação popular em saúde, como base da metodologia da oficina, permitiu que os participantes se colocassem como protagonistas da ação, reconstruindo o cuidado em saúde não como uma ação técnica, mas como um ato relacional, político e poético. Como afirmam Brandão; Assumpção (2009), a educação popular em saúde, lida com a construção coletiva do saber a partir das práticas de vida dos sujeitos, e não da imposição de conhecimentos externos.

A relação entre arte e saúde mental, por sua vez, está profundamente vinculada ao potencial simbólico da criação. Segundo Vale *et al.* (2021), a arteterapia atua na formação de novas funções psicológicas, contribuindo para a elaboração de sofrimentos e para a promoção da saúde a partir da potência criadora do sujeito. O crochê, nesse contexto, se apresentou como tecnologia de cuidado, conexão e resistência.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada evidencia que é possível construir alternativas concretas e sensíveis de cuidado em saúde mental a partir das realidades e saberes que emergem dos próprios territórios. A oficina de crochê, concebida como prática de Bem Viver, revelou-se uma potente ferramenta de reencantamento da vida cotidiana e de fortalecimento do SUS como espaço de acolhimento, vínculo e transformação social. Ao promover um ambiente de escuta, criação e partilha, a oficina ampliou os horizontes do cuidado, indo além da lógica biomédica e tecnicista ainda dominante nas práticas em saúde.

Entretanto, o processo formativo enfrentou desafios importantes, como a dificuldade de sensibilização e mobilização de usuários e profissionais, o que evidencia limites ainda presentes especialmente na formação em saúde, com enfoque tecnicista. Esses desafios reafirmam a urgência de investir em processos formativos baseados na educação popular em saúde, capazes de estimular a escuta, a criatividade e o compromisso com os territórios e suas lutas.

Inspirado no pensamento de Krenak (2019), o conceito de "adiar o fim do mundo" ganha sentido prático nesta experiência como convite à produção de afetos, à reinvenção de modos de viver e à construção de práticas coletivas baseadas na solidariedade e no cuidado com a Terra. Em um tempo marcado pelo consumo excessivo e pela medicalização na saúde, parar, realizar tessituras de cuidado se configuram práticas necessárias e contra hegemônicas.

Diante disso, recomenda-se que experiências semelhantes sejam sistematizadas, avaliadas e incorporadas de forma crítica e comprometida às políticas públicas de saúde mental e de atenção básica, sobretudo em contextos rurais. A interface entre arte, Bem Viver e educação popular se revela como um caminho fecundo para ressignificar o cuidado em saúde, promover justiça social e construir, com os pés no território, os inéditos viáveis que Paulo Freire nos convoca a sonhar.

## REFERÊNCIAS

Barbosa, V. F. B.; Caponi, S. N. C.; Verdi, M. I. M. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 917-928, 2016.

Bornstein, V. J. *et al.* A Pnep-SUS e os princípios da educação popular presentes na política. In: Bornstein, V. J. *et al* (org). **Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p.164, 2016.

Brandão, C. R.; Assumpção, M. **Educação popular na saúde: construção compartilhada do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Carneiro, F. F. *et al.* O processo histórico e a criação do Obteia. p. 31-56. In: **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. Carneiro, F. F.; Pessoa, V. M.; Teixeira, A. C. A. (org.). Brasília: Ed. Universidade de Brasília, p. 464, 2017.

CEARÁ. **lei complementar nº 78, 26 de junho de 2009**. Dispõe sobre a criação da Região Metropolitana do Cariri. Palácio Iracema, do Governo do Estado do Ceará, 2009.

CEARÁ. **Plano de Saúde Regional 2023-2027 Região do Cariri – Ceará**. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2023. p.87.

Freire, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

Gouveia, E. A. H., *et al.* Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista brasileira de educação médica**. V.43, n.1, p.82-90, 2019.

Kadri, M. R. E. *et al.* (Orgs.). **Bem viver: saúde mental indígena**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.

Krenak, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

Pires, M. R. G. M. Concepções de cuidado emancipatório: limites-possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde do Brasil. **SER Social**, [S. l.], n. 10, p. 147–168, 2009. DOI: 10.26512/sersocial.v0i10.12924. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12924](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12924).

Medeiros, H. P. S. *et al.* Interrelações das Epistemologias do Sul e o cuidado transcultural nas práticas em saúde e Enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, e20220443, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0443>. V.27:e2022044

# CAPÍTULO III

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA: CAMINHOS POSSÍVEIS NO CUIDADO EM COMUNIDADE RURAL

DOI: 10.51859/ampla.scf465.1126-3

**Cândida Freires Simplicio**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4303078115017949>

**Felicidade Caroline Rodrigues**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3795889509390629>

**Iesus Ribeiro Melo**

Centro Universitário Dom Pedro II Afya

Salvador - Bahia

<http://lattes.cnpq.br/0575281535955440>

**Sandra Nyedja de Lacerda Matos**

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0159680194431948>

**Adrielle Rodrigues Costa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1260333044819626>

**Nara Juliana Santos Araújo**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4972884378804226>

**João Agostinho Neto**

Universidade Regional do Cariri - (URCA)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4685040913975586>

**Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2359399936922133>

## RESUMO

**Introdução:** Nas últimas décadas, o Brasil enfrenta mudanças no perfil de mortalidade, com aumento dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nesse contexto, a promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se essencial. **Objetivo:** Relatar a experiência residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da URCA na criação de um grupo, voltado para práticas corporais, atividade física e educação em saúde em uma comunidade rural socioeconomicamente vulnerável. **Método:** Estudo descritivo e reflexivo. A iniciativa envolveu um grupo de 10 mulheres sedentárias e com DCNTs, promovendo atividades físicas adaptadas, oficinas de confecção de materiais de treino com recursos recicláveis e ações educativas sobre alimentação saudável e autocuidado. O período da coleta foi entre julho de 2024 e fevereiro de 2025, em parceria e acompanhados pela Equipe de Saúde da Família, com encontros em espaço comunitário, participando de forma livre, com 2 encontros semanais de 60 minutos, iniciando com alongamento e terminando com autoavaliação cognitiva sobre a prática. **Resultados:** A experiência revelou melhora no bem-estar físico e emocional das participantes, fortalecimento de vínculos comunitários e mudanças na quebra do sedentarismo, promovendo autonomia na construção de estilo de vida ativo e autopercepção do cuidado integral da saúde. **Considerações finais:** A realização do grupo destacou o potencial transformador do autocuidado apoiado e do trabalho interdisciplinar na APS, reforçando a importância de estratégias educativas e práticas corporais no enfrentamento das DCNTs em populações vulneráveis.

**Palavras-chave:** Autocuidado; Promoção da Saúde; Práticas Corporais

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent decades, Brazil has faced changes in its mortality profile, with an increase in deaths from chronic noncommunicable diseases (NCDs). In this context, health promotion in Primary Health Care (PHC) becomes essential. **Objective:** To report the experience of residents of the Multiprofessional Residency Program in Public Health at URCA in creating a group focused on body practices, physical activity, and health education in a socioeconomically vulnerable rural community. **Method:** Descriptive and reflective study. The initiative involved a group of 10 sedentary women with NCDs, promoting adapted physical activities, workshops for making training materials with recyclable resources, and educational actions on healthy eating and self-care. The collection period was between July 2024 and February 2025, in partnership and accompanied by the Family Health Team, with meetings in a community space, participating freely, with 2 weekly meetings of 60 minutes, starting with stretching and ending with cognitive self-assessment on the practice. **Results:** The experience revealed improvements in the physical and emotional well-being of participants, strengthening of community ties and changes in breaking sedentary lifestyles, promoting autonomy in building an active lifestyle and self-perception of comprehensive health care. **Final considerations:** The group's implementation highlighted the transformative potential of supported self-care and interdisciplinary work in PHC, reinforcing the importance of educational strategies and body practices in tackling NCDs in vulnerable populations.

**Keywords:** Self-care; Health Promotion; Body Practices

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, observou-se, nas últimas décadas, uma importante mudança no perfil da mortalidade da população, caracterizada pelo aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas doenças estão relacionadas a uma combinação de fatores complexos e multivariáveis, por fazerem parte do cotidiano das pessoas, provocando alterações tanto objetivas quanto subjetivas em sua rotina e, por isso, gerando mudanças significativas em seus comportamentos. Os principais fatores ambientais modificáveis das doenças cardiovasculares (DCV) estão associados às mudanças no estilo de vida (Ribeiro *et al.*, 2012).

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a abordagem da promoção da saúde busca reduzir as desigualdades no estado de saúde da população, garantindo oportunidades equitativas e recursos que possibilitem a todos alcançar seu pleno potencial de saúde. Para isso, é necessário fortalecer ambientes favoráveis, ampliar o acesso à informação, desenvolver habilidades para a vida e oferecer oportunidades que favoreçam escolhas mais saudáveis. Destaca-se ainda que, para atingirem seu potencial de saúde, as pessoas precisam ter condições de controlar os determinantes que o influenciam.

Defende-se que as intervenções em saúde ampliem seu escopo de atuação, considerando não apenas os problemas e necessidades de saúde, mas também seus determinantes e condicionantes. Assim, a organização da atenção e do cuidado deve integrar ações e serviços que atuem tanto sobre os efeitos do adoecimento quanto sobre os contextos que ultrapassam os limites físicos das unidades e do próprio sistema de saúde, incidindo nas condições de vida e promovendo a ampliação das possibilidades de escolhas saudáveis para os indivíduos e comunidades em seus territórios (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687/2006, com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (Brasil, 2010).

Dentre suas diretrizes estão: incentivar a pesquisa em promoção da saúde, promover mudanças na cultura organizacional, fortalecer a participação social e estimular ações intersetoriais. Além disso, a PNPS propõe ações específicas na rede básica de saúde e na comunidade, como Atividades Físicas/Práticas Corporais, Alimentação Saudável, entre outras.

A Política Nacional de Promoção da Saúde representa um novo olhar sobre a saúde e é uma alternativa ao modelo biomédico, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) um meio para intensificar as estratégias de promoção da saúde no cotidiano dos serviços, promovendo a autonomia de pessoas e profissionais.

A APS tem se consolidado como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Nesse contexto, a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva contribui significativamente para o fortalecimento do cuidado em saúde, considerando seus cenários de atuação e os quatro eixos do processo formativo: educação, gestão e vigilância intersetorial, práticas de atenção, e participação e controle social, todos norteados pelos princípios e diretrizes do SUS.

Diante disso, o presente trabalho justifica-se pela atuação de duas residentes em um cenário de prática na APS e pelo desenvolvimento de um grupo de Práticas Corporais/Atividade Física e Educação em Saúde. Esse grupo surgiu a partir da necessidade do público-alvo, tendo em vista o alto índice de DCNTs e sedentarismo, além do acesso limitado a espaços de práticas corporais e esportivas, visto que se trata de uma comunidade localizada na zona rural e socioeconomicamente vulnerável. A iniciativa buscou favorecer a autonomia, o fortalecimento de vínculos comunitários e a mudança no estilo de vida, além de evidenciar a relevância da equipe multiprofissional no autocuidado apoiado.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de base descritiva e ação/reflexiva, do tipo relato de experiência, fruto da atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (RMSC/URCA), de duas residentes, uma Profissional de Educação Física e uma Bióloga na APS.

O cenário para desenvolvimento da experiência foi um grupo de práticas corporais e atividade física e educação em saúde, composto majoritariamente por mulheres com sobrepeso, hipertensão e/ou diabetes, que realizava encontros semanais em um espaço comunitário, em parceria com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) do território. Essa UBS é formada por duas equipes de Estratégia Saúde da Família (2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicas de enfermagem, 1 Cirurgião-Dentista e 1 Profissional de Educação Física).

As ações foram desenvolvidas entre julho de 2024 e fevereiro de 2025, tendo início a partir da procura de uma agente comunitária de saúde para a construção de um grupo de práticas corporais para as mulheres de uma comunidade da zona rural. As participantes do grupo foram, em média, 10 mulheres adultas, todas sedentárias, com diagnóstico de alguma doença crônica não transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade). Todas cadastradas e acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família (ESF), participando de forma de demanda livre, com 2 encontros semanais de até 60 minutos, iniciando a atividade com o alongamento no termino

com uma autoavaliação cognitiva sobre a prática executada. Durante toda a experiência foram desenvolvidas atividades de integração entre as usuárias, residentes, enfermeira/preceptora e profissionais convidados.

As atividades incluíram:

Práticas corporais acessíveis e adaptadas às condições das participantes;

Oficina para a construção de materiais de treino;

Roda de conversa com temas relacionados à saúde, alimentação e autocuidado;

Piquenique com educação em saúde sobre alimentação saudável para pessoas hipertensas e/ou diabéticas;

Educação em saúde no Outubro Rosa;

Avaliações físicas realizadas em três momentos (início, meio e fim do percurso): peso, altura, relação cintura-quadril e teste de sentar e alcançar.

Além disso, foram aplicadas conversas abertas e escuta ativa sobre as percepções das participantes em relação às mudanças no estilo de vida e ao impacto do grupo em suas rotinas.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Além dos inúmeros benefícios que a atividade física traz na qualidade de vida, estudos ressaltam a melhoria na condição física, na socialização, na realização das Atividades de Vida Diária (AVD) e diminuição do estresse em usuários do SUS que participam de programas comunitários de atividade física (Ferreira *et al.*, 2015).

Inicialmente foi realizada a anamnese e avaliação física, verificando parâmetros como Índice Massa Corporal (IMC), Relação Cintura-Quadril (RCQ) e teste de sentar e alcançar. É válido destacar que durante a aplicação e realização desse processo não houve dificuldades, visto que priorizou-se uma linguagem clara e de fácil compreensão. Percebeu-se que o perfil das mulheres se caracterizava por obesidade, alto risco para doenças crônicas e níveis variados de flexibilidade. No processo de anamnese verificou-se a presença de dores articulares, lombalgias, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, baixa ingestão hídrica, alimentação desregulada, entre outros.

Ademais, os encontros eram realizados duas vezes por semana, com atividades voltadas às práticas corporais e à educação em saúde. Paralelamente, foram promovidas dinâmicas lúdicas, como pintura e desenho, direcionadas às crianças — filhos(as) das participantes — que acompanhavam as mães por serem seus dependentes.

Wanzeler e Nogueira (2019) investigaram a prática de Atividade Física em populações que residem na zona rural no Brasil perceberam que a população rural pode apresentar elevados níveis de inatividade física e que indivíduos do sexo masculino são mais ativos que o feminino, sendo as mulheres mais ativas no ambiente doméstico. Entretanto, os resultados obtidos não são suficientes para captar toda a dimensão dos fenômenos relacionados à atividade física e suas conexões com a saúde, especialmente diante da complexidade, das especificidades e das particularidades que marcam o cotidiano das populações rurais. (Christofoletti *et al.*, 2022) destacam que as barreiras para a prática de atividade física incluem a falta de infraestrutura adequada, condições adversas de trabalho e deslocamento, além de questões sociais e culturais que influenciam os diferentes domínios da atividade física. Além disso, há evidências de que a atividade física no ambiente rural não se limita ao lazer, sendo fortemente associada ao trabalho e às tarefas domésticas, o que pode impactar a percepção de saúde e bem-estar da população.

### **3.2. OFICINA DE CONFECÇÃO DE MATERIAIS DE TREINO**

Considerando as dificuldades enfrentadas para a prática de atividade física na zona rural, especialmente o acesso limitado a espaços apropriados e equipamentos, surgiu a proposta de realizar uma oficina para construção de materiais de treino. A atividade foi conduzida pelas facilitadoras do grupo (residentes), em parceria com as participantes, utilizando recursos recicláveis facilmente encontrados na própria comunidade.

Durante a oficina, foram criados equipamentos funcionais, sustentáveis e de baixo custo, como halteres com garrafas plásticas, caneleiras com calças jeans e areia, e outros materiais adaptados. Essa vivência reforçou a importância de adequar as práticas corporais à realidade local, valorizando os recursos disponíveis e promovendo o protagonismo das participantes e oportunizando a promoção de acessibilidade, inovação e autonomia na prática de exercícios. Evidências científicas indicam que a disponibilidade de equipamentos adequados influencia diretamente a adesão à atividade física, especialmente em comunidades com menos acesso a academias ou espaços estruturados (Who, 2020).

Além de estimular a criatividade e o senso de pertencimento, a ação contribuiu para a autonomia do grupo na continuidade das atividades físicas fora dos encontros presenciais, fortalecendo o autocuidado e a promoção da saúde de forma acessível e contextualizada.

**Fotografia 1.** Participantes em atividade durante a oficina



Fonte: Acervo pessoal (2024).

### **3.3. ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A Educação em Saúde interfere no processo saúde-doença, pois sensibiliza o usuário a perceber seu protagonismo no processo de promoção da saúde (Gonçalves et al., 2020). Diante disso, é válido ressaltar a importância da Estratégia Saúde da Família como alternativa mais provável de alterar a realidade das DCNT, pois promove mudança de comportamentos e hábitos de vida de indivíduos e seus coletivos, através de ações educativas de promoção de saúde, aproximando usuários e profissionais de saúde (Ribeiro *et al.*, 2012).

Dentre as ações de educação em saúde desenvolvidas com o grupo, destacou-se o piquenique, que contou com a participação das facilitadoras e as profissionais convidadas: a enfermeira e preceptora da UBS e uma residente nutricionista do PRMSC. A atividade teve início com uma sessão de alongamento no espaço habitual dos encontros, seguida de uma caminhada até o local do piquenique.

No destino, foi compartilhada uma refeição coletiva composta por alimentos saudáveis, levados pelas próprias participantes, em um momento de convivência e troca. Durante o encontro, discutiu-se a importância da alimentação saudável no controle da hipertensão e do diabetes, com contribuições dos profissionais da saúde, vivências e dúvidas relatadas pelas mulheres do grupo. Essa ação se mostrou valiosa por promover, de forma leve e participativa, a educação em saúde aliada ao lazer, fortalecendo vínculos e incentivando mudanças no estilo de vida de maneira acessível e significativa para as participantes (Fittipaldi *et al.*, 2021).

Além disso, as estratégias comunitárias em saúde pública tendem a ter um impacto mais significativo do que aquelas voltadas apenas ao nível individual. Essas ações buscam promover

mudanças sustentáveis nos comportamentos de risco por meio do engajamento de organizações locais, com foco na prevenção primária e na promoção da saúde. Para isso, utilizam-se recursos como mobilização comunitária, comunicação de massa, atividades interativas, rastreamentos populacionais e intervenções voltadas à modificação do ambiente. (Ribeiro *et al.*, 2012).

Outra ação de educação em saúde desenvolvida foi relacionada à campanha do Outubro Rosa, sendo amplamente reconhecida por seu impacto na conscientização sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de mama. Estudos recentes indicam que a detecção precoce aumenta significativamente as chances de cura, com taxas superiores a 95%, dependendo do estágio da doença (Ceará, 2025).

**Fotografia 2.** Piquenique e roda de conversa sobre alimentação saudável



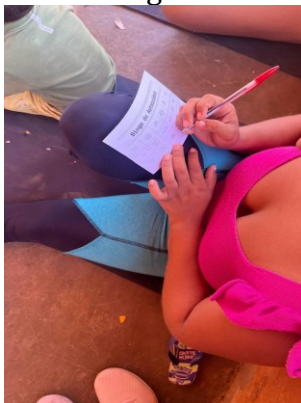
Fonte: Acervo pessoal (2024).

Durante a roda de conversa conduzida pela enfermeira convidada, foram abordadas informações essenciais sobre a importância da mamografia, que continua sendo um dos principais métodos de rastreamento recomendados, para mulheres acima de 50 anos, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

Além disso, pesquisas apontam que campanhas como o Outubro Rosa têm um papel fundamental na mobilização da população, aumentando a adesão ao rastreamento mamográfico, e reduzindo a mortalidade por câncer de mama. A atividade também contou com o “Bingo do Autocuidado”, que proporcionou um momento lúdico e educativo, reforçando práticas de cuidado com a saúde de forma leve e participativa.

Estudos científicos recentes indicam que a prática regular de exercício físico pode reduzir significativamente o risco de câncer de mama. Os mecanismos envolvidos incluem o controle do peso corporal, a regulação hormonal e a redução da inflamação sistêmica, fatores que estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da doença (Brasil, 2025).

### Fotografia 3. Bingo do Autocuidado



Fonte: Acervo pessoal (2024)

Ao longo dos seis meses de acompanhamento, observou-se:

- Maior engajamento das participantes nas práticas corporais, com relatos de melhora no bem-estar físico e emocional;
- Redução leve, porém significativa, de medidas antropométricas em algumas participantes;
- Aumento do senso de pertencimento ao grupo e fortalecimento das redes de apoio entre as mulheres;
- Reconfiguração da relação das participantes com o cuidado de si, muitas delas relatando mudanças no estilo de vida, melhora na autopercepção de saúde e qualidade de vida.

A escuta das participantes revelou que, para além da prática física, o grupo tornou-se um espaço de acolhimento, troca de saberes e construção de vínculos, contribuindo para o enfrentamento da solidão, do cansaço cotidiano e do desânimo frequentemente associados às DCNT. Esses resultados apontam a potência do trabalho interdisciplinar e do autocuidado apoiado na APS, especialmente em contextos de vulnerabilidade rural, onde a escuta qualificada e o vínculo podem ser tão terapêuticos quanto o próprio exercício físico.

Uma das principais limitações enfrentadas durante o desenvolvimento do grupo foi a dificuldade de transporte para que as residentes pudessem chegar até a comunidade rural. Embora a UBS contasse com um carro disponível, o veículo atendia a múltiplas demandas, sendo utilizado por duas equipes distintas. Essa sobrecarga tornava inviável o transporte sempre que necessário, comprometendo, em alguns momentos, a frequência e a continuidade das ações planejadas.

Essa limitação logística evidenciou os desafios estruturais enfrentados por profissionais e residentes que atuam em territórios rurais, onde o acesso é mais restrito e a dependência do

transporte institucional é maior. Apesar disso, o compromisso das residentes e o engajamento das participantes contribuíram para a sustentação do grupo, mesmo diante das adversidades. A experiência reforça a importância do planejamento compartilhado e do fortalecimento da rede de apoio institucional para viabilizar ações permanentes em contextos com barreiras de acesso.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada pelo grupo de mulheres evidencia o impacto positivo da educação em saúde e da prática de atividade física na promoção do bem-estar e na prevenção de doenças crônicas. A construção coletiva das atividades e a adaptação dos recursos ao contexto rural demonstram que a inovação e a criatividade são ferramentas fundamentais para superar barreiras de acesso, tornando a saúde mais inclusiva e acessível.

Além dos benefícios fisiológicos observados, como melhora nos indicadores antropométricos e na flexibilidade das participantes, o grupo se consolidou como um espaço de acolhimento e fortalecimento de vínculos, proporcionando apoio emocional e incentivando mudanças no estilo de vida de forma sustentável. Esse aspecto reforça a relevância de estratégias comunitárias na Atenção Primária à Saúde (APS), onde a construção do autocuidado ocorre de maneira coletiva e participativa.

Apesar dos desafios logísticos enfrentados, a iniciativa demonstrou que o engajamento comunitário e a articulação interprofissional são essenciais para a manutenção e continuidade das ações de promoção da saúde. Dessa forma, o grupo não apenas incentivou a prática corporal, mas também promoveu a autonomia das participantes, permitindo que os aprendizados adquiridos se estendam além dos encontros presenciais, impactando diretamente a qualidade de vida das mulheres envolvidas.

Esse modelo de intervenção reforça a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso à saúde em territórios rurais, incentivando práticas físicas acessíveis e contextualizadas, fortalecendo redes de apoio e garantindo que ações de promoção da saúde sejam sustentáveis e eficazes a longo prazo.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Atividade física e câncer: recomendações para prevenção e controle**. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/atividade-fisica-e-cancer-recomendacoes-para-prevencao-e-controle>. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **De outubro a outubro rosa: detecção precoce aumenta chances de cura do câncer de mama**. 21 abr. 2025. Disponível em:

<https://www.ceara.gov.br/2025/04/21/de-outubro-a-outubro-rosa-deteccao-precoce-aumenta-chances-de-cura-do-cancer-de-mama/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

CHRISTOFOLETTI, M. et al. Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em diferentes domínios no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3487-3502, 2022.

FERREIRA, J. S.; et al.. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792-801, jul./set. 2015.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>.

GONÇALVES, R. S. et al. Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5811-5817, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhr.v3n3-144>. Acesso em: 21 abr. 2025.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, jan. 2012.

WANZELER, F. S. C.; NOGUEIRA, J. A. D. Atividade física em populações rurais do Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 27, n. 4, p. 228-240, 2019.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **Geneva: WHO**, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>. Acesso em: 21 abr. 2025.

# CAPÍTULO IV

## ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL: RELATO DE OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SUL CEARENSE

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-4

**Roberta Larissa Rolim Fidelis**

Universidade regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2616334007913773>

**Thaynara Sampaio de Araújo**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5971841216365552>

**Maria Virna Lima e Silva**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4152836326636940>

**Daniela Ferreira Marques**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8914739306121903>

**Maria Íris Lara de Figueirêdo Saraiva**

Centro Universitário Juazeiro do Norte (UNIJUAZEIRO)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2813809023903721>

**Gabriela Oliveira Monteiro**

Centro Universitário Juazeiro do Norte (UNIJUAZEIRO)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7536162293068842>

**Aline Macêdo Santana Duarte**

Secretaria de Saúde de Barbalha

Barbalha - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9225643512589177>

**Daniela Cavalcanti e Silva Novais Carvalho**

Secretaria de Saúde de Barbalha

Barbalha - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/4617987567765974>

## RESUMO

**Introdução:** A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) visa qualificar ações de aleitamento materno e alimentação complementar saudável na Atenção Primária à Saúde (APS). Para isso, propõe a educação permanente das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de oficinas educativas.

**Objetivo:** Relatar a experiência de planejamento e condução de oficinas educativas com profissionais da ESF para implementação da EAAB no município de Barbalha-CE. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência realizado por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (PMRSC). As oficinas ocorreram entre abril e novembro de 2024, com 05 equipes de ESF e seu planejamento foi realizado, baseando-se nas diretrizes da EAAB. **Resultados:** A experiência favoreceu o desenvolvimento de competências essenciais entre os residentes facilitadores e a necessidade constante de adaptação às condições locais. O enfrentamento de dificuldades logísticas e estruturais fortaleceram a autonomia dos profissionais em formação, reafirmando o potencial da residência como espaço de integração entre ensino e serviço. Em unidades com maior apoio da coordenação e estrutura organizacional, observou-se ampla participação e adesão às propostas da estratégia. Já em unidades com dificuldades estruturais e sobrecarga de trabalho, a adesão foi parcial. **Considerações finais:** A EAAB revelou-se ferramenta de sensibilização, formação e mobilização das ESF e a atuação das facilitadoras evidenciou a importância da residência como espaço de construção de competências, autonomia e integração entre ensino e serviço na APS.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Educação Alimentar e Nutricional; Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Breastfeeding and Healthy Complementary Feeding Strategy (EAAB) aims to improve breastfeeding and healthy complementary feeding practices within Primary Health Care (APS). To achieve this, it promotes the ongoing education of Family Health Strategy (ESF) teams through educational workshops. **Objective:** To report the experience of planning and conducting educational workshops with FHS professionals for the implementation of the EAAB in the municipality of Barbalha, Ceará, Brazil. **Methods:** This is an experience report conducted by residents of the Multidisciplinary Residency Program in Collective Health at the Regional University of Cariri (PMRSC). The workshops took place between April and November 2024 with five ESF teams, and the planning was based on EAAB guidelines. **Results:** The experience fostered the development of key competencies among the resident facilitators and highlighted the ongoing need to adapt to local conditions. Overcoming logistical and structural challenges strengthened the autonomy of the trainees, reinforcing the residency's potential as a space for integrating theory and practice. In units with greater support from coordination and organizational structure, high participation and adherence to the strategy were observed. In contrast, units facing structural challenges and work overload showed partial adherence. **Final Considerations:** The EAAB proved to be an effective tool for raising awareness, training, and mobilizing ESF teams. The facilitators' role highlighted the importance of residency programs as spaces for developing competencies, autonomy, and the integration of theory and practice within APS.

**Keywords:** Health Education; Food and Nutrition Education; Collective Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A amamentação exclusiva até os seis meses de vida, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde, é crucial para o fornecimento de todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento saudável infantil. Essa prática não apenas fortalece o sistema imunológico, mas também reduz o risco de infecções (Brasil, 2015). Após esse período, a introdução gradual e adequada da alimentação complementar deve ocorrer, mantendo o aleitamento materno até, pelo menos, os dois anos de idade. Uma nutrição equilibrada, respeitando a consistência e a capacidade digestiva da criança, previne deficiências nutricionais (Santos; Oliveira; Souza, 2020).

No cenário global e nacional, a taxa de amamentação exclusiva ainda enfrenta desafios. No Brasil, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) reportou uma taxa de 45,7%, ainda abaixo da meta de 50% estabelecida pela OMS para 2025 (Brasil, 2021; OMS, 2015). Em nível mundial, a taxa foi de 41% em 2018, destacando a necessidade de ações mais efetivas em países menos desenvolvidos (UNICEF, 2022).

Diante desse contexto, a formação contínua dos profissionais de saúde se torna vital para o incentivo efetivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), iniciada pelo Ministério da Saúde em 2012, foi concebida para fortalecer a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), alinhada às diretrizes do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos (Brasil, 2021).

A implementação da EAAB nas UBS é essencial, pois capacita os profissionais por meio de oficinas que utilizam metodologias ativas, tais como dinâmicas de grupo e simulações de atendimento, para engajar a comunidade local e fortalecer a rede de apoio em saúde. Nas oficinas realizadas no município da região sul do Ceará, foram identificadas as necessidades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e elaboradas estratégias para superar as dificuldades na promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.

Este relato de experiência tem como objetivo descrever o processo de planejamento e execução de oficinas de educação permanente em saúde voltadas para profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco na promoção, proteção e apoio à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) na Atenção Primária à Saúde (APS) de um município do Cariri, região sul do Ceará, além de refletir sobre as vivências e experiências das residentes envolvidas no desenvolvimento das ações.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de natureza qualitativa descritiva do tipo relato de experiência, foi desenvolvido no contexto da EAAB em um município, localizado na região do Cariri, no sul do Ceará. As atividades foram realizadas nos meses de abril, agosto, outubro e novembro, abrangendo seis equipes das ESF.

Participaram enfermeiras, médicas, dentistas, técnicas de enfermagem, técnicas de saúde bucal, gerentes de unidade, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos e recepcionistas. O objetivo central foi capacitar os profissionais na aplicação de estratégias eficazes e desenvolver habilidades práticas para a resolução de problemas reais no contexto da atenção à saúde.

As oficinas foram desenvolvidas em colaboração com o Núcleo de Educação Permanente do Município e residentes do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) da Universidade Regional do Cariri (URCA). O planejamento das oficinas baseou-se nas diretrizes da EAAB e nas necessidades anteriormente identificadas junto aos profissionais da ESF (Brasil, 2016).

Na fase de execução, as oficinas práticas tiveram uma carga horária total de 4 horas e 30 minutos cada e foram estruturadas segundo metodologias ativas. As atividades incluíram aulas expositivas dialogadas com questões disparadoras que instigaram discussões, apresentação de relatórios obtidos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do ano de 2023, além de fichas de marcadores de consumo alimentar para incentivar o preenchimento correto pelos profissionais. O formato incluiu dinâmicas de grupo, simulações de atendimento, e discussão de casos clínicos reais baseados na elaboração de cardápios sugeridos para diferentes perfis de crianças.

Os conteúdos abordados incluíram os fundamentos da EAAB, habilidades de comunicação, estratégias de promoção da alimentação saudável e a integração dessas práticas no cotidiano da ESF, proporcionando experiência prática e reflexiva e permitindo os profissionais vivenciarem situações reais e desenvolverem habilidades para aplicação em seu trabalho diário.

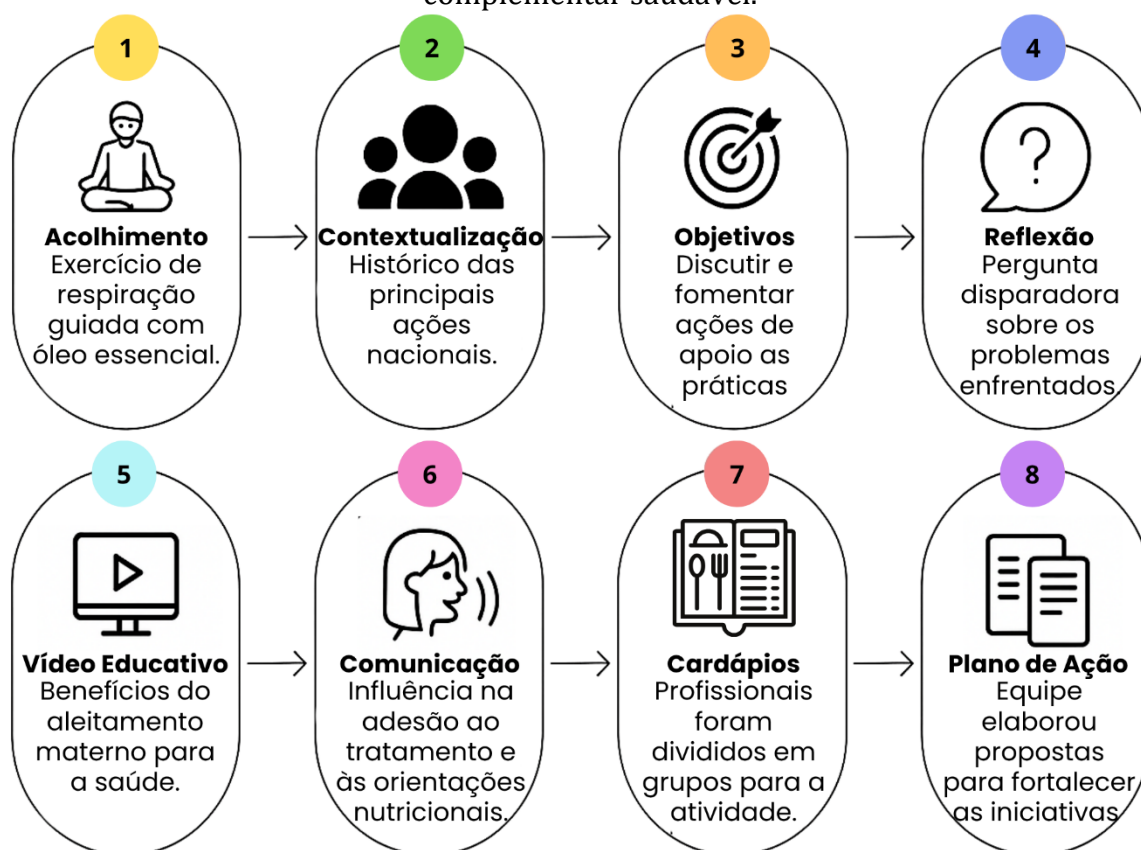
Ao término de cada oficina, foi realizada a coleta da frequência dos participantes, e cada um preencheu um instrumento de avaliação individual, relatando aspectos positivos ("que bom"), oportunidades de melhoria ("que pena") e sugestões ("que tal?"). Além disso, um instrumento sobre a planilha de ações foi utilizado para que os participantes descrevessem as ações a serem realizadas, os prazos, os responsáveis e os parceiros envolvidos.

Do ponto de vista ético, este estudo respeitou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não sendo necessário o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que o estudo se constitui em um relato de experiência sem intervenção direta com seres humanos além da prática educativa.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. ELABORAÇÃO DO PLANO E DESENVOLVIMENTO DAS OFICINAS

**Figura 1.** Fluxograma de construção das oficinas sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável.



Fonte: Autores, 2025.

A elaboração do plano das oficinas foi fundamentada na leitura crítica e discussão coletiva de materiais técnicos que orientam a EAAB, destacando-se o *Manual de Implementação da Estratégia*, o *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos* e o *Caderno de Atenção Básica em Saúde da Criança*. A partir desse embasamento teórico, as ações foram planejadas colaborativamente pelos facilitadores de acordo com o fluxograma descrito na figura 1, visando encontros dinâmicos, acessíveis e adequados às necessidades específicas dos territórios (Brasil, 2012b; Brasil, 2016; Brasil, 2021)

Essa abordagem está em consonância com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na qual os processos formativos não devem ser compreendidos apenas

como eventos técnicos e pontuais, mas como dispositivos de transformação das práticas e das relações no cotidiano do serviço (Brasil, 2004).

Nesse sentido, a educação permanente, ao articular formação, gestão e cuidado, favorece a construção de uma cultura crítica nos serviços de saúde, permitindo que os profissionais reflitam criticamente sobre sua atuação e se apropriem de estratégias mais efetivas e contextualizadas (Mota e Sousa, 2021). A utilização de metodologias ativas nas oficinas reforçou esse processo, ao estimular a escuta, o protagonismo e a construção coletiva do conhecimento, elementos centrais para uma prática alinhada aos princípios do SUS.

As oficinas foram estruturadas em seções temáticas, com o objetivo de garantir fluidez às atividades e favorecer a participação ativa dos profissionais. A primeira etapa compreendeu uma dinâmica de acolhimento, com apresentação das facilitadoras e um exercício de respiração guiado, utilizando óleo essencial de Yuzu, para promover o relaxamento e favorecer a concentração dos participantes.

Na sequência, foi realizada uma contextualização histórica das principais ações nacionais voltadas à promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável e os objetivos centrais da EAAB, que consistem em discutir a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar no contexto do processo de trabalho das ESF, bem como fomentar ações de promoção, proteção e apoio a essas práticas.

Em seguida, os participantes foram convidados a refletir, por meio de uma pergunta disparadora, sobre os principais problemas relacionados à amamentação e alimentação complementar enfrentados no cotidiano de trabalho, identificando fatores que dificultam essas práticas na infância.

Em um terceiro momento, foram apresentados dois relatórios do SISVAN referentes às ESF do município. O primeiro tratava da distribuição numérica e percentual de crianças de 0 a menores de 2 anos com base no diagnóstico nutricional por IMC. O segundo abordava os mesmos grupos etários, agora com base nos marcadores de consumo alimentar. Após a exposição dos dados, discutiu-se a ficha de preenchimento dos marcadores e sua importância para a formulação de estratégias no território.

Na etapa seguinte, foi exibido um vídeo educativo abordando os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe, promovendo um momento de sensibilização dos participantes. A oficina seguiu com um bloco temático sobre habilidades de comunicação no cuidado, discutindo como essas habilidades podem influenciar positivamente a adesão ao tratamento e às orientações nutricionais.

Foram abordadas práticas como escuta ativa, uso de perguntas abertas, comunicação não verbal empática, devolutiva com as próprias palavras da mãe, demonstração de empatia, aceitação sem julgamentos, oferta de ajuda prática, elogios e sugestões evitando prescrições impositivas. Enfatizou-se que compreender as necessidades e contextos de vida da mãe e da criança possibilita a formulação de orientações mais realistas e efetivas.

Por fim, a última atividade consistiu na divisão dos profissionais em quatro grupos, que receberam a tarefa de elaborar cardápios para um dia, considerando diferentes perfis de crianças: (1) criança amamentada aos 6 meses; (2) criança não amamentada aos 6 meses; (3) criança amamentada aos 7 meses; e (4) criança amamentada aos 11 meses. Após a apresentação das propostas elaboradas, foi feita uma análise comparativa com os cardápios recomendados pelo *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos*, seguida de um momento de esclarecimento de dúvidas.

Ao término da discussão sobre os cardápios, os profissionais foram convidados a elaborar um plano de ação com propostas para aprimorar e/ou fortalecer as iniciativas de incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável.

### **3.2. PROPOSTAS ELABORADAS PELAS EQUIPES E AVALIAÇÃO GERAL DAS OFICINAS PELOS PROFISSIONAIS**

As oficinas realizadas junto às equipes foram, em geral, bem avaliadas pelos participantes, destacando-se como momentos formativos relevantes para o fortalecimento das práticas voltadas ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável. Os profissionais valorizaram especialmente a clareza e a didática dos facilitadores, a pertinência dos temas abordados e a possibilidade de compartilhar experiências e discutir situações práticas do cotidiano.

Entretanto, algumas dificuldades foram mencionadas, como a limitação do tempo destinado às oficinas, considerado insuficiente para a abordagem aprofundada de todos os conteúdos propostos, bem como a inadequação dos espaços físicos em algumas UBS, o que comprometeu parcialmente o conforto e a dinâmica das atividades. Dentre as sugestões apontadas para futuras ações, os participantes indicaram a realização de oficinas em espaços mais amplos, a continuidade dos encontros de forma periódica e a diversificação dos temas abordados, de modo a contemplar diferentes demandas formativas das equipes.

No que se refere às propostas de intervenção construídas coletivamente durante os encontros, observou-se a elaboração de estratégias voltadas ao fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável nos territórios.

Foram sugeridas atividades como: realização de oficinas educativas com mães e responsáveis, tanto nas UBS quanto em visitas domiciliares; palestras em salas de espera abordando temas como higiene bucal, alimentação e amamentação; grupos mensais com gestantes e puérperas; visitas puerperais com profissionais da odontologia para identificação precoce de alterações no freio lingual; distribuição de cartilhas impressas ou digitais com orientações nutricionais; e ações educativas em dias de campanha de vacinação.

Além disso, foram propostas atividades voltadas a adolescentes, como rodas de conversa sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), distribuição de materiais informativos e oferta de testagem rápida sigilosa. Também se discutiu a importância do preenchimento dos marcadores de consumo alimentar para o monitoramento nutricional e a busca ativa de casos de sobrepeso e obesidade, visando o acompanhamento precoce e integral dessas condições.

Essas propostas evidenciam o compromisso das equipes com a promoção da saúde materno-infantil e demonstram o potencial das oficinas enquanto espaços de reflexão crítica e construção de estratégias contextualizadas às realidades locais.

### **3.3. POTENCIALIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS**

A experiência vivenciada pelos facilitadores, residentes em Saúde Coletiva, revelou importantes elementos facilitadores e dificultadores durante a realização das oficinas voltadas à promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, no âmbito da APS. A aplicação da metodologia proposta pela EAAB exigiu articulação com as equipes de saúde, adequação às realidades locais e planejamento pedagógico cuidadoso.

Durante esse percurso, duas oficinas não puderam ser validadas devido à participação inferior ao percentual mínimo exigido pelo Ministério da Saúde, o que representou um obstáculo relevante para a continuidade da proposta em algumas unidades. Assim, optou-se por sistematizar, no Quadro 1, apenas os dados referentes às oficinas que cumpriram os critérios de validação, com base nos relatórios elaborados ao final de cada encontro.

**Quadro 1.** Análise das Oficinas Validadas segundo Critérios de Participação: Potencialidades e Dificuldades Relatadas

OFICINA	POTENCIALIDADES	DIFICULDADES
<b>Oficina 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Engajamento da equipe: participação ativa da equipe da UBS nas atividades.</li> <li>- Suporte da coordenação local: presença e apoio contribuíram para um ambiente motivador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidade de tempo: dificuldade em conciliar os horários da equipe devido.</li> <li>- Recursos limitados: a escassez de materiais didáticos e audiovisuais comprometeram algumas dinâmicas.</li> </ul>
<b>Oficina 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conteúdo estruturado: materiais e orientações da EAAB bem organizados e eficazes.</li> <li>- Recursos pedagógicos: guias e ferramentas facilitaram a condução das atividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adesão dos profissionais: baixa participação de equipes sobrecarregadas.</li> <li>- Falta de recursos humanos e materiais: ausência de pessoal e materiais.</li> <li>- Desafios logísticos: dificuldade em organizar a oficina com a participação de todos os envolvidos.</li> </ul>
<b>Oficina 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conteúdo bem estruturado: clareza nas orientações da EAAB e uso eficaz dos recursos didáticos.</li> <li>- Organização das atividades: guias e materiais pedagógicos auxiliaram na condução das oficinas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agendamento: demora na definição de um dia comum entre os profissionais para participação da oficina.</li> </ul>

**Fonte:** Autores, 2025.

As facilidades observadas dizem respeito, principalmente, ao engajamento das equipes, à presença de materiais bem estruturados e ao suporte das coordenações locais. As dinâmicas de grupo, as discussões sobre casos clínicos reais e a interação entre os participantes se mostraram efetivas para despertar o interesse e a disposição dos participantes em aprender e incorporar novas práticas.

A implementação de projetos de formação no próprio local de trabalho, com a participação ativa dos profissionais, reforça a importância da educação permanente como estratégia para o desenvolvimento de competências, o fortalecimento da atenção centrada nas necessidades dos usuários e a construção de práticas resolutivas e humanizadoras. Bastos *et al.* (2020) destacam que, para garantir acesso e equidade nos serviços de saúde, é essencial reestruturar os processos internos de coordenação, integrando atenção primária e especializada.

Segundo os autores, tais iniciativas devem ser articuladas entre os serviços e as instituições formadoras, com metodologias horizontais, interdisciplinares e fundamentadas na realidade concreta dos usuários e trabalhadores. A ausência de uma política coordenada e eficaz

compromete não apenas o funcionamento dos serviços, mas também a continuidade das ações formativas e a capacidade de resposta do sistema frente às necessidades da população.

Essa perspectiva foi diretamente observada na realização das oficinas da EAAB, em que se buscou alinhar teoria e prática. A experiência demonstrou que, quando há envolvimento institucional e valorização da formação no local de trabalho, os profissionais se engajam de forma mais efetiva no processo educativo. Por outro lado, desafios como a sobrecarga de trabalho das equipes, limitações de tempo, escassez de recursos e dificuldades logísticas se destacaram como entraves para a plena adesão às atividades propostas.

A falta de prioridade para as ações educativas foi um dos principais obstáculos identificados. Os profissionais da APS, embora cientes da importância da capacitação, muitas vezes não conseguiam dedicar tempo ou atenção adequados às atividades propostas, devido à pressão de outras demandas urgentes do cotidiano. Esse fator dificultou a sensibilização dos profissionais, que, em muitos casos, precisaram conciliar as tarefas diárias com o aprendizado das novas práticas, o que pode ter gerado certo distanciamento inicial em relação ao processo de capacitação.

No entanto, ao longo da execução das oficinas, os profissionais se mostraram bastante participativos. Apesar da dificuldade inicial em priorizar o tempo para as atividades, o ambiente interativo e dinâmico das oficinas ajudou a promover o engajamento das equipes. Esse engajamento progressivo mostrou que, mesmo diante da falta de priorização inicial, as oficinas conseguiram conquistar a adesão dos profissionais ao longo do processo.

Nesse contexto, a atuação dos residentes enquanto facilitadores contribuiu significativamente para o desenvolvimento de diversas habilidades fundamentais à formação em Saúde Coletiva. Entre elas, destacam-se a capacidade de comunicação interpessoal, escuta qualificada, liderança e trabalho em equipe, além da habilidade para o planejamento e condução de atividades educativas. O enfrentamento das dificuldades práticas e a necessidade de adaptação constante às condições locais também favoreceram o aprimoramento da autonomia, da criatividade e da resolução de problemas em contextos reais de serviço.

Além disso, é notório que os programas de residência possibilitam aos profissionais em formação maior inserção nas equipes, favorecendo o desenvolvimento de ações que articulem teoria e prática, com foco na atenção integral, interdisciplinar e humanizada. Essa configuração amplia a responsabilidade sanitária e contribui para a qualificação do cuidado, desde que haja apoio institucional e condições adequadas de trabalho (Carnaúba, Ferreira, 2023).

Essa vivência reafirma a potência da residência como espaço formativo que alia teoria e prática, favorecendo o desenvolvimento de competências essenciais para a atuação crítica,

sensível às necessidades do território e comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência com a realização das oficinas da EAAB demonstrou o potencial transformador da mesma no fortalecimento da formação dos profissionais de saúde. As oficinas, ao adotarem metodologias participativas e ativas, permitiram às equipes refletirem criticamente sobre suas práticas, identificarem fragilidades e elaborarem propostas de intervenção alinhadas às necessidades locais.

Além disso, a atuação das residentes facilitadoras foi fundamental nesse processo, evidenciando a importância do PRMSC da URCA como espaço de construção de competências, desenvolvimento da autonomia profissional e exercício do cuidado em consonância com os princípios do SUS.

A experiência ressalta a importância da Educação Permanente em Saúde como estratégia para qualificar as práticas no território. Quando inserida no cotidiano dos serviços, ela favorece a construção coletiva do conhecimento, aproxima formação e trabalho e contribui para a transformação das realidades locais, reafirmando que iniciativas como a EAAB, quando implementadas de forma participativa e com apoio da residência multiprofissional, promovem não apenas a qualificação dos serviços, mas também o empoderamento das equipes e o fortalecimento do SUS como sistema público, universal e integral.

#### REFERÊNCIAS

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues; PEREIRA, Carlos Henrique de Souza; SILVA, Mariana dos Santos *et al.* Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/9rrRrZzJKHT3JmhMFMZBYjg/?lang=en> Acesso em: 01 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_33.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf) Acesso em: 01 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde: sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 01 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, 2015. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez\\_passos\\_alimentacao\\_saudavel\\_2edicao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel_2edicao.pdf)  
Acesso em: 04 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_implementacao\\_estrategia\\_amamenta\\_alimenta.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_implementacao_estrategia_amamenta_alimenta.pdf) Acesso em: 04 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI 2019: resultados principais**. Brasília, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estudo\\_nacional\\_alimentacao\\_enani2019\\_resultados.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estudo_nacional_alimentacao_enani2019_resultados.pdf) Acesso em: 04 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável na atenção primária à saúde: recomendações baseadas no Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2022/fevereiro/4/promocao-amamentacao-e-alimentacao-complementar-na-aps.pdf> Acesso em: 04 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0198\\_13\\_02\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0198_13_02_2004.html) Acesso em: 17 mar. 2025.

CARNAÚBA, Jéssica Pinheiro; FERREIRA, Marcelo José Monteiro. Health promotion competencies in the multidisciplinary residency: capacity for change and health advocacy. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 2227-2236, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WN3G6YYBcBfQpzD8DfZbN9K/?lang=en> Acesso em: 31 mar. 2025.

MOTA, Maria Vitória; SOUSA, Maria Silva. A atenção primária em saúde na universidade brasileira. In: GEREMIA, Denise S.; ALMEIDA, Maria Eduarda (org.). **Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde**. Chapecó: Editora UFFS, 2021. p. 311-328. ISBN 978-65-86545-54-8. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xpmtk/pdf/geremia-9786586545548-17.pdf> Acesso em: 01 mar. 2025.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global nutrition targets 2025 – breastfeeding**. [infográfico]. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/nutrition/infographics-breastfeeding> Acesso em: 18 mar. 2025.

SANTOS, Ana Paula; OLIVEIRA, Maria Clara; SOUZA, Rafael Tavares. Alimentação complementar e saúde infantil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 120-135, 2020. Disponível em: <https://revistanutricao.ufpel.edu.br/ojs/index.php/enp/article/view/365> Acesso em: 31 mar. 2025.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Políticas em prol das famílias são fundamentais para aumentar taxas de amamentação**, 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/por-que-politicas-em-prol-das-familias-sao-fundamentais-para-aumentar-taxas-de-amamentacao> Acesso em: 01 mar. 2025.

# CAPÍTULO V

## GESTÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-5

**Lais Alves Marques**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8832648049089715>

**Pablo Antônio Maia Farias**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6726359825463426>

**Renata Evaristo Rodrigues Duarte**

Universidade de Pernambuco (UPE)

Ouricuri- Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/9143816484570239>

**Ana Luiza de Aguiar Rocha Martin**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3630330074974294>

## RESUMO

**Introdução:** A gestão da Assistência Farmacêutica (AF) faz parte do cenário prático da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, onde o residente farmacêutico atua no atendimento da demanda de saúde da população, garantindo acesso e uso racional dos medicamentos. **Objetivo:** Registrar e analisar a experiência no campo da gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). **Método:** O estudo é do tipo Relato de Experiência (RE) vivenciado no período de março a dezembro de 2024 em uma farmácia na Coordenadoria de Área Descentralizada de Saúde (COADS) do Estado do Ceará, onde foram realizadas análises de solicitações de medicamentos nas etapas de avaliação e autorização, utilizando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) como referência. A análise do cenário baseou-se na tríade de Donabedian: estrutura, processo e resultado, apresentando o perfil farmacoterapêutico dos medicamentos solicitados, que foram classificados pelo código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*). **Resultados:** Ao longo do estudo, a farmácia recebeu 1.725 laudos, dos quais 1.305 foram deferidos, 305 devolvidos para ajustes na solicitação e 115 indeferidos por não atenderem critérios de inclusão. Quanto aos medicamentos, 1.841 foram solicitados, dos quais 45,95% agiam no Sistema Nervoso (N=846), sendo 70,33% do grupo dos psicodélicos para tratamentos de transtornos mentais, seguido dos medicamentos para tratamento de diabetes (N=198). **Considerações finais:** Essa experiência ressaltou a importância da colaboração entre a residência e a gestão da Assistência Farmacêutica, promovendo maior eficiência na resolução de demandas e assegurando o acesso da população aos medicamentos, assim como foram fundamentais para o desenvolvimento profissional do residente.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Residências em farmácia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pharmaceutical Assistance (PA) management is part of the practical scenario of the Multiprofessional Residency in Public Health, where the pharmacist resident works to meet the population's health demand, ensuring access and rational use of medicines. **Objective:** To record and analyze the experience in the field of management of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF). **Method:** The study is an Experience Report (RE) type experienced from March to December 2024 in a pharmacy at the Decentralized Health Area Coordination (COADS) of the State of Ceará, where analyzes of medication requests were carried out in the evaluation and authorization stages, using the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDT) as a reference. The analysis of the scenario was based on Donabedian's triad: structure, process, and result, presenting the pharmacotherapeutic profile of the requested medications, which were classified by the ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) code. **Results:** Throughout the study, the pharmacy received 1,725 reports, of which 1,305 were approved, 305 were returned for adjustments to the request, and 115 were rejected for not meeting the inclusion criteria. Regarding medications, 1,841 were requested, of which 45.95% acted on the Nervous System (N=846), with 70.33% being in the group of psychotropic drugs for treating mental disorders, followed by drugs for treating diabetes (N=198). **Final considerations:** This experience highlighted the importance of collaboration between the residency and the management of Pharmaceutical Assistance, promoting greater efficiency in resolving demands and ensuring the population's access to medications, as well as being fundamental for the professional development of the resident.

**Keywords:** Pharmaceutical Services; Drugs from the Specialized Component of Pharmaceutical Care; Pharmacy Residencies.

## 1. INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde caracteriza-se como uma pós-graduação voltada para a formação de profissionais sanitários, que possam contribuir com os setores prioritários do Sistema Único de Saúde (SUS), inserindo profissionais da saúde de diversas categorias nos serviços, desde a assistência até a gestão (Alves *et al.*, 2016).

Os residentes farmacêuticos pertencentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (PRMSC-URCA) seguem os princípios de diretrizes do SUS dentro de sua formação, exercendo atividades multiprofissionais e conforme a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que destaca a importância do farmacêutico para a assistência integral à saúde da população, atuando em ações técnico assistenciais e na gestão de medicamentos (Brasil, 2004; Barberato *et al.*, 2022).

A Assistência Farmacêutica é dividida em três componentes: Básico, que atende as necessidades da Atenção Básica; Estratégico, que garante acesso a medicamentos para doenças endêmicas ou de alto impacto; e Especializado, que trata doenças crônicas e complexas. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), foco deste estudo, amplia a cobertura de medicamentos ambulatoriais, exigindo boa gestão de recursos. Sua gestão requer planejamento com base em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir tratamento para doenças contempladas nas linhas de cuidados do Ministério da Saúde, avaliando segurança e efetividade do tratamento (Tavares; Pinheiro, 2014).

A gestão da Assistência Farmacêutica, como cenário de atuação na residência, permite uma aproximação com a prática profissional e possibilita uma articulação com a teoria para desenvolvimento de habilidades gerenciais. Considerando que o papel do residente farmacêutico na gestão ainda está pouco debatido, é essencial que as Residências em Saúde documentem suas vivências no SUS para conhecimento da população e de outros profissionais (Pinheiro; Menezes; Oliveira, 2023). Assim, o presente estudo teve como objetivo registrar e analisar a experiência de uma residente do PRMSC-URCA no campo da gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo descritivo, apresentado como Relato de Experiência (RE), baseado na vivência profissional de uma residente farmacêutica do PRMSC-URCA, no campo da gestão da assistência farmacêutica, durante o período de março a dezembro de 2024, no setor da farmácia de uma Coordenadoria de Área Descentralizada em Saúde no Estado do Ceará. O estudo seguiu o

roteiro para construção do RE de Mussi, Flores e Almeida (Mussi; Flores; Almeida, 2021) e para análise do cenário de campo baseou-se na tríade de Donabedian (Donabedian, 1980 *apud* Portela, 2000): estrutura, processo e resultado.

A farmácia atendia 12 municípios da macrorregião de saúde, no que se refere ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CESAF) e executava atividades de gestão, utilização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para análise técnica de Laudos para Solicitação e Autorização de Medicamentos (LME), Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e utilização do Sistema de Gestão de Assistência Farmacêutica-HÓRUS.

Para análise dos dados, foram utilizadas planilhas do Excel, próprias do serviço para contabilização das solicitações de medicamentos registradas durante o período do estudo, apresentando quantitativamente os resultados que foram deferidos e autorizados, indeferidos por não atenderem aos critérios de inclusão preconizados nos PCDTs ou devolvidos para correção da solicitação por inconsistência na documentação. Além de descrever o perfil farmacoterapêutico dos medicamentos solicitados, segundo a Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC), que auxilia na análise de dados de classes terapêuticas.

A classificação ATC categoriza os fármacos em cinco níveis: o nível um corresponde ao grupo anatômico principal, o dois divide esse grupo em subgrupos terapêuticos, o três refere-se aos subgrupos farmacológicos, o quatro aos subgrupos químicos, e o cinco a substâncias químicas específicas. Para este estudo, foram utilizados apenas os dois primeiros níveis do Índice ATC (Cunha et al., 2024; OMS, 2024). O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética sob o número CAAE: 82377424.8.0000.5055.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1. ANÁLISE DOS EIXOS ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS**

As atividades da Assistência Farmacêutica do Componente Especializado foram avaliadas em três eixos, adaptando a tríade de Donabedian (estrutura, processos e resultados). Assim, foram dimensionados os processos e resultados, considerando as operações técnicas e o atendimento das solicitações de medicamentos.

#### **3.2. ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA FARMÁCIA DA COADS.**

O componente estrutura foi avaliado quanto aos recursos humanos, estrutura física e arranjo organizacional das atividades. O quadro de funcionários da farmácia era composto por um farmacêutico gestor e uma auxiliar de farmácia, porém no período do estudo, duas farmacêuticas residentes do PRMSC-URCA executaram as atividades da residência no referido setor,

complementando o quadro. Todas as atividades desenvolvidas eram direcionadas pelo farmacêutico, também preceptor da residência, que dividia atividades com a auxiliar de farmácia e as residentes para organização e execução dos processos.

A estrutura física da farmácia possuía boa iluminação, computadores com acesso à internet, ar-condicionado, geladeiras para armazenamento de medicamentos termolábeis, estantes, paletes, armários e espaço reservado para guarda dos medicamentos de controle especial. Vale ressaltar que as instalações apresentam algumas limitações, como espaço mal delimitado com divisórias em mau estado de conservação, desgaste da pintura das paredes e teto e rede de internet oscilante. Além disso, observou-se que o sistema de gestão Hórus apresentava algumas limitações no fornecimento de relatórios com informações gerenciais.

Destaca-se que a estrutura é componente básico para se dispor nas farmácias, pois a infraestrutura, os recursos humanos e materiais são o que permitem que a Assistência Farmacêutica seja executada de maneira integral, segura e eficiente. Uma estruturação adequada assegura que os processos e os medicamentos se mantenham de acordo com as normas técnicas e sanitárias, e sejam capazes de atender as demandas de saúde da população (Brasil, 2009).

A dimensão estrutura física analisa a suficiência dos equipamentos, mobiliários, conectividade e acesso às tecnologias de saúde. Assim, pode-se observar algumas precariedades, que indicam necessidade de atenção dos gestores do Estado, visto que o governo federal não investe financeiramente em reformas de farmácias estaduais (Rodrigues; Cruz; Tavares, 2017). Em contrapartida, o governo federal disponibiliza suporte tecnológico como o Sistema Hórus, a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde), a incorporação de novos medicamentos ao SUS, e atualizações de PCDTs para melhoria do serviço prestado pelo CEAF.

Quanto aos recursos humanos, o quadro efetivo da farmácia era composto apenas por um farmacêutico, o que demonstrava a fragilidade do setor na composição de um quadro técnico, pois um número insuficiente de profissionais compromete o desenvolvimento de atividade e impacta na satisfação dos usuários frente às suas demandas de saúde (Rover *et al.*, 2017). Com a parceria do PRMSC, mesmo de forma temporária, observou-se resultados positivos na resolução das demandas, destacando a necessidade de ajuste no quadro de funcionários e a importância do farmacêutico no atendimento resolutivo de questões técnicas.

Isso indica que a aplicação direta de recursos humanos otimiza as práticas e viabiliza os serviços para a população, que necessita de acesso ao medicamento em tempo hábil. Em contrapartida, as farmacêuticas residentes tiveram oportunidade de desenvolver competências

de gestão que são exigidas para a profissão, como colaboração interprofissional, comunicação, tomada de decisão, gestão de conflitos e capacidade de negociação (Mendes *et al.*, 2024).

### **3.3. PROCESSO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO SETOR**

Os processos de trabalho da CEAF seguiam dimensões organizacionais para atender as demandas dos municípios vinculados à COADS e envolvia o cumprimento de etapas do ciclo da assistência farmacêutica. A condução das atividades do setor era realizada a começar pela avaliação dos processos de solicitação de medicamentos, seguido da etapa de autorização. Tais etapas eram orientadas com o auxílio do sistema Hórus. O cumprimento das avaliações e autorizações, gerava demandas para as etapas de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamento para cada município.

A avaliação de laudos foi a principal atividade do setor, sendo essencial para seu funcionamento, pois cada laudo autorizado permitia o acesso do paciente ao medicamento. Os LME eram enviados mensalmente pelos municípios em formato físico, acompanhados do Cartão Nacional de Saúde (CNS), cópia da identidade, diagnóstico, prescrição médica e exames laboratoriais. O processo era realizado no Sistema Hórus, onde se verificavam os critérios de inclusão dos PCDTs específicos, registrava-se a quantidade de medicamentos solicitados conforme a prescrição e avaliavam-se os exames laboratoriais (Brasil, 2010).

Dessa forma, as avaliações poderiam resultar em laudos deferidos, devolvidos ou indeferidos, logo os laudos deferidos geravam APAC, as quais possuíam três meses de validade sendo renovadas trimestralmente, garantindo a continuidade ao tratamento do paciente. Enquanto casos de inconsistência de informações, ausência de critérios de inclusão ou presença de critérios de exclusão, os LME eram devolvidos para um novo cadastro do usuário ou indeferidos, via Hórus (Brasil, 2010).

O CEAF é o componente que possui mais protocolos a serem seguidos para liberação dos medicamentos, devido à complexidade de suas demandas e de seus impactos financeiros. Assim, a utilização das tecnologias em saúde permite que a análise de pedidos de medicamentos seja realizada de maneira condizente com as linhas de cuidados preconizadas pelo Ministério da Saúde definidas em PCDT, garantido acesso racional e equânime dos medicamentos para a população (Capucho *et al.*, 2022).

O processo de análise das solicitações de medicamentos possibilitou ao residente aprendizados clínicos, atualizações assistenciais baseadas em evidência, comunicação interprofissional para discussão de casos e alinhamento de informações que possibilitasse acesso

do paciente ao medicamento em tempo hábil. Preparando o profissional para trabalhar no SUS suprindo lacunas acadêmicas das áreas assistencial, clínica e gerencial (Lira; Almeida, 2023).

Assim, a residência atuando no CEAF permitiu a reflexão sobre a formação do farmacêutico, no contexto da fragmentação dos saberes, pois a experiência permitiu colocar em prática políticas públicas e aspectos técnicos- gerenciais e clínicos, que no campo acadêmico são debatidas apenas de maneira teórica, porém na prática garantem mudanças em prol de uma assistência farmacêutica segura, eficiente e resolutiva para a população (Silva *et al.*, 2019).

### 3.4. RESULTADO DAS AVALIAÇÕES DE LAUDOS E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES.

O eixo resultado é reflexo de todo o processo de trabalho executado na farmácia, o qual possibilitou o acesso de medicamentos do Componente Especializado aos pacientes. Durante a experiência, foram avaliados 1.725 LME, dentre eles 1.305 foram deferidas e geraram APAC, 305 foram devolvidos e 115 indeferidos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Situação de análise de Laudos para Solicitação e Autorização de Medicamentos (LME)

MÊS	DEFERIDOS	DEVOLVIDOS	INDEFERIDOS	TOTAL
MARÇO	113	11	1	125
ABRIL	254	26	13	293
MAIO	99	21	10	130
JUNHO	93	25	6	124
JULHO	120	23	22	165
AGOSTO	124	39	18	181
SETEMBRO	136	31	20	187
OUTUBRO	95	47	9	151
NOVEMBRO	122	44	7	173
DEZEMBRO	149	38	9	196
TOTAL	1.305	305	115	1.725

Fonte: Próprio autor

Os principais motivos de devoluções e indeferimento de LME para cadastro foram ausência de descrição da condição clínica do paciente condizentes aos critérios de inclusão, preenchimento indevido do laudo, ausência de exames laboratoriais ou de imagens obrigatórios, erro de prescrição médica (quantidades excedentes, posologias inadequadas, rasuras e ilegibilidade) e CID (Código Internacional de Doenças) não compatível com o diagnóstico estabelecido. Assim, esses laudos retornavam aos municípios com a descrição dos motivos que ocasionaram a devolução ou indeferimento para resolução das inconformidades. Porém, esse processo comprometia o início do tratamento e tornava o procedimento mais burocrático e lento (Oliveira *et al.*, 2023).

Esses resultados evidenciaram que o conhecimento dos critérios exigidos nos PCDTs colaboram com a resolutividade do CEAF, pois solicitações realizadas dentro das conformidades promovem a sustentabilidade da gestão e atendimento rápido das demandas, o que não acontece quando são devolvidas ou indeferidas, pois demandam tempo para ajuste das inconformidades, por depender de novas consultas médicas ou atualização de exames, gerando atraso mínimo de 20 dias a depender da acessibilidade em saúde do município do paciente (Fatel *et al.*, 2021).

O perfil farmacoterapêutico dos medicamentos solicitados ao CEAF foi analisado baseado nos LMEs, que podiam conter um ou mais medicamentos prescritos, em seguida foram classificados de acordo com os níveis 1 e 2 do código ATC. Assim, foram 1.841 medicamentos analisados, todos contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Tabela 2).

Ao analisar a classificação dos fármacos pelo 1º nível (grupo anatômico) do código ATC, os medicamentos para o Sistema Nervoso (45,95%) foram os mais solicitados, com os psicodélicos representando 70,33% das solicitações. Dentro desse grupo, os antipsicóticos mais prescritos foram a quetiapina (n=288), risperidona (n=156) e olanzapina (n=127).

O grupo anatômico A (Trato alimentar e metabolismo) representou 12,71% das solicitações, deste, 84,61% eram medicamentos usados no tratamento do diabetes, sendo insulina análoga de ação rápida (n=25) e a dapagliflozina (n=173) como a mais solicitada. Dos medicamentos que agem no Aparelho Cardiovascular (10,22%), a classe dos hipolipemiantes foi a mais prevalente (64,36%), representada pela atorvastatina com 121 solicitações.

Os resultados desse estudo condizem com alguns estudos que avaliaram o perfil farmacoterapêutico dos medicamentos do CEAF, nos quais apresentam os grupos anatômicos Sistema Nervoso, Aparelho cardiovascular, Trato alimentar e metabólico, e o subgrupo dos imunossupressores responsáveis pela maior parte dos medicamentos solicitados. Porém, tratando-se dos medicamentos antipsicóticos que se apresentam em maior número no presente relato, na literatura os subgrupos antiepilépticos apareceram com maior frequência (Silva, 2022; Silveira *et al.*, 2020).

Os antipsicóticos quetiapina, risperidona e olanzapina representam custos elevados para o CEAF, correspondendo em grande parte ao tratamento de esquizofrenia, sendo a quetiapina preferível para tratamento em idosos, enquanto a olanzapina é mais utilizada pelos demais adultos (Fulone; Silva; Lopes, 2023). A risperidona possui um padrão de prescrição voltado, em sua maioria, para as crianças, fazendo parte também do PCDT de Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo (Brasil, 2022a).

O relato apresenta algumas limitações como a contabilização da demanda real de renovações de APAC, pois no sistema Hórus não foi possível gerar relatórios, ficando o acesso dos dados a cargo de instâncias superiores da gestão no nível central. Em decorrência disso, também não foi possível avaliar as demandas de renovações e solicitações por cada município, o que também seria interessante para avaliar a amplitude do acesso.

Tabela 2- Perfil farmacoterapêutico dos medicamentos solicitados ao CEAF, segundo classificação ATC.

<b>Classe Terapêutica dos Medicamentos</b>	<b>ATC</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Total de medicamentos solicitados	-	100	1841
<b>Sistema nervoso</b>	<b>N</b>	<b>45,95</b>	<b>846</b>
Psicolépticos	N05	70,33	595
Antiepilépticos	N03	13,36	113
Analgésicos	N02	9,46	80
Psicoanalépticos	N06	3,90	33
Drogas anti-Parkinson	N04	2,01	17
Outros medicamentos que agem no Sistema Nervoso	N07	0,94	8
<b>Trato alimentar e metabolismo</b>	<b>A</b>	<b>12,71</b>	<b>234</b>
Medicamentos usados na diabetes	A10	84,61	198
Antidiarreicos, anti-inflamatórios/anti-infecciosos intestinais	A07	6,84	16
Vitaminas	A11	6,41	15
Digestivos, incluindo enzimas	A09	1,71	4
Terapia biliar e hepática	A05	0,43	1
<b>Aparelho cardiovascular</b>	<b>C</b>	<b>10,21</b>	<b>188</b>
Hipolipemiantes	C10	64,36	121
Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	C09	35,64	67
<b>Agentes antineoplásicos e imunomoduladores</b>	<b>L</b>	<b>9,72</b>	<b>179</b>
Imunossupressores	L04	88,83	159
Terapia endócrina	L02	11,17	20
<b>Sistema respiratório</b>	<b>R</b>	<b>6,73</b>	<b>124</b>
Medicamentos para doenças obstrutivas das vias aéreas	R03	100	124
<b>Dermatológicos</b>	<b>D</b>	<b>4,51</b>	<b>83</b>
Preparações antiacnes	D10	85,54	71
Antipsoriáticos	D05	12,05	10
Corticosteroides, preparações dermatológicas	D07	2,41	2
<b>Órgãos sensoriais</b>	<b>S</b>	<b>3,37</b>	<b>62</b>
Oftalmológicos	S01	100	62
<b>Sangue e órgãos hematopoéticos</b>	<b>B</b>	<b>2,99</b>	<b>55</b>
Medicamentos antitrombóticos	B01	52,73	29
Preparações antianêmicas	B03	40,00	22
Anti-hemorrágicos	B02	7,27	4
<b>Sistema musculoesquelético</b>	<b>M</b>	<b>1,52</b>	<b>28</b>
Medicamentos para tratamento de doenças ósseas	M05	78,57	22
Relaxantes musculares	M03	21,43	6
<b>Produtos antiparasitários</b>	<b>P</b>	<b>1,36</b>	<b>25</b>
Antiprotozoários*	P01	100	25

<b>Classe Terapêutica dos Medicamentos</b>	<b>ATC</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
<b>Preparações hormonais sistêmicas</b>	<b>H</b>	<b>0,54</b>	<b>10</b>
Hormônios hipofisários e hipotalâmicos e análogos	H01	100	10
<b>Sistema genitourinário e hormônios sexuais</b>	<b>G</b>	<b>0,33</b>	<b>6</b>
Outro ginecológico	G02	100	6
<b>Anti-infecciosos para uso sistêmico</b>	<b>J</b>	<b>0,05</b>	<b>1</b>
Imunoglobulinas	J06	100	1

Fonte: Próprio autor

\*Antiprotozoário utilizado como medicamento modificador do curso da doença (MMCD)

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, observou-se que o alinhamento entre a estrutura organizacional e os processos executados impactou diretamente na resolutividade do setor, no que diz respeito ao deferimento das solicitações. Esse alinhamento assegurou o acesso oportuno aos medicamentos pela população, mesmo diante dos desafios relacionados à análise da grande demanda de pedidos e ao atendimento eficiente de todos.

O aprimoramento dos processos refletiu diretamente na formação do residente, contribuindo para sua qualificação profissional, além de promover uma reflexão sobre as competências do setor no atendimento às demandas. Contudo, é importante destacar a necessidade de capacitar os profissionais envolvidos no processo da CEAF, tanto nos municípios quanto na gestão, com o objetivo de investigar e reduzir os índices de devoluções e indeferimentos. Assim, sugere-se que estudos futuros possam ser realizados para avaliar o impacto dos indeferimentos na população, visto que muitos desses erros podem ser evitados.

#### REFERÊNCIAS

- ALVES, C. C. *et al.* Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. **Revista de Nutrição**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 597–608, 2016.
- BARBERATO, L. C. *et al.* O farmacêutico entre o trabalho prescrito e o real na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 20, p. e00279181, 2022.
- BRASIL. **Da Excepcionalidade as linhas de cuidado: O componente especializado da assistência farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2009. (A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº7, de 12 de abril de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. Brasília, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portal-portaria-conjunta-no-7-2022-comportamentoagressivo-no-tea.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024.** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Melito Tipo 2. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2024/pcdt-diabetemelito-tipo-2>. Acesso em: 13 jan. 2025.

BRASIL. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.** Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em: 13 jan. 2025.

CAPUCHO, H. C. *et al.* Incorporação de medicamentos no SUS: comparação entre oncologia e componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 2471–2479, 2022.

CUNHA, C. R. D. *et al.* Listas de medicamentos disponíveis no sistema público de saúde da Inglaterra e do Brasil para enfrentamento da carga de doenças. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 34, p. e34034, 2024.

FATEL, K. de O. *et al.* Desafios na gestão de medicamentos de alto preço no SUS: avaliação da Assistência Farmacêutica em São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, p. 5481–5498, 2021.

FULONE, I.; SILVA, M. T.; LOPES, L. C. Use of atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia in the Brazilian National Health System: a cohort study, 2008-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 32, n. 1, 2023.

MELO LIRA, T.; PINHEIRO ALVES DE ALMEIDA, V. Atuação do farmacêutico em uma residência multiprofissional em saúde da família: desafios e perspectivas. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 22, n. 1, 2023. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1600>. Acesso em: 9 ago. 2024.

MENDES, S. J. *et al.* Fatores sociais e técnicos relacionados ao desenvolvimento da gestão municipal da Assistência Farmacêutica: resultados do Qualifica AF. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 48, n. 143, p. e8833, 2024.

MUSSI, R. F. D. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. D. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, [s. l.], v. 17, n. 48, p. 1–18, 2021.

OLIVEIRA, P. A. de *et al.* Componente especializado da assistência farmacêutica: a dispensação de medicamentos para asma e doença pulmonar obstrutiva crônica em um município do sul de Minas Gerais. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. e25112340723–e25112340723, 2023.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Anatomical, Therapeutic and**

**Chemical Classification (ATCC).** [s. l.], 2024. Disponível em: [https://atcddd.fhi.no/atc\\_ddd\\_index/](https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/). Acesso em: 11 dez. 2024.

PINHEIRO, M. de C.; MENEZES, K. M. G.; OLIVEIRA, M. C. G. Desafios e possibilidades da residência multiprofissional em cancerologia: relato de experiência de uma assistente social residente. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 22, n. 2, 2023.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. [s. l.], 2000. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2024.

RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, N. U. L. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. spe, p. 192–208, 2017.

ROVER, M. R. M. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 2487–2499, 2017.

SILVA, G. S. da. Aquisição de medicamentos do Componente Especializado da

**Assistência Farmacêutica no estado do Rio de Janeiro (2017-2021)**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, L. S. C. da *et al.* Gestão da assistência farmacêutica em uma farmácia distrital: uma experiência curricular de identificação do perfil de medicamentos. **Saúde.com**, [s. l.], v. 15, n. 3, 2019.

SILVEIRA, R. R. *et al.* Pacientes do componente especializado da assistência farmacêutica: Qual a frequência e o perfil das potenciais interações medicamentosas? **Biosaúde**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 14–26, 2020.

TAVARES, N.; PINHEIRO, R. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. ág. 49-56, 2014.

# CAPÍTULO VI

## IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ESCOLARES NO SUL CEARENSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-6

**Maria Virna Lima e Silva**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4152836326636940>

**Daniela Ferreira Marques**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8914739306121903>

**Maria Íris Lara de Figueirêdo Saraiva**

Centro Universitário Juazeiro do Norte (UNIJUAZEIRO)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2813809023903721>

**Gabriela Oliveira Monteiro**

Centro Universitário Juazeiro do Norte (UNIJUAZEIRO)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7536162293068842>

**Daniela Cavalcanti e Silva Novais Carvalho**

Secretaria de Saúde de Barbalha

Barbalha - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4617987567765974>

## RESUMO

**Introdução:** A visão é fundamental no desenvolvimento infantil, impactando diretamente o processo de aprendizagem e o desempenho escolar. **Objetivo:** Descrever a experiência de residentes em saúde coletiva na implementação da avaliação da acuidade visual por meio do Teste de Snellen em alunos do ensino público de um município do sul cearense. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência, realizado entre março e julho de 2024, com alunos de 5 a 16 anos. Foram capacitados profissionais da Atenção Básica e professores da rede pública para aplicar o Teste de Snellen, realizar triagens visuais e encaminhar casos alterados para avaliação oftalmológica. As capacitações priorizaram metodologias ativas e práticas supervisionadas. **Resultados e discussão:** ação possibilitou a detecção precoce de alterações visuais, favorecendo intervenções oportunas e a promoção da saúde ocular. A experiência demonstrou que um simples exame de triagem pode impactar positivamente a trajetória escolar dos estudantes, contribuindo para a redução da evasão e da repetência. Além disso, fortaleceu a articulação entre atenção básica e serviços especializados, otimizando recursos e ampliando o acesso aos cuidados oftalmológicos. Para as residentes, a vivência proporcionou importante aprendizado sobre a rede assistencial, a educação permanente em saúde e a promoção de práticas integradas e resolutivas. **Considerações Finais:** A implementação da avaliação de acuidade visual em ambiente escolar é estratégica para o desenvolvimento educacional e para a formação de profissionais de saúde mais qualificados.

**Palavras-Chave:** Acuidade Visual, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde Escolar.

## ABSTRACT

**Introduction:** Vision is fundamental to child development, directly impacting the learning process and school performance. **Objective:** To describe the experience of public health residents in implementing visual acuity assessment using the Snellen Test among public school students in a municipality in southern Ceará, Brazil. **Methods:** This is an experience report conducted between March and July 2024, involving students aged 5 to 16. Primary care professionals and public school teachers were trained to administer the Snellen Test, perform visual screenings, and refer altered cases for ophthalmologic evaluation. The training sessions prioritized active methodologies and supervised practical activities. **Results and Discussion:** The initiative enabled the early detection of visual impairments, allowing timely interventions and the promotion of eye health. The experience showed that a simple screening exam can positively influence students' academic trajectories, helping to reduce dropout and grade repetition rates. Furthermore, it strengthened the coordination between primary care and specialized services, optimizing resources and expanding access to ophthalmologic care. For the residents, the experience provided valuable learning about the healthcare network, continuing health education, and the promotion of integrated and resolute practices. **Final Considerations:** Implementing visual acuity assessment in school settings is a strategic measure for educational development and for training more qualified health professionals.

**Keywords:** Visual Acuity, Primary Health Care, School Health Services.

## 1. INTRODUÇÃO

A visão é um dos sentidos humanos fundamentais, desempenhando um papel essencial na vida das pessoas, pois possibilita não apenas a percepção do ambiente ao redor, mas também o conhecimento de si mesmo. A ausência ou a deficiência visual pode acarretar prejuízos significativos no desenvolvimento infantil, especialmente no contexto escolar, dificultando o processo de aprendizagem e contribuindo para a evasão escolar (Fernandes, 2020).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, aproximadamente 2,2 bilhões de pessoas em todo o mundo apresentavam algum tipo de deficiência visual, sendo que cerca de 80% desses casos poderiam ter sido evitados com prevenção e tratamento adequados. Além disso, estima-se que 19 milhões de crianças sejam cegas ou possuam alguma deficiência visual, sendo a maior parte desses casos registrada em países de baixa ou média renda.

No Brasil, além da relevância global, as ações voltadas para a saúde ocular passaram a ser trabalhadas por meio de campanhas e iniciativas preventivas, que ganharam maior relevância em 2007 com a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O PSE tem como principal objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica matriculados em escolas da rede pública, promovendo ações que integrem saúde e educação (Brasil, 2007).

Por estar diretamente relacionado ao bem-estar dos educandos, o PSE é caracterizado como uma política intersetorial, envolvendo a atuação conjunta das equipes gestoras das escolas e das Estratégias Saúde da Família (ESF's). Dentre suas ações prioritárias, destaca-se a Saúde Ocular, que visa promover a saúde visual e identificar precocemente possíveis alterações visuais, garantindo intervenções oportunas e eficazes (Brasil, 2017).

O Teste de Snellen é um dos principais instrumentos utilizados na Atenção Básica à Saúde e PSE, para a avaliação da acuidade visual, sendo essencial para a detecção precoce de deficiências visuais que podem impactar a qualidade de vida e o desempenho escolar das crianças. A realização sistemática desse exame nas unidades de saúde e nas escolas contribui para a prevenção da evasão escolar, uma vez que problemas de visão não diagnosticados podem comprometer a aprendizagem (Brasil, 2017).

A formação de profissionais da saúde e professores acerca da aplicação do teste, é crucial, ela inclui orientações sobre a metodologia correta do teste, a interpretação dos resultados e os critérios para encaminhamento dos alunos para avaliação oftalmológica especializada. Além disso, a capacitação contribui para a conscientização sobre a importância da saúde ocular e sua relação

direta com o aprendizado e o desenvolvimento infantil. Dessa forma, investir na qualificação continuada desses profissionais fortalece a promoção da saúde visual e possibilita intervenções oportunas, reduzindo o impacto de deficiências visuais na vida escolar e social das crianças (Brasil, 2017).

Portanto, pode-se afirmar que o Teste de Snellen nas ações da Atenção Básica representa um avanço significativo no planejamento e na implementação de políticas públicas voltadas à saúde ocular e à prevenção da cegueira na comunidade escolar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do desempenho acadêmico dos estudantes. Diante do exposto, o presente texto tem como objetivo descrever a experiência de residentes em saúde coletiva frente à implementação da avaliação de acuidade visual através do Teste de Snellen para alunos do ensino público de um município do sul Cearense.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, descreve a implementação da avaliação da acuidade visual utilizando o Teste de Snellen em um município situado na Região de Saúde Sul do Cariri, no estado do Ceará, durante o período de março a julho de 2024.

Inicialmente, reuniões foram realizadas com os membros do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do município, juntamente com as residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) da Universidade Regional do Cariri (URCA). O objetivo dessas reuniões era alinhar as etapas necessárias para a implementação do projeto. A primeira etapa consistiu na criação de um projeto de pesquisa que serviu como modelo orientador e articulador entre a Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Núcleo de Educação PSE. Dentro deste projeto, foram apresentados: cronograma de atividades, ficha de acompanhamento da acuidade visual, relação dos casos alterados detectados pelo teste de Snellen, e a lista das escolas pactuadas do PSE nas ações de saúde ocular.

### 2.1. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo incluiu alunos da rede pública de ensino fundamental, com idades entre 5 anos e 1 mês e 16 anos. O objetivo era capacitar os profissionais da Atenção Básica em Saúde, professores do ensino infantil, fundamental 1 e 2, e alfabetizadores para a triagem visual e encaminhamento dos casos que necessitavam de consulta oftalmológica.

## 2.2. INSTRUMENTO

O Teste de Snellen foi o principal instrumento utilizado na avaliação da acuidade visual dos alunos. Conforme descrito por Holland (2018), o material necessário incluiu: Escala de Snellen, lápis preto para apontar os optótipos (letras), giz ou fita adesiva, cartão oclutor, cadeira, fita métrica ou barbante, e impressos para a anotação dos resultados. A Escala de Snellen foi posicionada em uma parede a três metros das pernas traseiras da cadeira, com o intuito de alinhar a tabela à altura dos olhos da criança. A leitura é iniciada pelos optótipos maiores, avaliando-se um olho por vez. Crianças com acuidade visual menor que 0,1 foram classificadas como prioritárias e encaminhadas para atendimento oftalmológico.

## 2.3. OPERACIONALIZAÇÃO E RESPONSABILIDADES

A triagem visual foi realizada por alfabetizadores, professores da rede pública de ensino infantil, fundamental 1 e 2, e/ou profissionais da Atenção Básica. As avaliações ocorreram no segundo quadrimestre de 2024, precedidas por uma capacitação organizada pelo Núcleo de Educação Permanente do município, em parceria com as residentes do PRMSC da URCA. A capacitação foi dividida em dois momentos: inicialmente com profissionais da Atenção Básica à Saúde, incluindo médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde, e posteriormente com professores da rede pública de ensino. O intuito da capacitação era preparar esses profissionais para dar continuidade às avaliações dos alunos.

As capacitações ocorreram em abril de 2024 e foram conduzidas por meio de oficinas teórico-práticas, que incluíam palestras expositivas dialogadas sobre a importância da saúde ocular, demonstração da técnica correta de aplicação do teste e simulações supervisionadas. A metodologia adotada priorizou a aprendizagem ativa, promovendo a troca de conhecimentos entre os profissionais e a reflexão sobre a relevância da triagem visual na prevenção de dificuldades no aprendizado. Ao final da capacitação, foi realizada uma avaliação das habilidades adquiridas, permitindo ajustes e aprimoramentos na abordagem utilizada (Brasil, 2017).

Durante as atividades, os participantes receberam material educativo e foram orientados sobre a interpretação dos resultados e os critérios para encaminhamento a serviços especializados. Para garantir eficácia nas ações, sempre que possível, uma das residentes participava das avaliações junto à equipe de professores e profissionais de saúde, auxiliando no processo.

Após as capacitações, iniciaram-se as avaliações da acuidade visual, onde os profissionais da escola, juntamente com os profissionais da ESF's, realizaram as coletas. Nos casos de resultados alterados, encaminhamentos para o serviço de oftalmologia da cidade eram realizados. Além disso,

a ESF, responsável pela articulação do cuidado, preenchia uma ficha com todos os casos alterados para registro próprio, visando proporcionar melhor continuidade do cuidado desses usuários.

Em relação aos aspectos éticos, a presente produção obedeceu aos princípios estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando-se tratar de uma descrição de vivência vinculada a uma atividade que colaborou para a formação de profissionais, não houve exigência de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O desenvolvimento dessa implementação visou à triagem precoce de alterações visuais em crianças e adolescentes no âmbito da Atenção Básica e do PSE. A identificação de problemas visuais em alunos matriculados na rede pública de ensino fundamental mostrou-se uma estratégia crucial, uma vez que a detecção precoce dessas alterações permitiu alertar tanto a equipe de saúde quanto os professores para a necessidade de intervenções adequadas. A triagem visual em ambiente escolar, portanto, não apenas favoreceu a identificação de alterações oculares, mas também proporcionou condições de saúde ocular mais favoráveis ao processo de aprendizagem, com potencial impacto na melhoria do rendimento escolar, na redução das taxas de evasão e repetência e, conseqüentemente, na promoção do sucesso educacional.

A experiência prática demonstrou que um simples instrumento de avaliação, de baixo custo e rápida aplicação, pode gerar mudanças significativas na trajetória escolar das crianças. Em um estudo realizado em crianças do Ensino Fundamental, Negrini *et al.* (2024) identificaram que 14,22% dos avaliados foram encaminhados para exames oftalmológicos completos, sendo os erros refrativos a principal causa das deficiências visuais diagnosticadas. Esse dado reforça a importância da implantação de programas de triagem visual nas escolas públicas, sobretudo para minimizar barreiras ao aprendizado e ampliar o acesso aos serviços especializados em oftalmologia, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A atuação integrada entre a atenção básica e os serviços especializados otimizou a utilização de recursos, ao direcionar para consultas oftalmológicas apenas os casos realmente necessários, promovendo uma gestão mais eficiente da demanda e ampliando o acesso à assistência especializada.

Corroborando esses achados, um estudo conduzido em Pouso Alegre, Minas Gerais (Silva *et al.*, 2013), avaliou crianças de 8 a 10 anos de idade em uma escola pública e observou que 11,4% apresentavam acuidade visual alterada. Além disso, as crianças com alterações visuais demonstraram desempenho significativamente inferior em Matemática, evidenciando a íntima relação entre a visão e o desempenho acadêmico. Esse cenário enfatiza ainda mais a relevância da triagem precoce e da intervenção oportuna para garantir o pleno desenvolvimento escolar.

Para as residentes, esse processo também representou uma oportunidade de grande valor formativo, pois proporcionou aprendizagem sobre a articulação da rede assistencial pública do município. Compreender o fluxo de funcionamento entre os equipamentos da atenção básica e os serviços especializados se mostrou fundamental para a formação de profissionais de saúde capazes de atuar de forma resolutiva, integrada e eficiente. Essa vivência prática permitiu desenvolver habilidades de encaminhamento, acompanhamento e seguimento dos casos identificados, reforçando a importância da integralidade da atenção e da atuação em rede.

Além disso, como apontado por Luz *et al.* (2024), a educação permanente dos profissionais de saúde mostrou-se essencial para a atualização contínua em relação às inovações científicas e tecnológicas. A incorporação da educação continuada no cotidiano da prática de saúde não apenas potencializa a eficácia dos tratamentos e reduz a ocorrência de erros médicos, mas também fomenta uma cultura de aprendizado permanente que beneficia tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços.

Por fim, a atuação no âmbito do PSE evidenciou que a triagem visual, quando integrada às ações de saúde na escola, contribui de maneira efetiva para o bem-estar e o sucesso escolar dos estudantes. Conforme ressaltado por Dos Anjos *et al.* (2023), a negligência em relação à saúde ocular pode afetar negativamente a vida escolar das crianças, impactando seu desenvolvimento acadêmico e social. Assim, experiências como esta reforçam a necessidade de estratégias intersetoriais que integrem saúde e educação, visando à formação de crianças e adolescentes mais saudáveis e com maiores oportunidades de sucesso ao longo de suas trajetórias escolares e de vida.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da avaliação da acuidade visual em escolares no Sul Cearense, por meio do Teste de Snellen, revelou-se uma estratégia eficaz para a promoção da saúde ocular e para o fortalecimento do vínculo entre saúde e educação. A realização de triagens sistemáticas possibilitou a detecção precoce de alterações visuais, contribuindo para a melhoria do desempenho escolar e para a prevenção de agravos que poderiam comprometer o desenvolvimento acadêmico e social das crianças.

O relato de experiência evidenciou a importância da formação e capacitação dos profissionais da Atenção Básica e dos professores da rede pública de ensino, demonstrando que a educação permanente é um componente fundamental para o êxito das ações em saúde. A articulação intersetorial entre saúde e educação, promovida pelo PSE, mostrou-se um modelo promissor para ações de prevenção, detecção e encaminhamento oportuno dos casos detectados.

Além dos benefícios diretos para os estudantes, o projeto proporcionou um aprendizado significativo para os residentes envolvidos, fortalecendo competências em gestão de redes de atenção, organização de fluxos assistenciais e promoção da integralidade do cuidado. A experiência reafirma a necessidade de incorporar ações preventivas e educativas de forma contínua nas políticas públicas de saúde e educação, como forma de promover o direito à saúde e à aprendizagem plena para todas as crianças e adolescentes.

Portanto, a presente experiência destaca que, apesar dos desafios, a integração entre diferentes setores, aliada a estratégias simples e de baixo custo, pode gerar impactos positivos duradouros, promovendo saúde, cidadania e qualidade de vida no contexto escolar e comunitário.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. (2007). Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do Gestor do Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017 [Internet]. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações**. 2017.
- DOS ANJOS, Jussara Soares Marques *et al.* Avaliação da acuidade visual em estudantes de Ensino Fundamental realizada por acadêmicos de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, p. e11426-e11426, 2023.
- FERNANDES, Lucas Agostinho. **Análise estratégica da ação de saúde ocular do Programa Saúde na Escola no Brasil**. 2020. 80 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde)—Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2020.
- HOLLAND, G. N. *Testes de acuidade visual: fundamentos e aplicação clínica*. 3. ed. São Paulo: **Editora Atheneu**, 2018.
- LUZ, Luís Evêncio Da; ALEXANDRE, Karoline Kayth Holanda; CARVALHO, Fernanda Soares; LUZ, L. E. Da *et al.* A importância da educação continuada em saúde para a qualidade dos serviços públicos de saúde. **IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR- JHSS)**, v. 29, n. 9, p. 46-50, set. 2024. DOI: 10.9790/0837-2909104650.
- NEGRINI, Isabela Ussifati *et al.* Deficiência visual em crianças de Ensino Fundamental: extensão universitária e saúde pública. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 83, p. e0064, 2024.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre visão**. Genebra: OMS; 2020.
- SILVA, Cibele Maria Ferreira da *et al.* Desempenho escolar: interferência da acuidade visual. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 72, p. 168-171, 2013.

# CAPÍTULO VII

## IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM UM GRUPO DO CUIDANDO DO CUIDADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-7

**Milena Davila Nascimento Barbosa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Juazeiro do Norte - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/3694827644865666>

**Pedro Carlos Silva Aquino**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Juazeiro do Norte - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/5110840012167343>

**Franciherbenia dos Santos Bezerra**

Secretaria Municipal de Saúde do Crato

Crato - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/5546990777719538>

**Patrícia Pereira Tavares de Alcantara**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/7221408382609260>

**Renata Evaristo Rodrigues Duarte**

Universidade do Pernambuco

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9143816484570239>

**Ana Luiza de Aguiar Rocha Martin**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Juazeiro do Norte - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/3630330074974294>

## RESUMO

**Introdução:** A necessidade de uma visão ampla do conceito de saúde e do direito às condições de trabalho dignas no ambiente laboral, impacta diretamente na saúde do trabalhador, a qual é discutido há décadas, e corroborou mais tarde para o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas, dentre elas a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. **Objetivos:** Relatar a implementação de ações em saúde do trabalhador em grupo do cuidando do cuidador na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, a partir da implantação de um grupo de intervenção com duas equipes de Saúde da Família de um município no sul do Ceará, entre maio de 2024 a outubro de 2025, por residentes em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (URCA), com foco na saúde e no autocuidado dos profissionais. **Resultados:** O grupo obteve um total de doze encontros. Essas atividades proporcionaram momentos de autocuidado, bem-estar físico e emocional em prol da redução do estresse, ansiedade e desconfortos corporais, ocasionados pelo ambiente de trabalho e/ou social. Visualizou-se a satisfação pela melhora do humor e dos relacionamentos no ambiente profissional. Como limitações destaca-se a ausência de alguns profissionais e dificuldade na continuidade do grupo. **Considerações finais:** Com a experiência apresentada, fica evidente a importância do cuidado com o trabalhador na promoção do bem-estar físico e mental e estímulo ao autocuidado individual. Desse modo, faz-se essencial que haja estímulo à implementação de ações voltadas à saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Estresse ocupacional; Qualidade de vida; Educação em saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The need for a broad view of the concept of health and the right to decent working conditions in the workplace has a direct impact on workers' health, which has been discussed for decades, and later corroborated the development of targeted public policies, including the National Workers' Health Policy. **Objectives:** To report on the implementation of worker health actions in a caregiver's group in Primary Health Care. **Methods:** This is a descriptive research experience report with a qualitative approach, based on the implementation of an intervention group with two Family Health teams in a municipality in the south of Ceará, between May 2024 and October 2025, by residents in Collective Health from the Regional University of Cariri (URCA), focusing on the health and self-care of professionals. **Results:** The group held a total of twelve meetings. These activities provided moments of self-care, physical and emotional well-being in order to reduce stress, anxiety and bodily discomfort caused by the work and/or social environment. Satisfaction was seen in the improvement of mood and relationships in the professional environment. Limitations include the absence of some professionals and difficulties in continuing the group. **Final considerations:** With the experience presented, the importance of caring for workers in promoting their physical and mental well-being is evident. It is therefore essential to encourage the implementation of actions aimed at workers' health.

**Keywords:** Occupational stress; Quality of life; Health education.

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), foi proposto uma visão ampla do conceito de saúde, incluindo também as condições sociais, econômicas e ambientais da população brasileira (Brasil, 1986). Aliado a isso, foi discutido o direito às condições de trabalho dignas e a interferência do ambiente laboral na saúde do trabalhador. Futuramente, corroborou para o desenvolvimento de políticas públicas objetivando a proteção da saúde do trabalhador.

Em 2012, foi instituído pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 1.823, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que garante o desenvolvimento da saúde integral com foco na promoção e proteção à saúde do trabalhador(a) independente de sua localização e forma de inserção no mercado, com ações de vigilância, assistência e recuperação da saúde (Brasil, 2012).

No entanto, os trabalhadores estão em crescente adoecimento. Em reação a este processo, há os inúmeros afastamentos para reabilitação, causados pelo estresse ocupacional, ansiedade, depressão e síndrome de Burnout. Diversos fatores podem contribuir para o desenvolvimento dessas condições, a exemplo, pode-se citar alta demanda de serviços, falta de organização, falta de reconhecimento, jornada de trabalho exaustiva e equipe de trabalho reduzida (Lima; Santana Neto, 2021; Pacheco-Flores; Pineda-Téllez; Ramos-Tovar, 2025).

Ao investigar os níveis de estresse ocupacional após a pandemia do COVID-19, que sobrecarregou diversos profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, identificou-se uma alta prevalência de estresse ocupacional, confirmando que os fatores determinantes estão associados a falta ou presença da autonomia sem auxílio, carga de trabalho excessiva, desvio de função e relacionamentos interpessoais. Com isso, ressalta-se a necessidade de intervenções para o controle do estresse no ambiente de trabalho (Aydogdu, 2024).

Considerando as informações apresentadas, ações de promoção à saúde do trabalhador podem ser ofertadas nas unidades de atenção primária, secundária ou terciária. Nesse sentido, pode-se identificar que na literatura, têm estudos que desenvolveram intervenções direcionadas aos trabalhadores da saúde. Melo *et al.* (2021) ofereceram intervenções de cuidado e apoio aos trabalhadores da atenção básica durante a pandemia do COVID-19 para contribuir com a qualidade de vida e bem-estar físico e mental em um período instável.

Tendo em vista que o estresse ocupacional ainda acompanha o período pós-pandêmico e que o cuidado com os trabalhadores deve ser estimulado constantemente, este estudo visa relatar a implementação de ações em saúde do trabalhador em grupo do cuidando do cuidador na Atenção Primária à Saúde.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, a partir da inserção de uma farmacêutica e um profissional de educação física residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (PRMSC/URCA), em duas equipes de Saúde da Família de um município no sul do Ceará.

O desenvolvimento do presente relato deu-se pela implantação de um grupo de intervenção, aprovado pelos profissionais e planejamento conjunto, com foco na promoção da saúde e no autocuidado dos profissionais no ambiente de trabalho. Este grupo foi intitulado como “Cuidando do Cuidador”, caracterizado como um grupo de convivência voltado para o desenvolvimento de intervenções em saúde do trabalhador e promoção do autocuidado de profissionais/trabalhadores da saúde no ambiente laboral, seja no contexto hospitalar, na Atenção Especializada e na Atenção Primária.

Inicialmente, os residentes identificaram, perante o envolvimento com o processo de trabalho da equipe de saúde da família, que alguns trabalhadores tinham sobrecarga de trabalho, problemas familiares, conflitos entre membros da equipe, sofrimento emocional por motivos pessoais e das circunstâncias do ambiente laboral, que de alguma forma impactava negativamente no seu próprio autocuidado e no desempenho no trabalho.

Diante disso, foi percebido a necessidade e potencialidade para planejar e implementar ações em saúde do trabalhador, para contribuir no estímulo ao autocuidado, trocas de saberes e melhorar a relação da equipe. Desse modo, a proposta foi elaborada pelos profissionais residentes, e apresentada aos profissionais da unidade.

A partir disso, o convite de participação foi destinado para todos os trabalhadores da unidade, composto por 02 enfermeiras, 02 técnicas de enfermagem, 02 médicos(as), 02 dentistas, 01 técnica de saúde bucal, 07 agentes comunitários de saúde, 01 auxiliar de farmácia, 01 auxiliar administrativo, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 agente de segurança.

As atividades foram realizadas em doze encontros que ocorreram no período de maio a outubro de 2024, semanalmente, nas quartas-feiras, às 16 horas, com duração máxima de 60 minutos, pré-definido juntamente com a equipe. Era realizado em um espaço de reuniões da unidade de saúde.

Para entender as demandas do grupo, iniciou-se com aplicação da escala do perfil de estilo de vida individual, um questionário e o polígono da saúde objetivando avaliar componentes da saúde e bem-estar, como: alimentação saudável, prática de atividades físicas, controle do estresse,

qualidade do sono, autoimagem, relacionamentos, comportamentos preventivos e finanças (Castro *et al.*, 2017).

Além disso, foram ofertados momentos de alongamentos, ginástica laboral, dançaterapia, massoterapia, meditação guiada, técnicas de respiração, aromaterapia, educação em saúde com nutricionista sobre alimentação saudável, dinâmicas sobre comunicação efetiva, trabalho em equipe e autoconhecimento.

Cabe ressaltar que os residentes facilitadores do grupo, possuíam formação e treinamento prévio em massoterapia e ventosaterapia, além de, concomitantemente atuarem em campos cuja atividades eram voltadas para promoção da qualidade de vida e bem-estar de funcionários de duas instituições de educação e saúde.

Em relação às questões éticas, este estudo não foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que as práticas desenvolvidas não envolveram a identificação dos sujeitos e objetivam, exclusivamente, o aprofundamento teórico de situações pertinentes à prática profissional e educacional (Brasil, 2022).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perante a inserção e atuação dos profissionais residentes em saúde coletiva na unidade de saúde da família, foi identificado que na unidade não era desenvolvido práticas de saúde do trabalhador entre os profissionais, visto a importância do cuidador ter momentos para o seu autocuidado dentro e fora do ambiente laboral.

Nesse sentido, podemos presumir que é socialmente percebido que o profissional da saúde é um sujeito com a missão, a vocação e a responsabilidade de ofertar o acolhimento, a assistência e o cuidado ao próximo. De fato, é inegável que os profissionais de saúde são fundamentais na oferta de cuidados de saúde, mas quando o cuidador está diante dos momentos de tensão, dor e sofrimento, quem cuida do cuidador? (Campos, 2016).

Desse modo, é fundamental reconhecer as condições e os impactos negativos que os processos de trabalho na área da saúde geram na saúde dos profissionais, especialmente aqueles que atuam na Atenção Primária. Afinal, não existe um “cuidador absoluto”, em algum momento, quem cuida também precisará de proteção, suporte social e cuidado (Campos, 2016).

A partir desta análise, os profissionais residentes elaboraram e apresentaram para os profissionais da unidade, um grupo do “Cuidando do Cuidador” direcionado a oportunizar a oferta de ações de educação e de saúde para realizar e estimular o autocuidado no e para além do ambiente laboral.

No primeiro encontro, o grupo iniciou com a participação de sete profissionais: duas enfermeiras, uma médica, duas técnicas de enfermagem, uma técnica de saúde bucal e uma auxiliar administrativo, com a aplicação da escala do Perfil de Estilo de Vida Individual, a qual avaliou e identificou os aspectos positivos e negativos de cada área da vida dos participantes, e assim, permitiu mapear os pontos que precisavam ser trabalhados no grupo (Castro *et al.*, 2017).

Com a aplicação do Perfil do Estilo de Vida Individual, destacou-se que as áreas de controle do estresse, qualidade do sono, autoimagem e a prática de atividade física precisavam ser abordadas em maior quantidade nos encontros, por ser a maior deficiência na vida das trabalhadoras. Como ponto positivo, verificou-se que a maioria realizava uma rotina de alimentação saudável, contudo houve participantes que não praticavam.

Silva e colaboradores (2025) empregaram, para analisar o estilo de vida de enfermeiros na atenção básica e hospitalar, durante a pandemia de Covid-19, a avaliação do perfil de estilo de vida (EV) proposto por Castro e estudiosos (2017) e identificaram que o EV encontra-se limitado, impactando negativamente na qualidade de vida dos enfermeiros. Por essa razão, exprime a importância da aplicação do perfil de estilo de vida individual, como ponto base na promoção da saúde e para identificar pontos que possam contribuir para o adoecimento do trabalhador(a).

A meditação guiada, oferecida por meio de vídeos de profissionais disponíveis no YouTube, combinada à inalação do óleo essencial de lavanda, mostrou-se eficaz em promover momentos de tranquilidade e relaxamento. A condução prática das técnicas de respiração profunda pelo residente em Profissional de Educação Física também contribuiu para o aumento da percepção corporal e do controle respiratório entre os participantes, auxiliando no controle do estresse.

A aromaterapia consiste no uso de óleos aromáticos para a promoção da saúde física e mental, o uso do óleo de lavanda pode auxiliar no relaxamento do corpo, da mente e das emoções, bem como na redução da ansiedade e melhoria da qualidade do sono (Cardoso *et al.*, 2021). Associado a isso, a meditação guiada possui o intuito de reduzir o estresse, promover autorreflexão, melhorar o bem-estar e a clareza emocional (Vasconcellos *et al.*, 2024). A ação combinada do uso da aromaterapia com a meditação guiada, permitiu aos funcionários experimentarem um momento de tranquilidade, serenidade e relaxamento, em prol da redução do estresse, ansiedade e desconfortos corporais, ocasionados pelo ambiente de trabalho e/ou social.

Como prática ofertada pode-se destacar também a ginástica laboral, os momentos de alongamento e de massagens. O exercício físico no ambiente laboral contribui significativamente para a melhora da postura, da fadiga, da dor corporal e alívio do estresse (Hamu *et al.*, 2024). Além disso, a prática de massagem pode beneficiar na redução de dores corporais, tensões musculares

e para acalmar o corpo e a mente (Couto *et al.*, 2023). A satisfação dos trabalhadores em participar foi visualizada também, pela melhora do humor e dos relacionamentos no ambiente profissional.

As dinâmicas para fortalecimento do vínculo interprofissional, como a corrente humana, o jogo da mímica e o desafio do pirulito, foram fundamentais para criar um ambiente de integração, cooperação e descontração entre os membros das equipes, favorecendo a comunicação assertiva e o trabalho colaborativo.

A comunicação efetiva é essencial para a continuidade da assistência ao usuário e parte primordial para a efetividade do trabalho em equipe, necessários na Unidade Básica de Saúde, que é o estabelecimento mais próximo do paciente (De Carvalho; Oliveira; Montanari, 2023). Com a execução das dinâmicas de vínculo interprofissional, os participantes mostraram que conseguiam trabalhar bem em equipe, porém, a quantidade de integrantes não era constante devido às demandas do serviço e alguns profissionais não conseguiam comparecer, sendo uma limitação para alcançar o objetivo proposto.

No que se refere ao aspecto da autoimagem positiva, a atividade do “espelho na caixa” despertou reflexões sobre as características pessoais, promovendo um clima de autorrespeito e autovalorização. Nessa dinâmica, notou-se o quão importante é, para os profissionais, se conhecerem para realizar o autocuidado. Nesse sentido, percebe-se que um profissional capacitado para lidar com as emoções é essencial na promoção do bem-estar mental dos colaboradores.

A presença da residente em saúde coletiva com formação em nutrição possibilitou a ampliação do conhecimento sobre alimentação saudável. A abordagem prática e interativa, por meio da dinâmica de classificação dos alimentos in natura, minimamente processados, processados e ultraprocessados, facilitou a compreensão dos profissionais quanto às escolhas alimentares mais adequadas para o cotidiano, principalmente no ambiente laboral.

A educação em saúde é uma forma de compartilhar informações para a comunidade ter liberdade no discurso com profissionais da saúde e gestores, garantir a prevenção de doenças e promoção da saúde (Nogueira *et al.*, 2022). No entanto, esse recurso também pode ser ofertado para os trabalhadores da saúde para melhorar o acesso ao autocuidado. As rodas de conversas sobre nutrição em grupos similares, orientam a associação de práticas alimentares saudáveis com a rotina de trabalho, pois é necessário para prevenção e tratamento de doenças crônicas (Medeiros *et al.*, 2021). De modo semelhante, constata-se como foi enriquecedor, pois os profissionais esclareceram dúvidas e adquiriram novas informações pertinentes para uma alimentação de qualidade.

Essas atividades proporcionaram aos trabalhadores momentos de autocuidado, bem-estar físico e emocional. Redução do estresse, relaxamento, reflexão, autoconhecimento e aprendizado constituem os relatos dos colaboradores no final da sessão grupal. As categorias mais assíduas no grupo foram os enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, muitas vezes com um tempo reduzido, mas sempre reservando um tempo para o momento de autocuidado. O que facilitou o engajamento desses profissionais foi semanalmente lembrá-los do momento.

As atividades promovidas demonstraram contribuições significativas para o controle do estresse e da ansiedade entre os participantes, além de estimular práticas voltadas à melhoria da qualidade do sono. As sessões de alongamentos, ginástica laboral, dançaterapia, massoterapia na região cervical e do trapézio, meditação guiada, técnicas de respiração e aromaterapia com óleo essencial de lavanda foram bem recebidas, favorecendo a sensação de relaxamento e bem-estar

Como limitações da intervenção, destaca-se a ausência de alguns profissionais devido à necessidade de prestar atendimento e cuidado ao paciente, podendo ser justificado pela falta de horário protegido no ambiente laboral, alta demanda de serviços e de usuários buscando a unidade. Além disso, a continuidade dos encontros no serviço não é realizada com a ausência dos residentes, pela escassez de profissional mediador, sendo uma importante barreira a ser traçada.

Como potencialidade, percebeu-se que o grupo atua como um espaço de acolhimento para os profissionais, inseridos em ambientes de alta demanda, exaustão física e mental, pressão constante e contato com o sofrimento humano. Nesse sentido, auxilia os profissionais a criar estratégias para superar barreiras do dia-a-dia e refletir sobre o fortalecimento da identidade pessoal, do cuidado individual e a construir vínculos saudáveis, contribuindo para o trabalho em equipe e o cuidado com os pacientes.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude da experiência apresentada, fica evidente a importância de um olhar para o cuidado ao trabalhador da saúde, na promoção do bem-estar físico e mental e estímulo ao autocuidado individual. Essas ações contribuíram para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais e um ambiente laboral mais harmonioso.

Dentre as limitações para a continuidade do grupo “Cuidando do Cuidador”, pode-se destacar a falta de adesão de alguns profissionais, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde e a ausência de um profissional do serviço para ser mediador na condução do grupo, ocasionando uma ruptura no prosseguimento do grupo, visto que os profissionais residentes atuaram temporariamente na unidade.

Desse modo, destaca-se a relevância da implementação de ações contínuas voltadas para a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho, assegurando o bem-estar de quem passa a maioria do tempo cuidando de outras pessoas, além de ser uma estratégia de fortalecimento das equipes.

## REFERÊNCIAS

AYDOGDU, A. L. F. Estresse ocupacional entre enfermeiros em diversos serviços de saúde: um estudo transversal. **Jornal Health NPEPS**, n. 9, n. 1, 1 jun. 2024. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/12238/8519>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular nº 17/2022/CONEP/SECNS/MS**. Orientações acerca do artigo 1º da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília. 05 Jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/sobre-o-conselho/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/legislacao/oficios-circulares/oficio-circular-no-17-de-5-de-julho-de-2022.pdf/view>.

CAMPOS, E. P. Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os profissionais da saúde. Ed. 2. Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom, 2016. Disponível em: [http://www.editorapontocom.com.br/livro/48/eugeniocampos\\_48\\_584edcebb73c1.pdf](http://www.editorapontocom.com.br/livro/48/eugeniocampos_48_584edcebb73c1.pdf).

CARDOSO, H. C. W.; MARIN, D. R.; DE BARROS, N. B.; LUGTENBURG, C. A. B. Lavandula angustifolia: uso da aromaterapia por massagem com óleo essencial de lavanda em várias patologias. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 46320-46340, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29507>.

CASTRO, J. B. P. de; VALE, R. G. de S.; AGUIAR, R. S. de; MATTOS, R. da S. Perfil do estilo de vida de universitários de Educação Física da cidade do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, p. 73–83, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.31501/rbcm.v25i2.6234>.

COUTO, M. B.; ANDRADE SILVA, R. M. C.; PEREIRA, E. R.; CHÍCHARO, S. C. R.; REFRANDE, S. M.; PRADO, L. D. S. R. Benefícios da massoterapia antiestresse na melhoria da saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 14, n. 2, p. 61–65, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v14iEspecial.3762>.

DE CARVALHO, L. V.; OLIVEIRA, G. G.; MONTANARI, F. L. O impacto da comunicação eficaz para a equipe multiprofissional na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, v. 9, n. 11, p. 29695–29703, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n11-026>.

HAMU, T. C. D. da S. et al. Fisioterapia na atenção à saúde do trabalhador. **Revista PET Brasil**, v. 2, n. 2, p. 57–66, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/pet.v2i02.7826>.

LIMA, C. T. D.; SANTANA NETO, C. M. D. A síndrome de Burnout e o estresse ocupacional dos enfermeiros que realizam atendimento na estratégia saúde da família, no Município de Vertente do Lério – PE. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 35834–35852, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-173>.

MEDEIROS, L. S. de; CASTRO, K. S. de; FERREIRA, M. P.; MOREIRA, N. F. A.; GIRARD, C. C. P.; SALES, R. V.; FERREIRA, M. de N. M.; MARTINS, J. de J. B.; SANTOS, R. M.; OLIVEIRA, S. G. de. Cuidando de quem nos cuida: uma proposta de ação sobre a qualidade de vida do trabalhador. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v. 4, n. 2, p. 6369–6379, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-190>.

MELO, T. C. L. C.; SAMPAIO, A. C. C. de.; ALBUQUERQUE NETO, F. W. de.; SANTOS, J. L. R. dos.; ALVES, P. C.; GADELHA, L. de A.; COSTA, S. de S. V.; ARAÚJO, C. R de C.; VASCONCELOS, A. K. C.; FERREIRA, F. V. Cuidando do cuidador: um relato de experiência de intervenções de boas práticas de saúde para profissionais da atenção primária da linha frente na COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 5, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15007>.

NOGUEIRA, D. L.; SOUZA, M. do S.; DIAS, M. S. de; PINTO, V. de P. T.; LINDSAY, A. C.; MACHADO, M. M. T. Educação em saúde e na saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, p. 101-109, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v21i2.1669>.

PACHECO-FLORES L. I.; PINEDA-TÉLLEZ M. E.; RAMOS-TOVAR E. Depressão, ansiedade e estresse pós-pandemia: um olhar sobre a saúde mental da equipe médica e administrativa. **Acta Psychologica**, p. 104706–104706, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104706>.

SILVA, M. L. da; BRITO JUNIOR, F. E. de; MARTINS, A. K. L.; SILVA, A. D. L. da. Estilo de vida, ansiedade e burnout em enfermeiros no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, v. 11, p. 1-7, 2025. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/832/475>.

VASCONCELLOS, G. R.; SILVA, J. A. B.; GÓES, M. E. S.; VALENÇA, R. V.; DUARTE, S. A. A.; SALOMÃO, M. de F. L. Mergulhando no eu: meditação guiada como prática integrativa. **Revista Internacional de Educação e Saúde**, v. 8, p. 1-4, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2594-7907ijeh.2024.e5701>.

# CAPÍTULO VIII

## INTEGRAÇÃO SENSORIAL E TERAPÊUTICA COM PLANTAS MEDICINAIS E FRUTAS NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA: UMA EXPERIÊNCIA EM AMBIENTE NATURAL

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-8

**Irineu Ferreira da Silva Neto**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0067081327156163>

**Natasha Luísa da Silva Sousa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2579061393468302>

**Raiane Pereira de Souza**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2252293228779970>

**Ana Beatriz Bezerra**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4456036535669989>

**Letícia Lucena Pereira Ferreira**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/7858973008544815>

**José Geraldo Alencar Santos Junior**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3128932820045618>

**Amanda Alcantara de Sousa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4119139005751237>

**Letícia de Sousa Milanez**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2187125806228723>

## RESUMO

**Introdução:** A fibromialgia se caracteriza como uma patologia crônica reumática que acomete principalmente as mulheres. Seu quadro clínico exige uma abordagem multifatorial, posto que acomete aspectos físicos e comportamentais. Nesse sentido, se faz necessária uma conduta holística voltada ao tratamento desses indivíduos. **Objetivo:** Descrever uma experiência vivenciada em um grupo de convivência intitulado de “Mulheres de fibra pilates”, instituído pelos residentes alocados através da Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. **Resultados:** Dentre os resultados destacam-se: ampliação do conhecimento, melhora do bem-estar físico e emocional, percepção positiva do ambiente natural, fortalecimento dos vínculos interpessoais e estímulo à adoção de práticas saudáveis. **Considerações finais:** A experiência demonstrou que a educação em saúde, quando realizada em um ambiente acolhedor, interativo e prático, pode ser uma estratégia eficaz para a promoção do autocuidado em pacientes com fibromialgia.

**Palavras-chave:** Fibrosite; Saúde Coletiva; Terapias integrativas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Fibromyalgia is characterized as a chronic rheumatic disease that mainly affects women. Its clinical picture requires a multifactorial approach, since it affects physical and behavioral aspects. In this sense, a holistic approach aimed at treating these individuals is necessary. **Objective:** Describe an experience lived in a social group called “Women of Pilates fiber”, established by residents allocated through Primary Health Care (APS). **Methods:** This is a descriptive study of the experience report type. **Results:** The results include: increased knowledge, improved physical and emotional well-being, positive perception of the natural environment, strengthening of interpersonal bonds and encouragement of the adoption of healthy practices. **Final considerations:** Experience has shown that health education, when delivered in a welcoming, interactive and practical environment, can be an effective strategy for promoting self-care in patients with fibromyalgia.

**Keywords:** Fibrositis; Public Health; Integrative therapies.

## 1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma patologia crônica reumática, que compreende um período maior que três meses e é caracterizada por sintomas como fadiga, dor musculoesquelética generalizada e exacerbada, isto é, uma hipersensibilidade dolorosa, além de alterações na memória, no sono e no comportamento, podendo ainda vir associada a outras condições, tais como depressão e ansiedade. Sua etiologia além de ser complexa, ainda não é totalmente esclarecida (Costa; Ferreira, 2024a; Costa; Ferreira, 2024b; Garcia *et al.*, 2023).

Estudos mostram que essa patologia atinge principalmente mulheres e a faixa etária mais acometida é de 35 aos 44 anos, podendo se estender até os 60 anos. Além disso, é uma das causas mais comuns de dor musculoesquelética, ficando atrás apenas da dor lombar e da osteoartrite, atingindo assim, cerca de 2,1% da população mundial e 2,5% da população brasileira (Melo *et al.*, 2025; Martel *et al.*, 2022).

Nesse sentido, e por essa condição ter impacto direto na qualidade de vida das pessoas acometidas, é de extrema importância que os tratamentos propostos atendam às necessidades individuais dos pacientes e abordem também as esferas biopsicossociais, pois se faz necessário um olhar holístico para com estes. Nesse contexto, os grupos de apoio surgem como um recurso extremamente válido, auxiliando não só na abordagem de sintomas físicos, como também no alívio de sentimentos como o isolamento social e solidão, além de ser um espaço que permite a troca de experiências (Ferri *et al.*, 2023).

Além disso, as práticas corporais complementam as atividades desenvolvidas nos grupos, visto que auxiliam na instituição de bons hábitos para as participantes como também na interação social. Nesse sentido, as práticas corporais possuem um papel fundamental no tratamento a longo prazo da condição de saúde, pois atuam na modulação da dor, na liberação de hormônios do bem estar e ajudam na construção de uma melhor percepção da própria condição de saúde (Cordeiro *et al.*, 2020).

Complementarmente, a interação com ambientes naturais, como praças arborizadas, jardins terapêuticos ou espaços ao ar livre, tem se mostrado eficaz na promoção do relaxamento, na redução do estresse e na diminuição da percepção da dor crônica. Esses espaços favorecem a conexão com a natureza e proporcionam estímulos sensoriais positivos, que contribuem para o bem-estar físico e emocional. Estudos indicam que a exposição regular a ambientes naturais pode reduzir os níveis de cortisol, melhorar a qualidade do sono e promover a autorregulação emocional em pessoas com fibromialgia, sendo, portanto, uma estratégia não farmacológica de grande valor terapêutico (Annerstedt; Währborg, 2011).

Assim, os efeitos benéficos da prática regular de atividade física, especialmente em contato com a natureza são inúmeros, tornando-se indispensáveis para a saúde física e mental e para o bem estar geral, auxiliando também na prevenção de condições crônicas, além de outras condições clínicas, melhorando assim a capacidade funcional e a qualidade de vida. Acrescenta-se, portanto, que, esta é uma abordagem terapêutica não medicamentosa, na qual a fisioterapia tem destaque nesse contexto por ofertar diversas técnicas que tem papel importante no alívio dos sintomas da fibromialgia, tais como o pilates, exercícios terapêuticos, entre outros (Cunha *et al.*, 2024).

Nesse sentido, o presente relato descreve uma experiência vivenciada em um grupo de convivência intitulado de “Mulheres de fibra pilates” instituído pelos residentes alocados através da Atenção Primária à Saúde (APS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do bairro Seminário, Ceará. A atividade teve como objetivo promover a educação em saúde sobre o uso de plantas medicinais e frutas benéficas no manejo da condição, proporcionando conhecimento acessível e aplicável à rotina das participantes.

## 2. MÉTODOS

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, o qual foi desenvolvido a partir de uma ação educativa em saúde para um grupo de mulheres com diagnóstico de fibromialgia, da Estratégia Saúde da Família na região do Cariri. A ação fez parte de uma intervenção multiprofissional (2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 enfermeira, 1 farmacêutico) realizada por profissionais de saúde residentes em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (URCA).

### 2.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A atividade ocorreu em novembro de 2024, em um pomar situado na área urbana da cidade do Crato/CE. O local, caracterizado por sua tranquilidade, contato com a natureza e diversidade de plantas frutíferas, favoreceu um ambiente propício para a aprendizagem e reflexão sobre a importância da alimentação e da fitoterapia no contexto da fibromialgia. O evento foi conduzido pelos residentes, contando com a participação ativa de cinco mulheres integrantes do grupo de convivência intitulado de “Mulheres de fibra pilates”.

O grupo foi instituído para oferecer uma intervenção terapêutica complementar que buscasse promover alívio dos sintomas, melhora da qualidade de vida e do autocuidado, dentro de uma abordagem multidisciplinar e uma maior integração e trocas dentro de um mesmo público para compartilhamento de experiências e fortalecimento de vínculos.

Os encontros do grupo ocorrem de forma semanal, com duração aproximada de duas horas, sendo dividido em dois momentos principais: uma parte voltada à prática de pilates, conduzida por profissional habilitado, e outra dedicada à educação em saúde, abordando diferentes temáticas relacionadas à fibromialgia. Essa segunda parte é conduzida com metodologias lúdicas e participativas, visando facilitar o entendimento e o engajamento das participantes. As ações são direcionadas a mulheres com diagnóstico clínico fechado de fibromialgia, residentes no território delimitado pelo presente estudo.

### **2.3. DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA E DE PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO**

A atividade foi estruturada em diferentes etapas, promovendo uma abordagem teórica e prática para maximizar o aprendizado:

1º etapa - Prática corporal: Neste encontro, promoveu-se inicialmente ao momento de educação em saúde, os exercícios de prática corporal do pilates, aproveitando o ambiente do pomar tranquilo, espaçoso e o contato com a natureza gerando uma sensação de acolhimento e leveza, favorecendo o relaxamento e a conexão entre o corpo e a mente, sendo essencial para criar uma experiência de bem-estar para todas as participantes.

2º etapa - Introdução teórica: O momento foi dedicado à explanação sobre a relação entre alimentação, fitoterapia e fibromialgia. Foram apresentadas evidências científicas e conhecimentos tradicionais que embasam o uso de determinadas plantas e frutas no alívio dos sintomas. Durante essa etapa, as participantes puderam compartilhar suas dúvidas e experiências pessoais sobre a temática.

3º etapa - Exploração sensorial do pomar: Para tornar o aprendizado mais dinâmico e interativo, as participantes foram divididas em pequenos grupos e incentivadas a explorar o pomar. Durante essa atividade, cada grupo teve a missão de identificar, colher, tocar e cheirar as plantas disponíveis no local, estimulando a percepção sensorial e a curiosidade sobre os diferentes elementos naturais.

4º etapa - Roda de sabores e saberes: Após a exploração, organizou-se uma roda de conversa onde cada grupo compartilhou suas descobertas. Nesse momento, os profissionais de saúde explicaram as propriedades terapêuticas de cada planta e fruta identificada, ressaltando seus benefícios potenciais para o controle da fibromialgia. Essa troca de saberes fortaleceu a valorização do conhecimento popular e proporcionou um ambiente de aprendizado colaborativo.

5º etapa - Reflexão e aplicação na rotina: Com base nas informações discutidas, cada participante foi incentivado a selecionar uma planta ou fruta para incorporar em sua alimentação

ou rotina de cuidados. Além disso, foi promovida uma reflexão sobre os desafios e facilidades de incluir esses recursos naturais no dia a dia, levando em consideração a acessibilidade e o preparo adequado.

6º etapa - Sugestões práticas de consumo: Para facilitar a adoção dessas práticas, os profissionais de saúde apresentaram diferentes formas de preparo e consumo das plantas e frutas, incluindo chás, infusões, sucos, saladas, compressas e outros métodos terapêuticos. Foram discutidas também as precauções necessárias para o uso seguro dessas alternativas naturais.

7º etapa - Encerramento e distribuição de materiais educativos: Para consolidar o conhecimento adquirido, foram distribuídos dois folders informativos contendo um resumo das principais plantas e frutas abordadas, com orientações sobre seus usos e benefícios. O encerramento incluiu um momento de síntese dos aprendizados, reforçando a importância da alimentação equilibrada e do uso de fitoterápicos como estratégias complementares no manejo da fibromialgia. Além disso, abriu-se espaço para que as participantes expressassem suas percepções sobre a experiência vivenciada.

## **2.4. ASPECTOS ÉTICOS**

No que se refere aos aspectos éticos, destaca-se que, por se tratar de um relato de experiência, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com as diretrizes determinadas pela Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Isso se justifica pelo fato de o estudo não envolver coleta de dados identificáveis de sujeitos, limitando-se à descrição de práticas e vivências profissionais, sem risco ético aos participantes.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS**

A atividade contou com a participação de cinco mulheres diagnosticadas com fibromialgia. Entre os principais resultados, destacam-se:

*Ampliação do conhecimento:* As participantes demonstraram um aumento significativo na compreensão sobre o uso adequado de plantas medicinais e alimentos com propriedades anti-inflamatórias.

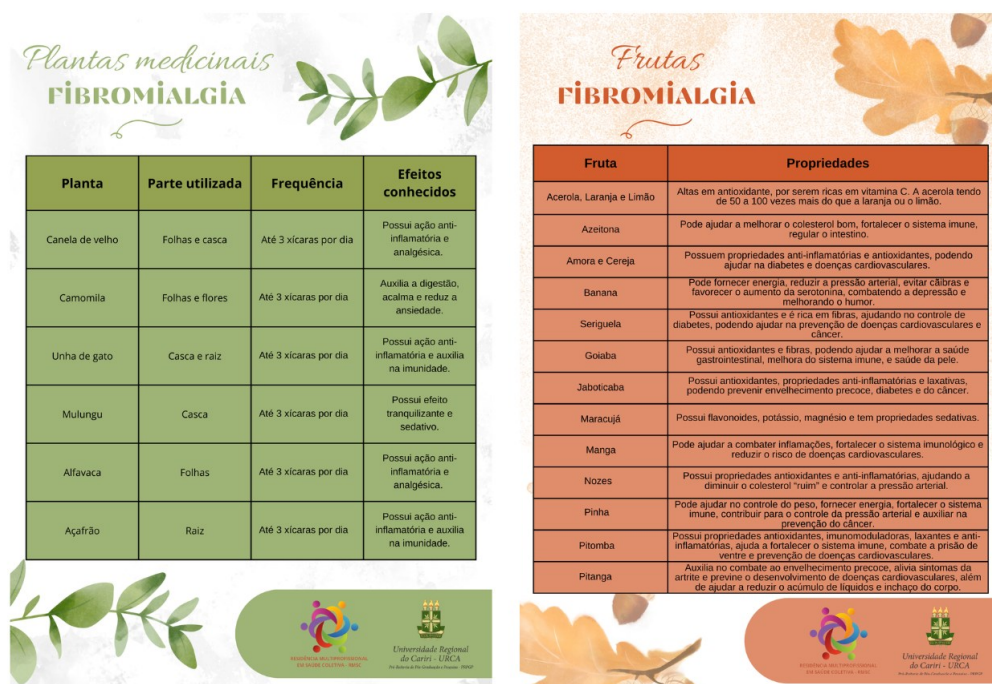
*Melhora no bem-estar:* As participantes relataram sensações de relaxamento e aumento da motivação após a realização das atividades em um ambiente natural.

*Percepção positiva do ambiente natural:* O contato com o pomar foi descrito como uma experiência terapêutica, sendo reconhecido pelas participantes como um fator relevante na redução dos níveis de estresse e ansiedade.

*Fortalecimento dos vínculos interpessoais:* Foi observado um aumento na interação social, tanto entre as participantes quanto com os mediadores da ação.

*Estímulo à adoção de práticas saudáveis:* Com o conhecimento adquirido durante a atividade, as participantes relataram maior segurança no uso de determinadas espécies de plantas medicinais.

**Figura 1.** Representação do material didático da intervenção.



Fonte: Autores, 2025.

### 3.2. APRESENTAÇÃO DA DISCUSSÃO

A realização da atividade em ambiente natural favoreceu uma experiência sensorial completa, contribuindo para maior engajamento e fixação dos conhecimentos. Esse avanço no entendimento reflete uma internalização do conhecimento transmitido, o que pode favorecer a adoção consciente dessas práticas no cotidiano. A combinação entre teoria e prática foi fundamental para o envolvimento das participantes, que demonstraram interesse em incorporar as práticas apresentadas no seu dia a dia.

Abordar a fitoterapia e as propriedades funcionais dos alimentos com mulheres que vivem com fibromialgia é uma ferramenta valiosa para ampliar possibilidades de autocuidado. Muitas participantes relataram a dificuldade de acesso a informações confiáveis sobre o uso de plantas

medicinais e demonstraram interesse em alternativas complementares para alívio da dor e fadiga. O espaço aberto para diálogo permitiu a desconstrução de mitos e esclareceu a importância do acompanhamento profissional no uso de fitoterápicos.

Esse fortalecimento dos laços interpessoais pode ser um indicativo do potencial dessas atividades para promover coesão grupal, empatia e apoio mútuo, aspectos essenciais em intervenções de caráter coletivo.

A interação com o ambiente natural e a possibilidade de aplicação prática dos conhecimentos adquiridos favoreceram a compreensão e adesão a novas práticas de cuidado. Essas percepções sugerem que o contato direto com a natureza pode atuar como um modulador positivo do estado emocional, promovendo benefícios psicofisiológicos associados ao bem-estar geral.

Observou-se que as participantes demonstraram curiosidade e interesse pelo tema, relatando a intenção de aplicar os conhecimentos adquiridos em sua rotina diária. Além disso, o espaço de troca proporcionou um momento de fortalecimento do vínculo entre as participantes, promovendo apoio mútuo e incentivo à continuidade das práticas aprendidas.

A educação em saúde é um pilar essencial no manejo da fibromialgia, pois auxilia os pacientes a compreenderem melhor sua condição, reduzirem sintomas e melhorarem a qualidade de vida. Ribeiro *et al.* (2024) relatam em sua revisão que os objetivos da educação em saúde, promovem melhora dos hábitos saudáveis e previnem contra doenças. Além de, abranger o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde, empoderando os cidadãos para a tomada de decisões sobre sua saúde.

Brasil (2021) traz que há vários compostos químicos com atividade biológica dos alimentos, ressaltando as propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias em frutas, legumes e verduras. O que quer dizer, que são alimentos capazes de fornecer uma proteção ao corpo, podendo reduzir inflamações e favorecer a saúde do organismo.

As abordagens não farmacológicas são essenciais no tratamento da fibromialgia, pois ajudam a reduzir a dor, melhorar a qualidade de vida e minimizar os efeitos colaterais dos medicamentos. Essas estratégias promovem um cuidado integrativo e personalizado, tratando não apenas os sintomas físicos, mas também os emocionais e psicológicos (Cardoso *et al.*, 2024).

Segundo Sousa; Araújo e Santos (2023) a prática corporal de Pilates, abordando as suas variações em solo, sem uso de equipamentos, foi uma ferramenta de extrema relevância utilizada durante o encontro. Os princípios do Método Pilates como concentração, respiração, fluidez, centralização, controle e precisão foram abordados com intuito de promover o equilíbrio entre corpo e mente, atuando diretamente no tratamento da fibromialgia.

Através disso, Santos e Andrade (2022) relataram que os exercícios realizados, mesmo sem uso de equipamentos ou colchonetes, adaptados ao ambiente da natureza, podem proporcionar melhora dos seguintes aspectos: coordenação, mobilidade articular, flexibilidade, equilíbrio, postura, condicionamento físico e circulação sanguínea. Além disso, o entendimento dos benefícios da prática corporal por parte das interagentes se faz necessário, haja vista a carência de conhecimento sobre os benefícios do movimento na condição da fibromialgia.

Dessa forma, é evidente que um grupo de convivência, especialmente na APS, é fundamental para mulheres com fibromialgia, considerando as condições socioeconômicas muitas vezes limitadas. Esse tipo de grupo oferece apoio emocional, melhora a condição física e fomenta a troca de experiências, além de fortalecer vínculos entre as participantes. A prática de atividades adaptadas e o aprendizado sobre autocuidado tornam-se aliados importantes no controle dos sintomas, promovendo a autoestima e melhorando a qualidade de vida das mulheres envolvidas (Bezerra; Lourinho, 2022).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência demonstrou que a educação em saúde, quando realizada em um ambiente acolhedor, interativo e prático, pode ser uma estratégia eficaz para a promoção do autocuidado em pacientes com fibromialgia. A atividade possibilitou não apenas a difusão de informações sobre alimentação e fitoterapia, mas também a criação de um espaço de aprendizado coletivo e fortalecimento de vínculos sociais. Dessa forma, destaca-se a importância da continuidade de iniciativas que integrem conhecimento científico e saberes tradicionais no cuidado de condições crônicas, como a fibromialgia, incentivando a autonomia das pacientes na gestão de sua saúde e bem-estar.

#### REFERÊNCIAS

ANNERSTEDT, Matilda; WÄHRBORG, Peter. Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. **Scandinavian journal of public health**, v. 39, n. 4, p. 371-388, 2011. DOI: 10.1177/1403494810396400.

BEZERRA, Socorro de Souza; LOURINHO, Lídia Andrade. A abordagem do Pilates na fibromialgia: um mapeamento da literatura científica: protocolo de revisão de escopo. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar** - ISSN 2675-6218, v. 3, n. 9, p. e391963, 2022. DOI: 10.47820/recima21.v3i9.1963.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que o consumo de frutas, legumes e verduras tem a ver com saúde?**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-alimentar-melhor/noticias/2021/o-que-o-consumo-de-frutas-legumes-e-verduras-tem-a-ver-com-saude>. Acesso em: 25 de Abril de 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam o uso de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, 2016.

CARDOSO, Andressa Alves Santos *et al.* O método pilates no tratamento da fibromialgia: Uma revisão de literatura. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 5, n. 1, 2024. DOI: 10.61164/rmmn.v5i1.2343.

CORDEIRO, Bruna Lira Brasil *et al.* Influência do método Pilates na qualidade de vida e dor de indivíduos com fibromialgia: revisão integrativa. **Brjp**, v. 3, p. 258-262, 2020. DOI: [10.5935/2595-0118.20200049](https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200049).

COSTA, Larissa Pereira; FERREIRA, Márcia de Assunção. Knowledge and strategies for coping with fibromyalgia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, p. e20230213, 2024a. DOI: 10.1590/1983-1447.2024.20230213.pt.

COSTA, Larissa Pereira; FERREIRA, Márcia de Assunção. The (in)visibility of fibromyalgia through its symptoms and the challenges of its diagnosis and therapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 2, p. e20230363, 2024b. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0363pt.

CUNHA, Ítalo Íris B. R. da *et al.* Utilização da medicina física e reabilitação para o controle da dor na fibromialgia. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 2520-2533, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n3p2520-2533.

FERRI, Francieli Cristina de Souza *et al.* Acompanhamento Psicoeducacional Online: A Experiência de um Grupo de Autoapoio Para Mulheres Com Fibromialgia. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 6, p. 2536-2551, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i6.2023-027.

GARCIA, Camilo Bruno Melo de Souza *et al.* O Manejo da Dor em Indivíduos que possuem Fibromialgia: Uma Revisão Integrativa de Literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 3467-3478, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p3467-3478.

MARTEL, Ketry Johnston de Oliveira *et al.* Fatores de personalidade e sintomatologia depressiva de pacientes com fibromialgia. **Aletheia**, Canoas, v. 55, n. 1, p. 45-60, jun. 2022.

MELO, Tamara Rodrigues de *et al.* Impacto do exercício aeróbico no tratamento da fibromialgia. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.]**, v. 11, n. 1, p. 2886-2895, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i1.18046.

RIBEIRO, Manuela Amaral *et al.* Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. v. 6. n. 6. p. 1812-1823. 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n6p1812-1823.

SANTOS, Roneia Maria Silva; ANDRADE, Juliana Alves Miranda. Benefícios do pilates para portadores de fibromialgia. **RENEF**, v. 5, n. 5, p. 47-57, 2022. DOI: 10000-0002-2424-4793.

SOUSA, Ester Reis de; ARAÚJO, Ygor; SANTOS, Joab Ferreira. Método pilates na síndrome da fibromialgia. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 13, p. e21121344183-e21121344183, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i13.44183.

# CAPÍTULO IX

## INTERPROFISSIONALIDADE E MULTIPROFISSIONALIDADE: A PERSPECTIVA DOS RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-9

**Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra**

Universidade Regional do Cariri (URCA)  
Juazeiro do Norte - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/2359399936922133>

**Camila Batista de Sousa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)  
Crato - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/2864415087900718>

**Iesus Ribeiro Melo**

Centro Universitário Dom Pedro II Afya  
Salvador - Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/0575281535955440>

**João Agostinho Neto**

Universidade Regional do Cariri (URCA)  
Crato - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/4685040913975586>

**Magna Leilane da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) - Campus Canindé  
Canindé - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/0073145089316393>

**Maria Helena da Conceição Santos**

Prefeitura Municipal de Cedro/PE  
Cedro - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/6547694695369108>

**Simonete Pereira da Silva**

Universidade Regional do Cariri (URCA)  
Crato - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/0709410155098281>

**Izabel Cristina Santiago Lemos de Beltrão**

Universidade Regional do Cariri (URCA)  
Crato - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/7635340251271989>

## RESUMO

**Introdução:** A formação de equipes multiprofissionais e interprofissionais é uma diretriz central para a promoção da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde - SUS, e a Residência Multiprofissional constitui-se como estratégia fundamental para o fortalecimento dessa abordagem. **Objetivo:** Analisar as atitudes dos residentes em relação à colaboração interprofissional. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza exploratória e quantitativa, com aplicação da Escala Jefferson de Atitudes à Colaboração Interprofissional (EJARCI) em 27 residentes de diferentes áreas da saúde. O lócus foi incluído no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC) da Universidade Regional do Cariri (URCA), a coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2022. Os participantes foram selecionados com base na atuação no programa de residência e na disposição para responder ao questionário, sendo excluídos aqueles que não atingiram a pontuação mínima de 20 pontos. **Resultados:** Apontam que a maioria reconhece a importância do trabalho colaborativo para a integralidade do cuidado, evidenciando a valorização da atuação em equipe, da comunicação e da responsabilidade compartilhada. A pesquisa também identificou desafios para a prática interprofissional, como a hierarquização entre profissões e deficiências na formação inicial. **Considerações finais:** A pesquisa destaca que a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva promove a valorização da prática colaborativa entre os profissionais da saúde e reforça a necessidade de fortalecimento da educação interprofissional na formação em saúde para aprimorar a prática colaborativa no SUS, instigando uma reflexão/ação quanto à flexibilização nas matrizes curriculares das instituições.

**Palavras-chave:** Trabalho em Equipe; Interprofissionalidade; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The formation of multiprofessional and interprofessional teams is a central guideline for promoting comprehensive care in the Unified Health System - SUS, and the Multiprofessional Residency constitutes a fundamental strategy for strengthening this approach. **Objective:** To analyze the attitudes of residents towards interprofessional collaboration. **Method:** This is an exploratory and quantitative field research, with application of the Jefferson Scale of Attitudes towards Interprofessional Collaboration (EJARCI) in 27 residents from different health areas. The locus was included in the Multiprofessional Residency Program in Public Health (RMSC) of the Regional University of Cariri (URCA). Data collection took place between June and July 2022. Participants were selected based on their performance in the residency program and their willingness to answer the questionnaire, excluding those who did not reach the minimum score of 20 points, rendering the analysis invalid. **Results:** The majority of participants recognize the importance of collaborative work for comprehensive care, highlighting the importance of teamwork, communication, and shared responsibility. The study also identified challenges for interprofessional practice, such as the hierarchy between professions and deficiencies in initial training. **Final considerations:** The research highlights the relevance of the Multiprofessional Residency in Public Health, which promotes the appreciation of collaborative practice among health professionals and reinforces the need to strengthen interprofessional education in health training to improve collaborative practice in the SUS, instigating reflection/action regarding flexibility in the curricular matrices of initial and continuing education institutions.

**Keywords:** Teamwork; Interprofessionalism; Unified Health System.

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, o ensino superior passou por profundas transformações para atender às crescentes demandas do mercado, principalmente no campo da saúde. Contudo, essa adaptação tem representado um desafio contínuo, exigindo esforços consideráveis tanto das instituições de ensino quanto dos próprios profissionais que buscam programas de pós-graduação como forma de qualificação mais aprofundada.

As reformas no setor da saúde surgem como resposta à necessidade de aprimorar o SUS, consolidando a atuação multiprofissional. O trabalho integrado entre diferentes áreas da saúde, embora não seja recente, ganhou novo fôlego com a reformulação da concepção de saúde voltada à prevenção. O fortalecimento desse modelo trouxe uma nova dinâmica às práticas de cuidado, incluindo a inserção de profissionais como o educador físico, reconhecido como parte da área da saúde desde 1997 conforme a Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (Hartmann; Lopes, 2020).

Hoje, a atuação interprofissional e multiprofissional é uma característica essencial das equipes do SUS, alinhando-se à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Instituída em 2007, essa política reestruturou a atuação dos profissionais de saúde, contribuindo para sua formação e inserção qualificada no mercado.

A formação, tanto na graduação como na pós-graduação, tem mobilizado reflexões sobre a necessidade do trabalho em equipe, de práticas colaborativas e da educação interprofissional. Neste contexto, inserem-se as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), consideradas alternativas importantes para o cenário da formação no SUS (Araújo *et al.* 2017).

As RMS, enquanto modalidade de pós-graduação *lato sensu*, têm como objetivo a qualificação diferenciada de profissionais para o SUS. Elas buscam promover uma formação interdisciplinar, fomentar o trabalho em equipe e fortalecer a educação permanente, além de reorientar as práticas assistenciais. Como explica Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021) “A RMS busca a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe e educação permanente.”

Assim, a pesquisa objetiva investigar a percepção de residentes em relação à prática interprofissional e atuação em práticas colaborativas em saúde. A relevância de pesquisas sobre essa temática justifica-se tanto por sua importância no campo científico quanto pelo interesse pessoal da pesquisadora desenvolvido durante a atuação como bolsista em unidade de saúde. O contato direto com residentes e profissionais despertou o interesse em investigar mais profundamente os conceitos de interprofissionalidade e multiprofissionalidade.

## 2. METODOLOGIA

O estudo trata de uma pesquisa de campo exploratória e quantitativa, realizada com profissionais de saúde da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (URCA). A amostra incluiu 33 residentes das áreas de Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Biologia e Farmácia.

A coleta de dados ocorreu entre junho e julho de 2022, por meio de questionários online via Google Forms. O convite foi enviado pelo WhatsApp, seguindo indicação dos professores. Os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam à Escala Jefferson de Atitudes à Colaboração Interprofissional (EJARCI), um instrumento validado no Brasil por Marcelo Abed.

A EJARCI utiliza uma escala de 1 a 7, em que pontuações mais altas indicam maior concordância com a colaboração interprofissional. O questionário incluiu 20 afirmativas sobre a interprofissionalidade, além de uma questão final sobre fatores que influenciam a atuação multiprofissional. Também foi realizado um levantamento sobre aspectos pessoais dos participantes. Dos 34 questionários enviados, 27 foram retornados e analisados. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas no Microsoft Excel, permitindo calcular as médias de respostas por área de atuação. O critério de exclusão foi a não obtenção da pontuação mínima de 20 pontos, o que inviabilizaria a análise do participante.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

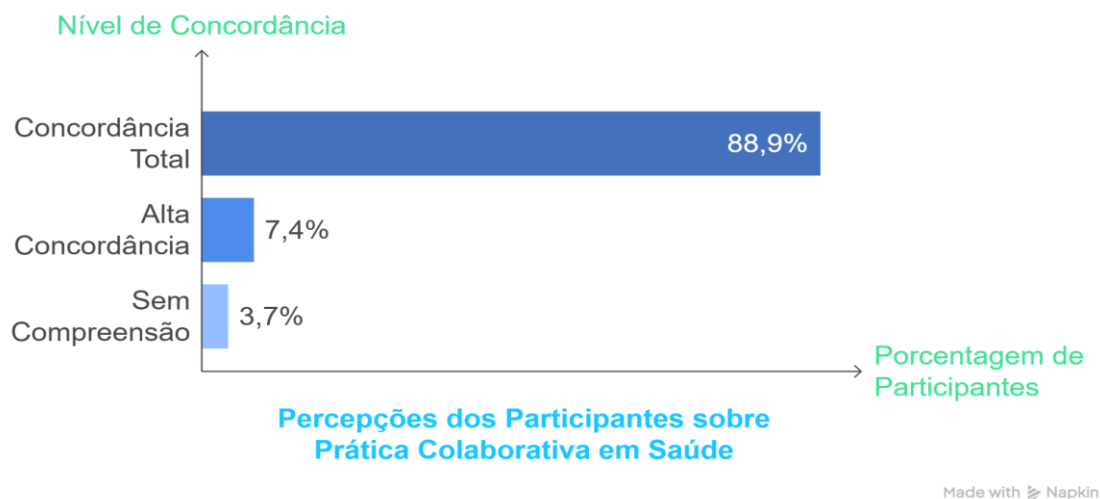
O estudo contou com 27 participantes das áreas de Nutrição, Educação Física, Fisioterapia, Enfermagem, Biologia e Farmácia. A maioria (74,1%) era do sexo feminino, com idade média de 29 anos. Os resultados foram organizados em gráficos e mostraram que 88,9% dos participantes concordaram totalmente que a prática colaborativa faz parte do trabalho em saúde, enquanto 7,4% apresentam alto índice de concordância e apenas 3,7% não compreenderam essa perspectiva.

Os dados reforçam a importância da interprofissionalidade no SUS, demonstrando que os residentes incorporaram de maneira significativa os princípios do trabalho multiprofissional, conforme destacado por Oliveira *et al.* (2020), que enfatizam o cuidado em saúde numa interação entre diversos profissionais para alcançar um objetivo comum dentro do SUS.

A maioria dos residentes (66,7%) concorda totalmente que todos os profissionais de saúde devem ser responsáveis por monitorar os efeitos das intervenções em seus pacientes, enquanto

29,6% também demonstram alto índice de concordância. Apenas 3,7% demonstraram baixa compreensão dessa responsabilidade.

**Figura 1.** Gráfico das percepções dos participantes sobre Prática Colaborativa em Saúde



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Diante disso, reforça-se que o cuidado com o paciente deve ser uma prioridade para todos os profissionais, sem transferir responsabilidades específicas para terceiros. O trabalho multiprofissional exige colaboração ativa, compartilhamento de tarefas e avaliação constante dos resultados das intervenções, garantindo maior eficácia na assistência (Santos *et al.* 2020 p .1).

Além disso, o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento é essencial, pois o paciente está no centro do processo de cuidado e não deve ser tratado dentro de limites disciplinares rígidos. A compreensão da linguagem em saúde, mesmo que básica, fortalece a prática interprofissional e multiprofissional, garantindo um atendimento mais completo e humanizado (Peruzzi; Agreli, 2018). Além disso, reforça-se que o trabalho em equipe contribui para uma tomada de decisão mais segura e eficaz.

Os levantamentos também indicam que 77,8% dos residentes concordam totalmente que todos os profissionais de saúde podem contribuir para o bem-estar dos pacientes, destacando que o cuidado não deve se restringir apenas ao médico, mas envolver uma abordagem multiprofissional. A colaboração efetiva entre áreas amplia as possibilidades de atendimento, garantindo práticas mais humanizadas e eficazes.

A pesquisa confirma ainda a alta valorização do trabalho em equipe, com 88,9% dos participantes concordando que relações colaborativas entre profissionais fortalecem os resultados no cuidado aos pacientes. No entanto, desafios persistem, como a hegemonia de certos modelos assistenciais e a necessidade de maior integração entre disciplinas (Santos *et al.* 2020).

O estudo revela que há divergências significativas quanto à relação entre ensino interdisciplinar e trabalho em equipe na saúde. Enquanto 40,7% discordam totalmente da afirmação, outros índices variam, indicando que essa questão ainda gera debate. Os dados demonstram que o ensino interdisciplinar pode influenciar o cuidado profissional com o paciente, embora sua implementação ainda ocorra de maneira lenta devido à prevalência de um modelo disciplinar fragmentado nas universidades (Thiesen, 2008).

Ademais, os resultados mostram que a maioria dos participantes (96,6%) considera essencial que as instituições acadêmicas incentivem práticas interdisciplinares desde o início da formação. Segundo Gadotti (2004), citado por Thiesen (2008), a interdisciplinaridade busca construir um conhecimento mais abrangente, superando barreiras disciplinares. Isso reforça a necessidade de programas educacionais que promovam a colaboração entre diferentes áreas desde a graduação.

Os achados mostram que os residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva têm uma visão clara sobre a importância da colaboração interprofissional e multiprofissional no cuidado aos pacientes. A maioria dos participantes (77,8%) discordou totalmente da ideia de que os profissionais não devem questionar decisões de colegas, demonstrando a percepção de que a segurança do paciente deve prevalecer sobre possíveis desconfortos entre profissionais.

Observa-se que 81,6% dos participantes discordam da ideia de que outros profissionais devem seguir, sem questionamentos, as orientações médicas, evidenciando a importância da autonomia profissional e da interdisciplinaridade no SUS. Segundo Silva *et al.* (2016), o modelo da Residência Multiprofissional favorece a ruptura com práticas assistenciais tradicionais, promovendo um cuidado mais integrado e participativo.

Os resultados indicam que a maioria dos residentes valoriza a colaboração interprofissional como essencial para um ambiente de trabalho saudável. Com 88,5% de concordância total, os participantes reconhecem que, além da simples cooperação, respeito mútuo e a comunicação são fundamentais para a articulação eficaz entre diferentes áreas da saúde. Como apontam Silva e Trad (2005), é necessário compreender como cada profissional integra sua função ao coletivo para garantir um atendimento mais eficiente e humanizado.

92,3% dos residentes concordam que todos os profissionais de saúde devem participar das decisões relacionadas ao cuidado dos pacientes. Isso evidencia a percepção de que a responsabilidade no atendimento deve ser compartilhada, promovendo uma abordagem mais integrada e centrada no paciente. A interprofissionalidade também foi destacada como fundamental para garantir a qualidade do cuidado prestado, com 88,9% dos participantes reconhecendo que colegas de outras áreas contribuem para esse objetivo.

Reforça-se a importância de um trabalho em equipe bem estruturado visto que a interação entre diferentes especialidades amplia o conhecimento e melhora a prática profissional (Nunes *et al.* 2014). Costa e Azevedo (2016) complementa essa ideia destacando que a educação interprofissional aumenta a segurança do paciente, reduzindo riscos e promovendo um cuidado mais eficaz.

Sobre a satisfação no trabalho, os resultados indicam que 70,4% dos residentes discordam da ideia de que ela não está relacionada ao trabalho interprofissional, demonstrando que um ambiente colaborativo favorece tanto o bem-estar dos profissionais quanto a qualidade do atendimento ao paciente.

Destaca-se que 81,5% dos participantes reconhecem a importância da participação dos profissionais de saúde nas decisões político-administrativas, reforçando a necessidade de uma gestão integrada e participativa dentro das instituições de saúde. Segundo Costa e Azevedo (2016), a interprofissionalidade fortalece a autonomia dos profissionais e amplia sua capacidade de agir colaborativamente. Os residentes indicam que a colaboração entre diferentes áreas minimiza erros clínicos, com 74,1% concordando totalmente com essa afirmação. Costa e Azevedo (2016) destaca que um plano de trabalho bem estruturado e coletivo evita falhas e melhora a eficácia da assistência ao paciente.

Evidencia-se que a colaboração interprofissional não apenas melhora o ambiente de trabalho, mas também contribui diretamente para um atendimento mais seguro, eficaz e centrado no paciente. A pesquisa revela que 92,6% dos residentes concordam que sua formação os qualifica para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes. No entanto, além da percepção e segurança na atuação profissional, outros fatores, como a confiança do paciente, capacitação adequada e o espaço para atuação, também influenciam na qualidade do atendimento.

Apesar do trabalho multiprofissional, os profissionais de saúde não podem ser isentos de responsabilidade pelos serviços que prestam. Segundo Peduzzi (2000), a atuação conjunta deve respeitar as especificidades de cada área, mantendo a autonomia técnica necessária para garantir a qualidade da intervenção em saúde.

A pesquisa também mostra que 81,5% dos residentes acreditam que a formação acadêmica deve proporcionar experiências de trabalho em equipe com estudantes de outras áreas, fortalecendo a compreensão da atuação multiprofissional e interprofissional. Batista *et al.* (2017) reforçam que a comunicação e a interação entre profissões ampliam as possibilidades de um cuidado integral, superando a fragmentação profissional.

Em relação aos desafios para uma atuação multiprofissional de qualidade, os residentes apontaram como principais dificuldades: falta de apoio da gestão (14,8%), hierarquia entre os

profissionais (18,5%), desconhecimento sobre a atuação multiprofissional (25,9%) e dificuldades na formação inicial (40,7%). Loch (2019) destaca que muitos gestores não possuem capacitação adequada, o que pode comprometer a organização das equipes de saúde. Além disso, a hierarquia centrada no profissional médico ainda é uma barreira, Cardoso (2014) reforça que equipes autônomas são fundamentais para um trabalho resolutivo e eficaz.

A falta de conhecimento sobre a atuação multiprofissional e as deficiências na formação acadêmica foram identificadas como desafios importantes. Neckel *et al.* (2009) apontam que a formação dos profissionais de saúde prioriza conhecimentos técnicos, dificultando uma prática multiprofissional efetiva. A divisão do trabalho deve contribuir para a melhoria dos serviços, sem eliminar as especificidades profissionais (Peduzzi, 2001)

Por fim, Farias *et al.* (2018) destaca que a atuação interprofissional melhora a qualidade assistencial e permite uma abordagem mais eficaz na saúde. Entretanto, barreiras estruturais e educacionais ainda dificultam a implementação plena desse modelo. Apenas uma formação ampliada e uma experiência prática consistente poderão transformar esse cenário e proporcionar uma assistência mais eficaz e integrada ao paciente.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa destaca a relevância da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, que promove a valorização da prática colaborativa entre os profissionais de saúde. A maioria dos residentes demonstrou compreensão dos princípios da interprofissionalidade, reconhecendo sua importância para a qualidade do cuidado e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse cenário indica que a formação orientada para o trabalho em equipe contribui significativamente para a construção de um modelo assistencial mais humanizado, e que apesar dos avanços na preparação dos profissionais, ainda existem desafios, como a persistência de hierarquias nos ambientes de atuação profissional.

O estudo busca contribuir para reflexões futuras e fomentar melhorias na prática interprofissional, reforçando que a colaboração entre as diferentes áreas da saúde não deve ser apenas um ideal a ser perseguido, mas uma prática cotidiana nas ações dos profissionais. Para que isso ocorra, é fundamental investir em políticas de educação permanente, supervisão qualificada e espaços de diálogo entre as áreas como a Residência Multiprofissional como um espaço promissor para essa transformação.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Cássia de Andrade. **Formação de especialistas no Brasil: desafios da inserção da residência multiprofissional em atenção básica no contexto das redes de atenção à saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde)—Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- LUCENA, C. M. *et al.* Processo de implementação da residência multiprofissional em saúde em um hospital universitário: principais avanços e desafios. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 267–276, 2018.
- COSTA, A. C. S; AZEVEDO, C. C. A integração ensino-serviço e a residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência numa unidade básica de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2016.
- FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade E Interprofissionalidade Na Estratégia Saúde Da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, 2018.
- FILHO, E. J. S. F.; SAMPAIO, J.; BRAGA, L. A. V. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família e comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 129–149, 2016.
- HARTMANN, C.; LOPES, G. C. D. Reconhecimento Do Profissional De Educação Física Pelo Conselho Nacional De Saúde: Intervenção Recomendações Sobre Conduitas E Procedimentos Na Atenção Básica À Saúde. **COGNITIONIS Scientific Journal**, v. 3, n. 1, 2020. DOI: 10.38087/2595.8801.12.
- LOCH, S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 48–58, 2019.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil’s Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 4 jun. 2015.
- SILVA, C. T. *et al.* Residência Multiprofissional Como Espaço Intercessor Para A Educação Permanente Em Saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. e2760014, 2016.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H.; F. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2001.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F.. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018.
- SILVA, Luciana da Conceição; BROTTTO, Márcio Eduardo. Residência multiprofissional em saúde: o olhar dos preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem. **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 2, p. 885–901, 2017. Disponível em: <https://cajapio.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/6367>. Acesso em: 26 abr. 2025.
- THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, v. 13 n. 39, 2008.

# CAPÍTULO X

## MAPEAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE UMA MICROÁREA DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DO CARIRI

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-10

**Natasha Luísa da Silva Sousa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2579061393468302>

**Letícia Lucena Pereira Ferreira**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/7858973008544815>

**Marciana Feliciano**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0067434075043993>

**Amanda Alcantara de Sousa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4119139005751237>

**Francisco Elizauo de Brito Junior**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5111642686218142>

**Ana Lígia Neves da Luz Luna**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0432514775071561>

## RESUMO

**Introdução:** A territorialização se mostra como um relevante instrumento da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, visto que o diagnóstico territorial é necessário para a implementação das ações e serviços de saúde assertivos. **Objetivo:** Mapear indivíduos diagnosticados simultaneamente com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de uma microárea da atenção básica na região do Cariri, relacionando-os a aspectos sociodemográficos. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa que foi desenvolvido, utilizando a ferramenta *Google maps* e um instrumento de estratificação de risco. **Resultados:** A microárea analisada possuía 504 usuários cadastrados, destes indivíduos, 51,73% correspondem ao sexo feminino e 48,27% ao sexo masculino, tendo a população uma idade média de 41 anos. Do total de 504 indivíduos, 24 apresentaram diabetes mellitus e hipertensão arterial, correspondendo a 4,76% dos indivíduos analisados. Os idosos têm maior suscetibilidade a desenvolver hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, simultaneamente, obtendo uma prevalência de 41% e 48% entre os idosos das faixas etárias de 65 a 69 anos e de 70 a 79 anos, respectivamente. Notando maior predominância naqueles com escolaridade  $\leq 4$  anos de estudos, considerando que essa variável influencia nos fatores socioeconômicos, acesso à informação e hábitos de vida. **Considerações finais:** A partir do estudo realizado, observou-se que a territorialização permite um olhar ampliado sobre o processo de adoecimento, evidenciando a influência de determinantes sociais na prevalência e no controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

**Palavras-chave:** Territorialização da Atenção Primária; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus.

## ABSTRACT

**Introduction:** Territorialization is a relevant instrument for organizing work processes and health practices, since territorial diagnosis is necessary for the implementation of assertive health actions and services. **Objective:** To map individuals diagnosed simultaneously with Hypertension and Diabetes Mellitus in a micro-area of primary care in the Cariri region, relating them to sociodemographic aspects. **Method:** This is a descriptive study with a quantitative approach that was developed using the Google Maps tool and a risk stratification instrument. **Results:** The micro-area analyzed had 504 registered users, of which 51.73% were female and 48.27% were male, with an average age of 41 years. Of the 504 individuals, 24 had diabetes mellitus and hypertension, corresponding to 4.76% of the individuals analyzed. Elderly people are more susceptible to developing systemic arterial hypertension and diabetes mellitus simultaneously, with a prevalence of 41% and 48% among elderly people aged 65 to 69 years and 70 to 79 years, respectively. There is a greater predominance in those with  $\leq 4$  years of education, since it influences socioeconomic factors, access to information and lifestyle habits. **Final considerations:** Based on the study carried out, it was observed that territorialization allows a broader view of the disease process, evidencing the influence of social determinants on the prevalence and control of arterial hypertension and diabetes mellitus.

**Keywords:** Territorialization of Primary Care; Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus.

## 1. INTRODUÇÃO

A territorialização se mostra como um relevante instrumento da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, visto que o diagnóstico do território é necessário para a implementação das ações e serviços de saúde assertivos. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), o território se configura como uma unidade geográfica única, com a execução das ações estratégicas voltadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde de forma descentralizada.

Nesse sentido, como o território é heterogêneo e diverso, há uma necessidade de se conhecer sua epidemiologia no que diz respeito ao que é mais recorrente. Assim, ao observar as causas de mortalidade por doenças crônicas no país, há uma alta prevalência de doenças do sistema cardiovascular, visto que, segundo as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde (Brasil, 2011), essas doenças se apresentaram como 29% das causas de mortalidade no Brasil.

Dentre essas afecções, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) se configuram como doenças crônicas com forte carga de morbididades relacionadas. O Brasil possui cerca de 27,9% da população hipertensa, acometendo sobretudo os idosos. Dessa forma, há uma maior taxa de internação, maior impacto econômico para o país e uma perda significativa de qualidade de vida desses indivíduos (Vigitel, 2023).

Neste contexto, os determinantes sociais de saúde exacerbam o quadro de agravos causados pelas doenças crônicas em destaque, posto que os determinantes são importantes preditores de saúde de populações e indivíduos. Nessa perspectiva, as doenças relacionam-se às condições econômicas e sociais em que as pessoas vivem, repercutindo nos seus modos de viver (Ribeiro *et al.*, 2024).

Diante do exposto, o presente estudo tem o objetivo de mapear indivíduos diagnosticados simultaneamente com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de uma microárea da atenção básica na região do Cariri, relacionando-os a aspectos sociodemográficos.

## 2. MÉTODOS

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, em que o público-alvo eram indivíduos diagnosticados simultaneamente com HAS/DM. Os dados foram coletados a partir dos cadastros no e-SUS PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) da população adscrita em uma microárea de uma equipe da estratégia de saúde da família.

Os dados coletados no PEC foram analisados utilizando um instrumento para análise de vulnerabilidade e de estratificação de risco, elaborado anteriormente pela residência multiprofissional, abordando eixos socioeconômicos, como: situação de moradia, renda, água para consumo, escoamento de esgoto, destino do lixo dentre outros, assim como condições clínicas de saúde, a exemplo, se tem gestantes, crianças menores de 2 anos, acamados, portadores de deficiência ou de doenças crônicas (Figura 1). Em seguida, os dados foram georreferenciados utilizando a ferramenta *Google maps*.

**Figura 1.** Instrumento de estratificação de risco.

Condições Socioeconômicas			Condições Clínicas		
Sentinelas	Variável	Pontuação	Sentinelas	Nº de Casos	Pontuação
Situação de Moradia/Posse da terra	Ocupação	1	Criança(s) de 0 a 2 Anos	0	0
Relação Nº Cômodos/Nº Moradores	>1	0	Indivíduo(s) com Deficiência	0	0
Tipo de Acesso ao Domicílio	Pavimento	0	Gestante(s)	0	0
Disponibilidade de Energia Elétrica	Sim	0	Usuário(s) de Alcool	0	0
Material Predominante na Construção da Casa	Alvenaria com Revestimento	0	Usuário(s) de Outras Drogas	0	0
Abastecimento de Água	Rede Encanada até o Domicílio	0	Hipertenso(s)	1	1
Água para Consumo no Domicílio	Sem Tratamento	1	Diabético(s)	1	1
Forma de Escoamento do Banheiro ou Sanitário	Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial	0	Portador(es) de Riscos Cardiovasculares	1	1
Destino do Lixo	Coletado	0	Paciente(s) com Disfunção Renal	0	0
Renda Familiar Mensal	1/4 de salário	1	Portador(es) de Doenças Respiratórias	0	0
Número de Membros no domicílio	2	1	Portador(es) de Hanseníase	0	0
Cuidador Analfabeto	Não	0	Portador(es) de Tuberculose	0	0
Crianças sozinhas ou sob cuidado de outra crianças?	Não	0	Portador(es) de Câncer	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	Portador(es) Problemas de Saúde Mental	1	2
			Paciente(s) Acamado(s)	0	0
			Idoso(s) Acima de 80 Anos	0	0
			<b>TOTAL</b>		<b>5</b>

Classificação de Risco	
<b>Pontuação Final:</b>	<b>8</b>
<b>8 - Alto Risco</b>	

Fonte: Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, 2024.

## 2.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2024 por três residentes (nutricionista, enfermeira e fisioterapeuta), como proposta da disciplina de territorialização, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) da Universidade Regional do Cariri (URCA).

## 2.3. ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URCA, sob número do parecer: 2.726.468.

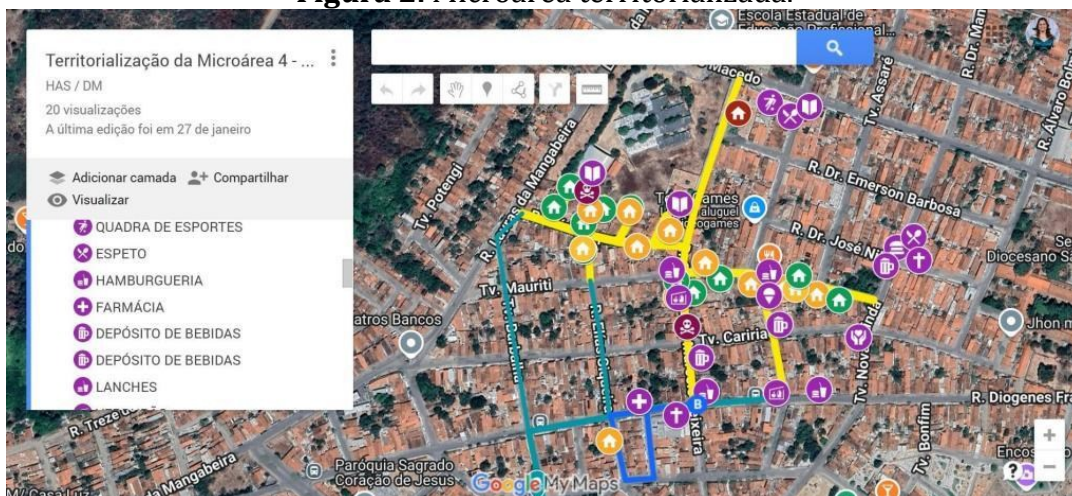
## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A microárea analisada possuía 504 usuários cadastrados, com 214 famílias e 264 domicílios, sendo 50 desses desocupados (Figura 2). Do total de indivíduos, 51,73% eram do sexo feminino e 48,27% do sexo masculino, tendo a população uma idade média de 41 anos. A faixa-

etária de 19 a 60 anos concentrou a maior parte dos indivíduos, seguida de 71 a 80 anos (Gráfico 1).

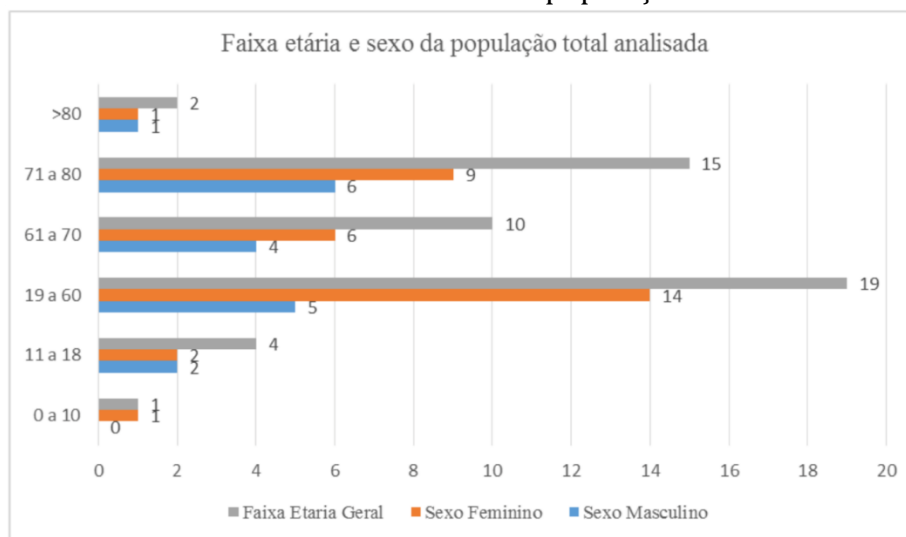
**Figura 2.** Microárea territorializada.



Fonte: Dados próprios, 2024.

Em relação à prevalência de HAS/DM, 24 indivíduos apresentaram as duas doenças de forma concomitantemente, correspondendo a 4,76% do total de famílias analisadas neste estudo. A maioria dos usuários que apresentou esse quadro patológico, de forma simultânea, pertencia ao sexo feminino (54,1%), enquanto o sexo masculino apresentava (45,9%), com uma média de idade de 68 anos.

**Gráfico 1.** Faixa etária e sexo da população analisada.



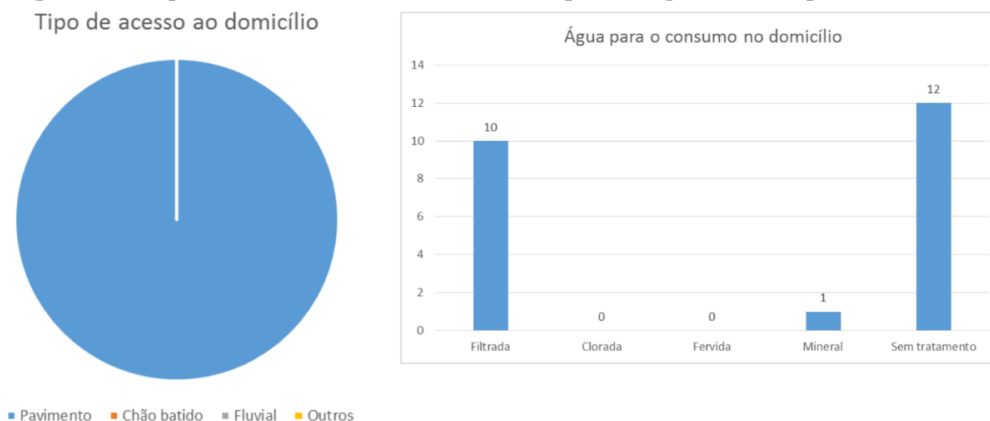
Fonte: Dados próprios, 2025.

Os 24 usuários pertenciam a famílias distintas, as quais foram submetidas à estratificação de risco, com os seguintes achados: 11 famílias apresentaram baixo risco, 12 de médio risco e 1 de alto risco. No que condiz à moradia, 17 famílias possuíam casa própria, enquanto 7 residiam em

imóveis alugados. Nenhuma das famílias avaliadas vivia em moradias cedidas, e na relação de cômodos por número de moradores, a maioria ocupou uma relação superior a 1, o que representa um aspecto positivo.

Ao avaliar a água para consumo (Figura 3), foi possível observar que a maioria das famílias (12) utilizavam água sem tratamento, 10 faziam uso de água filtrada e 1 de água mineral. O maior tipo de acesso aos domicílios da área eram pavimentados.

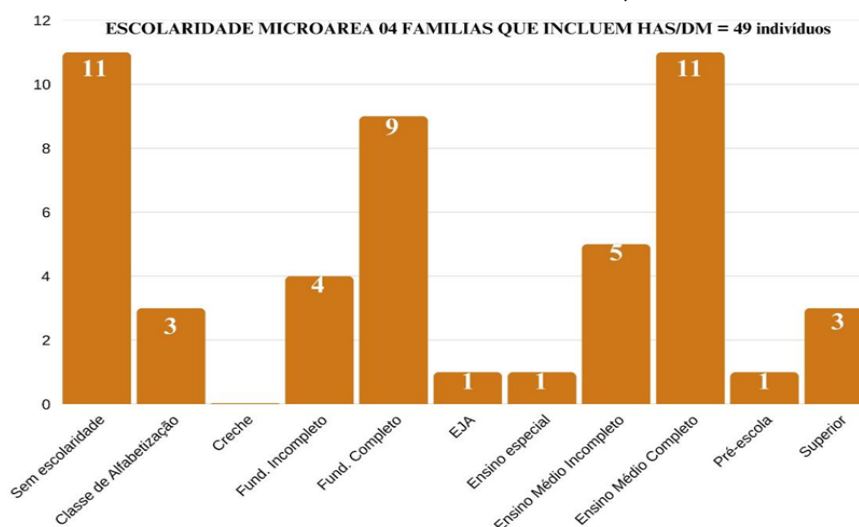
**Figura 3.** Tipo de acesso ao domicílio e tipo de água usada para consumo.



Fonte: Dados próprios, 2025.

A análise da escolaridade dos usuários incluiu os membros de suas famílias (Gráfico 2), somando um total de 49 indivíduos. Dentre eles, 11 não possuíam escolaridade, 3 alfabetizados, 4 o ensino fundamental incompleto e 9 o haviam concluído. Além disso, 1 frequentava a Educação de Jovens e Adultos (EJA), 1 em ensino especial, 11 completaram o ensino médio e 5 o tinham incompleto, 1 na pré-escola e 3 possuíam ensino superior.

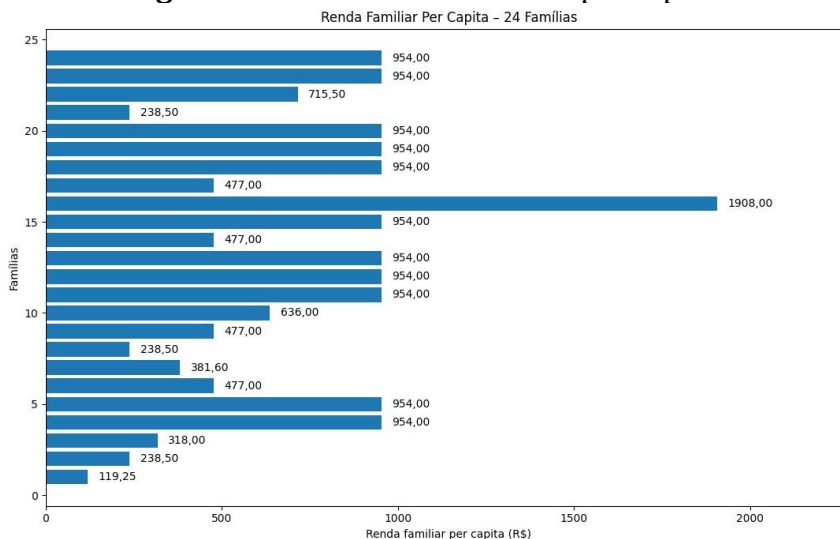
**Gráfico 2.** Nível de escolaridade dos usuários com HAS e DM, incluindo os membros da família.



Fonte: Dados próprios, 2025.

Quanto à renda das famílias, observou-se que a maioria (16) possui um renda mensal de até um salário-mínimo, enquanto apenas uma pequena parcela (8) atingia valores superiores. Ao analisar a renda per capita, constatou-se que a maioria não ultrapassava mil reais por pessoa, e uma parcela significativa ainda não atingia quinhentos reais (Figura 4).

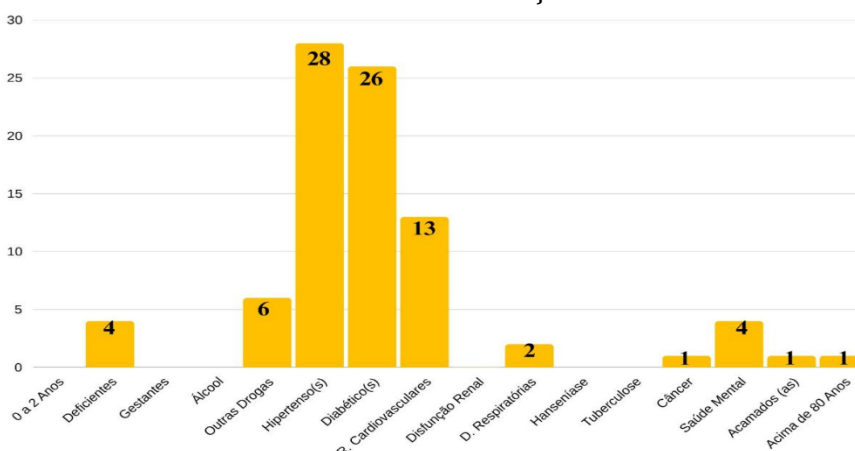
**Figura 4.** Renda familiar e renda *per capita*.



Fonte: Dados próprios, 2025.

O Gráfico 3 apresenta dados sobre risco clínico dentre os membros das famílias: 4 pessoas possuíam deficiência e 6 faziam uso de substâncias, dentre elas o cigarro, incluído na categoria 'Outras drogas', 28 com HAS, 26 com DM, incluídos os portadores das duas patologias. Além disso, 13 pessoas apresentaram risco cardiovascular, 2 doenças respiratórias, 1 câncer, 4 transtornos de saúde mental, 1 acamado e 1 idade superior a 80 anos.

**Gráfico 3.** Análise de condições clínicas.



Fonte: Dados próprios, 2025.

### 3.2. APRESENTAÇÃO DA DISCUSSÃO

Neste estudo, foi possível notar que houve uma prevalência maior de mulheres diagnosticadas com HAS e DM em comparação aos homens. Estes dados podem estar interligados ao fato de as mulheres procurarem mais atendimento médico do que os homens, sendo por esta razão, mais diagnosticadas.

O que corresponde aos achados no estudo de Julião, Souza e Guimarães (2021), em que foram analisados a prevalência de HAS, em três períodos (2008, 2013 e 2019), e observou-se uma maior prevalência de HAS entre as mulheres. Isso provavelmente se deve ao fato de que as mulheres tendem a monitorar mais a sua saúde e apresentam de duas a três vezes mais chances de reportar diagnóstico de HAS em relação aos homens.

O modelo final de avaliação multivariada de fatores relacionados à ocorrência simultânea de HAS/DM, observou uma maior prevalência de 41% e 48% entre os idosos das faixas etárias de 65 a 69 anos e de 70 a 79 anos, respectivamente. Notando maior prevalência naqueles com escolaridade  $\leq 4$  anos de estudo (Rocha; Jesus, 2022).

Além disso, o nível de escolaridade também é um fator determinante para o surgimento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), já que influencia nos fatores socioeconômicos, acesso à informação e hábitos de vida. Com relação ao nível de escolaridade, a prevalência das DCNT é maior entre os indivíduos com menor nível de escolaridade (Julião; Souza; Guimarães, 2021).

A renda é outro fator determinante ao aparecimento das DCNT, pois pessoas de baixa renda tendem a enfrentar maior exposição a fatores de risco, menor acesso a cuidados médicos e a condições de vida que favorecem o surgimento dessas doenças. Como apontado no estudo de Malta e colaboradores (2021) que indicou maior prevalência das DCNT nas regiões Sudeste e entre pessoas que não possuem plano de saúde privado. Em compensação, apresentaram menor prevalência aqueles com renda mais elevada, acima de três salários mínimos.

Segundo Mendes (2019), o modelo de atenção uniprofissional, voltado à figura do médico, acrescido da sobreposição das condições agudas em detrimento das condições crônicas em agendas sobrecarregadas é fonte de diversos problemas na Atenção Primária. Nesse sentido, muitos desses pacientes não são assistidos da maneira mais adequada no que diz respeito a um bom plano de cuidado.

Ao observar o mapeamento das famílias da microárea, foi possível notar que na região ao redor da área, houve uma maior prevalência de estabelecimentos voltados ao consumo de alimentos ultraprocessados, como lanchonetes. Essa configuração do ambiente alimentar exerce

influência direta sobre os hábitos de vida da população local, especialmente, em áreas com elevada incidência de doenças crônicas como HAS e DM. Em um estudo que analisou 122 estabelecimentos alimentares nas áreas de abrangência de unidades de saúde, pôde-se observar que houve uma predominância por alimentos não saudáveis, sendo possível constatar o elevado grau de insegurança alimentar dessa população, caracterizado principalmente pela baixa qualidade da alimentação, e surgimento de DCNT, associada à baixa renda, baixa escolaridade e questões de gênero e raça (Amancio; Schemiko; Retondario, 2024).

Soma-se a isso a carência de espaços públicos destinados à prática de atividades físicas, como academias ao ar livre, quadras esportivas e ciclovias, o que dificulta a adoção de um estilo de vida ativo. Isto evidencia um cenário de vulnerabilidade que favorece o sedentarismo e o consumo alimentar inadequado, fatores reconhecidamente associados à piora do quadro clínico de hipertensos e diabéticos.

Destaca-se como limitação do estudo a subjetividade dos dados coletados, uma vez que pode ocorrer a omissão e/ou subdeclaração de informações relatadas pelos usuários. Ainda, a pesquisa foi desenvolvida com dados de apenas uma microárea, o que limita a generalização das informações. Sugere-se assim, que sejam realizadas mais pesquisas em torno dessa temática, abrangendo diferentes territórios e contextos socioeconômicos, com metodologias que integrem dados quantitativos e qualitativos, a fim de fortalecer a compreensão sobre a efetividade da estratificação de risco na organização dos serviços de saúde.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado, observou-se que a territorialização permite um olhar ampliado sobre o processo de adoecimento e que a organização dos dados e a estratificação dos riscos favorecem a criação de planos terapêuticos mais individualizados e ações coletivas voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e melhora da qualidade de vida.

Principalmente, considerando que a estratificação de risco se apresenta como uma ferramenta capaz de identificar os perfis de uma população, sendo possível planejar e executar intervenções mais eficazes, garantindo o uso racional dos recursos e o fortalecimento da equidade no cuidado. Além disso, essa prática favorece a organização do processo de trabalho das equipes de saúde, potencializando a resolutividade da Atenção Primária e promovendo maior integração entre ações assistenciais e de vigilância.

A identificação de fatores como o excesso de lanchonetes e a ausência de espaços para atividade física, por exemplo, mostra como o território pode influenciar diretamente no processo de adoecimento e evidencia a importância de políticas públicas integradas.

A vivência territorial proporcionada pela residência amplia o olhar crítico dos profissionais, estimula a atuação interdisciplinar e fortalece a prática baseada na escuta, não apenas o aprimoramento técnico, mas também o fortalecimento de vínculos, o estímulo à participação social e o desenvolvimento de práticas inovadoras em saúde.

Ademais, reafirma-se que a territorialização, quando aliada à formação crítica e reflexiva proporcionada pela residência, é capaz de promover melhorias reais e sustentáveis na qualidade de vida das populações atendidas, consolidando-se como uma importante estratégia para o avanço da saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS

AMANCIO, Leticia Soares; SCHEMIKO, Luiza Buzatto; RETONDARIO, Anabelle. Ambiente alimentar em um território de vulnerabilidade social em Piraquara-PR. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8575, 10 jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418575P>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 24 de Março de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso em 31 de Março de 2025.

VIGITEL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2023.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf). Acesso em 31 de Março de 2025.

JULIÃO, Nayara Abreu; SOUZA, Aline de; GUIMARÃES, Raquel Rangel de Meireles. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4007–4019, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.08092021.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; LIMA, Margareth Guimarães; SILVA, Alanna Gomes da; SZWARCOWALD, Célia Landmann; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210011, 10 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. Brasília, DF: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS**, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>. Acesso em: 31 de Março de 2025.

RIBEIRO, K. G. *et al.* Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 140, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241408590P.

ROCHA, Laís Alves; JESUS, Sandra Rêgo de. Fatores associados a simultaneidade de hipertensão arterial e diabetes mellitus em idosos nordestinos: Um estudo populacional. **Rev. Saúde. Com.** v. 18. n. 1. p. 2504-2514. 2022. DOI: 10.22481/rsc.v18i1.8742.

# CAPÍTULO XI

## ÓBITOS INFANTIS POR CAUSAS EVITÁVEIS NA REGIÃO SUL DO CEARÁ: UMA ANÁLISE TEMPORAL

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-11

**Antonio Samuel Silva Lins**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2205193916569277>

**Felicidade Caroline Rodrigues**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3795889509390629>

**Cândida Freires Simplicio**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4303078115017949>

**Larissa da Silveira Barbosa**

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Juazeiro do Norte - CE

<http://lattes.cnpq.br/8970439716090719>

**Camila Palácio Leite**

Superintendência Regional de Saúde Sul (SRSUL)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1592270220625380>

**Maira Pereira Sampaio Macêdo**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0656629484039684>

**Maria Salvina Alencar Costa**

Superintendência Regional de Saúde Sul (SRSUL)

Juazeiro do Norte - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1226625100740842>

**Maria Nizete Tavares Alves**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3810975666230095>

## RESUMO

**Introdução:** A mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde pública, refletindo as condições de vida e o acesso à saúde da população. **Objetivo:** analisar a mortalidade infantil por causas evitáveis na macrorregião Sul do Ceará, especificamente na Superintendência da Região do Cariri, no período de 2014 a 2023, utilizando dados extraídos da plataforma DATASUS. **Método:** Trata-se de uma pesquisa observacional quantitativa de série temporal, com abordagem descritiva, na qual foram coletados dados sobre óbitos infantis, segmentados por faixa etária e cor/raça. **Resultados:** A análise revelou que a maioria dos óbitos ocorreu na faixa etária neonatal precoce (até 6 dias de vida), o que aponta para uma fragilidade na assistência à saúde neonatal. Observou-se uma tendência de redução nas taxas de mortalidade ao longo dos anos, com destaque para a diminuição mais expressiva entre 2014 e 2021. No entanto, desigualdades raciais foram evidenciadas, com maior incidência de óbitos entre crianças pardas. A análise dos dados reflete a necessidade de implementar estratégias de saúde que considerem os determinantes sociais e raciais, além de fortalecer as políticas de saúde pública voltadas para a equidade e a melhoria do atendimento neonatal. **Considerações finais:** O estudo contribui para a compreensão da dinâmica da mortalidade infantil na região, ressaltando a importância do monitoramento constante e da educação em saúde como ferramentas essenciais para a melhoria dos indicadores de saúde pública.

**Descritores:** Mortalidade infantil; Análise de Dados Secundários; Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** Infant mortality is one of the main public health indicators, reflecting the population's living conditions and access to healthcare. **Objective:** to analyze infant mortality from preventable causes in the southern macro-region of Ceará, specifically in the Superintendence of the Cariri Region, from 2014 to 2023, using data extracted from the DATASUS platform. **Method:** This is a quantitative observational time-series research, with a descriptive approach, in which data on infant deaths were collected, segmented by age group and color/race. **Results:** The analysis revealed that most deaths occurred in the early neonatal age group (up to 6 days of life), which points to a fragility in neonatal health care. A downward trend in mortality rates was observed over the years, with a more significant decrease between 2014 and 2021. However, racial inequalities were evidenced, with a higher incidence of deaths among brown children. The data analysis reflects the need to implement health strategies that consider social and racial determinants, in addition to strengthening public health policies aimed at equity and improving neonatal care. **Final considerations:** The study contributes to the understanding of the dynamics of infant mortality in the region, highlighting the importance of constant monitoring and health education as essential tools for improving public health indicators.

**Descriptors:** Infant mortality; Secondary Data Analysis; Public health

## 1. INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil refere-se ao óbito de uma criança nascida viva, ocorrido entre o nascimento e o primeiro ano de vida, ou seja, até 364 dias de idade. Dentro desse contexto, os óbitos podem ser classificados como neonatais, quando acontecem nos primeiros 27 dias de vida, e pós-neonatais, quando ocorrem a partir do 28º dia até completar um ano (França; Lansky, 2009).

Adicionalmente, há ainda a classificação dos óbitos neonatais em precoces e tardios, aqueles quando ocorrem até o sexto dia de vida, e os ocorridos do sétimo ao vigésimo sétimo dia de vida, respectivamente (França; Lansky, 2009). A partir desses dados é possível calcular as taxas de mortalidade infantil e mortalidade neonatal, cruciais para a compreensão de indicadores de saúde e construção de informações para a tomada de decisão (Brasil, 2009).

Diversos autores ao longo dos anos estudaram e propuseram conceitos para o termo “mortes evitáveis”, apontando-o inclusive como ferramenta para o acompanhamento dos impactos das práticas de saúde acerca do risco de óbito das populações. Suárez-Varela e colaboradores (1996 apud Malta *et al* 2007) definiram os óbitos em que a ocorrência é diretamente associada à conduta médica.

Nesse caminho, Rutstein e colaboradores (1976 apud Malta *et al* 2007), apresentaram um método para medir a qualidade da prática da medicina, no qual determina as mortes desnecessárias ou preveníveis. Assim, esse modelo qualifica a causa em indicadores: claros da qualidade do atendimento; de uso restrito para medir a qualidade do atendimento; e, que requerem uma definição mais aprofundada e estudos específicos.

Isso posto, este trabalho é justificado pela atuação dos autores em um órgão estadual de saúde responsável por uma abrangência territorial de 45 municípios que, atualmente, passa por um processo de otimização das redes de atenção à saúde e tem buscado aprimorar os processos de trabalho da assistência à nível primário, secundário e terciário, bem como da governança em saúde, fortalecendo o princípio organizacional da regionalização.

A planificação das redes de atenção apresenta-se como uma ferramenta eficaz para a gestão, planejamento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Seu propósito é auxiliar os profissionais técnicos e gerenciais na estruturação dos principais processos da APS e da AAE (Mendes *et al.*, 2019). Assim, o projeto De Braços Abertos tem-se voltado para a assistência à pessoa gestante durante todo o processo de gestação, parto, nascimento e puerpério.

Além disso, é alvo da atuação dos profissionais residentes em saúde coletiva, colocar em prática o protocolo de vinculação da pessoa gestante à maternidade de referência na região de

saúde do Cariri. Dessarte, este trabalho tem como objetivo analisar a série histórica dos indicadores de mortalidade infantil na Macrorregião de Saúde Sul do Ceará, no período de 2014 a 2023, a partir de dados secundários extraídos do DATASUS.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional quantitativo de série temporal, realizado a partir de dados secundários de domínio público, extraídos do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal e do Painel de Monitoramento Sobre Nascidos Vivos, disponível na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), acessível por meio do endereço eletrônico: <https://datasus.saude.gov.br>. A pesquisa teve como recorte territorial a 3ª região de Saúde do Ceará, denominada de Superintendência da Região do Cariri, composta por 45 municípios.

Foram utilizados os seguintes filtros para a extração dos dados: ano de referência (2013 a 2024); local de registro (óbitos por local de residência); abrangência (macrorregião de saúde); unidade da federação (Ceará); macrorregião de saúde (3ª macro – Cariri); indicador (óbitos por causas evitáveis); categoria (notificação de óbitos infantis e fetais); estatística (número absoluto de óbitos); local de ocorrência (todos os municípios da macrorregião); e profissional que atestou o óbito (todos), foram considerados os grupos etários: neonatal precoce, neonatal tardio e pós neonatal. Adicionalmente, foi realizado um recorte considerando o critério de raça/cor. Para o cálculo das taxas de mortalidade, utilizou-se a razão entre o número de óbitos e o número de nascidos vivos no mesmo período, multiplicada por 1.000, expressando-se assim a taxa de óbitos por mil nascidos vivos.

A ideia de analisar esses dados surgiu após uma atividade de educação permanente realizada com todos os residentes, ocasião em que foram discutidas possibilidades de utilização do DATASUS como base de dados para a coleta dos dados em saúde.

Por se tratar de uma base de dados secundária e de domínio público, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, os autores ressaltam que todas as premissas éticas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram devidamente respeitadas.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS BRUTOS

No período de 2014 a 2023, foram registrados 1.778 óbitos infantis por causas evitáveis (Figura 1). A maior concentração desses óbitos ocorreu na faixa etária de neonatal precoce, que corresponde aos primeiros seis dias de vida, representando 61,47% do total, evidenciando ser essa a fase mais vulnerável a óbitos por causas evitáveis. As demais faixas etárias corresponderam a 19,85% dos óbitos no período pós-neonatal e 18,67% no neonatal tardio.

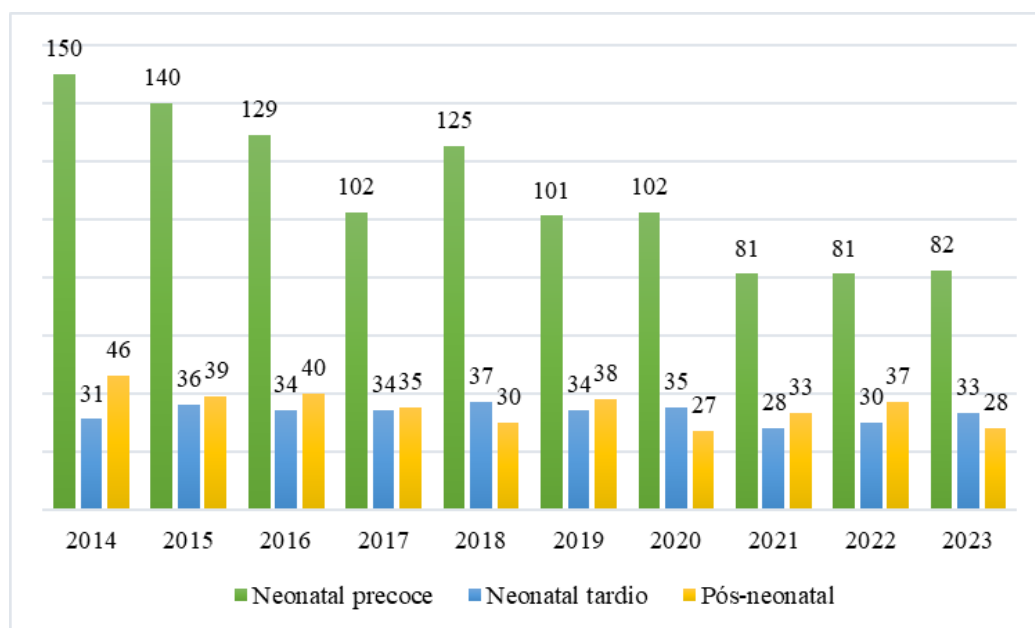
Esses dados apresentam similaridade com os resultados apontados por Silva e colaboradores (2021) também em uma série histórica acerca de regiões de saúde de outro estado brasileiro, no qual os óbitos infantis ocorreram majoritariamente no período classificado neonatal precoce, seguida da faixa pós-neonatal e neonatal tardia.

Pormenorizando, é possível identificar cenários também equivalentes em menores regiões do estado em análise neste trabalho, onde Brito e Nhamuave (2022) apontaram que em uma microrregião de saúde mais de 60% dos óbitos infantis analisados em dez anos, ocorreram no período neonatal precoce e estando a faixa de pós-natal em segunda posição, com mais de 20% dos óbitos infantis.

A elevada concentração de óbitos na fase neonatal precoce sugere não apenas fragilidades na assistência ao recém-nascido, mas também a influência de fatores mais amplos, que transcendem o setor saúde. Malta *et al.* (2007) e Prezotto *et al.* (2023) apontam que aspectos como o nível de desenvolvimento econômico, a presença de incentivos financeiros, a oferta de empregos, o grau de escolaridade da população e a cobertura da rede de atenção à saúde influenciam diretamente os indicadores de mortalidade infantil.

Nesse sentido, a análise dos dados exige uma abordagem que considere também os determinantes sociais e estruturais que, especialmente em regiões marcadas por desigualdades, impactam significativamente os desfechos em saúde infantil.

**Figura 1.** Mortalidade infantil na macrorregião de saúde Sul Ceará, de 2014 a 2023.



Fonte: SVS/ DATASUS/ MS. Dados sujeitos a alterações, extraídos em abril de 2025.

**Tabela 1.** Taxa de mortalidade infantil na macrorregião Sul do Ceará

Ano	Nascidos vivos	Óbitos infantis	Taxa de mortalidade
2014	20.889	227	11
2015	21.437	215	10
2016	20.238	203	10
2017	20.658	171	8
2018	21.640	192	9
2019	21.343	173	8
2020	20.084	164	8
2021	19.916	142	7
2022	18.504	148	8
2023	18.270	143	8

Fonte: SVS/ DATASUS/ MS. Dados sujeitos a alterações, extraídos em abril de 2025.

Adicionalmente, observa-se que ao longo do período houve uma queda na taxa de mortalidade, tendo como maior taxa o ano de 2014, com 11 óbitos por mil nascidos vivos, e o menor ano em 2021, com 07 óbitos proporcionais, estando os demais anos nesse intervalo, como visto na tabela abaixo (Tabela 1).

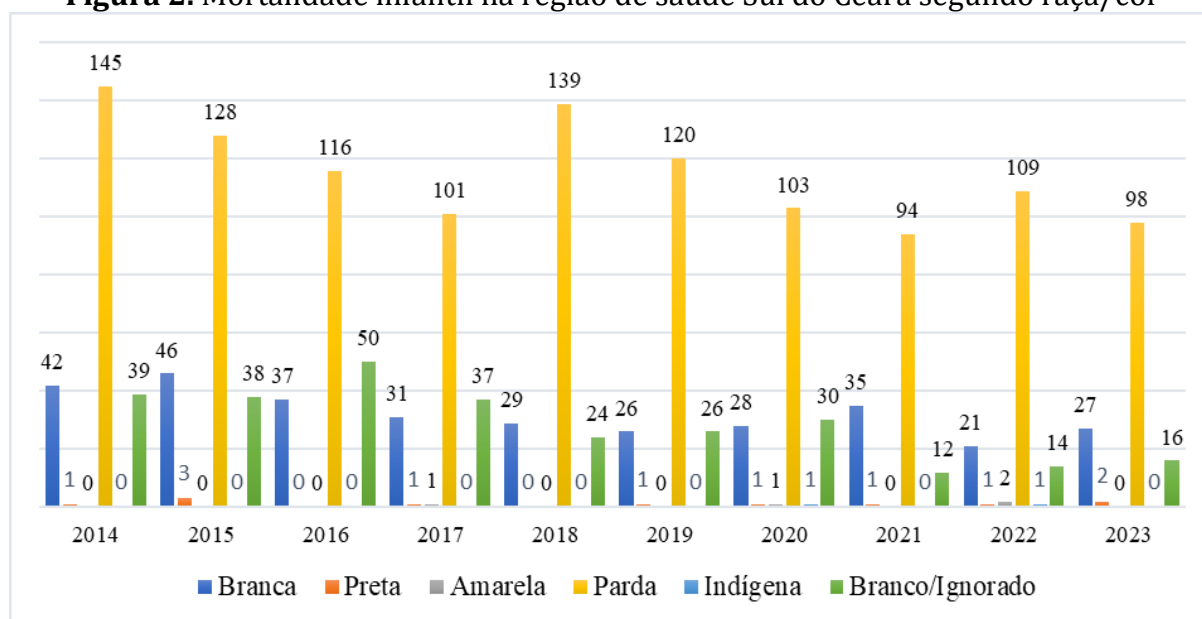
No cenário nacional, embora a mortalidade infantil ainda represente um importante desafio de saúde pública, observa-se uma tendência de redução ao longo dos anos (Prezotto *et al.*, 2023). Na região Nordeste, entre 1990 e 2019, a taxa de mortalidade infantil caiu de 75,8 para 15,2 por mil nascidos vivos. Já no Ceará, o menor índice foi registrado em 2015, com posterior oscilação e taxa de 13,5% no ano de 2019 (Brasil, 2021).

Contudo, apesar da redução das taxas com o passar dos anos, é preciso identificar os motivos regionais que atualmente levam ao óbito infantil. Ao passo em que a partir das evidências de Adamski e colaboradores (2022), uma macrorregião de saúde de Mato Grosso obteve recorrente taxas de mortalidades inferiores à 7/1000 nascidos vivos, alcançando, inclusive, 2,95 óbitos por mil nascidos vivos no ano de 2020.

### 3.2. APRESENTAÇÃO DE DADOS ESTRATIFICADOS

Tratando-se da análise da mortalidade infantil por raça/cor, neste período, é predominante o óbito de crianças pardas. Em todos os anos analisados, a categoria “parda” apresentou o maior número de óbitos, com destaque para o ano de 2014, que registrou 145 mortes, alto índice comparado com a categoria “branca” que representa o segundo maior grupo (42 mortes) do mesmo ano. Ainda que haja uma tendência de queda a partir de 2018, os números permanecem elevados em comparação aos demais grupos (Figura 2).

**Figura 2.** Mortalidade infantil na região de saúde Sul do Ceará segundo raça/cor



Fonte: SVS/ DATASUS/ MS. Dados sujeitos a alterações, extraídos em abril de 2025.

No que se refere aos óbitos de crianças brancas e com raça/cor ignorada, os dados do gráfico evidenciam também um número significativo, porém bem abaixo da categoria parda. Já os grupos preta, amarela e indígena apresentam números baixos ou até mesmo ausentes em alguns anos, o que pode ser justificado pela subnotificação e/ou pela ausência de representatividade desses grupos na região.

Segundo o Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quase metade da população brasileira se autodeclara parda (45,3%), no

entanto, mesmo representando uma maioria numérica, ainda enfrentam desigualdades no acesso aos direitos, inclusive na saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) criada em 2009 tem como marca: “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.” (Brasil, 2009) Esse reconhecimento é um marco importante, pois insere o racismo como um fator que afeta diretamente os indicadores de saúde da população negra no Brasil, contribuindo para a produção de iniquidades em saúde.

Diversos estudos têm evidenciado que crianças negras, especialmente aquelas classificadas como pretas e pardas, apresentam maiores taxas de mortalidade infantil quando comparadas às crianças brancas no Brasil. Um estudo realizado pelo Cidacs/Fiocruz Bahia por Costa, (2022) revelou que crianças negras têm 39% mais chance de morrer antes de completar cinco anos de idade, sendo razoável supor que essa desigualdade também se expressa nos primeiros 12 meses de vida, considerando ser um período mais crítico.

No Brasil, mães negras e indígenas enfrentam condições de vida mais vulneráveis, caracterizadas por menor escolaridade, início tardio ou baixa frequência ao pré-natal e maior distância dos serviços de saúde durante o parto. Essas desigualdades sociais e de acesso à saúde contribuem diretamente para desfechos negativos, como prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino e maior suscetibilidade a doenças evitáveis, o que eleva as taxas de mortalidade infantil (Theophilo *et al*, 2018; Rebouças *et al*, 2022).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados evidenciam uma redução gradual da mortalidade infantil na região de saúde Sul do Ceará entre 2014 e 2023, porém também destaca desigualdades sociais marcantes, especialmente no recorte racial. A concentração de óbitos entre crianças pardas, ao longo de todo o período analisado, reforça a influência do racismo estrutural e da questão social que determina os desfechos em saúde infantil. Portanto, os dados reforçam a urgência de incorporar metodologias de educação que causem impacto direto na equidade racial como pauta central para as políticas públicas de saúde, principalmente, na organização do sistema e fortalecimento das redes de atenção materno-infantil.

A utilização do DATASUS proporciona uma ferramenta acessível e estratégica para a análise territorial da mortalidade infantil, contribuindo com evidências para a gestão em saúde no contexto do SUS e possíveis mudanças no cenário atual. As experiências vivenciadas pelos residentes da RMSC/URCA revelam o potencial transformador da educação continuada dos

profissionais e a contribuição acadêmica nos espaços de trabalho, atuação territorial e planejamento em saúde, oferecendo e unindo caminhos concretos para aperfeiçoar a qualidade nas práticas de cuidado e gestão.

Em destaque, pode-se observar a urgência no aprofundamento dos estudos em determinantes sociais e raciais da mortalidade infantil para maior impacto efetivo na redução destes dados, bem como ampliar o uso de metodologias qualitativas que capturem as realidades locais com maior profundidade. Reconhecendo a importância da comunicação em rede, buscando fontes de conhecimento na educação, cultura e economia que perpassam as relações sociais que o indivíduo está inserido.

Portanto, o estudo levantado reafirma a relevância do monitoramento de indicadores de saúde infantil como instrumento para o fortalecimento da gestão no SUS, e destaca a necessidade de ações integradas que promovam justiça social e equidade racial nos cuidados à infância.

## REFERÊNCIAS

ADAMSKI, Karina *et al.* Mortalidade infantil por causas evitáveis em macrorregião de saúde: série temporal 2007 a 2020. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 8, p. e10545-e10545, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico

37. **Mortalidade infantil no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_37\\_v2.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Disponível em: [manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf). Acesso em: 15 de abril de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/BRAZIL\\_Portaria%20No%20992%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20integral%20da%20popula%C3%A7ao%20negra.pdf](https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/BRAZIL_Portaria%20No%20992%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20integral%20da%20popula%C3%A7ao%20negra.pdf). Acesso em: 22 de abril de 2025

BRITO, Antônia Fernanda Sousa de; NHAMUAVE, Edson Andrade de. Análise da mortalidade infantil de uma região de saúde do Ceará. **Cadernos ESP**, v. 16, n. 4, p. 10-18, 2022.

COSTA, Karina. Racismo: desde a infância estimando a expectativa de vida. **CIDACS- FIOCRUZ**, 2022. Disponível em:

<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/2022/09/22/racismo-desde-a-infancia-estimando-a-expectativa-de-vida/> Acesso em: 24 de abril de 2025.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/12/pardos-sao-maioria-da-populacao-brasileira-pela-primeira-vez-indica-ibge#:~:text=Pardos%20s%C3%A3o%20maioria%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20pela%20primeira%20vez%2C%20indica%20IBGE,-N%C3%BAmero%20de%20brasileiros&text=No%20Censo%20de%202022%2C%20mais,em%20203%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas.>

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 83-112, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out-dez, 2007.

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

PREZOTTO, Kelly Holanda *et al.* Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE02322, 2023.

REBOUÇAS, Poliana *et al.* Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. **The Lancet Global Health**, v. 10, p. e1453-e1462, Outubro, 2022.

SILVA, Fillipe Reis *et al.* Análise da mortalidade infantil no leste de Minas Gerais, 2008-2019. **HU Revista**, v. 47, p. 1-11, 2021.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(11):3505-3516, 2018

# CAPÍTULO XII

## PLANTANDO SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA IDEALIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM JARDIM MEDICINAL EM UM ESPAÇO ACADÊMICO

DOI: 10.51859/ampla.scf465.1126-12

**Ana Beatriz Bezerra**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4456036535669989>

**Ana Maria do Nascimento Cardoso**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8119090317984851>

**Cleidiana Tomé de Oliveira**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0912839383219091>

**Darciane Maria de Amorim**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4272272404080923>

**Raiane Pereira de Souza**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2252293228779970>

**Miranilton Lucena de Sousa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3861242164780624>

**Clarissa Coelho de Alencar Magalhães Araripe Cariri**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7182939875117372>

**Adrielle Rodrigues Costa**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1260333044819626>

## RESUMO

**Introdução:** As plantas medicinais são espécies vegetais que contêm substâncias com efeito terapêutico e podem ser utilizadas por humanos ou animais, por diferentes vias. A utilização destas deu origem à fitoterapia, prática que resgata e valoriza o conhecimento tradicional. Nesse contexto, a implantação de um jardim medicinal configura-se como uma estratégia eficaz para promover o bem-estar físico e mental, além de estimular a valorização dos saberes populares e tradicionais. **Objetivo:** Descrever a experiência vivenciada durante a implantação e implementação de um jardim medicinal no Núcleo Interdisciplinar de Apoio ao Servidor (NIAS) da Universidade Regional do Cariri (URCA). **Método:** A atividade foi planejada e realizada em cinco etapas, entre setembro de 2024 e fevereiro de 2025. Foram elas: (1) visita técnica a um jardim medicinal; (2) seleção e captação de mudas; (3) plantio das espécies escolhidas; (4) confecção de placas de identificação; e (5) elaboração de um e-book sobre plantas medicinais. **Resultados:** O esforço em conjunto para a implantação do jardim favoreceu um ciclo contínuo de aprendizado, criando um ambiente propício à troca de experiências entre os residentes e os demais envolvidos. Essa construção compartilhada do saber reforça a relevância da educação permanente. O jardim tornou-se um verdadeiro refúgio, no qual as preocupações com as demais demandas da Residência cediam lugar a momentos de descontração, bem-estar e fortalecimento do vínculo dos residentes com o ambiente. **Considerações finais:** Este relato de experiência permitiu apresentar todas as etapas da construção do Jardim Medicinal no NIAS, desde a sua idealização até a implantação.

**Palavras-chave:** Plantas medicinais; Educação permanente; Práticas integrativas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Medicinal plants are plant species that contain substances with therapeutic effect and can be used by humans or animals, in different ways. The use of these gave rise to phytotherapy, a practice that rescues and values traditional knowledge. In this context, the implementation of a medicinal garden is an effective strategy to promote physical and mental well-being, as well as stimulating the appreciation of popular and traditional knowledge. **Objective:** To describe the experience experienced during the implantation and implementation of a medicinal garden at the Interdisciplinary Server Support Center (NIAS) of the Regional University of Cariri (URCA). **Method:** The activity was planned and carried out in five stages, between September 2024 and February 2025. They were: (1) technical visit to a medicinal garden; (2) selection and collection of seedlings; (3) planting of the chosen species; (4) production of identification plates; and (5) elaboration of an e-book on medicinal plants. **Results:** The joint effort for the implementation of the garden favored a continuous learning cycle, creating an environment conducive to the exchange of experiences between residents and others involved. This shared construction of knowledge reinforces the relevance of lifelong education. The garden became a true refuge, in which the concerns with the other demands of the Residence gave way to moments of relaxation, well-being and strengthening the connection between residents and the environment. **Final considerations:** This report of experience allowed us to present all the stages of the construction of the Medicinal Garden in NIAS, from its ideation to its implementation.

**Keywords:** Medicinal plants; Permanent education; Integrative practices.

## 1. INTRODUÇÃO

O uso de plantas medicinais acompanha a humanidade há séculos, sendo essas espécies reconhecidas por conterem compostos com propriedades terapêuticas, aplicáveis tanto em humanos quanto em animais. Essa prática tradicional evoluiu e se consolidou como base para a fitoterapia, campo do conhecimento que articula os saberes populares e os achados da ciência moderna, servindo de base para o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos (Badke, 2008; Firmo *et al.*, 2012; Leite; Camargos; Castilho, 2021). A valorização desse saber foi reforçada com o reconhecimento oficial da fitoterapia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978 (Fontenele *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde do Brasil, seguindo as recomendações da OMS, implementou a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), com o objetivo de garantir o acesso seguro e o uso racional desses produtos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006a; Fontenele *et al.*, 2013; Haraguchi *et al.*, 2020). Nesse mesmo direcionamento, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), inclui a fitoterapia e o uso de plantas medicinais entre as práticas integrativas incorporadas pelo SUS, ampliando a visão do cuidado em saúde (Brasil, 2006b).

Nesse sentido, um jardim medicinal configura-se como um ambiente destinado ao plantio, cultivo e manejo de plantas medicinais. Podendo proporcionar à população o acesso a espécies in natura, bem como à disponibilização de orientações de profissionais de saúde sobre o preparo correto e uso seguro de chás medicinais, combinando conhecimentos tradicionais e pesquisa científica, oferecendo tratamentos naturais e eficazes (Randal *et al.*, 2016; Dresch; Carvalho, 2021; Fagundes *et al.*, 2024). Além disso, a implantação de um jardim medicinal pode promover a valorização dos saberes populares e tradicionais, favorecendo o bem-estar físico e mental, por meio do cultivo de plantas medicinais e do contato direto com a natureza (Barros; Carnevale, 2022; Monteiro; Pessoa, 2022; Borella; Barbosa; da Silva, 2024).

No contexto da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, e considerando os eixos de educação permanente e atenção à saúde, a implementação de um jardim medicinal em espaços públicos, como em universidades, pode representar uma contribuição significativa para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde. Podendo incentivar a participação de servidores e alunos em atividades em grupo, momentos de relaxamento, lazer e troca de saberes, proporcionando um espaço acolhedor de convivência e aprendizado, fortalecendo a promoção da saúde e da sustentabilidade.

O presente relato descreve a experiência vivenciada durante a implantação e implementação de um jardim medicinal no Núcleo Interdisciplinar de Apoio ao Servidor (NIAS) da Universidade Regional do Cariri (URCA). O projeto foi desenvolvido por residentes do primeiro e segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC) que estavam inseridos no NIAS durante o segundo semestre do ano de 2024. A iniciativa teve como objetivo expandir as potencialidades do local, promovendo a educação ambiental baseada tanto no conhecimento científico quanto nos saberes tradicionais e regionais da comunidade local.

## 2. MÉTODOS

Em consonância com a crescente valorização de práticas integrativas e complementares, este estudo, de caráter descritivo e na forma de relato de experiência, busca descrever o processo de implantação e implementação de um jardim medicinal no Núcleo Interdisciplinar de Apoio ao Servidor (NIAS) da Universidade Regional do Cariri (URCA), local destinado a atendimentos aos servidores e bolsistas da universidade, localizado na cidade de Crato-CE. A atividade foi realizada por uma preceptora bolsista e seis residentes em Saúde Coletiva da URCA, estando alocados no campo de prática.

A estruturação da atividade foi planejada e realizada em etapas, no período de setembro de 2024 a fevereiro de 2025, visando momentos de troca de experiências, estudos detalhados e efetivação da ação, sendo elas descritas da seguinte forma:

- 1º Etapa - Visita em jardim medicinal: A visita ocorreu na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Baixo das Palmeiras, estiveram presentes os residentes e as preceptoras alocadas na UBS e no NIAS, sendo esta atividade ocorrida no mês de agosto 2024.
- 2º Etapa - Seleção e captação de mudas: As mudas para o jardim medicinal foram criteriosamente selecionadas e adquiridas pelos responsáveis pela implantação, com algumas delas provenientes de doações. Priorizou-se a escolha de espécies com alta adaptabilidade ao clima regional.
- 3º Etapa - Plantio das mudas selecionadas: Para a atividade do plantio, selecionou-se um dia em que todos os residentes alocados neste campo de prática estivessem presentes, no período da manhã, em conjunto com a orientadora responsável, para realizar o momento de plantação das mudas selecionadas.
- 4º Etapa - Construção das placas de identificação: Ao finalizar o plantio, foi planejado e confeccionado pelos residentes placas para identificação das plantas, onde posteriormente foi inserido no ambiente do jardim.

- 5ª Etapa - Elaboração do E-book das plantas medicinais: Por fim, foi desenvolvido um e-book contendo informações como as políticas, a indicação, contraindicação, modo de uso de cada planta presente no jardim, sendo um guia para futuras utilizações de forma medicinal.

Em observância aos aspectos éticos, salienta-se que, por se tratar de um relato de experiência, não houve necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com as normas delineadas pela Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Este procedimento se fundamenta no fato de o estudo se limitar às experiências vivenciadas por profissionais, sendo desnecessário o uso de dados que permitam a identificação de indivíduos, assegurando a ausência de riscos éticos.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O encontro no jardim medicinal do Baixo das Palmeiras ocorreu no dia 23 de setembro de 2024, ocasião em que fomos recepcionados pelos residentes, pela enfermeira e preceptora responsável pelo local. Inicialmente, foi realizada uma explanação sobre a trajetória do jardim medicinal, abordando desde sua concepção até a efetiva implantação. Em seguida, realizamos um passeio pelo jardim, conhecendo as espécies plantadas, suas indicações e o modo de uso de algumas delas. Essa visita nos inspirou a prosseguir com a idealização de um jardim medicinal.

Após a visita, realizamos uma reunião para definir quais espécies seriam inicialmente cultivadas no jardim medicinal. A escolha priorizou plantas com maior capacidade de adaptação ao clima local, com ênfase naquelas mais resistentes e de fácil manejo. Vale destacar que o próprio espaço do NIAS já contava com algumas espécies previamente cultivadas, como erva-cidreira, pitangueira e laranjeira. A maior parte das mudas foi obtida por meio de doações realizadas pelos próprios residentes e por colaboradores da comunidade, enquanto outras foram adquiridas com o apoio da preceptora responsável pelo projeto.

Concluída a etapa de arrecadação das mudas, organizamos uma nova reunião para definir a data e o turno de realização do plantio. A atividade foi realizada na manhã do dia 30 de setembro de 2024 e contou com a participação ativa de todos os residentes vinculados ao NIAS. As tarefas foram distribuídas entre os envolvidos, o que permitiu que o plantio transcorresse de forma colaborativa, ágil e eficiente.

Concomitantemente a esse processo, trabalhamos na construção de materiais de apoio que dessem fortalecimento e embasamento científico ao jardim medicinal. Entre esses materiais estão as placas de identificação, que serão posicionadas próximas às mudas correspondentes. Outra produção foi um banner impresso em lona, com o intuito de apresentar de forma sucinta o jardim,

contendo, além de informações gerais sobre os fitoterápicos, um QR Code que dava acesso à cartilha digital, disponibilizada online. Por fim, foi criada uma cartilha para complementar, em teoria, as informações sobre as plantas. A cartilha contém as seguintes informações: imagem da espécie, nome popular e nome científico, indicação, contra indicação, modo de preparo e parte utilizada da planta. Essas informações estão descritas de forma sucinta e contemplam todas as plantas do jardim.

Foram plantadas 19 espécies, entre elas: alecrim, acerola, amoreira, artemísia, boldo-de-jardim, babosa, boldo-rasteiro, capim-santo, feijão-borboleta, hortelã, malva-do-reino, malva-corama, mastruz, manjerição, ora-pro-nóbis e terramicina. O uso dessas plantas faz parte de uma prática milenar de utilização de recursos naturais para o cuidado com a saúde. Dentre as espécies cultivadas no jardim, seis fazem parte da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (ReniSUS), lançada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

Entre elas, estão o *Aloe vera* (babosa) conhecido por suas propriedades cicatrizantes e no alívio de dores estomacais (Campos *et al.*, 2021); a *Kalanchoe pinnata* empregada no tratamento de gastrites e inflamações (Manosso *et al.*, 2021); a *Mentha villosa* indicada para problemas digestivos e respiratórios (Silva; Muller; Oliveira, 2025); o *Plectranthus barbatus* Andrews utilizado popularmente no tratamento de problemas digestivos (Silva; Leone; Cella, 2022); o *Chenopodium ambrosioides* L. reconhecido pelo seu potencial antiinflamatório e cicatrizante (Kola-Mustapha *et al.*, 2020) e a *Eugenia uniflora* usada no tratamento de problemas intestinais e hipertensão (Santos *et al.*, 2023). A inclusão dessas espécies na ReniSUS garante que elas atendam aos critérios de eficácia e segurança para uso no SUS, evidenciando a importância de seu cultivo e uso em espaços como o jardim medicinal.

Nesse sentido, a visita ao jardim medicinal do Baixo das Palmeiras foi uma experiência muito rica. Ela nos permitiu entender, na prática, como as plantas podem ser usadas de forma terapêutica. A troca de saberes com outros profissionais de saúde foi especialmente valiosa — cada conversa trouxe um novo aprendizado. Ficou claro que cultivar essas plantas não é só uma questão de tradição, mas também uma forma de promover saúde. Nesse contexto, o trabalho no jardim não só facilitou o aprendizado sobre o uso terapêutico das plantas, mas também mostrou uma forma prática de educação em saúde. Conforme Fittipald; O'Dwyer; Henriques (2021), tal prática promove a construção compartilhada do conhecimento e o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos no cuidado de sua própria saúde.

Além disso, o esforço em conjunto para a implantação do jardim favoreceu um ciclo contínuo de aprendizado, criando um ambiente propício à troca de experiências entre os residentes e os demais envolvidos. Essa construção compartilhada do saber reforça a relevância

da educação permanente. De acordo com Da Silva *et al.* (2020), esse tipo de educação é essencial, pois possibilita o aprimoramento, a atualização e o aperfeiçoamento dos saberes, que serão posteriormente aplicados em prática. Esse processo de vivência e aprendizagem contínua possibilitou a ampliação do conhecimento sobre o cultivo das espécies adequadas, suas propriedades terapêuticas, formas de uso e partes utilizadas, contribuindo para a evolução das práticas de cuidado.

A atenção e o cuidado dedicado às plantas trouxeram benefícios significativos aos residentes, tanto no aspecto físico quanto emocional. O tempo destinado ao jardim era integralmente voltado para o cuidado com as plantas e para a expectativa de transformação do espaço ao longo dos meses. Desse modo, o jardim tornou-se um verdadeiro refúgio, no qual as preocupações com as demais demandas da Residência cediam lugar a momentos de descontração, bem-estar e fortalecimento do vínculo dos residentes com o ambiente.

Contudo, apesar dos resultados positivos alcançados, o projeto apresentou algumas limitações, especialmente em relação ao período do ano em que as mudas foram plantadas. Como o plantio ocorreu em um período de seca e altas temperaturas na região, algumas delas acabaram morrendo. Além disso, devido ao período de férias dos residentes e da preceptora, as plantas ficavam por longos períodos do dia sem irrigação, o que pode ter comprometido o desenvolvimento ideal de algumas espécies. Diante disso, estudos futuros devem focar no engajamento de novos residentes na manutenção, ampliação e acompanhamento da evolução do jardim ao longo do tempo, assim como também na formação de novos profissionais que possam replicar projetos semelhantes em outros cenários de prática da RMSC, como as Unidades Básicas de Saúde.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de experiência conseguiu abordar todas as etapas da construção do Jardim Medicinal no NIAS, desde a sua idealização até a implantação. Diante do exposto, notou-se a importante contribuição de uma fonte inspiradora inicial, no caso, a visita a um jardim medicinal já existente em uma unidade de saúde de uma comunidade bastante engajada, onde foi possível visualizar os frutos de uma construção coletiva, além de ricas trocas de experiências e saberes. Também vale ressaltar a importância de todo o trabalho em equipe aqui mencionado. Esse trabalho em conjunto, além de fortalecer vínculos, criou um espaço que favoreceu a busca de aprendizados e troca de experiências entre os residentes e demais envolvidos.

Espera-se que os próximos residentes inseridos no NIAS, bem como demais acadêmicos e a comunidade em geral, acolham com entusiasmo a proposta do jardim medicinal, reconhecendo

nele uma oportunidade de reconexão com saberes tradicionais e práticas naturais de cuidado com a saúde. Acredita-se que, ao visitar e utilizar o espaço, a comunidade possa valorizar ainda mais o uso consciente das plantas medicinais e fortalecer o vínculo com a natureza. Com o mesmo cuidado, foi elaborada uma cartilha informativa, pensada com carinho e responsabilidade, contendo orientações claras e acessíveis para que todos possam usufruir dos benefícios dessas plantas de maneira segura. Que este projeto inspire interesse, desperte curiosidade e fortaleça o compromisso coletivo, contribuindo para a promoção da saúde e o fortalecimento da educação ambiental.

## REFERÊNCIAS

BADKE, M. R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem. Santa Maria, RS.** 96 f. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7310>. Acesso em: abril, 2025.

BARROS, N. F.; CARNEVALE, R. C. Modelagem Farmácias Vivas-Jardins terapêuticos para implantação em Serviços de Atenção Primária à Saúde no SUS. **Revista Fitos**, v. 16, n. 3, p. 357–359, 2022. DOI: 10.32712/2446-4775.2022.1476.

BORELLA, J. C.; BARBOSA, D. V.; DA SILVA, L. O. Farmácias Vivas: instrumento para viabilização da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão narrativa. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, v. 5, n. 1, p. 278–295, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: abril, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (ReniSUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/plantas-medicinais-e-fitoterapicos/plantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sus>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_fitoterapicos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf). Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CAMPOS, A. G. *et al.* Survey of Medicinal plants used by residents of the Santo Antônio da Fartura settlement, Campo Verde - MT. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e179101522876, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22876.

DA SILVA, R. P. *et al.* A importância da educação permanente em saúde no âmbito da atenção primária: revisão integrativa. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 10, n. 59, p. 4398–4407, 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4398-4407.

DRESCH, R. R.; CARVALHO, J. G. de. Análise dos Programas de Fitoterapia e de Farmácias Vivas no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Fitos**, v. 15, supl. 1, p. 22–34, 2021.

FAGUNDES, L. S. *et al.* Jardim de ervas medicinais: mutirão de implementação. **Cadernos de Agroecologia**, v. 19, n. 1, 2024.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25 e200806.

FIRMO, W. D. C. A. *et al.* Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. **Cadernos de Pesquisa**, n. 29, 2012.

FONTENELE, R. P. *et al.* Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2385–2394, 2013.

HARAGUCHI, L. M. M. *et al.* Impacto da capacitação de profissionais da rede pública de saúde de São Paulo na prática da fitoterapia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, e016, 2020.

KOLA-MUSTAPHA, A. T. *et al.* Design, formulation and evaluation of *Chasmanthera dependens* Hochst and *Chenopodium ambrosioides* Linn based gel for its analgesic and anti-inflammatory activities. **Heliyon**, v. 6, n. 9, p. e04894, 2020. DOI: 10.1016/j.heliyon.2020.e04894.

LEITE, P. M.; CAMARGOS, L. M.; CASTILHO, R. O. Recent progress in phytotherapy: A Brazilian perspective. **European Journal of Integrative Medicine**, v. 41, p. 101270, 2021.

MANOSSO, F. *et al.* Levantamento etnobotânico de plantas medicinais no município de Campo Novo do Parecis - MT. **Revista Brasileira de Agropecuária Sustentável**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 349–365, 2021. DOI: 10.21206/rbas.v11i1.12841.

MONTEIRO, G. B. D. M.; PESSOA, B. H. S. **Sowing health: growing a medicinal garden in Primary Care, an experience report**. [S. l.]: [s. n.], 2022.

RANDAL, V. B.; *et al.* Farmácia da natureza: um modelo eficiente de Farmácia Viva. **Revista Fitos**, v. 10, n. 1, p. 73–76, 2016.

SANTOS, M. I. *et al.* Perfil da Pastoral da Saúde do Município de Moju, Estado do Pará, e o Levantamento Etnobotânico de Plantas Medicinais. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**; [S. l.], v. 27, n. 3, p. 314–320, 2024. DOI: 10.17921/1415-6938.2023v27n3p314-320.

SILVA, A. S.; MULLER, T. S.; OLIVEIRA, G. L. Fitoterapia Popular da Comunidade Rural Juerana, Caravelas, Bahia, Brasil. **FLOVET - Boletim do Grupo de Pesquisa da Flora, Vegetação e Etnobotânica**, [S. l.], v. 3, n. 14, p. e2025001, 2025. DOI:10.59621/flovet.2025.v3.n14.e2025001.

SILVA, Z. G.; LEONE, F. R.; CELLA, W. Conhecimento etnobotânico sobre plantas medicinais utilizadas por moradores de um município ribeirinho no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 1, p, 1-12, 2022.

# CAPÍTULO XIII

## PODCAST COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-13

**Fábio Angelo do Carmo**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1580545293908124>

**Graziely Ingrid da Silva Santos**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8060790811946632>

**Luana Almeida Gurgel**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1880396122732031>

**Beatriz de Castro Magalhães**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Iguatu - Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6996058872264945>

**Francisco Elizauo de Brito Junior**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5111642686218142>

**Lindaiane Bezerra Rodrigues Dantas**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0395579865939862>

**Tatianny Alves França**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0282634923020245>

## RESUMO

**Introdução:** O podcast é um recurso acessível e de fácil aplicação. Quando produzido de forma sistemática, contribui para a educação e divulgação em saúde. **Objetivo:** Descrever a experiência da produção de um podcast em uma comunidade do interior do Ceará e apresentar a metodologia utilizada. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa e descritiva. A produção e as gravações ocorreram entre abril e junho de 2024, em uma rádio. Para a gravação, foram utilizados os microfones e o computador da rádio. A edição foi realizada no software gratuito Audacity e os episódios foram publicados na plataforma audio.com. O processo incluiu reuniões para definição de temas, discussão de estudos, escolha de convidados, gravação e publicação dos áudios. **Resultados:** Foram produzidos quatro episódios com as seguintes temáticas: resgate histórico do Sistema Único de Saúde, participação e controle social, violência contra as mulheres e georreferenciamento dos quintais medicinais. O uso do podcast como ferramenta educativa promoveu benefícios para os organizadores, que ampliaram seus conhecimentos e habilidades, e para os ouvintes, que acessaram informações relevantes. **Considerações finais:** Para o residente pesquisador, o processo de produção, embora cansativo, foi proveitoso e gratificante, permitindo inovar na rotina de trabalho, explorar o uso de tecnologias digitais e divulgar temas relacionados à Saúde Coletiva.

**Palavras-chave:** Podcast; Saúde Coletiva; Comunidade; Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The podcast is an accessible and easy-to-use tool. When produced systematically, it contributes to health education and information dissemination. **Objective:** To describe the experience of producing a podcast in a community in the interior of Ceará, Brazil, and to present the methodology used. **Methods:** This is a qualitative and descriptive experience report. The production and recordings took place between April and June 2024, in a local radio station. Microphones and a computer from the station were used for recording. Editing was done using the free software Audacity, and the episodes were published on the platform audio.com. The process included meetings to define topics, study discussions, guest selection, recording, and audio publication. **Results:** Four episodes were produced, covering the following topics: historical overview of the Unified Health System (SUS), social participation and control, violence against women, and georeferencing of medicinal home gardens. The use of the podcast as an educational tool provided benefits for the organizers, who expanded their knowledge and skills, and for listeners, who accessed relevant information. **Final considerations:** For the resident researcher, the production process, although tiring, was rewarding and enriching, allowing innovation in work routines, exploration of digital technologies, and dissemination of topics related to Collective Health.

**Keywords:** Podcast; Collective Health; Community; Health Education.

## 1. INTRODUÇÃO

O podcast é um instrumento inovador de custo acessível e fácil aplicação. Quando produzido de maneira sistemática, tem relevância social, facilitando o método educativo e a propagação de informações sobre saúde, agindo como um impulsionador para mudança comportamental, perda de peso, satisfação e interação social (Amador *et al.*, 2024). Da mesma forma, entre os aspectos positivos, é possível citar o fácil uso em dispositivos móveis, possibilidade de utilização em tempo integral, permitindo repetições conforme desejado, linguagem acessível ao público-alvo e preservação da imagem do participante, uma vez que utiliza somente áudio (Leite *et al.*, 2022).

No ensino superior, o podcast tem se consolidado como uma ferramenta cada vez mais utilizada para a disseminação de conteúdos científicos. Em um estudo com estudantes de medicina, Oliveira; Caldato e Carneiro (2024) observaram que os alunos consideraram o podcast um recurso relevante para o aprendizado de temas específicos, com aumento no percentual de acertos em testes após a escuta dos episódios. No entanto, conforme apontam Amador *et al.* (2024), ainda existem lacunas no uso do podcast como ferramenta de educação em saúde, uma vez que os métodos de elaboração desses materiais permanecem pouco investigados.

O uso dessa tecnologia no espaço universitário indica potencial para o percurso acadêmico dos estudantes. Contudo, é necessário superar alguns desafios para aprimorar esse meio de comunicação voltado ao ensino. (Oliveira; Caldato; Carneiro, 2024). É importante aumentar a construção e o uso do podcast como recurso pedagógico que contribui na aproximação de conhecimentos para empoderamento das pessoas envolvidas, desencadeando novas formas e novos meios de promoção em saúde (Muniz *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, enquanto pós-graduação que visa o ensino em serviço para a comunidade, se destaca por requerer e, ao mesmo tempo, estimular habilidades criativas no processo de educação popular em saúde. Nesse contexto, o uso de ferramentas inovadoras se torna essencial para promover o acesso à informação e fortalecer práticas educativas. Mediante o exposto, convém destacar a relevância do uso do podcast como estratégia na promoção da saúde coletiva, atuando como um meio de educação sobre aspectos relacionados à saúde. Com isso, o objetivo deste estudo é descrever a experiência da produção de um podcast em uma comunidade local de uma cidade do interior do Ceará e apresentar a metodologia utilizada para sua produção e publicação em plataformas de compartilhamento de áudios.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa e descritiva, um estudo que informa a vivência acadêmica e profissional cujo o principal objetivo é a descrição de uma intervenção (Mussi; Flores; Almeida, 2021). De acordo com a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas de caráter exclusivamente acadêmico e que não envolvem riscos aos participantes, este estudo não requer aprovação por um comitê de ética (Brasil, 2016).

A ideia inicial surgiu durante a disciplina de Participação e Controle Social de uma Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, cuja atividade obrigatória era a produção de algo relacionado ao tema. A decisão foi impulsionada pela necessidade de compartilhar informações sobre saúde e em virtude do interesse e desejo pessoal em utilizar instrumentos tecnológicos como ferramenta de trabalho, pois é um recurso amplamente usado para consumo próprio e para a aprendizagem de novos conhecimentos em diversas áreas.

A produção e as gravações foram realizadas ao longo de aproximadamente três meses, com início em abril e a gravação do último episódio em junho de 2024, em uma rádio comunitária da cidade de Crato – CE.

As gravações foram inicialmente realizadas por dez residentes em Saúde Coletiva. No entanto, após a conclusão da disciplina de Participação e Controle Social, o grupo foi reduzido para sete participantes, pois o número de residentes alocados no serviço em que o projeto foi desenvolvido era menor. Os outros três residentes já estavam atuando em outros campos de trabalho, o que dificultava o deslocamento para participar das gravações dos episódios seguintes. Os residentes pertenciam a diferentes categorias profissionais: biologia, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia e nutrição. A produção contou com o suporte de um dos responsáveis pela Rádio.

Os entrevistados foram selecionados com base na relação com a temática abordada e na disponibilidade para contribuir com conhecimentos relevantes. Entre os participantes, incluíram-se profissionais do meio acadêmico, como a enfermeira de referência da comunidade e o coordenador da Comissão de Residência em Área Profissional da Saúde. Além disso, foram entrevistados um conselheiro de saúde e um líder comunitário que manifestava desejo de integrar o conselho municipal de saúde.

Os roteiros foram elaborados de forma individualizada para cada temática abordada, sem a adoção de um modelo pré-definido para todas as entrevistas. Além disso, os roteiros previamente estruturados podiam ser ajustados conforme necessário durante as gravações. Para

a gravação, foram utilizados os microfones e o computador da rádio. A edição foi realizada no software gratuito Audacity, e o podcast foi publicado na plataforma audio.com, um serviço gratuito de compartilhamento de áudio. Como os residentes não possuíam conhecimento prévio em edição de áudio, precisaram estudar sobre o assunto por meio de tutoriais na plataforma YouTube.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

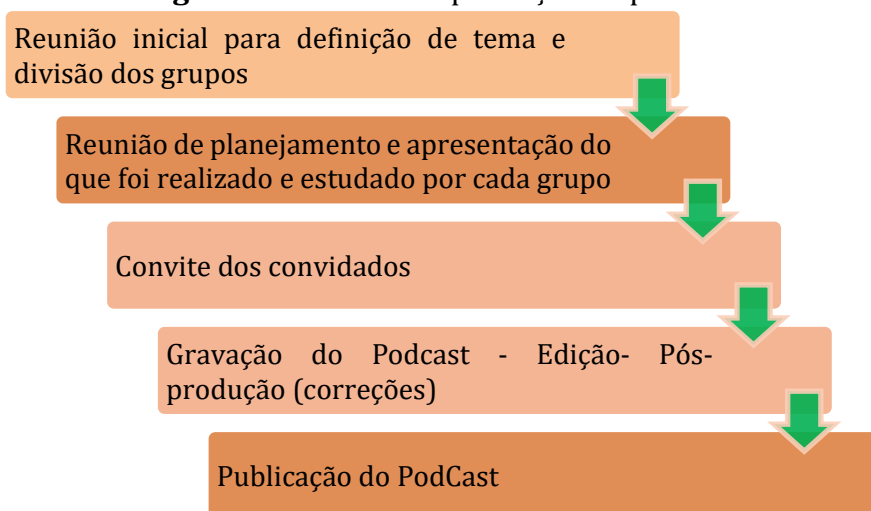
#### **3.1. APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

A experiência se caracteriza pela criação e produção de um podcast, o que envolveu planejamento e elaboração, incluindo reuniões para definição de tema, discussões sobre os estudos relacionados, escolha dos convidados, gravação e publicação dos áudios, como ilustrado na Figura 1. Nesse contexto, a organização das atividades resultou na formação de três grupos: produção, roteiristas e edição. Os grupos apresentaram variação no número de participantes, sendo formados de acordo com a afinidade dos residentes e as necessidades específicas de cada tema.

A equipe de produção ficou designada para organizar a logística da gravação, entrando em contato com o responsável pela rádio, agendando o dia e horário para a gravação e convidando os participantes, os quais foram: I) episódio 1 – participação de residentes em Saúde Coletiva; II) episódio 2 – um líder comunitário e um conselheiro de saúde; III) episódio 3 – participação de uma enfermeira da comunidade; e IV) episódio 4 – participação do professor orientador da pesquisa de georreferenciamento dos quintais medicinais.

Com relação à equipe de roteiristas, ficou encarregada de elaborar o roteiro e pesquisar sobre os temas abordados, estruturando-os em tópicos lógicos e sequenciais para conduzir as entrevistas com os convidados e promover o debate sobre o assunto do episódio e a equipe de edição ficou responsável por organizar os áudios na edição e publicação na plataforma.

**Figura 1.** Processo de produção do podcast.



Fonte: Autores, 2025.

Quanto à produção do podcast, foi utilizada uma trilha sonora no ritmo de Maracatu, produzida por moradores locais da comunidade. Essa música foi incorporada tanto na abertura quanto no encerramento do episódio, destacando a importância de valorizar e considerar os artistas da própria comunidade, valorizando sua contribuição cultural.

No que se refere aos episódios, foram produzidos quatro. Nos episódios 1 e 2, que abordaram o resgate histórico do Sistema Único de Saúde e da participação e controle social, o roteiro incluiu os seguintes pontos: boas-vindas, contextualização sobre a reforma sanitária, convite à permanência na audiência, apresentação dos residentes, contextualização sobre participação popular e perguntas aos convidados.

Já no episódio 3, que abordou a pesquisa de doutorado da enfermeira da comunidade sobre violência contra a mulher, desenvolvida na própria comunidade, o roteiro contemplou os seguintes aspectos: apresentação, boas-vindas, contextualização sobre a relevância do tema, objetivos da pesquisa, etapas do estudo e sua importância para o empoderamento da comunidade no enfrentamento da violência contra a mulher. Outrossim, foi possível a produção de uma vinheta informativa sobre a violência contra as mulheres.

O episódio 4 explanou sobre o georreferenciamento dos quintais medicinais da comunidade — técnica que utiliza ferramentas como o Google Maps para a territorialização e mapeamento da localização desses espaços. Durante a discussão, o convidado apresentou a pesquisa em andamento e ressaltou a importância de valorizar os saberes e conhecimentos tradicionais transmitidos entre famílias e membros da comunidade. O resumo dos episódios gravados está descrito no quadro 1.

**Quadro 1.** Planejamento dos episódios do podcast.

<b>Episódios gravados</b>			
<b>Tema</b>	<b>Justificativa para o tema</b>	<b>Participante</b>	<b>Período</b>
Resgate histórico do Sistema Único de Saúde	Associado à disciplina Participação e Controle Social	Residentes em Saúde Coletiva e responsável da Rádio Literária	Abril e maio
Participação e controle social	Associado à disciplina Participação e Controle Social	Residentes em Saúde Coletiva, Convidados: representante do Conselho de saúde e o líder da comunidade	Abril e maio
Violência contra as mulheres	Proposta da enfermeira da comunidade para promover a divulgação de sua pesquisa, que também foi desenvolvida na comunidade	Residentes em Saúde Coletiva, responsável da Rádio Literária, Convidada: Enfermeira pesquisadora e atuante na atenção Básica.	Mai e junho
Georreferenciamento dos quintais medicinais	Apresentação da pesquisa sobre georreferenciamento dos quintais medicinais da comunidade	Residentes em Saúde Coletiva, responsável da Rádio Literária, Convidado: Tutor/preceptor e coordenador da Comissão de Residência em Área Profissional da Saúde	Junho e agosto

Fonte: Autores, 2025.

A produção do podcast foi essencial para a formação educacional dos residentes, uma vez que os temas envolvidos são pertinentes à residência em saúde coletiva. Essa iniciativa proporcionou um aprofundamento nos estudos e na compreensão dos assuntos, promovendo a ampliação do conhecimento e a aplicação prática, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades em comunicação e expressão, fundamentais para a prática profissional. Segundo Fernandes *et al.* (2023) essa ferramenta é promissora, sendo utilizada de maneira complementar ao ensino tradicional.

Somado a isso, o planejamento e gravação do podcast, despertaram nos residentes a reflexão sobre a importância de utilizar uma linguagem e comunicação acessíveis à comunidade. Isso foi potencializado pelo fato de os facilitadores já conhecerem previamente a maior parte da população dessa comunidade, uma vez que, no início de suas atividades, foram realizadas algumas visitas domiciliares para ação educativa, permitindo um maior contato com a realidade e a cultura local.

Grings; Motta e Trindade (2023) contribuem com essas reflexões destacando que o podcast de um grupo de estudos gerou maior disseminação do conhecimento e maior engajamento e

discussões em grupo e, portanto, podendo ser visto como uma potente ferramenta de ensino (Grings; Motta; Trindade, 2023).

Fica evidente que a proposta desse projeto, fez com que os residentes se aproximassem mais da educação e comunicação popular em saúde. O uso de recursos da própria comunidade na execução do podcast mostra o potencial da população, pois a rádio literária foi fruto da luta dos seus líderes. Utilizar esses recursos proveniente da comunidade e para a comunidade é bastante simbólico e estimula os residentes a desenvolverem as competências de defesa de direitos e luta por causas sociais, tão importantes no contexto de saúde coletiva.

Ressalta-se que o líder da comunidade que participou do podcast já possuía interesse sobre o conselho local e municipal de saúde e após a participação e a discussão acerca do assunto com os residentes, ele se candidatou e foi escolhido como um dos conselheiros municipais de saúde. Para os residentes, foi significativo contribuir para o incentivo a uma ação tão relevante, estimulando-o a dar continuidade às suas iniciativas de liderança, bem como foi possível debater sobre a importância de se considerar a criação de um conselho local de saúde na própria comunidade.

Convém mencionar o vínculo estabelecido com a ACS da comunidade, que demonstrava grande engajamento e afeto pela comunidade local. Ela apresentou e integrou cada residente com muita afeição e disposição para contribuir com o desenvolvimento de todas as ações. Seu envolvimento facilitou o processo de planejamento, criação e gravação do podcast, tornando-o mais leve.

Para a continuidade do podcast, é essencial manter um diálogo aberto com a comunidade, a fim de identificar assuntos relevantes e alinhados aos interesses dos moradores locais. Ademais, o responsável pela rádio expressou grande interesse em manter o podcast ativo e em andamento.

Considerando as potencialidades existentes, foi possível identificar no grupo de residentes diversas habilidades que perpassam suas categorias profissionais. Destacam-se, por exemplo, a oratória, a desenvoltura para improvisos durante as explicações e a habilidade em edição de áudio, ficou evidente também a capacidade de escrita dos textos com clareza e objetividade, o que contribuiu significativamente para a organização e estruturação do conteúdo abordado.

O podcast não só permitiu aos participantes aprofundar seus estudos em temas relacionados à saúde, mas também proporcionou o desenvolvimento de competências no uso de tecnologias digitais, sendo possível agregar valor à formação ao explorar ferramentas que ampliam a divulgação de informações para a comunidade, promovendo a educação em saúde. Um estudo realizado no Crato apresentou como resultado que poucos profissionais usam as

Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na estratégia de saúde da família, porém afirmam que favorecem a atualização na busca por conhecimento (Mota *et al.*, 2018).

Quanto ao formato do podcast, estruturado como um bate-papo e entrevistas entre os residentes e os convidados, proporcionou um dinamismo, tornando o momento mais espontâneo. As entrevistas e conversas informais mostram-se como a escolha favorita dos ouvintes, evidenciando o seu interesse pelo debate, o que contribui para captar e manter a sua atenção (Filgueira; Bevilaqua, 2021).

Tendo em vista esses aspectos, a ajuda de um integrante da equipe organizadora da rádio foi imprescindível para a gravação dos episódios, pois ele dominava o uso dos microfones e dos softwares de gravação. Isso foi importante porque a equipe de residentes responsável pela edição do áudio não possuía experiência.

O objetivo de criar o podcast com conteúdo importantes e atuais foi atingido apesar de necessitar de uma ampliação da divulgação dos podcast. Contudo, é relevante apontar que um ponto de atenção foi a duração dos episódios, que apresentou variações significativas, algumas tiveram duração de cerca de 16 minutos e outras se aproximaram de 60 minutos. Nesse contexto, episódios de menor duração mostram-se mais viáveis, pois exigem menos tempo de atenção por parte dos ouvintes.

Ainda sobre os pontos de atenção, em alguns momentos houve dificuldade na edição dos episódios, pois a edição foi realizada durante os fins de semana, superando a carga horária total da residência. No período de produção do podcast, a semana padrão foi repleta de atividades nos ambientes de estágio, o que impossibilitou a realização da edição nesse período. Soma-se a isso uma necessidade de dedicar tempo ao aprendizado do uso de programas de edição, bem como aos estudos necessários para editar.

Durante o processo de desenvolvimento do podcast, os profissionais residentes envolveram-se na escolha dos temas que foram trabalhados no campo, permitindo uma aproximação com a comunidade e assim criando um futuro espaço para discussão e vínculo. A cada etapa, tais como planejamento, roteiro, gravação e edição, surgiam desafios e aprendizados. Foi necessário adaptar a linguagem técnica para um formato acessível, mantendo a qualidade das informações, para assim gerar um engajamento dos ouvintes. Ao longo das gravações, percebeu-se o impacto da comunicação clara e empática, especialmente ao abordar temas sensíveis, como violência contra a mulher.

A proposta mostrou o potencial das plataformas digitais para alcançar públicos diversos e levar informações sobre saúde de forma mais inclusiva, fortalecendo a educação em saúde na promoção do bem-estar coletivo e ampliando as habilidades dos profissionais. O uso do podcast

como ferramenta de educação em saúde mostrou-se eficiente e inclusivo, tanto para os mais jovens quanto para as pessoas idosas, por ser algo facilmente inserido durante o dia a dia, assim como pela presença de uma rádio comunitária. Além disso, em alguns episódios, foi necessário adaptar a abordagem para garantir que os ouvintes compreendessem e se interessassem pelo conteúdo apresentado, o que incentivou os apresentadores a aprimorarem suas habilidades de comunicação voltadas para o público não acadêmico

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o uso do podcast é uma ferramenta que pode potencializar a educação em saúde, oferecendo benefícios tanto para os organizadores, que ampliam seus conhecimentos no processo de criação e aprimoram suas habilidades, quanto para os ouvintes, que têm acesso a informações relevantes. Para melhores resultados, é fundamental conhecer a comunidade, analisar o ambiente e utilizar as ferramentas disponíveis, sempre promovendo e incentivando a cultura local. Ademais, para o residente pesquisador, o processo de produção, embora cansativo, foi proveitoso e gratificante, pois os residentes saíram da rotina de trabalho e inovaram, em especial, foi possível explorar uma atividade de interesse relacionada ao uso de tecnologias digitais e associá-la à divulgação de assuntos ligados à Saúde Coletiva.

#### REFERÊNCIAS

AMADOR, F. L. D. *et al.* Use of podcasts for health education: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 1, p. e20230096, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Estabelece normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 10 jul. 2025.

FERNANDES, C. A. DA S. *et al.* Podcasts as an integral part of free open access medical education. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 1, p. e008, 2023.

FIGUEIRA, A. C. P.; BEVILAQUA, D. V. Podcasts de divulgação científica: levantamento exploratório dos formatos de programas brasileiros. **RECIIS**, [S. l.], v. 16, n. 1, 2022. DOI: 10.29397/reciis.v16i1.2427.

GRINGS, C.; MOTTA, E.; TRINDADE, M. T. A produção de podcasts em projeto de extensão: Um relato de experiência. **REVISTA FOCO**, v. 16, n. 8, p. e2800-e2800, 2023.

LEITE, P. L. *et al.* Construção e validação de podcast para educação em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, n. spe, p. e3706, 2022.

MOTA, D. de N. *et al.* Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. **Journal of Health Informatics**, v. 10, n. 2, 2018.

MUNIZ, R. A. A. *et al.* Construção e validação de podcast com conteúdo educacional em saúde com participação ativa de acadêmicos de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e49410313646-e49410313646, 2021.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista práxis educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

OLIVEIRA, M. H. R. DE.; CALDATO, M. C. F.; CARNEIRO, C. C. M. O podcast como ferramenta para o ensino em saúde do idoso na graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 3, p. e060, 2024.

# CAPÍTULO XIV

## REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DE INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADE FAMILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA DISCUSSÃO MULTIPROFISSIONAL

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-14

**Aldyanne de Brito Freire**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2095804048520160>

**Amanda Duarte Pereira Soares**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8754700684145317>

**Irineu Ferreira da Silva Neto**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0067081327156163>

**Roberta Larissa Rolim Fidelis**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0067081327156163>

**Viviane Bezerra da Silva**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8722844622066713>

**Verônica Gomes de Lima**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5174793083629327>

**Wanessa Alves Moreira**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/7187407768562233>

**Patrícia Pereira Tavares de Alcantara**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<https://lattes.cnpq.br/7221408382609260>

## RESUMO

**Introdução:** A vulnerabilidade familiar é um fenômeno multifacetado que engloba aspectos socioeconômicos e clínicos, impactando o acesso a recursos essenciais e a qualidade de vida, sendo essencial instrumentos que mensurem adequadamente o seu nível. **Objetivo:** Relatar a experiência de profissionais de saúde residentes no processo participativo de discussão acerca da atualização de uma planilha de classificação de vulnerabilidade socioeconômica e clínica de famílias. **Método:** Relato de experiência de profissionais de saúde residentes em uma reunião técnica realizada em março de 2025. O processo ocorreu em duas etapas: identificação das fragilidades da versão anterior e discussão interdisciplinar para ajustes nos critérios. **Resultados:** Durante a reunião, foram analisadas as principais fragilidades da planilha já desenvolvida, identificadas novas variáveis a serem incorporadas e ajustadas as pontuações dos itens. A discussão considerou tanto os conhecimentos teóricos dos profissionais quanto a experiência prática na aplicação da classificação de vulnerabilidade. O processo buscou garantir que os critérios fossem mais precisos e sensíveis à realidade dos territórios atendidos, através do debate dos impactos dessas mudanças na identificação das famílias em situação de maior vulnerabilidade. **Considerações finais:** A efetividade da nova versão depende da capacitação profissional e do compromisso institucional com a implementação das mudanças, evitando que o aprimoramento se limite a uma melhor classificação sem impacto real na redução das desigualdades.

**Palavras-chave:** Fragilidades; Vigilância em Saúde; Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

**Introduction:** Family vulnerability is a multifaceted phenomenon that encompasses socioeconomic and clinical aspects, impacting access to essential resources and quality of life, and instruments that adequately measure its level are essential. **Objective:** To report the experience of resident health professionals in the participatory discussion process about updating a spreadsheet for classifying socioeconomic and clinical vulnerability of families. **Method:** Report on the experience of resident health professionals in a technical meeting held in March 2025. The process occurred in two stages: identification of weaknesses in the previous version and interdisciplinary discussion to adjust the criteria. **Results:** During the meeting, the main weaknesses of the previously developed spreadsheet were analyzed, new variables to be incorporated were identified, and the scores of the items were adjusted. The discussion considered both the theoretical knowledge of the professionals and their practical experience in applying the vulnerability classification. The process sought to ensure that the criteria were more precise and sensitive to the reality of the territories served, through the debate of the impacts of these changes in the identification of families in situations of greater vulnerability. **Final considerations:** The effectiveness of the new version depends on professional training and institutional commitment to implementing the changes, preventing improvements from being limited to a better classification without a real impact on reducing inequalities.

**Keywords:** Vulnerabilities; Health Surveillance; Collective Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade, de forma geral, refere-se à exposição de indivíduos ou grupos a riscos que comprometem seu bem-estar e segurança. No contexto socioeconômico, essa fragilidade se expressa na dificuldade de acesso a recursos essenciais, como moradia, educação e renda, aumentando a suscetibilidade à pobreza e à exclusão social (Carmo; Guizardi, 2018). Já a vulnerabilidade clínica está relacionada às condições de saúde, abrangendo limitações físicas, doenças crônicas e barreiras no acesso a cuidados multiprofissionais adequados. Quando combinadas, essas dimensões oferecem um panorama mais amplo da vulnerabilidade familiar, uma vez que dificuldades financeiras podem agravar problemas de saúde, enquanto condições clínicas debilitantes podem restringir a inserção no mercado de trabalho, criando um ciclo de fragilidade que afeta todos os membros da família (Dimenstein; Cirilo Neto, 2020; Santos *et al.*, 2024).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a identificação e estratificação da vulnerabilidade familiar são fundamentais para orientar ações que reduzam riscos sociais e sanitários. O uso de ferramentas adequadas permite organizar a oferta de serviços, priorizar intervenções e otimizar recursos, contribuindo para a redução das desigualdades (Calistro *et al.*, 2021). No entanto, a eficácia desses instrumentos depende da escolha adequada dos critérios avaliativos, exigindo revisões periódicas para garantir uma classificação precisa e representativa da realidade das famílias atendidas.

Buscando realizar a classificação de vulnerabilidade de famílias na APS, residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC) da Universidade Regional do Cariri (URCA) desenvolveram um instrumento com tal finalidade no ano de 2025. A partir dele será possível a realização da vigilância em saúde nos mais diversos territórios buscando a realização de um diagnóstico situacional populacional, tendo em vista que o território é vivo e em constante transformação (Rodrigues *et al.*, 2018). No entanto, ao longo do tempo, foram identificadas fragilidades que comprometem sua eficácia, como a subestimação de fatores críticos da vulnerabilidade social e clínica, a presença de variáveis desatualizadas e pouco sensíveis à dinâmica do território e uma distribuição inadequada de pesos e pontuações, o que afeta a precisão da classificação final.

Nesse sentido, torna-se necessário o aprimoramento do instrumento de estratificação de vulnerabilidade familiar, uma vez que esta atualização representará um avanço essencial para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e justas. A adoção de critérios mais sensíveis e representativos amplia a capacidade de resposta dos serviços de saúde, gerando impacto

positivo na qualidade de vida das famílias e fortalecendo a APS como um espaço estratégico para a redução das iniquidades sociais.

Diante desse cenário, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de profissionais de saúde residentes no processo participativo de discussão acerca da atualização da planilha de classificação de vulnerabilidade socioeconômica e clínica visando a inclusão e modificação de variáveis e a redistribuição de pesos de acordo com a realidade.

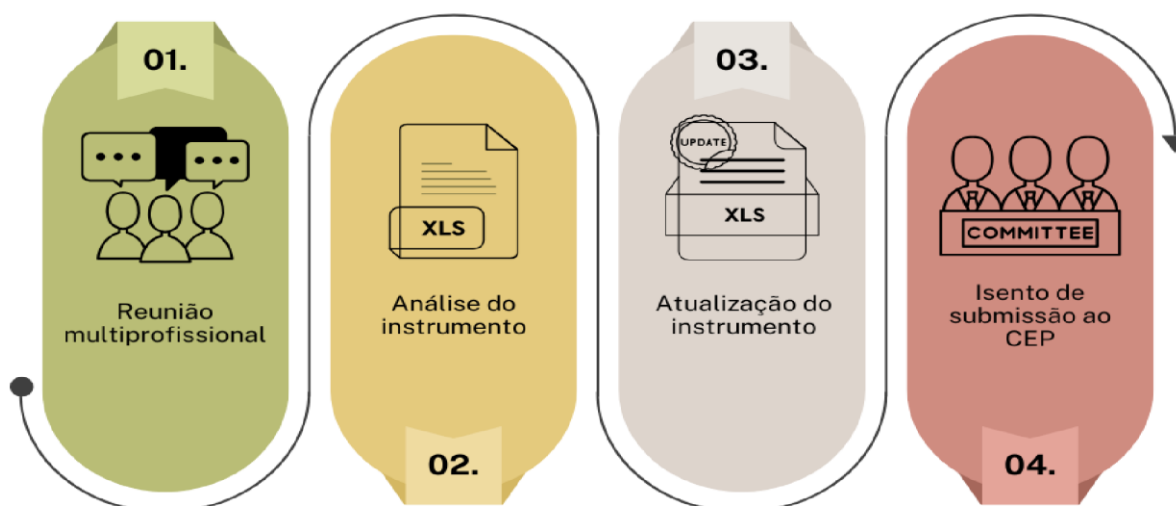
## 2. MÉTODOS

Este estudo configura-se como um relato de experiência, baseado no processo participativo de atualização da planilha de estratificação de vulnerabilidade familiar. A atualização ocorreu em um contexto interdisciplinar, com o objetivo de aprimorar a sensibilidade do instrumento e corrigir fragilidades identificadas na versão anterior.

A metodologia adotada envolveu a organização de uma reunião técnica com profissionais de diferentes áreas da saúde. Durante o encontro, foram analisadas criticamente as variáveis da versão anterior da planilha, considerando sua aplicabilidade prática e a necessidade de ajustes para melhor refletir a realidade socioeconômica e clínica das famílias atendidas. A reunião ocorreu em março de 2025, na URCA, na sala da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU). Participaram do processo seis residentes de Saúde Coletiva e dois coordenadores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, garantindo uma abordagem interdisciplinar na revisão do instrumento.

Por se tratar de um relato de experiência baseado em um processo participativo e sem envolvimento direto de experimentação com seres humanos ou coleta de dados sensíveis, este estudo não requer submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme as diretrizes dispostas na Resolução nº 510 de abril de 2016 (Brasil, 2016). A experiência descrita está fundamentada na análise e melhoria de um instrumento de gestão, sem a exposição de informações individuais ou risco aos participantes.

**Figura 1.** Etapas de realização do estudo.



Fonte: Autores, 2025.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de atualização da planilha foi estruturado em duas etapas principais. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico para levantar fragilidades, analisando a versão anterior da planilha, identificando dificuldades na sua aplicação e revisando as variáveis existentes. Em seguida, uma discussão interdisciplinar ocorreu por meio de uma reunião técnica, na qual foram sugeridas novas variáveis, ajustados os critérios de pontuação e refinados os indicadores de vulnerabilidade.

Participaram da reunião técnica os residentes de Saúde Coletiva das categorias profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Biologia, além de dois coordenadores do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva de categorias profissionais de Nutrição e Fisioterapia.

A discussão sobre a atualização da planilha de estratificação de vulnerabilidade familiar resultou em avanços significativos na qualificação do instrumento. A atualização dos scores foi um ponto central da discussão, redefinindo os pesos atribuídos a diferentes variáveis. Essa revisão da planilha de estratificação considerou a realidade local e as particularidades socioeconômicas e clínicas das famílias, garantindo uma avaliação mais precisa e representativa.

Atribuir pesos às variáveis em um instrumento de classificação de vulnerabilidade é um desafio complexo, pois muitas delas possuem caráter específico e subjetivo. A definição de quais variáveis devem ter maior ou menor pontuação exige um equilíbrio entre critérios técnicos, evidências científicas e a realidade prática dos territórios atendidos. Além disso, fatores como contexto socioeconômico, condições de saúde e dinâmicas familiares podem influenciar de maneira distinta a vulnerabilidade de cada indivíduo ou grupo, tornando difícil estabelecer um

peso universalmente aplicável. A subjetividade envolvida na escolha e hierarquização das variáveis reforça a necessidade de um processo participativo, interdisciplinar e baseado em testes pilotos para garantir maior precisão e aplicabilidade do instrumento.

Nakamura *et al.* (2009) ressaltam a importância de instrumentos capazes de reconhecer vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde, permitindo intervenções mais adequadas nos territórios atendidos. Além disso, a pesquisa de Batista (2014) destaca como a subjetividade dos profissionais envolvidos pode influenciar a avaliação da vulnerabilidade, evidenciando a necessidade de abordagens interdisciplinares e participativas na construção desses instrumentos. Portanto, a definição dos pesos das variáveis deve equilibrar critérios técnicos e científicos com a realidade prática, assegurando que o instrumento reflita de forma precisa as múltiplas dimensões da vulnerabilidade nos diferentes contextos sociais (Schumann; Moura, 2015).

Durante a revisão do instrumento, identificou-se que algumas perguntas eram redundantes, abordando aspectos semelhantes sob diferentes formulações. Para evitar a duplicação da pontuação e uma possível superestimação da vulnerabilidade familiar em um único critério, essas questões foram unificadas em itens mais abrangentes. Caso fossem mantidas separadamente, poderiam levar a uma pontuação inflacionada, classificando algumas famílias como mais vulneráveis do que realmente são apenas devido à repetição de um mesmo fator de risco.

Esse achado dialoga diretamente com o que foi evidenciado no estudo de Souza *et al.* (2023), que, ao validar a Escala de Vulnerabilidade Familiar (EVFAM-BR), destaca a importância de identificar e eliminar redundâncias para assegurar a fidedignidade do instrumento. Ambos os estudos reforçam a premissa de que a qualidade de uma escala está diretamente relacionada à clareza, objetividade e unicidade de seus itens para fim de uso mais ético e eficiente dos recursos no âmbito da atenção primária e obter coerência entre os achados, o que reforça a relevância dessa etapa metodológica no processo de construção e aprimoramento de instrumentos avaliativos na saúde coletiva.

Durante o processo de atualização do instrumento, foram incluídas novas variáveis com base nas atualizações das fichas utilizadas para a coleta de dados. Como a versão anterior da planilha havia sido elaborada há sete anos, tornou-se essencial revisar os critérios à luz das mudanças nas condições sociais, econômicas e de saúde das famílias. No entanto, para garantir a relevância do instrumento, foram selecionadas apenas as variáveis que apresentavam relação direta com fatores de vulnerabilidade, evitando a inclusão de dados que, embora presentes nas fichas, não tivessem impacto significativo na classificação.

O equivalente foi realizado no estudo de Drachler *et al.* (2014), os quais desenvolveram o Índice de Vulnerabilidade Social Aplicado (IVSA-5), que incorporou indicadores atualizados para refletir as desigualdades entre municípios. A análise fatorial exploratória e confirmatória foi utilizada para validar a estrutura do índice, assegurando sua confiabilidade na avaliação da vulnerabilidade social.

No processo de revisão do instrumento, houve dificuldades em classificar algumas perguntas das fichas como indicadores de vulnerabilidade socioeconômica ou clínica, o que gerou intensas discussões entre os participantes. Algumas variáveis, como a presença de crianças, idosos ou gestantes na família, exemplificam essa ambiguidade, pois podem representar tanto uma vulnerabilidade socioeconômica, devido ao maior impacto na renda e na necessidade de cuidados, quanto uma vulnerabilidade clínica, considerando o risco aumentado de agravos à saúde nesses grupos.

Essa dificuldade de classificação é compreensível quando se observa, na literatura, como determinadas condições de vida transitam entre o clínico e o socioeconômico. Tavares *et al.* (2015) demonstram que a fragilidade física em idosos, embora tipicamente clínica, está fortemente associada a determinantes sociais como a viuvez, a baixa renda e o isolamento, reforçando o caráter multifacetado da vulnerabilidade. Da mesma forma, Carvalho *et al.* (2024) destacam que a gravidez, ainda que seja um evento biológico, torna-se uma condição de risco acrescido quando inserida em contextos de pobreza, baixa escolaridade e ausência de rede de apoio.

Diante dessa sobreposição, foi necessário um debate criterioso para definir em qual categoria cada variável seria mais apropriada, garantindo que a pontuação atribuída refletisse de forma equilibrada os diferentes aspectos da vulnerabilidade familiar.

Durante a reunião, foi debatida a possibilidade de unificar as planilhas de vulnerabilidade social e socioeconômica em um único instrumento. No entanto, essa proposta foi descartada, pois manter as planilhas separadas permitiria a realização de estudos mais específicos, analisando de forma isolada a vulnerabilidade social ou clínica, conforme a necessidade. Além disso, a separação possibilitaria uma maior flexibilidade na aplicação dos dados, permitindo tanto avaliações segmentadas quanto a utilização conjunta das duas planilhas para compor um escore total de vulnerabilidade familiar. Dessa forma, a decisão de manter os instrumentos distintos garantiu maior adaptabilidade na análise dos diferentes fatores que impactam a condição das famílias.

Destaca-se que a avaliação distinta das vulnerabilidades social e clínica é essencial para uma compreensão mais precisa das necessidades dos indivíduos, possibilitando a formulação de intervenções em saúde mais eficazes e direcionadas. Essa separação contribui para evitar

generalizações indevidas, reconhecer os diferentes determinantes envolvidos em cada tipo de vulnerabilidade e orientar a elaboração de políticas públicas mais sensíveis, justas e adequadas à realidade dos sujeitos atendidos (Campillay-Campillay *et al.*, 2023).

A presença de profissionais com conhecimento teórico sobre vulnerabilidade e daqueles com experiência prática no território e na aplicação da planilha anterior foi fundamental para a qualidade da discussão. Enquanto o embasamento teórico permitiu a adoção de critérios mais rigorosos e fundamentados, a vivência prática garantiu que o instrumento refletisse as reais condições das famílias atendidas. Essa combinação de saberes possibilitou uma construção mais equilibrada e fiel à realidade, assegurando que a nova versão da planilha fosse não apenas tecnicamente consistente, mas também aplicável e eficaz no contexto dos territórios.

Resultados semelhantes foram encontrados por Pettengill e Angelo (2005), ao analisarem a vulnerabilidade da família. A construção compartilhada do cuidado e o reconhecimento da autonomia das famílias foram apontados como caminhos para mitigar esse sentimento de opressão e fortalecer o protagonismo familiar. Assim como no presente estudo, a articulação entre saberes técnicos e vivências concretas mostrou-se essencial para compreender e enfrentar a vulnerabilidade em sua complexidade.

A interdisciplinaridade desempenhou um papel essencial na revisão da planilha de estratificação da vulnerabilidade familiar, permitindo uma análise mais ampla e aprofundada das variáveis que compõem o instrumento. A participação de profissionais de diferentes áreas da saúde enriqueceu o processo, pois cada especialidade trouxe perspectivas distintas sobre os determinantes sociais e clínicos que influenciam a vulnerabilidade das famílias. Além disso, o trabalho interdisciplinar fortalece a integração entre os profissionais da saúde coletiva, promovendo uma visão holística do cuidado e favorecendo a implementação de estratégias mais eficazes na APS.

Silva (2017) destaca a importância da intersetorialidade como elemento fundamental para a atenção integral a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, ressaltando que a articulação entre diferentes setores potencializa a compreensão dos fatores que influenciam a saúde. Kanno *et al.* (2023) apontam que a colaboração interprofissional na APS é essencial para a implementação eficaz de práticas de cuidado integral.

A atualização da planilha de estratificação de vulnerabilidade familiar não se limitou a um aprimoramento técnico, mas representou um avanço na forma como se compreende e mensura a vulnerabilidade social e clínica. Ao revisar critérios e incluir novas variáveis, o instrumento tornou-se mais sensível às especificidades territoriais e às dinâmicas sociais que frequentemente são negligenciadas em avaliações padronizadas. Como destacado no estudo de Calistro *et al.*

(2021), é justamente esse olhar atento ao território e às singularidades de cada comunidade que fortalece a atuação da Atenção Básica. No entanto, a efetividade dessa reformulação dependerá não apenas da precisão do novo modelo, mas da sua aplicabilidade real no cotidiano dos profissionais de saúde e da sua capacidade de produzir impacto concreto nas políticas de atenção às famílias vulneráveis.

Outro ponto crítico é que, apesar das mudanças tornarem a estratificação mais precisa e representativa, elas não são suficientes para resolver os problemas estruturais que geram e mantêm a vulnerabilidade social. Como Carmo e Guizardi (2018) bem colocam, a vulnerabilidade não pode ser vista apenas como uma condição individual, mas sim como algo que é moldado por relações desiguais de poder, acesso a direitos e oportunidades. Portanto, mais do que um aprimoramento técnico, a atualização deve estar vinculada a estratégias concretas de enfrentamento das iniquidades sociais, garantindo que a classificação da vulnerabilidade não seja apenas um diagnóstico mais preciso, mas um gatilho para ações efetivas.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atualização da planilha de estratificação de vulnerabilidade familiar representa um avanço na identificação e classificação das condições de risco, tornando o instrumento mais sensível às particularidades socioeconômicas, clínicas e territoriais. No entanto, seu real impacto dependerá da capacitação dos profissionais, da qualidade da coleta de dados e, sobretudo, da utilização dessas informações para fundamentar políticas e ações concretas que reduzam as desigualdades. Sem um compromisso institucional com a transformação dessas evidências em estratégias efetivas, o aprimoramento da ferramenta corre o risco de se tornar apenas um refinamento diagnóstico, sem mudanças reais na vida das famílias em situação de vulnerabilidade.

#### REFERÊNCIAS

BATISTA, Raphaella Jardim Ferreira. **Subjetividade e vulnerabilidade: um estudo qualitativo com profissionais psi e assistente social**. 2014. 55 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**. Brasília, 2016.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 3 de março de 2025.

CALISTRO, M. de O. *et al.* Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2141-2148, 2021.

CAMPILLAY-CAMPILLAY, Maggie *et al.* Vulnerabilidad y cuidado desde la perspectiva de enfermería: una revisión integrada de la literatura. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 29, n. 2, p. 219-228, 2023. DOI: 10.4067/S1726-569X2023000200219.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018.

CARVALHO, Fernanda Fernandes de *et al.* APOIO SOCIAL ENTRE PUÉRPERAS DE RISCO: associação com características sociodemográficas e clínicas. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 29, e91561, dez. 2024.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1-17, 2020.

DRACHLER, Maria de Lourdes *et al.* Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 9, p. 3849-3858, set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.12012013>.

KANNO, Natália de Paula *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care from the perspective of implementation science. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00213322, 2023.

NAKAMURA, Eunice *et al.* O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, p. 253-258, 2009.

PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta; ANGELO, Margareth. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 13, n. 6, p. 982-988, dez. 2005.

RODRIGUES, L. M. *et al.* Modelagem Ecosistêmica para Vigilância em Saúde na Atenção Básica. In: **XVII Congresso do COSEMS/CE. Rev Sustentação**. 2018.

SANTOS, G. de S. *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.

SCHUMANN, Livia Rejane Miguel Amaral; MOURA, Leides Baroso Azevedo. Vulnerability synthetic indices: a literature integrative review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2105-2120, 2015.

SILVA, Natália Serafim da. **Integralidade e intersectorialidade no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família**: estudo de caso de um município da região centro sul do estado do Rio de Janeiro. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SOUZA, Evelyn Lima de *et al.* Escala de Vulnerabilidade Familiar: evidências de validade na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 57, n. 3, p. 1-11, 1 dez. 2023. Universidade de São Paulo. Agência de Bibliotecas e Coleções Digitais.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos *et al.* Association of socioeconomic and clinical variables with the state of frailty among older inpatients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1121-1129, dez. 2015.

# CAPÍTULO XV

## TRABALHO MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA EM GRUPOS DE ATIVIDADE FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-15

**Pedro Carlos Silva de Aquino**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5110840012167343>

**Milena Davila Barbosa do Nascimento**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato – Ceará

<https://lattes.cnpq.br/3694827644865666>

**Franciherbenia dos Santos Bezerra**

Secretaria Municipal de Saúde

Crato – Ceará

<https://lattes.cnpq.br/5546990777719538>

**Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2359399936922133>

## RESUMO

**Introdução:** Práticas Corporais/Atividades Físicas (PCAF) é um dos eixos prioritários na Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual pode ser desenvolvida nos serviços do Sistema Único de Saúde, inclusive nos territórios de abrangência das Estratégias Saúde da Família, como uma estratégia de promoção da saúde e de acesso ao lazer. **Objetivo:** Descrever a implantação e o processo de trabalho multiprofissional de residentes em saúde coletiva em grupos de atividade física na Estratégia Saúde na Família. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência. A construção do trabalho deu-se pelo planejamento e implantação de grupos de PCAF realizado entre março/2024 e fevereiro/2025, por dois profissionais residentes em saúde coletiva do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri, num território de duas Estratégias Saúde da Família em Crato-Ceará. **Resultados:** No tocante o processo de trabalho, foi realizado a territorialização, planejamento, implantação e implementação de três grupos PCAF, entre julho/2024 e fevereiro/2025, a qual houve a oferta de atividades físicas; avaliação do estado de saúde; aferição de pressão arterial; educação em saúde com diversas temáticas, conforme as necessidades dos usuários; e atividades de desenvolvimento de vínculo voltado para 40 usuários. **Considerações Finais:** Com a implantação dos grupos, proporcionou aos usuários o acesso e usufruir de outros serviços da unidade de saúde próximo do seu espaço de moradia; serem assistidos por profissionais de outras categorias e adquirir os benefícios da atividade física no lazer para o cuidado com a saúde.

**Palavras-Chave:** Capacitação Profissional; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Body Practices/Physical Activities (PCAF) is one of the priority axes in the National Health Promotion Policy, which can be developed in the services of the Unified Health System, including in the territories covered by the Family Health Strategies, as a strategy for health promotion and access to leisure. **Objective:** To describe the implementation and multi-professional work process of collective health residents in physical activity groups in the Family Health Strategy. **Methodology:** This is a descriptive experience report. The construction of the work took place through the planning and implementation of PCAF groups carried out between March/2024 and February/2025, by two resident professionals in collective health from the Multiprofessional Residency Program in Collective Health of the Regional University of Cariri, in a territory of two Family Health Strategy in Crato-Ceará. **Results:** Regarding the work process, the territorialization, planning, implantation and implementation of three PCAF groups was carried out between July/2024 and February/2025, which saw the offer of physical activities; health status assessment; blood pressure measurement; health education with various themes, according to the needs of the users; and bond development activities aimed at 40 users. **Final Considerations:** With the implementation of the groups, users were able to access and take advantage of other health unit services close to where they live, be assisted by professionals from other categories and acquire the benefits of leisure-time physical activity for health care.

**Keywords:** Professional Training; Health Promotion; Primary Health Care.

## 1. INTRODUÇÃO

Em 2006, o Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, sendo esta revogada e atualizada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, na qual destaca que o Estado brasileiro tem a responsabilidade de ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018).

Esta política visa a promoção da equidade e da melhoria das condições e dos modos de vida, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo as vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2018). Ainda, estabelece eixos norteadores para o planejamento e implementação de intervenções em promoção da saúde, como o eixo das Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF), baseando-se na promoção de ações, aconselhamento e divulgação de PCAF, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos e de acessos aos serviços de saúde e de lazer, considerando a cultura local e incorporando a realização de práticas corporais pelos usuários dos serviços de saúde (Brasil, 2018).

Destaca-se que todos os eixos norteadores de intervenção em promoção da saúde, conforme a PNPS, podem ser realizados por qualquer profissional de saúde, preferivelmente num processo de trabalho multiprofissional, inclusive no eixo de PCAF. Contudo, é comum que tal eixo seja implementado em sua maioria pelos Profissionais de Educação Física atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente inseridos nas equipes do Núcleo de Apoio/Ampliado em Saúde da Família-Atenção Básica (NASF-AB), no Programa Academia da Saúde, dentre outras equipes e serviços especializados ofertados pela esfera de gestão estadual e municipal (Brasil, 2008; Brasil, 2011; Brasil, 2017; Carvalho; Abdalla e Bueno Júnior, 2017).

Independentemente do nível de atenção do serviço de saúde, política e programa público de saúde, se faz necessário que as intervenções em saúde tenham o planejamento, a implementação, a gestão, o monitoramento e a avaliação conduzidas por meio do trabalho multiprofissional.

Neste sentido, a PNPS estabelece a necessidade que as intervenções de promoção da saúde para os indivíduos e as coletividades, estejam alinhados numa perspectiva de trabalho multidisciplinar, articulada entre os diversos atores, integrado e em redes, a qual considere prioritariamente as necessidades em saúde da população de um determinado território (Brasil, 2018).

Diante do exposto, almeja-se das equipes e serviços de saúde, inclusive da Atenção Básica, como as equipes da ESF, o desenvolvimento de ações em promoção da saúde nos territórios e para os usuários do serviço. A partir disso, a PNPS estabelece e mantém uma relação transversal com diversas outras políticas do SUS, inclusive com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017; Brasil, 2018).

Nesta perspectiva, a Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde, possibilita que a população tenha a atenção integral por meio do acesso às ações de promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos (Brasil, 2017).

Com base nisso, espera-se que a equipe da ESF em conjunto com outros profissionais inseridos na Atenção Básica, possam, além das suas atribuições da categoria profissional, assumir responsabilidades e desenvolver os processos de trabalho voltados para o conhecimento do território, a realização da vigilância em saúde e a promoção da saúde, planejamento de estratégias de intervenção e programação de ações, conforme o perfil e as necessidades da comunidade e o contexto local, visando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado (Brasil, 2017).

Conforme as políticas em questão, é fundamental que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas demandas do território de atuação das equipes da Atenção Básica (Brasil, 2017; Brasil, 2018). Desse modo, dentre as temáticas orientadas de igualdade de importância pela PNPS, pode-se ressaltar a necessidade de intervenções relacionadas às PCAF, em territórios que carecem da oferta de serviços de atividades físicas e espaços públicos de lazer. Visto que o SUS, considera a prática de atividade física como componente dos determinantes e condicionantes da saúde dos indivíduos (Brasil, 2013).

Diante disso, o presente estudo visa descrever a implantação e o processo de trabalho multiprofissional de residentes em saúde coletiva em grupos de atividade física na Estratégia Saúde na Família.

## 2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa (Daltro, Faria, 2019; Antunes *et al.*, 2024). A fundamentação metodológica para a construção do relato, seguiu as recomendações definidas e estabelecidas para elaboração de relato de experiência sistematizado (Mussi; Flores; Almeida, 2021; Antunes *et al.*, 2024).

A construção deste trabalho deu-se pela inserção e atuação de profissionais residentes em saúde coletiva do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade

Regional do Cariri, num território da Estratégia Saúde da Família no município do Crato, no Estado do Ceará.

O objeto do relato consiste na apresentação do processo de trabalho na territorialização, planejamento, implantação e implementação de três grupos de promoção da saúde e de PCAF, entre julho de 2024 e fevereiro de 2025. A intervenção foi conduzida por um Profissional de Educação Física e uma Farmacêutica, residentes em saúde coletiva no território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde com duas equipes da Estratégia Saúde da Família.

O desenvolvimento da intervenção no território consistiu na realização do processo de territorialização; identificação e mapeamento de equipamentos sociais; identificação de potenciais ações em promoção da saúde e de PCAF oferecidas por agentes/instituições públicas e privadas; pesquisar e conhecer os interesses da comunidade; planejamento e trabalho multiprofissional na oferta de ações de saúde.

A proposta de apresentação do presente relato, consiste na exposição de um direcionamento para a implementação de ações de promoção da saúde na Atenção Básica e contribuir na possível replicação do processo de trabalho adotado pelos profissionais da ESF e de outras equipes da Atenção Básica na oferta de PCAF.

Quanto às questões éticas, conforme preconizado pela Resolução de nº 510, de 7 abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo não foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que as práticas desenvolvidas não fazem a identificação dos sujeitos envolvidos e objetivam, exclusivamente, o aprofundamento teórico de situações pertinentes da prática profissional e educacional (Casarin; Porto, 2021; Brasil, 2022).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de formação e atuação profissional dos residentes em saúde coletiva na Estratégia Saúde da Família, entre o período de março de 2024 a fevereiro de 2025, realizaram-se ações assistenciais e de educação em saúde; educação permanente e de gestão em saúde, conforme as competências e habilidades referentes às atribuições do núcleo geral (profissional sanitaria) e do núcleo específico (Profissional de Educação Física e Farmacêutica). Contudo, independente da categoria profissional, o mais importante nesse processo, foi realizar as ações e intervenções em saúde numa perspectiva multiprofissional com os profissionais de duas ESF.

No período de março a julho de 2024, houve a inserção e imersão dos profissionais residentes no conhecimento da organização e funcionamento do processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde, bem como, as demandas de saúde da população do território e da territorialização da área de abrangência das duas equipes da ESF.

Com o processo de territorialização e a coleta de informações com os profissionais da ESF, inclusive dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), possibilitou aos profissionais residentes conhecerem o território, a qual a unidade está inserido, destacando-se como uma zona periurbana. A divisão territorial para a assistência em saúde da população é composta por microáreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde e áreas descobertas.

Ao realizar a territorialização, foram identificados os equipamentos sociais e a oferta de intervenções relacionadas às PCAF, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Territorialização do território de abrangência da Unidade Básica de Saúde.

<b>Território ESF I</b>			
<b>Microárea</b>	<b>Localização</b>	<b>Equipamento Social</b>	<b>Intervenção de PCAF</b>
I	Urbana	Escola pública, centro cultural, ginásio esportivo e academia de ginástica	Não identificado
II	Rural	Casa de associação de moradores	Não identificado
Descoberta	Urbana	Não identificado	Não identificado
<b>Território ESF II</b>			
<b>Microárea</b>	<b>Localização</b>	<b>Equipamento Social</b>	<b>Intervenção de PCAF</b>
I	Urbano	Escola pública, ginásio esportivo e Unidade Básica de Saúde	01 grupo de acesso público ofertado pelo Corpo de Bombeiros Militares do Ceará
II	Urbana	Igreja	Não identificado
III	Urbana	Escola pública, escola pública de música, espaço da antiga escola de música (instituição de reforço escolar) e mini praça	01 grupo de acesso privado ofertado por profissional autônomo
IV	Urbana	Espaço aberto	Não identificado
V	Rural	Não identificado	Não identificado

Fonte: Elaboração dos autores (2025).

O território onde está situada a unidade de saúde, está dividido em oito microáreas, sendo sete cobertas de assistência pelos ACS e uma área descoberta. Ainda, identificou-se que nas microáreas mais próximas da unidade, existem a oferta de práticas de atividades físicas coletivas para a comunidade de cunho privado e ações voluntárias promovido por uma instituição pública, no entanto, sem vínculo com a unidade.

De modo geral, percebe-se que nesse território com característica periurbana (zona urbana e rural), não existem a implantação de espaços públicos abertos que incentivem a população a adoção de um estilo de vida ativo, as vias não possuem ciclovias/faixas que oportunizam a realização da caminhada, corrida e ciclismo seguramente, em comparação com o centro urbano

da cidade. Além disso, os espaços esportivos identificados são potenciais para a comunidade, mas por falta de profissionais ou ser distante do local de moradia de uma parcela da população, estes espaços são usufruídos por uma minoria.

A territorialização e mapeamento do território associado com a coleta de informações com alguns ACS, delimitaram-se alguns espaços potenciais, pelo acesso e espaço físico oportuno para a implantação de grupos de PCAF, considerando o interesse de usuários que poderiam usufruir do serviço, coletado informalmente pelos ACS nas visitas domiciliares e nos grupos de *WhatsApp*.

Após isso, notou-se que a própria unidade é espaço potencial para desenvolver a implantação de um grupo de PCAF, mas com orientações de alguns profissionais do serviço, a dinâmica de acesso ao serviço e a distribuição da população no território, devido à limitação do deslocamento e a distância da moradia da maioria dos usuários até a unidade, são fatores que eventualmente, podem influenciar na adesão ou não, na prática de atividade física na unidade.

Diante disso, foi necessário solucionar esta problemática, cogitando implantar a intervenção em algum equipamento social para viabilizar e facilitar a adesão dos usuários. Assim, foi escolhida uma microárea da ESF I (microárea I), estando inserido no seu território de abrangência um centro cultural e um ginásio esportivo. Depois desta etapa, a ACS responsável pela microárea foi convidada para uma reunião de apresentação da proposta de intervenção, divulgar e conhecer o interesse dos usuários em participar, a fim de planejar a implantação do grupo de PCAF e início da intervenção.

Em julho de 2024, implantou-se o primeiro grupo de atividade física e saúde, intitulado como “CarrapatoFit”, oferecendo diversas práticas de atividades físicas e educação em saúde aos usuários, que ocorreram nas quartas-feiras pela manhã. A partir do sucesso desta intervenção na comunidade, algumas pessoas solicitaram a ACS, a possibilidade para acrescentar um dia no horário da tarde, visto a disponibilidade da população. Com a organização do processo de trabalho no serviço, possibilitou a implantação do segundo grupo em agosto de 2024, realizado pela tarde nas quintas-feiras. A maioria dos usuários participaram dos dois grupos, mas, a iniciativa permitiu o acesso de outros indivíduos no mínimo uma vez por semana.

Com intuito de ampliação da proposta de intervenção, direcionado para o território de abrangência da ESF II (microárea III), foi convidada outra ACS para analisar a possibilidade de implantação do grupo de PCAF no seu território de cobertura. Nesse sentido, foi analisado um possível espaço de apoio e a captação de usuários para participar. Dessa maneira, foi escolhido um espaço da antiga escola de música, para oportunizar o acesso facilitado e seguro para os usuários do grupo.

Diante disso, em outubro de 2024, foi implantado o terceiro grupo, intitulado “BelmonteFit”, com encontros que ocorreram nas quintas-feiras no turno da manhã. Alguns usuários eram participantes do grupo de atividades físicas do Corpo de Bombeiros, ofertado em outra microárea próxima.

Durante o período de julho de 2024 a fevereiro de 2025, foram realizados cerca de 60 encontros, somando os grupos, beneficiando o acesso à adoção da prática de atividades físicas para mais de 40 usuários da unidade de saúde. De modo geral, as atividades ofertadas nos grupos, concentraram na realização de PCAF relacionadas aos jogos e brincadeiras populares, dança, ginástica aeróbica, exercícios resistidos com peso corporal e com adesão de equipamentos confeccionados pelos próprios usuários participantes, avaliação do estado de saúde, aferição de pressão arterial, educação em saúde com diversas temáticas, conforme as necessidades dos usuários, como, por exemplo: alimentação saudável, uso de medicamentos, descarte de medicamentos, prevenção contra o câncer de mama e útero, entre outras. Como também, atividades de desenvolvimento de vínculo a partir de confraternizações de datas festivas e aniversariantes.

Os grupos, comportavam-se como um espaço destinado para o acolhimento dos usuários e suas demandas, no qual os residentes e as Agentes Comunitárias de Saúde, puderam direcionar aos demais profissionais da ESF e para atendimentos com outros profissionais da equipe Multiprofissional da Atenção Primária (e-Multi).

Conforme o processo de territorialização, diagnosticou-se que, conforme os determinantes sociais de saúde, o acesso e adoção à prática de atividades físicas pela população de um determinado território, pode ser permeado por diversas barreiras e facilitadores. Desse modo, as desigualdades sociais influenciam diretamente na oportunidade dos indivíduos de terem acesso à prática de atividades físicas, seja voltada ao lazer e/ou ao cuidado com a saúde. Assim, torna-se fundamental o desenvolvimento de políticas públicas, como, por exemplo, promoção da saúde e de acesso ao lazer das populações afastadas dos centros urbanos (Knuth; Antunes, 2021).

Nesse sentido, ressalta-se que no município de Crato, desde 2017, existe a implantação de um projeto chamado “Crato em Movimento”, para ofertar PCAF, promoção da saúde e acesso ao lazer da população com orientação e supervisão de Profissionais de Educação Física (Crato, 2024). No entanto, este projeto é de responsabilidade da secretaria de esporte e juventude, sem vínculo institucional com a secretaria de saúde, contudo, verificou-se com o processo de territorialização no período mencionado, que não existem intervenções do projeto na localidade de abrangência das ESF.

Invariavelmente, é necessário enfatizar que o acesso às PCAF, especificamente no domínio de lazer, pode ser facilitado pelo desenvolvimento e na ampliação de políticas públicas em saúde, direcionados, principalmente para a Atenção Básica, e que esteja alinhada com as estratégias de promoção da saúde, integrando a gestão e a execução de modo intersetorial e multiprofissional (Knuth; Antunes, 2021).

Perante o processo de formação e atuação dos residentes, percebeu-se ser importante e necessário a realização da territorialização, para o conhecimento geográfico, da comunidade, das condições socioambientais e das problemáticas de saúde. Desse modo, esse trabalho oportuniza descrever, analisar, planejar e intervir para ofertar os serviços assistenciais e de promoção da saúde, conforme as necessidades da população adscrita (Brasil, 2017; Camargos; Oliver, 2020).

Sobre isso, a Política Nacional de Atenção Básica ressalta que a territorialização e o mapeamento da área de atuação da equipe da ESF, se caracteriza como atribuições comuns dos profissionais que atuam na Atenção Básica, ao possibilitar a identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; das limitações e potencialidade dos territórios, bem como, em decorrência deste processo, a realização das práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, possam ocorrer numa perspectiva do trabalho multiprofissional para a ofertar um cuidado integral centrado no usuário e na população (Brasil, 2017).

Em síntese, pode-se elencar quatro etapas para o desenvolvimento de intervenções relacionadas à oferta de PCAF na Atenção Básica, como: (1) territorialização; (2) identificação e mapeamento de equipamentos sociais; (3) identificação de barreiras e potencialidades que impeçam ou facilitem a implementação da intervenção; (3) identificação de potenciais ações em promoção da saúde e de PCAF ofertadas por agentes/instituições públicas e privadas no território; (4) planejamento e trabalho multiprofissional na oferta de ações de saúde.

Destarte, considera-se como limitação da intervenção relatada, a falta de implantação de grupos de PCAF em outras microáreas, devido à agenda de trabalho dos profissionais residentes, a dificuldade de deslocamento e acesso aos outros territórios e o espaço potencial. Como potencialidades, ressalta-se o processo de trabalho adotado pelos profissionais residentes para identificação e intervenção na problemática (falta de ações relacionadas à oferta de PCAF), a implantação de grupos de PCAF inseridos em equipamentos sociais nos territórios e o desenvolvimento de outras ações em promoção e educação em saúde para os usuários do serviço.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação dos grupos e a implementação de PCAF e de outras ações em saúde em alguns territórios das referidas ESF, proporcionou aos usuários ao acesso e usufruir de outros

serviços da unidade de saúde próximo do seu espaço de moradia; serem assistidos por profissionais de outras categorias, e conseqüentemente, se beneficiaram das intervenções em atividade física no lazer para o cuidado com a saúde.

Diante do exposto, o processo de trabalho adotado e relatado contribuiu com o processo formativo dos profissionais residentes em saúde coletiva, no que diz respeito, a realização da territorialização; compreensão dos aspectos geográficos, ambientais e sociais; das problemáticas epidemiológicas e sanitárias do território, para desenvolver atividades de assistência e gestão de ações em saúde em prol de uma parcela da população.

Nesse sentido, espera-se, sendo um propósito deste relato, que a estratégia de ação realizada possa nortear e orientar demais profissionais de saúde da ESF e de outras equipes da Atenção Básica, inclusive os profissionais residentes em saúde, desenvolverem propostas semelhantes em outros cenários, conforme as necessidades percebidas.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Jeferson; TORRES, Cicero Magêrbio Gomes; ALVES, Francione Charapa; QUEIROZ, Zuleide Fernandes de. Como escrever um relato de experiência de forma sistematizada? Contribuições metodológicas. **Revista Práticas Educativas, Memórias e Oralidades**, Fortaleza, v. 6, p. 1-31, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47149/pemo.v6.e12517>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 24 jan. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 8 abr. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719\\_07\\_04\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html).

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 24 set. 2013. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 21 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf).

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular nº 17/2022/CONEP/SECNS/MS**. Orientações acerca do artigo 1º da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília. 05 Jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/sobre-o-conselho/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/legislacao/oficios-circulares/oficio-circular-no-17-de-5-de-julho-de-2022.pdf/view>.

CAMARGOS, Melina Alves de; OLIVER, Fátima Corrêa. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1259-1269, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912321>.

CASARIN, Sidnéia Tessmer; PORTO, Adrize Rutz. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. **Journal Nursing Health**, v. 11, n. 2, p. 1-2, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998>.

CARVALHO, Anderson dos Santos; ABDALLA, Pedro Pugliesi; BUENO JÚNIOR, Carlos Roberto. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6316>.

CRATO, Câmara Municipal. **Lei nº 4.235, de 26 de novembro de 2024**. Dispõe sobre a regulamentação do projeto Crato em Movimento, e dá outras providências. 26 nov. 2024. Disponível em: <https://www.crato.ce.gov.br/leis.php?id=2979>.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015>.

KNUTH, Alan Goularte; ANTUNES, Priscilla de Cesaro. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. **Saúde e sociedade**, v. 30, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200363>.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>.

# CAPÍTULO XVI

## VÍNCULO E PREPARAÇÃO PARA O PARTO SEGURO: INTERVENÇÕES PARA MULHERES RURAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.scf465.1126-16

### **Keila Formiga de Castro**

Secretaria Municipal de Saúde de Crato-CE (SMS Crato-CE)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2489517690018781>

### **Amanda Duarte Pereira Soares**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8754700684145317>

### **Antonio Samuel Silva Lins**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2205193916569277>

### **Luiza Brito Silvino Gomides**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9857005247750933>

### **Luís Fernando dos Santos Silva**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4448109509438940>

### **Renata Duarte Fernandes**

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9012532565154501>

### **Erika Roméria Formiga de Sousa**

Secretaria Municipal de Saúde de Crato-CE (SMS Crato-CE)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4098854230287709>

### **Vanira Matos Pessoa**

Fundação Oswaldo Cruz – Ceará (FIOCRUZ-CE)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9013874934045331>

## RESUMO

**Introdução:** A preparação para o parto e o fortalecimento do vínculo com a rede de atenção à saúde são essenciais para a segurança e o bem-estar das gestantes e seus bebês. No contexto rural, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser limitado, intervenções específicas visam a garantia de uma preparação adequada. A visitação a maternidade é uma estratégia que pode auxiliar na integração das gestantes ao sistema de saúde. **Objetivo:** relatar a experiência de visitação de um grupo de gestantes implementado por uma equipe de Saúde da Família (eSF) e residentes em saúde coletiva em um contexto rural à maternidade referência, com o intuito de gerar vínculo e segurança às pacientes. **Método:** Trata-se de um Relato de Experiência acerca da realização de uma visita guiada a uma maternidade referência, ocorrida em Junho de 2024. Participaram uma enfermeira-preceptora, dois residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri (URCA), Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na zona rural do município de Crato, interior cearense brasileiro. **Resultados:** A atividade ocorreu de forma inovadora na Rede de Atenção Materno Infantil do município, após intenso diálogo e pactuação entre os serviços, se configurou em uma oportunidade para que os equipamentos de saúde, e toda a rede de atenção possa avançar e aprimorar os processos de trabalho para a linha de cuidado à gestante. **Considerações Finais:** Esta prática pode servir como um modelo para outras regiões, contribuindo para a melhoria geral dos indicadores materno-infantis e promovendo uma experiência de parto mais segura e satisfatória para todas as mulheres, especialmente as do contexto rural.

**Palavras-Chave:** Parto humanizado; Saúde da População Rural; Saúde Materno-Infantil.

## ABSTRACT

**Introduction:** Preparing for childbirth and strengthening the bond with the health care network are essential for the safety and well-being of pregnant women and their babies. In rural settings, where access to health services may be limited, specific interventions aim to ensure adequate preparation. Visiting the maternity ward is a strategy that can help integrate pregnant women into the health system. **Objective:** to report the experience of a group of pregnant women visiting the reference maternity ward implemented by a Family Health team (eSF) and residents in public health in a rural context, with the aim of creating bonds and safety for patients. **Method:** This is an Experience Report about a guided visit to a reference maternity hospital, which took place in June 2024. The participants were a nurse-preceptor, two residents of the Multiprofessional Residency Program in Public Health of the Regional University of Cariri (URCA), Community Health Agents (ACS's) and pregnant women from a Family Health Strategy (ESF) located in the rural area of the municipality of Crato, in the interior of Ceará, Brazil. **Results:** The activity took place in an innovative way in the Maternal and Child Care Network of the municipality, after intense dialogue and agreement between the services, it was configured as an opportunity for health equipment, and the entire care network, to advance and improve work processes for the line of care for pregnant women. **Final Considerations:** This practice can serve as a model for other regions, contributing to the general improvement of maternal and child indicators and promoting a safer and more satisfactory childbirth experience for all women, especially those in rural contexts.

**Keywords:** Humanized childbirth; Rural population health; Maternal and child health.

## 1. INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal representa uma janela de oportunidade para a atuação de um sistema integral focado na promoção e recuperação dessa população. Embora haja a ampliação na atenção pré-natal e puerperal ao longo dos anos, o comprometimento da qualidade da assistência está relacionado à falta de acompanhamento ambulatorial e resolutividade de diagnósticos de condições ameaçadoras da gestação (Brasil, 2022).

A gestação se desenvolve como um momento único, com diversas transformações físicas e psicológicas que perpassam o domínio do ser humano. Muitas são as dúvidas e ansiedades que surgem, especialmente em primigestas e nulíparas. O processo de gestar traça um marco de mudança de identidade, em que a mulher passa a assumir também o papel de mãe. O ponto de encontro desse período de transição ocorre no parto, que para a maioria das mulheres brasileiras, ocorre em um ambiente hospitalar desconhecido, com tecnologias e pessoas anônimas (Costa *et al.*, 2021).

A vinculação e referência à maternidade são consideradas indicadores de qualidade da assistência pré-natal no Brasil, consistindo em um direito da gestante, conforme a Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007, expressa concomitantemente na Política Nacional de Humanização. Também é fomentada nas diretrizes da Rede Cegonha para reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais, garantindo a vinculação da gestante desde o pré-natal aos os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto (Brasil, 2017).

A preparação para o parto e o fortalecimento do vínculo com a rede de atenção à saúde são cruciais para a segurança e o bem-estar das gestantes e seus bebês. No contexto rural, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser limitado, intervenções específicas visam a garantia de uma preparação adequada. A visitação a maternidades é uma estratégia que pode auxiliar na integração das gestantes ao sistema de saúde, proporcionando informações e aliviando ansiedades relacionadas ao parto.

O presente estudo se propõe a relatar a experiência de visitação de um grupo de gestantes implementado por uma equipe de Saúde da Família (eSF) e residentes em saúde coletiva em um contexto rural à maternidade referência, com o intuito de gerar vínculo e segurança às pacientes.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um Relato de Experiência (RE) acerca da realização de uma visita guiada a uma maternidade referência, implementada por uma ESF e residentes em saúde coletiva em um

contexto rural, junto a um grupo de gestantes, ancorado nos pressupostos teóricos e estruturantes para a elaboração do RE como conhecimento científico (Mussi; Flores; Almeida, 2021; Marconi; Lakatos, 2019).

A proposta de realização de uma visita de vinculação das gestantes à maternidade às quais são referenciadas pela ESF surgiu com a finalidade de contribuir no processo de fortalecimento e integração da Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) no município de Crato, localizado no Cariri cearense, região sul do estado do Ceará, bem como propiciar às mulheres gestantes acompanhadas pela equipe a oportunidade de aproximação com o serviço, reduzir a ansiedade e promover um ambiente seguro para o momento do parto.

O município de Crato-CE conta com uma população residente de 131.050 pessoas e com 1.138,150 km de extensão territorial (IBGE, 2022). Está situado a aproximadamente 510 km da capital cearense Fortaleza e inserido na região metropolitana do Cariri, composta por nove municípios (Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha, Santana do Cariri, Nova Olinda, Farias Brito, Caririaçu, Missão Velha e Jardim), constituída pela lei complementar de N° 78, de 26 de junho de 2009 (Ceará, 2009).

A referida instituição a qual a atividade ocorreu, trata-se de um Hospital Escola, porte IV, que oferta os serviços de Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica, Obstetrícia Clínica Médica, Pediátrica, Neonatal, Anestesiológica, UTI neonatal, UTI Adulto, UTI Pediátrica, cujo o setor de obstetrícia se configura referência para os municípios que compõem a 20ª Área Descentralizada de Saúde do Ceará composta pelos seguintes municípios caririenses, Crato, Campos Sales, Assaré, Araripe, Tarrafas, Farias Brito, Altaneira, Antonina do Norte, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri (Ceará, 2023).

A equipe de Saúde da Família (eSF) que desenvolveu a atividade encontra-se localizada em uma comunidade tradicional na zona rural do município de Crato-CE, possui uma população adscrita de cerca de 3.000 usuários e acompanha 13 gestantes, das quais 35% encontram-se em seguimento com o serviço de alto risco, devido às suas condições obstétricas.

A vivência concernente à vinculação segura e visita guiada à maternidade ocorreu no mês de Junho de 2024. Participaram da construção, organização e implementação da atividade uma equipe composta de uma enfermeira-preceptora, dois residentes, sendo um Enfermeiro e uma Fisioterapeuta, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da URCA (PRMSC - URCA) na eSF da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) que fica localizada na zona rural do município de Crato, interior cearense brasileiro.

O período anterior ao evento foi dividido estrategicamente em três fases: 1ª) Construção: pesquisas e leituras sobre o tema; 2ª) Organização: planejamento, liberação e pactuação com a

maternidade e 3ª) Realização: que ocorreu no mês de julho de 2024 com duração média de 4 horas, nas dependências da Maternidade. A realização da atividade foi dividida em três momentos: (1º) Acolhida do público-alvo; (2º) Visitação guiada pela enfermeira coordenadora da maternidade pelos diversos setores do serviço; e (3º) Momento de feedback e resolu o de dúvidas sobre o funcionamento do serviço, que ocorreu no auditório do equipamento de saúde.

O público-alvo da atividade foram a enfermeira-preceptora atuantes da ESF rural, residentes do PRMSC URCA, gestantes que fazem parte do grupo de gestante implementado, e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's), ao todo participaram 13 pessoas.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade ocorreu de forma inovadora na RAMI do município, após intenso diálogo e pactua o entre os serviços de aten o primária a saúde e aten o terciária, representados pela ESF e Hospital/Maternidade.

Participaram da vivência 13 pessoas, 01 enfermeira-preceptora, 02 residentes em saúde coletiva, 04 Agentes Comunitária em Saúde e 06 gestantes que integram o grupo de gestantes implementado pela ESF.

As mulheres gestantes que participaram da atividade estavam na faixa etária de 25 a 44 anos, todas eram múltiparas e residiam na zona rural do município e nenhuma havia tido uma experiência anterior de vivenciar e conhecer previamente o serviço ao qual seriam assistidas nos seus partos.

A experiência de visita o   maternidade integrou a proposta de atividade do grupo de gestantes iniciado em abril de 2024, com o objetivo de ampliar o escopo de a oes na Aten o Primária   Saúde e promo o da saúde para as gestantes acompanhadas pela equipe.

Ao mesmo tempo se propôs a efetivar as a oes preconizadas pela Rede de Aten o Materno Infantil, instituída pela portaria GM/MS N  715/2022, especialmente no que diz respeito ao estabelecimento de estratégias de articula o e de comunica o efetivas entre os pontos de aten o responsáveis pelo pré-natal, parto, puerpério e nascimento, com ênfase na vincula o das gestantes às maternidades de referência, de acordo com o risco gestacional e com o fluxo de informaçoes entre os pontos de aten o, em rela o   humaniza o e acolhimento pelos serviços da rede de aten o   saúde.

Através da atividade desenvolvida foi possível ampliar o escopo de a oes na Aten o Primária   Saúde e promover saúde às gestantes acompanhadas pela equipe. Especialmente no estabelecimento de estratégias de articula o e comunica o eficazes entre os pontos de aten o responsáveis pelo pré-natal, parto, puerpério e nascimento.

O intuito foi de aproximar as gestantes que realizam acompanhamento pré-natal na ESF, da maternidade ao qual serão referenciadas ainda durante o acompanhamento pré-natal. Os pontos de atenção das redes de Atenção à saúde materno-infantil do município se fortalecem, a atividade se configurou em uma oportunidade do aprimoramento e inovação na linha de Cuidado à Gestante nos serviços ofertados pelo município, além de ir ao encontro do que a Rede de Atenção Materno Infantil e o SUS preconizam no que diz respeito ao acesso e humanização do cuidado nos serviços.

Estudo de Leal e colaboradores (2020) destacou que durante o pré-natal pouco mais de 50% das mulheres foram vinculadas à maternidade de referência. A região Sul do Brasil foi a mais expressiva, na qual, 90% das mulheres tiveram o seu parto na maternidade indicada, evidenciando uma melhor organização e coordenação do sistema de saúde, promovendo a continuidade do cuidado nos diversos níveis hierárquicos. Já na região Nordeste, mais de 30% das mulheres peregrinaram por diferentes hospitais até receberem assistência. Tal processo em busca de assistência foi associado aos desfechos negativos neonatais, principalmente nas gestantes que buscaram atendimento por algum tipo de intercorrência, possivelmente pelo tempo despendido entre a busca do atendimento até a atenção plena das demandas clínicas.

Popolli e colaboradores (2018) em seu estudo verificaram a opinião de gestantes sobre a vinculação com a maternidade e a influência quanto ao parto de eleição, observando que a vinculação da gestante a maternidade influenciou a decisão pelo tipo de parto, sendo de preferência o parto normal, além disso, a vinculação propiciou conhecimento, conforto e segurança para as gestantes.

Sob a ótica da política de vinculação das gestantes ao hospital, que prevê o direito da mulher ao conhecimento e à vinculação à maternidade, que será atendida no SUS, isso é importante, pois garante que elas se sintam familiarizadas com o local onde parirão e oportuniza tirar dúvidas e colher informações, inclusive sobre a presença do acompanhante, os tipos de parto, o contato entre mãe e filho após o parto (Rodrigues; Furlan, 2022).

O acompanhamento da população em período gravídico e puerperal têm por objetivos assegurar uma gestação sem riscos e comprometimentos diagnósticos no pré-natal, além de possibilitar suporte aos aspectos psicossociais que envolvem a saúde da mulher, maternidade e parentalidade (Alves *et al*, 2019).

Em relação à especificidade do contexto rural, segundo Wanderley (2005), existe uma tendência nos estudos sobre população no Brasil em observar o território urbano, desconhecendo as particularidades contidas na população rural, mesmo que o país contenha parte da população morando longe das cidades. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em

2015, a maior parte da população brasileira, 84,72%, vive em áreas urbanas. Mas, 15,28% dos brasileiros vivem em áreas rurais (Brasil, 2019).

Há o desafio de olhar para as particularidades da atenção à saúde no cenário rural, para a composição dos territórios e formação de redes de cuidado. O acesso aos serviços não é o mesmo quando falamos de populações urbanas que contam com os deslocamentos minimizados e a lógica organizacional do território por densidade populacional. Há que se considerar o território rural, em seus modos de vida e suas singularidades (Rodrigues; Furlan, 2022).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita à maternidade, prática inédita na região, revelou-se uma estratégia potente para fortalecer o vínculo das gestantes com a Rede de Atenção Materno-Infantil da região de saúde. Ao propiciar o contato prévio das usuárias com os equipamentos da rede de atenção a saúde, favoreceu-se a construção de uma relação mais próxima e colaborativa, contribuindo para a redução de ansiedades e o aumento da segurança e do preparo das participantes.

Tal aproximação é fundamental para a adesão ao cuidado, sobretudo em contextos rurais, nos quais a confiança nos serviços de saúde é frequentemente fragilizada. Apesar dos resultados promissores, reconhece-se como limitação a abrangência restrita da ação, circunscrita a um grupo específico de gestantes.

Reforça-se, portanto, a necessidade de expansão da iniciativa para outros pontos da rede e da construção de um protocolo que sistematize e assegure a efetividade da prática. A experiência pode inspirar outras regiões, contribuindo para a qualificação da atenção obstétrica e a promoção de partos mais seguros e humanizados, especialmente entre mulheres do campo.

#### REFERÊNCIAS

ALVES, F. L. C. *et al.* Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 40, p. e20180023, 2019.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2018**. Brasília-DF, 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CEARÁ. **Lei complementar nº 78, 26 de junho de 2009.** Dispõe sobre a criação da Região Metropolitana do Cariri. Palácio Iracema, do Governo do Estado do Ceará.

CEARÁ. **Plano de Saúde Regional 2003-2027 Região do Cariri – Ceará.** Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2023. 87p.

COSTA, J. B. O; *et al.* Para uma vinda bem-vinda: A vista à maternidade como uma prática humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS). Cap. 2. IN: ALVES, G. S. B; OLIVEIRA, E. Tópicos em Ciências da Saúde, v. 22. Belo Horizonte: **Editora Poisson**, 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: Cidades e Estados.** 2022.

LEAL, M. C; ESTEVES-PEREIRA, A. P; VIELLAS, E. F; DOMINGUES, R. M. S. M; MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 8ª ed.

MUSSI, R. F. F; FLORES, F. F; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, 17(48), 60-77, 2021.

POPOLLI, E. C; BARCELLOS, J. M; ZUCO, J. R; COELHO, T. A. R; PAES, L. B. O; FASANELLI, P; SOLER, Z. A. S. G. Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. **Rev. Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 3, p. 199-207, 2018.

RODRIGUES, M. S; FURLAN, P. G. Itinerários entre o pré-natal e o parto de mulheres de uma região rural: reflexões para a coordenação de cuidado. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 21, n. 2, p. 341-356, maio-ago. 2022.

WANDERLEY, M. N. B. Olhares sobre o “rural” brasileiro. **Raízes: Revista de Ciências Sociais e Econômicas**, João Pessoa, v. 22, n. 1, p. 10–22, jan./jun. 2002.

