

Volume 4  
Nº1 | 2025

REVISTA  
**DIÁLOGOS**  
EM SAÚDE PÚBLICA

5 anos da  
pandemia  
de Covid-19

MAIO DE 2025

[HTTP://ESPRN.RN.GOV.BR/](http://esprn.rn.gov.br/)

REVISTA  
**DIÁLOGOS**  
**EM SAÚDE PÚBLICA**



**ESPRN**

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RN

ISSN 2965-0518

MAIO DE 2025

[HTTP://ESPRN.RN.GOV.BR/](http://esprn.rn.gov.br/)

APOIO:



ORGANIZAÇÃO:



Volume 5, Nº1 | 2025

REVISTA  
**DIÁLOGOS**

---

**EM SAÚDE PÚBLICA**

**5 ANOS DA PANDEMIA DE COVID-19**

ISSN 2965-0518

MAIO DE 2025

[HTTP://ESPRN.RN.GOV.BR/](http://esprn.rn.gov.br/)

**A revista Diálogos é uma produção da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte com caráter técnico-científico de publicação semestral editada pelo Núcleo de Inovação, Pesquisa e Extensão desta escola.**

#### **Editor Científico**

*Ion Garcia Mascarenha de Andrade*  
*Editor Científico Adjunto*  
*Maria de Lima Alves - NIPE/ESPRN/SESAP*

#### **Editora Executiva**

*Jacyane Melo de Oliveira Santos - NIPE/ESPRN*

#### **Comitê de Política Editorial**

*Cláudia Frederico de Melo - Diretora Geral da ESPRN*  
*Eva Emanuela L C Feitosa - NR/ESPRN*  
*Flávia Andrea Belarmino de Medeiros- NIPE/ESPRN*  
*Hugo Cesar Novais Mota - NIPE/ESPRN*  
*Ion Garcia Mascarenha de Andrade*  
*Jacyane Melo de Oliveira Santos - NIPE/ESPRN*  
*Maria de Lima Alves - NIPE/ESPRN*  
*Rayane Larissa S. de Araújo Monteiro - CAS/SESAP*  
*Ranielly Santos de Aquino - SGES/SESAP*

#### **Conselho Editorial Científico**

*Andrea Taborda Ribas da Cunha - UFERSA*  
*Cipriano Maia de Vasconcelos - UFRN*  
*Ion Garcia Mascarenha de Andrade*  
*João Bosco Filho - UERN*  
*Lyane Ramalho Cortez - UFRN*  
*Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite - UFRN*  
*Maria de Lima Alves - NIPE/ESPRN*  
*Maura Vanessa Silva Sobreira - UERN*  
*Ricardo Burg Ceccim - UFRGS*  
*Marise Reis de Freitas - UFRN*

#### **Assistentes do Editor**

*Alexandar de Brito Barbosa - NIPE/ESPRN*  
*Lucas Martorelli Gondim Luz - NIPE/ESPRN*  
*Lucas Pereira Carvalho de Araujo - Biblioteca/ESPRN*

#### **Bibliotecária**

*Cybelle Araújo de Medeiros Lucena -Biblioteca/ESPRN*

#### **Diagramação**

*Índigo Veras Lobo de Paiva - NUCOM / ESPRN*

#### **Projeto Gráfico**

*Índigo Veras Lobo de Paiva - NUCOM / ESPRN*



Esta obra é disponibilizada nos termos da licença Creative Commons, que permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e desenvolvam o material em qualquer meio ou formato, desde que a atribuição seja dada ao criador.



## Sumário

### Entrevista

---

**06** **Eficiência na Atenção Primária à Saúde como ferramenta de transformação da gestão pública**

*Autora: Ananda Braga Figueiredo Câmara  
Entrevistada: Lucas Luz*

### Artigos originais

---

**10** **Impacto das atividades físicas do programa academia da saúde na ansiedade e depressão: uma revisão de escopo**

*Autores: Larissa Nayara de Souza; Silvana Medeiros de Araújo; Roque Ribeiro da Silva Júnior; Ubilina Maria da Conceição Maia; Vânia Maria Pessoa Rodrigues; Maria Irany Knackfuss*

**19** **O desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS): implicações do capitalismo**

*Autora: Keite Helen dos Santos*

**27** **Educação em saúde: descrição dos serviços na Atenção Básica para as mulheres**

*Autores: Vânia Maria Pessoa Rodrigues; Bertulino José de Souza; José Giovanni Nobre Gomes; Pedro Victor Pessoa Pinheiro; Themis Cristina Mesquita Soares*

### Relatos de experiência

---

**42** **Construção inicial de política e plano municipais de Educação Permanente em Saúde: experiência em Mossoró, Rio Grande do Norte**

*Autores: Francisco Rafael Ribeiro Soares; Jéssica Dantas de Sá Tinoco; Livia Maria e Silva; Magda Fabiana do Amaral Pereira Lima; Maura Vanessa Silva Sobreira; Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes*



## Eficiência na Atenção Primária à Saúde como ferramenta de transformação da gestão pública

Ananda Braga Figueiredo Câmara

Em um contexto onde os sistemas de saúde enfrentam desafios cada vez mais complexos, tornou-se importante a busca por estratégias que otimizem os recursos públicos e garantam equidade no atendimento. É nesse cenário que se insere a pesquisa do doutorando Lucas Luz, que desenvolveu sua tese com a missão de medir e melhorar a eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

O trabalho do pesquisador propõe um modelo capaz de avaliar, simultaneamente, três dimensões da eficiência – financeira, operacional e de resultados – oferecendo um diagnóstico aprofundado da gestão da APS em milhares de municípios brasileiros, especialmente durante o período crítico da pandemia de COVID-19.

Nesta entrevista, Lucas Luz compartilha os principais achados da sua pesquisa, reflete sobre os impactos da crise sanitária na eficiência do sistema público de saúde e discute como os dados podem orientar políticas mais eficazes e justas para a população brasileira. Parte superior do formulário Parte inferior do formulário

### **1. Na tese são estudadas políticas para avaliar a eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil. Por que estudar esse tema e como essa avaliação pode impactar de forma positiva os serviços de saúde?**



**Lucas Luz** – Diversos fatores me motivaram a estudar a eficiência na Atenção Primária à Saúde (APS). O primeiro foi o incentivo do professor Dr. Luciano Menezes Bezerra Sampaio, meu orientador no doutorado e um dos coordenadores do grupo de pesquisa Métodos Quantitativos Aplicados às Ciências Sociais,

juntamente com as professoras Dra. Raquel Menezes Bezerra Sampaio e Dra. Anne Emília Costa Carvalho. Eles sempre me estimularam a escolher um tema que eu considerasse relevante e com potencial de impacto na gestão pública.

Outro fator decisivo foi o lançamento do edital nº 44/2022 do CNPq, em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, voltado para pesquisas em Economia da Saúde com foco na melhoria do gasto público. O Eixo I do edital, que tratava de Eficiência e Equidade, chamou especialmente a minha atenção. A partir disso, estruturamos a pesquisa com base nesse tema, buscando analisar como os princípios da eficiência e da equidade se aplicam à APS no Brasil.

Nossa proposta se desdobrou em dois estudos complementares: o primeiro, que compôs a minha tese de doutorado, focou na eficiência dos sistemas de saúde da APS nos municípios brasileiros; o segundo, desenvolvido na dissertação de mestrado da aluna Ríchila Sharon Diniz de Aquino, analisou a eficiência dos estabelecimentos de saúde da APS. Ambos os estudos foram realizados no âmbito do projeto financiado pelo edital.

Na minha tese, a avaliação da eficiência considerou aspectos fundamentais de equidade como “Acesso à Saúde” e “Necessidade de Saúde”, aplicando um modelo de Análise Envoltória de Dados (DEA) Dinâmico e em Rede. Esse modelo permite medir como os sistemas municipais organizam seus insumos ao longo do tempo para disponibilizar recursos de saúde para população, o seu uso e se as necessidades de saúde da população estão sendo atendidas, por meio da análise da evolução da eficiência dos indicadores de saúde. O escore de eficiência gerado pela análise indica o quão bem o sistema da APS de um município está estruturado para atender às necessidades de saúde da população levando em consideração todos estes fatores.





Com esses resultados, é possível identificar quais municípios são mais eficientes e entender como eles organizam seus recursos — como gastos, equipe de saúde, volume de procedimentos, visitas domiciliares e consultas — de forma a alcançar melhores indicadores de saúde. Isso gera uma base de conhecimento que pode orientar a formulação de políticas públicas e a reestruturação de sistemas menos eficientes, contribuindo diretamente para o aprimoramento da APS no país. Em resumo, a avaliação da eficiência não só permite diagnosticar o desempenho dos sistemas locais, como também oferece caminhos para uma melhor gestão da saúde pública.

## **2. No segundo ensaio da pesquisa é feita uma análise da eficiência da APS nos municípios brasileiros entre os anos de 2019 e 2021, período inicial da pandemia de COVID-19. De que forma a doença impactou os serviços de Atenção Primária no país?**

**Lucas Luz** - Essa é uma pergunta bastante pertinente dentro do contexto do meu estudo, mas é importante esclarecer alguns pontos antes de tudo. O recorte temporal de 2019 a 2021 não foi escolhido unicamente por coincidir com o início da pandemia de COVID-19, embora esse fator tenha, sim, relevância. Na verdade, a escolha desse período se deu, principalmente, por questões técnicas e de disponibilidade de dados. Quando a pesquisa foi proposta, os dados mais recentes disponíveis no DATASUS que já estavam consolidados — ou seja, que não sofreriam mais alterações ou correções pelos municípios — iam até o ano de 2021. Os dados de 2022 ainda estavam passíveis de revisão, o que inviabilizava sua inclusão naquele momento.

Além disso, por se tratar de uma análise complexa, que envolve todos os municípios brasileiros e utiliza um modelo de Análise Envoltória de Dados Dinâmico e em Rede, havia também uma limitação relacionada à capacidade computacional. Adicionar mais anos à base de dados tornaria a execução do modelo consideravelmente mais demorada. Por isso, optamos por trabalhar com um período de três anos — de 2019 a 2021 — que, coincidentemente, corresponde também ao intervalo em que a pandemia teve seus efeitos mais intensos no mundo.

Embora o foco central do estudo não seja a pandemia em si, mas sim a construção de um modelo de avaliação da eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando também aspectos de equidade, é inevitável reconhecer que esse contexto afetou significativamente os serviços de saúde. Durante esse período, a demanda por atendimentos aumentou, os custos com saúde pública se intensificaram, e houve uma pressão adicional sobre os profissionais da área.

Ainda que a COVID-19 não seja o objeto principal da análise, o cenário da pandemia serve como pano de fundo importante e ajuda a contextualizar os resultados. As evidências geradas pelo estudo acabam dialogando com discussões já existentes na literatura sobre os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde nesse período, o que contribui para uma compreensão mais ampla da realidade da APS no Brasil durante a crise sanitária.

## **3. Houve um aumento significativo nos gastos com saúde entre os anos 2019 e 2021, principalmente devido às necessidades emergentes da pandemia. Como o modelo de eficiência avaliou os efeitos financeiros?**

**Lucas Luz** - Antes de responder diretamente à sua pergunta, é importante destacar como o modelo de eficiência proposto na pesquisa foi estruturado. Ele avalia a eficiência dos sistemas municipais de Atenção Primária à Saúde (APS) a partir de três perspectivas, que chamamos de divisões Financeira, Operacional e de Resultados. Após a análise individual de cada uma dessas dimensões, é calculada a eficiência geral do sistema de saúde municipal.

Outro ponto relevante é que a Análise Envoltória de Dados (DEA), metodologia utilizada no estudo, é muitas vezes descrita como uma “caixa preta”. Isso porque os escores de eficiência gerados dependem exclusivamente das variáveis e das unidades analisadas — no caso, os municípios brasileiros incluídos no modelo. Portanto, os resultados refletem a modelagem específica: por exemplo, se um município muito eficiente foi excluído da análise por falta ou inconsistência de dados, isso pode impactar diretamente a referência de eficiência e até a classificação relativa dos demais. No





nosso estudo, cerca de 86% dos municípios brasileiros foram incluídos, justamente por conta desses critérios de qualidade dos dados.

Agora, respondendo objetivamente à questão: no modelo proposto, os gastos com saúde são tratados como insumos da divisão Financeira, cuja função é avaliar quão bem esses recursos financeiros são convertidos em recursos humanos e infraestrutura de saúde – ou seja, a eficiência com que o dinheiro público é transformado em capacidade de atendimento.

O que observamos, ao analisar os dados entre 2019 e 2021, foi que houve, de fato, um aumento expressivo nos gastos com saúde – principalmente em 2020, ano de maior impacto da pandemia. No entanto, esse aumento não se traduziu, na mesma proporção, em maior disponibilidade de pessoal ou infraestrutura. Em média, gastou-se mais, mas com pouco ou nenhum crescimento significativo no número de profissionais ou na expansão física da rede.

Essa disparidade fez com que a eficiência da divisão Financeira caísse significativamente de 2019 para 2020, justamente quando os efeitos da pandemia se intensificaram. De 2020 para 2021, essa queda foi menos acentuada, mas ainda perceptível.

É importante ressaltar que isso não significa, necessariamente, má gestão dos recursos públicos. O que os resultados indicam é que o modelo conseguiu capturar uma redução na eficiência nesse processo de conversão de gastos em estrutura, possivelmente causada pela necessidade emergencial de alocar rapidamente recursos, muitas vezes de forma temporária ou em ações de resposta imediata, como contratações emergenciais e compras urgentes, que não geraram um legado estrutural duradouro. Assim, a relação entre insumos e produtos nesse período foi menos eficiente do que em contextos de maior estabilidade.

#### **4. A eficiência operacional também foi avaliada. Quais os impactos operacionais da pandemia?**

**Lucas Luz** - A divisão Operacional do modelo tem como foco avaliar a eficiência com que os recursos humanos e a infraestrutura de saúde disponíveis são convertidos em ações e serviços prestados pela APS. Em termos simples, analisamos o quanto se consegue

produzir, em atendimentos e procedimentos, a partir dos recursos existentes.

Durante o período analisado, os resultados apontaram para uma queda na eficiência operacional entre 2019 e 2020, justamente quando os efeitos mais intensos da pandemia começaram a impactar os sistemas de saúde. Já entre 2020 e 2021, observamos uma recuperação expressiva, com a eficiência operacional ultrapassando os níveis de 2019, ano considerado como referência pré-pandêmica.

Esse comportamento reflete de forma clara o impacto operacional da pandemia. Em 2020, a utilização dos serviços de APS foi reduzida, em grande parte devido ao distanciamento social, ao receio da população em buscar atendimento presencial e ao tempo necessário para a criação e implementação de protocolos sanitários. Tudo isso comprometeu a produtividade dos serviços.

Em 2021, com os protocolos de segurança mais bem estabelecidos e a reorganização progressiva da rede de atendimento, houve um retorno da demanda pelos serviços de APS, além de uma ampliação do uso da telemedicina, que se tornou uma alternativa importante para a manutenção do cuidado. Mesmo com a estrutura de recursos humanos e infraestrutura praticamente estável em relação ao ano anterior, os profissionais passaram a realizar mais consultas, o que resultou em um ganho relevante de eficiência operacional.

Em resumo, o modelo captou de forma clara esse movimento: uma queda inicial no uso da estrutura disponível, seguida de uma recuperação baseada no aumento da taxa de utilização dos serviços, o que reflete um impacto operacional direto da pandemia sobre a dinâmica da APS.

#### **5. Como foi avaliada a eficiência dos resultados deste período pandêmico?**

**Lucas Luz** - A divisão de Resultados do modelo tem como objetivo avaliar como os procedimentos realizados, os atendimentos individuais e as visitas domiciliares – ou seja, os produtos da APS – contribuem para a melhora de indicadores de saúde nos municípios. Entre esses indicadores estão a mortalidade por condições sensíveis à atenção primária





prevenidas, as hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária prevenidas, o percentual de vacinação, a realização de exames pré-natais completos, entre outros típicos da APS.

Na minha visão, essa foi a divisão que apresentou os resultados mais interessantes ao longo da pandemia. Ao contrário do que se poderia imaginar, a eficiência da divisão de Resultados se manteve relativamente estável entre 2019 e 2021, mesmo diante de um cenário tão adverso. Como a análise foi feita entre municípios de mesmo porte populacional, para garantir uma comparação mais justa, observamos comportamentos distintos: alguns portes apresentaram aumento na eficiência, outros tiveram queda, e houve também casos em que a eficiência oscilou, mas retornou ao patamar inicial de 2019. De forma geral, no entanto, as variações foram pouco expressivas.

Diante de tudo que foi observado nas demais divisões, esperávamos dois possíveis cenários: o primeiro, que seria mais intuitivo, seria uma queda acentuada da eficiência nos anos de pandemia, especialmente em 2020, acompanhando a redução vista na divisão Financeira. O segundo cenário possível, do ponto de vista da produção, seria um aumento de eficiência como consequência do aumento no número de procedimentos e atendimentos – o que normalmente implicaria em melhores desfechos de saúde. Mas o que o modelo revelou foi algo intermediário: os resultados de saúde se mantiveram estáveis, apesar de toda a turbulência vivida no período.

Encerrando nossa conversa, acredito que essa estabilidade na eficiência dos resultados da APS durante a pandemia é um achado importante e positivo. Mostra que, mesmo em meio a um cenário de calamidade pública, em que houve uma pressão imensa sobre o sistema e um aumento significativo nos gastos, o SUS foi capaz de responder com resiliência. A eficiência financeira caiu, como esperado, já que os investimentos emergenciais não foram acompanhados por um aumento proporcional em recursos humanos e infraestrutura. A eficiência operacional aumentou, com a retomada da procura por serviços e o crescimento na produção de ações e atendimentos. E, por fim, mesmo com todos esses desafios, a eficiência dos resultados de saúde foi preservada.

Isso demonstra que o SUS se adaptou, se reorganizou e continuou entregando saúde à população, mesmo diante de uma das maiores crises sanitárias da nossa história. Para mim, esse é um dos aspectos mais valiosos revelados pelo modelo de eficiência proposto.



## **Impacto das atividades físicas do programa academia da saúde na ansiedade e depressão: uma revisão de escopo**

### *Impact of Physical Activities in the Health Academy Program on Anxiety and Depression: A Scoping Review*

Larissa Nayara de Souza; Silvana Medeiros de Araújo; Roque Ribeiro da Silva Júnior; Ubilina Maria da Conceição Maia; Vânia Maria Pessoa Rodrigues; Maria Irany Knackfuss

---

#### **RESUMO**

O estudo buscou avaliar o impacto das atividades físicas do Programa Academia da Saúde no tratamento da ansiedade e depressão. Trata-se de uma revisão de escopo seguindo as diretrizes do PRISMA-ScR, as buscas foram realizadas no Google Acadêmico e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo estudos relevantes sobre o impacto das atividades físicas do PAS na saúde mental. Entre 980 artigos avaliados, seis estudos foram incluídos na revisão final. Os resultados indicaram que a participação nas atividades físicas do PAS reduz significativamente os níveis de ansiedade e depressão, além de melhorar o humor, a qualidade do sono e a disposição geral. A maioria dos participantes dos estudos são do sexo feminino, o que destaca a necessidade de estratégias para aumentar a adesão masculina. Além disso, os estudos evidenciaram melhorias na socialização e no apoio comunitário proporcionados pelo Programa. Para maximizar os benefícios do PAS, recomenda-se sua expansão e a realização de pesquisas futuras com amostras maiores e estudos longitudinais para avaliar os efeitos duradouros das atividades físicas oferecidas. Essas iniciativas são essenciais para consolidar a eficácia do programa e promover a saúde mental de forma abrangente.

**Palavras-chaves:** Ansiedade; Atividade Física; Depressão; Programa Academia da Saúde.

#### **ABSTRACT**

*The study aimed to evaluate the impact of physical activities from the Health Academy Program on the treatment of anxiety and depression. This is a scoping review conducted according to PRISMA-ScR guidelines, with searches performed in Google Scholar and the Virtual Health Library (VHL), including relevant studies on the impact of PAS physical activities on mental health. Among 980 articles assessed, six studies were included in the final review. The results indicated that participation in PAS physical activities significantly reduces anxiety and depression levels, while also improving mood, sleep quality, and overall well-being. Most study participants were female, highlighting the need for strategies to increase male adherence. Additionally, the studies revealed improvements in socialization and community support fostered by the program. To maximize the benefits of PAS, its expansion and future research with larger samples and longitudinal studies are recommended to assess the long-term effects of the physical activities offered. These initiatives are essential for consolidating the program's effectiveness and promoting mental health comprehensively.*

**Keywords:** Anxiety; Physical Activity; Depression; Health Academy Program.





## INTRODUÇÃO

Estudos recentes mostram que a depressão, uma condição crônica com causas multifatoriais, é uma das principais causas de incapacidade global, afetando mais de 350 milhões de pessoas, principalmente mulheres(1). A ansiedade, que pode ser sintoma ou patologia e também possui uma natureza multifatorial, impacta significativamente a qualidade de vida(2). Dado o impacto dessas condições, é essencial buscar estratégias eficazes de tratamento e prevenção, especialmente para mulheres. O Programa Academia da Saúde é uma intervenção de baixo custo que oferece alternativas ao tratamento farmacológico e promove a saúde mental por meio de práticas corporais e atividades físicas.

O programa, parte da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), visa promover o bem-estar na atenção primária, integrando práticas corporais ao Sistema Único de Saúde (SUS). Seu foco é democratizar o acesso à qualidade de vida, desde a infância até a terceira idade, com um planejamento cuidadoso e atividades adaptadas às necessidades da população(3).

A relação entre o Programa Academia da Saúde e o tratamento de transtornos mentais é respaldada por pesquisas que apontam os efeitos colaterais do tratamento farmacológico e a necessidade de maior acesso ao atendimento psicossocial, ainda insuficiente no SUS(4). Programas como o da academia da saúde são importantes na promoção do bem-estar e na prevenção de transtornos mentais em comunidades vulneráveis. Entretanto, há uma lacuna na literatura sobre seus impactos específicos na saúde mental, o que justifica esta revisão, focada em preencher essa lacuna e fornecer insights para a prática clínica e o aprimoramento dessa política. O estudo visa avaliar o impacto das atividades físicas do programa academia da saúde no tratamento da ansiedade e depressão.

## MÉTODOS

### Tipo de Estudo

Esta é uma revisão de escopo. A revisão seguiu as diretrizes estabelecidas por Tricco et al.(5), que desenvolveram a extensão do Preferred Reporting Items for

Systematic Reviews and Meta-Analyses para Revisões de Escopo (PRISMA-ScR). O protocolo da revisão de escopo foi registrado no Open Science Framework(<https://osf.io/kv9hu/>) sob o número DOI 10.17605/OSF.IO/PWSJY.

### Bases de Dados

Uma busca foi realizada de junho a julho de 2024 nas seguintes bases de dados: Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Essas bases foram selecionadas por apresentarem estudos que se propuseram a responder ao objetivo da pesquisa e por incluírem informações sobre o programa academia da saúde. Também foi feita uma busca nas bases de dados internacionais PubMed, Embase e Scopus. No entanto, não foram encontrados estudos específicos sobre a temática, o que pode ser explicado pelo fato de o programa ser de âmbito nacional.

### Estratégia de Busca

A estratégia de busca utilizada foi altamente sensível e sistemática. A seguinte pergunta foi formulada: qual o impacto das atividades físicas do programa academia da saúde no tratamento da ansiedade e depressão? Os descritores selecionados da base de dados Medical Subject Headings (MeSH) foram: “depressão”, “ansiedade”, “exercícios”. Além disso, utilizamos a palavra-chave “programa academia da saúde”. Todos os termos foram combinados pelos operadores booleanos “AND” e “OR”. É importante destacar que os descritores/palavras-chaves e seus sinônimos foram organizados em conjuntos e subdivididos em linhas, conforme mostrado abaixo:

**Tabela 1** - Estratégia de Busca de Alta Sensibilidade

```
#1 "Depression"[Mesh] OR (Depressive Symptoms) OR (Depressive Symptom) OR (Symptom, Depressive)
# 2 "Anxiety"[Mesh] OR (Anxiousness)
#3 "Exercise"[Mesh] OR (Exercise, Aerobic) OR (Aerobic Exercise) OR (Aerobic Exercises) OR (Exercises, Aerobic) OR (Physical Exercise) OR (Physical Exercises) OR (Physical Activity) OR (Activities, Physical) OR (Activity, Physical) OR (Physical Activities) OR (Exercise Training) OR (Exercise Trainings) OR (Training, Exercise) OR (Trainings, Exercise)
#4 "Programa Academia da Saúde"
```

Fonte: elaborada pelos autores, 2024.





## Critérios de Elegibilidade

A elegibilidade foi dividida em critérios de inclusão e exclusão. Os de inclusão foram: artigos direcionados ao público em geral que faz o uso das atividades físicas ofertadas pelo programa academia da saúde; os relacionados com depressão e ansiedade; os que não estavam indexados nas bases de dados utilizadas, mas que faziam parte do referencial dos artigos encontrados na busca sistemática e eram relevantes para a pesquisa. Visando enriquecer as discussões, dada a limitação, foram incluídos dissertações e trabalhos de conclusão de curso (TCC), devido a grande lacuna de pesquisas sobre o tema. Os estudos excluídos foram aqueles que não atendiam à proposta do objetivo.

## Seleção de Artigos

Após a busca de alta sensibilidade nas bases de dados, a seleção dos artigos foi conduzida utilizando o método estabelecido por Ouzzani et al.(6) com a plataforma Rayyan QCRI, que facilita revisões cegas e implementa a blindagem dos avaliadores durante a seleção dos artigos. Inicialmente, dois avaliadores (L.N.S, M.I.K) foram registrados na plataforma para conduzir a seleção. Em caso de divergência entre esses avaliadores, um avaliador sênior seria consultado para resolver as discrepâncias.

A crítica técnica dos artigos foi dividida em duas etapas. Na primeira, os dois avaliadores realizaram uma análise inicial, e, em caso de desacordo, foi revisado pelo avaliador sênior na segunda etapa, que tomou a decisão final sobre sua inclusão. Após a aplicação dos filtros baseados nos critérios de elegibilidade, o processo de seleção seguiu duas fases: a primeira envolveu a leitura inicial do título e do resumo na plataforma, e, para avançar, um artigo precisava da aceitação de pelo menos um avaliador. Na segunda fase, os estudos passaram por uma leitura completa, e a aceitação de dois avaliadores foi necessária para que fossem incluídos na pesquisa.

## Análise e discussão dos resultados

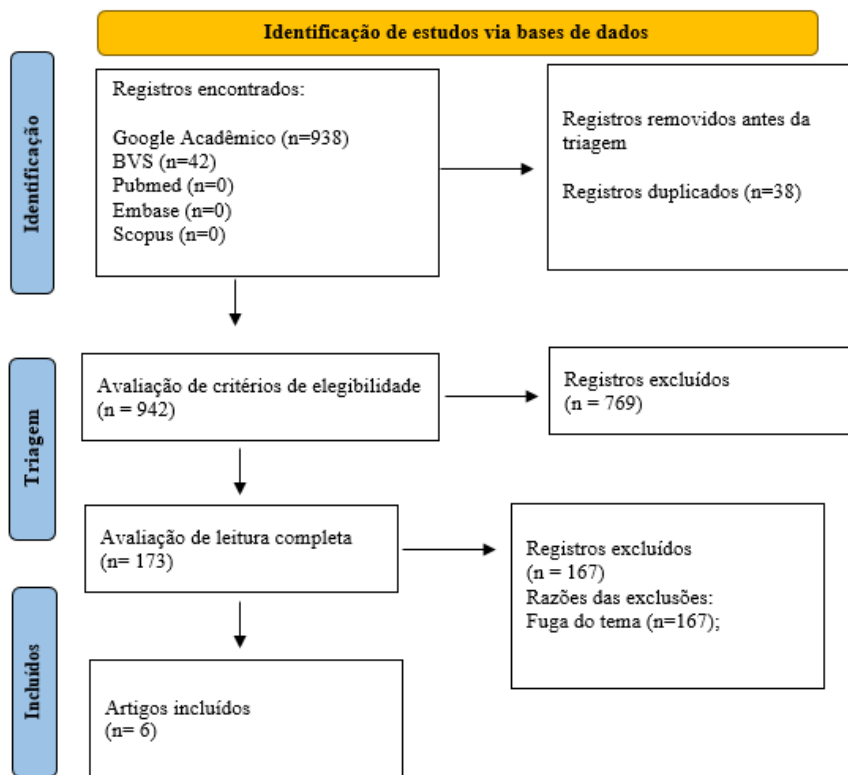
Os estudos foram delineados e tabulados, resultando na criação de um banco de dados que inclui informações como título, autores/ano, tipo de estudo, objetivo, método, e os principais resultados. Para a discussão dos resultados, foi aplicada a análise de conteúdo conforme Bardin(7). De acordo com a autora, essa análise se desenvolve em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, seguidos da interpretação. Assim, foram criadas categorias para análise do material obtido, o que, segundo a autora, permite o processo de categorização e o agrupamento de elementos com características comuns, facilitando a análise e síntese dos dados coletados(8).

## RESULTADOS

O estudo analisou 980 artigos, dos quais 38 foram excluídos por duplicidade, resultando em 942 artigos para avaliação. Após a leitura dos títulos, 769 artigos foram descartados. Dos 173 artigos restantes, 167 foram excluídos após a aplicação dos critérios de elegibilidade. Desse modo, 6 artigos foram mantidos para análise final. As exclusões ocorreram devido ao foco dos artigos em outras doenças crônicas, benefícios gerais para a saúde ou em questões relacionadas à implementação e ao funcionamento do programa.



Figura 1 – Representa o Fluxograma adaptado de PRISMA 2020



Fonte: Page et al.<sup>(8)</sup>

A análise dos materiais revelou a importância das academias públicas de saúde como espaços que promovem a saúde física e mental, além de serem ambientes propícios à inclusão social. No entanto, mesmo com essa finalidade inclusiva, nota-se a evasão do público masculino.

A procura deficiente do público masculino em programas de saúde é um fator histórico e socialmente reproduzido pelas gerações, sendo que o atendimento ocorre apenas quando as doenças já estão instaladas. No entanto, A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) busca enfrentar esse problema, mas encontra dificuldades na prática, como a falta de conhecimento dos profissionais sobre os princípios da política e a ausência de ações específicas voltadas para a saúde masculina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>(9)</sup>.

E especialmente, voltado para a participação em programas de atividades físicas, Medeiros et al.<sup>(10)</sup> pontua, que os homens consideram os programas inadequados, pois os espaços e recursos favorecem a participação feminina. Eles percebem as atividades

como leves por não exigirem esforço exaustivo ou sentem que essas ações interferem em sua masculinidade.

No entanto, os estudos inclusos mostraram que a prática regular de atividades físicas melhora a saúde no geral, com ganhos notáveis na resistência cardiovascular e força muscular, especialmente em idosos, além de reduzir dores corporais e sintomas osteomusculares. Também há benefícios mentais, como redução da ansiedade, depressão e estresse, e melhora na autoestima e no isolamento social, além de diminuir o estigma associado aos transtornos mentais.

A tabela 2 apresenta os estudos analisados e discutidos nesta revisão.

**Tabela 2** - Estudos analisados e discutidos nesta revisão (n=6)

<b>Autores/Ano</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais resultados</b>
Dias et al (17)	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Investigar os benefícios da atividade física para idosos frequentadores de uma academia da saúde	Entrevistas semiestruturadas com 13 idosas entre 60 e 79 anos, análise temática dos dados coletados entre agosto e setembro de 2021	A prática regular de atividades físicas é importante para a preservação da saúde e estabilização de doenças pré-existentes; é essencial que os idosos recebam apoio e incentivo para manterem-se fisicamente ativos
Souza et al (12)	Estudo descritivo de abordagem quantitativa	Analisar a saúde mental dos usuários que participam do Programa Academia da Saúde (PAS) no município de Pau dos Ferros.	Entrevistas semiestruturadas, questionário SRQ-20 para avaliar indicadores de Transtornos Mentais Comuns (TMC), análise estatística descritiva e inferencial com SPSS 16.0	A prática regular de atividades físicas no PAS contribui significativamente para a saúde mental e física dos participantes; há uma necessidade de maior adesão masculina ao programa e de fortalecer políticas de saúde voltadas para a promoção da atividade física e prevenção de doença
Barbosa et al (5)	Estudo quase-experimental com pré e pós-teste	Investigar mudanças nos sintomas de ansiedade e depressão após dois programas de exercícios supervisionados com mulheres adultas participantes do Programa Academia de Saúde	Amostragem não probabilística com 93 mulheres adultas em programas de exercícios supervisionados por seis meses. Avaliação de ansiedade e depressão pela escala hospitalar e da função física por testes de caminhada, preensão manual e sentar-levantar	Os programas de exercícios reduziram ansiedade, depressão e melhoraram a função física. A escolha do protocolo deve levar em conta preferências e aspectos práticos. Profissionais de educação física devem coordenar as práticas nos sistemas de saúde pública.
Arakaki (13)	Dissertação de Mestrado	Avaliar o impacto biopsicossocial na sintomatologia dos participantes com esquizofrenia e/ou transtorno afetivo bipolar tipo I com um programa de atividade física na academia da saúde ao ar livre	Estudo longitudinal quase experimental com 10 encontros e 20 pacientes em quatro grupos. Utilização de instrumentos como o Questionário Sociodemográfico, PANSS, WHOQOL-breve e Escala de Calgary de Depressão para Esquizofrenia.	O programa mostrou que a atividade física regular é benéfica no tratamento de transtornos mentais graves, destacando a necessidade de apoio e acompanhamento especializado para otimizar os resultados.
Maia (11)	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	Investigar as relações entre a ansiedade, a depressão e a comunicação no espaço público da Academia da Saúde	Pesquisa qualitativa utilizando pesquisa-ação, aplicação de questionários estruturados (BAI, BDI e QCC)	Comunicação em grupo pode ter impacto direto na saúde emocional dos envolvidos, proporcionando melhora nos transtornos psicológicos; necessidade de mais espaços e ações de promoção à saúde focados na comunicação e interação
Silva et al (24)	Estudo qualitativo	Analisar a Academia da Cidade, programa governamental de estímulo à prática de atividade física, na perspectiva dos usuários e monitores, identificando os elementos de acesso, utilização e responsabilização	Observação das atividades desenvolvidas em quatro polos da Academia da Cidade em Belo Horizonte; entrevistas semiestruturadas com usuários e monitores, gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo	A Academia da Cidade facilita o acesso à prática de atividades físicas, promovendo saúde e bem-estar. É necessário ampliar equipamentos e integrar mais com a rede de saúde pública.



## DISCUSSÃO

A discussão focou em duas categorias principais, baseadas nos resultados dos autores: o impacto dos marcadores sociais na redução de sintomas de depressão e ansiedade pelo Programa Academia da Saúde e a influência dos marcadores clínicos e emocionais no tratamento de depressão e ansiedade também pelo Programa Academia da Saúde.

### Impacto dos marcadores sociais na redução de depressão e ansiedade através do Programa Academia da Saúde

As atividades físicas oferecidas no Programa Academia da Saúde, conforme documentado nos estudos de Maia(11) e Souza et al.(12), demonstram uma relação intrínseca com as interações sociais, especialmente, do ponto de vista dos usuários que convivem com depressão ou ansiedade. Os participantes relataram que, com a adesão ao programa, passaram a se comunicar e interagir mais com as pessoas, sendo esse aspecto o mais destacado entre os oferecidos pelo programa à comunidade.

Arakaki(13) demonstrou que o programa melhorou condições mentais graves e reduziu o estigma social. A pontuação média de estigma internalizado caiu de  $2,29 \pm 0,03$  para  $1,95 \pm 0,05$  pontos após a intervenção, indicando uma mudança positiva na percepção dos participantes.

Esse ambiente oferece apoio para compartilhar experiências e emoções(14). Estudos mostram que apoio social em ambientes de exercício aumenta a motivação e adesão(15). Programas supervisionados com atividades prazerosas têm maior adesão(16). Barbosa et al.4 encontraram alta adesão no programa academia da saúde devido à presença de um Profissional de Educação Física, que cria um ambiente motivador. Dias et al.(17) ressaltam que o apoio dos profissionais e colegas é crucial para a motivação das idosas.

A diversão e o engajamento nas atividades físicas são essenciais. Programas que incluem música, jogos e atividades recreativas são mais atraentes e motivadores. Salmon(18) demonstrou que o exercício físico pode servir como “tempo de recreação”, aliviando o

estresse e melhorando o humor, especialmente em ambientes agradáveis. Programas comunitários de atividade física, como a academia da saúde, oferecem benefícios além dos físicos, como fortalecimento da comunidade e aumento das interações sociais. A gratuidade do programa também torna o acesso mais inclusivo para populações de baixa renda que não podem pagar academias privadas.

### Influência dos marcadores clínicos e emocionais no tratamento de depressão e ansiedade através do programa academia da saúde

No estudo de Dias et al.(17) com 13 idosas, a prática regular de atividade física no Programa Academia da Saúde contribuiu para a estabilização de doenças físicas e psicológicas, ajudando no controle da pressão arterial e no tratamento da depressão e ansiedade. Maia(11) também encontrou impacto positivo na redução desses sintomas com a participação no programa.

O estudo de Barbosa et al.(5) demonstrou que os programas de exercícios contínuo (CT) e intermitente (IT) realizados pelo programa foram igualmente eficazes na melhoria da ansiedade, depressão e função física. Ambos mostraram melhorias significativas na ansiedade ( $F = 16,52$ ;  $p < 0,001$ ) e depressão ( $F = 9,29$ ;  $p = 0,003$ ), além de avanços na função física. A escolha do protocolo pode depender da preferência da comunidade, pois ambos foram eficazes na promoção da saúde mental e física.

O estudo de Arakaki(13) com vinte pacientes esquizofrênicos mostrou que um programa de atividades ao ar livre, incluindo caminhadas e exercícios, reduziu significativamente os níveis de depressão (de 2,37 para 1,38 pontos na Escala de Calgary) e melhorou o humor, autoestima e disposição dos participantes.

Os resultados mostram que atividades físicas ao ar livre são essenciais no tratamento de transtornos mentais, proporcionando benefícios psicossociais como melhor disposição emocional e bem-estar, superiores aos obtidos em ambientes fechados (19). A motivação para usar parques públicos para lazer e exercícios está ligada à presença de vegetação arbórea, que ajuda a reduzir o esgotamento e o cansaço mental(20).





No contexto do Programa Academia da Saúde, interagir com ambientes naturais pode apresentar benefícios. Perekhouskei e De Angelis(21) destacam que esses ambientes reduzem a fadiga mental ao evocar respostas emocionais inatas e melhorar a função imunológica. Além disso, uma meta-análise mostrou que apenas cinco minutos de exercício em áreas naturais já melhora a saúde mental, o humor e a autoestima, beneficiando especialmente pessoas sedentárias ou com problemas psíquicos(22).

Além disso, essas atividades proporcionam regulação dos níveis de glicose, adrenalina e noradrenalina, além de melhorar a qualidade do sono(23). A longo prazo, favorece o funcionamento cardiovascular, aumenta a flexibilidade, resistência, potência e força muscular, e reduz a incidência de doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares e metabólicas(23).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, buscamos refletir sobre o impacto das atividades físicas oferecidas pelas academias públicas na saúde mental dos participantes, destacando suas contribuições positivas para o tratamento da depressão e da ansiedade como uma alternativa de baixo custo. Os resultados demonstraram efeitos benéficos, mas é importante considerar algumas limitações.

O caráter dinâmico e multivariado das atividades promovidas pelas academias da saúde, organizadas conforme a perspectiva dos usuários e dos Profissionais de Educação Física, dificulta a compreensão fisiológica exata de como essas atividades melhoram os distúrbios mentais. Embora todos os estudos analisados tenham apresentado resultados satisfatórios para a melhora clínica dos quadros, é essencial analisar o fator psicossocial como elemento associado a essas condições.

Outro aspecto a considerar é que a maioria dos estudos envolveram um número relativamente pequeno de participantes, o que pode limitar a generalização dos resultados. Além disso, nem todos os estudos incluíram intervenções e, dentre os que usaram, a duração das intervenções variou entre os estudos. Também em sua maioria estudos não possuíam um grupo

controle, o que pode influenciar a magnitude dos efeitos observados.

Para fortalecer a base de evidências, futuras pesquisas deveriam incorporar amostras maiores que permitam uma maior generalização dos resultados e realizar estudos longitudinais com intervenções por meio de ensaios clínicos para compreender os efeitos duradouros da atividade física na saúde mental através do programa. Uma vez que há fatores intrínsecos ligados PAS. Recomenda-se a expansão e integração destes programas com outros serviços de saúde para maximizar os benefícios à população, incluindo o público masculino, que demonstrou baixa adesão ao programa.





## REFERÊNCIAS

1. Anibal C, Romano LH. Relações entre atividade física e depressão: estudo de revisão. *Rev. Saúde Em Foco*. 2017;9(1): 190-199. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/021\\_artigo\\_cintia.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/021_artigo_cintia.pdf).
2. Araújo SRC, Mello MT, Leite JR. Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(2):164-171 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/FLNhMjCXYWyzQLDYWFYNBCs/?format=pdf&lang=p>.
3. Tasca LC, Souza TG de. Políticas públicas de promoção da saúde no Brasil: análise dos Programas Academia da Saúde e Vida Saudável. *Cad. Educ. Física e Esporte*. 30 jun. 2017;15(2):69-76.
4. Barbosa CGR, Crisp AH, Oliveira JJ de, Ribeiro AGSV, Oliveira MVA, Verlengia R. Changes in anxiety and depression levels after two exercises programs with women attending the Health Academy Program. *Rev. Bras. Atividade Física Saúde*. 6 jun. 2022;27:1-9.
5. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2 out. 2018;169(7):467-73.
6. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 5 dez. 2016;5(1):210.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.
8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. 29 mar. 2021;372:n71.
9. Carneiro LMR, Santos MPA dos, Macena RHM, Vasconcelos TB de. Atenção Integral À Saúde Do Homem: Um Desafio Na Atenção Básica. *Rev. Bras Em Promoção Saúde*. 2016;29(4):554-63.
10. Medeiros PAD, Streit IA, Sandreschi PF, Fortunato AR, Mazo GZ. Participação masculina em modalidades de atividades físicas de um Programa para idosos: um estudo longitudinal. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3479-88.
11. Maia S de P. *Escola de saúde pública do Estado de Minas Gerais*. 2020.
12. Souza LND, Rodrigues VMP, Pinheiro PP, Maia UMDC, Andrade MLLD. Atividade física e saúde mental: uma análise dos usuários do programa academia da saúde. *Rev Contemp*. 12 abr. 2024;4(4):e3718.





13. Arakaki EHH. Academia da saúde como recurso comunitário para o bem-estar e inclusão na psicose: efeitos de um programa de atividade física ao ar livre [dissertação na Internet]. Veras AB, orientador. 2019 [citado 18 nov. 2024]. 88 f. il.; 30 cm + anexos. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/1029036-dissertacao.pdf>.
14. Hossain MN, Lee J, Choi H, Kwak YS, Kim J. The impact of exercise on depression: how moving makes your brain and body feel better. *Phys Act Nutr*. 30 de junho de 2024;28(2):43-51.
15. Teychenne M, White RL, Richards J, Schuch FB, Rosenbaum S, Bennie JA. Do we need physical activity guidelines for mental health: What does the evidence tell us? *Ment Health Phys Act*. março de 2020;18:100315.
16. Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, Wessely S, Mykletun A, Hotopf M. Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 1o de janeiro de 2018;175(1):28-36.
17. Dias EG, Costa EP, Araújo PRMD, Campos LM, Caldeira MB. Benefícios da atividade física para idosos frequentadores de uma academia da saúde em uma cidade do norte de Minas Gerais. *Saúde E Desenvol Hum [Internet]*. 22 de junho de 2023 [citado 17 jun. 2024];11(2). Disponível em: [https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento/article/view/10148.7](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/10148.7)
18. Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clin Psychol Rev*. 1o de fevereiro de 2001;21(1):33-61.
19. Shanahan DF, Franco L, Lin BB, Gaston KJ, Fuller RA. The Benefits of Natural Environments for Physical Activity. *Sports Med*. julho de 2016;46(7):989-95.
20. Szeremeta B, Zannin PHT. A importância dos parques urbanos e áreas verdes na promoção da qualidade de vida em cidades. *Raega - O Espaço Geográfico Em Análise*. 6 de dezembro de 2013;29:177.
21. Pehouskei NA, De Angelis BL. Áreas verdes e saúde: paradigmas e experiências. *Diálogos & Saberes*. 2012;8(1):55-77.
22. Barton J, Pretty J. What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environ Sci Technol*. 2010;44(10):3947-55.
23. Gobbi S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da organização mundial de saúde 1996. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2 (2):41-49.



# O desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS): implicações do capitalismo

*The dismantling of the Unique System of Health (SUS): implications of capitalism*

Keite Helen dos Santos

---

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir os impactos do setor privado na política de saúde brasileira e sua relação com o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). Destarte, busca-se realizar uma análise acerca dos impactos das políticas econômicas ultraliberais que defendem propostas de sistemas de saúde orientados para o mercado. O desmantelamento das políticas públicas, principalmente na Atenção Primária à Saúde, em um cenário social, político e econômico em que se operam contradições pertinentes aos modelos de gestão no país é reflexo do maior desafio: a política. Portanto, a defesa da democracia e a história de lutas reintegram a necessidade de reflexão sobre os processos vivenciados por trabalhadores e usuários durante a Reforma Sanitária Brasileira.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

*This article aims to discuss the impacts of the private sector on Brazilian health policy and its relationship with the dismantling of the Unique System of Health (SUS). Therefore, we seek to carry out an analysis of the impacts of ultra-liberal economic policies that defend proposals for market-oriented health systems. The dismantling of public policies, especially in Primary Health Care, in a social, political and economic scenario in which contradictions pertaining to management*

*models in the country operate is a reflection of the biggest challenge: the politic. Therefore, the defense of democracy and the history of struggles reintegrate the need for reflection on the processes experienced by workers and users during the Brazilian Health Reform.*

**Keywords:** Primary Health Care; Health Policy; Unified Health System.

## INTRODUÇÃO

Este texto é produto da reflexão de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) preocupados em analisar a organização dos serviços, sua gestão e financiamento. Assim, embora tais vozes falem a partir de um lugar específico e particular, as autoras buscam ecoar algo que há certo tempo tem ocupado trabalhadores e usuários no SUS: as ameaças de desmonte, as políticas e seus impactos na qualidade da assistência.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos do mundo, criado após as lutas de vários setores da sociedade civil organizados em ações articuladas no campo da saúde contra a ditadura militar e pela redemocratização do país na década de 1980 conhecidas como Movimento da Reforma Sanitária.

Foi durante as ações do Movimento da Reforma Sanitária que criticaram-se os benefícios do setor privado em um modelo de saúde que apenas garantia o direito à saúde aos indivíduos que trabalhavam com carteira assinada. Apenas em 1988, com a Constituição Cidadã, que a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado(1).



Os impactos do capitalismo no SUS estão relacionados às disputas entre os interesses do capital (em que saúde é uma mercadoria e fonte de lucros) e os interesses no campo dos saberes sanitários (em que há a defesa da saúde como direito universal, pública e de caráter estatal). Tal dualidade conforma-se como uma barreira para consolidação do SUS.

O capitalismo é definido como sistema econômico que segue princípios da iniciativa privada e do livre mercado, em que a gestão da economia é feita por empresas organizadas e particulares. De acordo com Marx(2) o capitalismo depende do processo de produção e circulação de mercadorias que, ao ser comercializada, produz o capital com vista ao acúmulo de dinheiro e centralização dos modos de produção.

Para Marx(2) quando o início e o fim do processo de produção é o dinheiro, impera o valor de troca. Ao objetivar o lucro e a riqueza o capitalismo está imerso em relações de mais-valor, em que se permitem grandes lucratividades. Nesse contexto, a força de trabalho surge como mercadoria e o indivíduo comercializa seu trabalho em troca do capital. A construção do valor deste trabalho depende de seu valor de uso, valor de troca e do produto comercializado(2).

Esse capital, dominador do sistema econômico em que vivemos, perpassa e corrompe as relações, controla os indivíduos e a sociedade, degenera os valores inquestionáveis sobre qualificação do cuidado coletivo ao objetivar lucro durante atendimentos de saúde. De acordo com Hill(3) "o princípio fundamental do capitalismo é a santificação do lucro privado (ou corporativo)" de maneira que seus impactos influenciam na organização da assistência, onde a saúde é uma "moeda de troca" política.

Diante desta conjuntura, destacamos pontos importantes sobre o capitalismo e suas implicações na APS: o modelo de financiamento, a mercantilização da assistência, a desqualificação dos serviços públicos e a precarização do trabalho, sob influência de um modelo neoliberal impulsionado pelos ditames da lógica do mercado, que sufoca os princípios filosóficos do SUS e amplia os atendimentos cuja remuneração por produção, contribuindo para que o cuidado em saúde seja sucateado.

## A APS como porta de entrada e organizadora da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS)

A Declaração de Alma-Ata(4) foi um importante marco para reordenar os sistemas de saúde, proporcionando um nível adequado de saúde para todos os indivíduos, independente de questões sociais e econômicas ao elaborar as estratégias que deveriam orientar os países na organização e racionalização dos recursos disponíveis para os cuidados primários à saúde.

Posteriormente, a proposta de um sistema público de saúde no Brasil foi resultado dos princípios assegurados pela Constituição Federal: "saúde é direito de todos e dever do Estado"(1), demonstrando um caráter socialmente superior ao modelo liberal ou médico tradicional.

De acordo com Campos(5) a defesa do SUS possibilita o direito universal à saúde, independente de questões econômicas, sociais, culturais, religiosas, raciais ou étnicas; organiza a assistência a partir das necessidades sociais, identificadas por mandas individuais e coletivas; permite a realização de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, de maneira resolutiva e que garantam integralidade da atenção.

Considerando a hierarquização do modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é direcionada a responder às necessidades de saúde mais comuns da população(6). Sua concepção é coerente com o conceito ampliado de saúde presente no texto constitucional de 1988.

No Brasil, a organização e a oferta da APS no sistema de saúde convergiram para o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) inserido em uma rede hierarquizada em que a assistência é pautada na resolubilidade, envolvendo aspectos relacionados à organização da rede de atenção, conduta profissional e da relação entre trabalhadores e usuários. A ESF é uma estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS no país, a "porta de entrada" do usuário no sistema de saúde brasileiro(7).

A ESF é a principal estratégia de reorganização da APS no país, direcionando-se na organização de ações e serviços em uma perspectiva do acesso à atenção integral em saúde, com potencialidade para impactar nos determinantes sociais da saúde.



A Política Nacional da Atenção Primária (PNAB) concede ao gestor municipal autonomia para definição do escopo de serviços ofertados pela APS, assim como a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde. Tal condição merece atenção, haja vista que pode se caracterizar como ameaça a organização de uma APS inclusiva, universal, abrangente, integral e equânime, haja vista que se oportunizam as desigualdades de acesso, as tensões na organização do trabalho e a assistência ofertada ao usuário.

As formas de operacionalização da APS assumiram contornos econômicos, políticos e culturais diferentes, em realidades de atenção à saúde onde a carga de atenção por meio de consultas clínicas ocupa grande parte do tempo das equipes multiprofissionais.

O trabalho em saúde, especificamente na APS, significa um processo histórico construído coletivamente, cuja sociabilidade entre usuários e trabalhadores permite transformações nos modos de lidar com doenças crônicas, com momentos de fragilidade familiar, com as vulnerabilidades sociais em que os grupos populacionais estão imersos e que perpassam suas histórias de vivenciar saúde e adoecimento.

Ao considerarmos ações em que se coloca em risco a longitudinalidade do cuidado ao se priorizar o acesso às consultas de caráter hospitalocêntrico, promove-se uma descaracterização das bases fundamentais da APS. As atividades direcionadas aos determinantes sociais, ao atendimento familiar, às visitas domiciliares e ao trabalho em grupo passam a ser substituídos por atendimentos individuais, agendados, de curto tempo em consultório, em uma relação entre o valor pago ao profissional e a quantidade de atendimentos realizados.

A execução de um cuidado remunerado de acordo com a quantidade de atendimentos realizados exigem uma reflexão acerca dos fundamentos de um nível de atenção que trabalha com promoção de saúde e prevenção de agravos individuais e coletivos, haja vista a mudança de diretrizes morais, políticas e técnicas de seu funcionamento.

As práticas orientadas pela grande produtividade se relacionam ao desmonte do SUS, sendo a APS parte de um projeto sombrio que desfinancia, corrompe, desmotiva e sucateia os serviços públicos ante as políticas econômicas ultraliberais e de ação política,

corroborando com a defesa de sistemas de saúde orientados para o mercado.

Tal perspectiva é de iminente retrocesso no que tange à garantia de direitos sociais, colocando em risco os avanços obtidos após inúmeras lutas para concretização das políticas públicas brasileiras. Políticas públicas imersas em contratos privados e de consórcios, que inicialmente buscavam ofertar aumento de acesso aos usuários, configuram-se gradualmente como um artifício neoliberal para enriquecimento de cooperativas e de descaracterização da APS.

## A educação dos profissionais de saúde e as implicações do capitalismo

A consolidação do SUS está relacionada com a ampliação da cidadania, tornando viva a ideia de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Trata-se de uma contraposição à lógica capitalista, uma vez que o acesso aos serviços de saúde não depende de um processo produtivo: é garantido por lei.

Na gestão dos serviços de saúde princípios econômicos e institucionais se entrecruzam o que impacta na organização das equipes assistenciais, em seus processos de trabalho e remunerações. Diuturnamente, o capitalismo perpetua a vertente mercadológica de compra de serviços de saúde, refletindo desastrosamente na precarização do trabalho, nas privatizações, nas aquisições de consórcios e na depreciação do serviço público.

Em uma perspectiva mercadológica e reducionista, a assistência à saúde está relacionada às metas quantificadas e mensuradas, com valores determináveis de vidas humanas, sendo prática que permeia a formação dos profissionais de saúde inserindo-os em uma lógica de cuidado de disputas por quantidade ganho. Tal condição traz limitações, incompatibilidades e incongruências à ética e cuidado humano.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde são atores fundamentais para construção de um sistema qualificado, humanizado e comprometido com a defesa da democracia sendo imprescindível discutir aspectos relacionados à formação acadêmica destes trabalhadores. Os desafios da gestão do trabalho e educação podem ser superados com a colaboração interprofissional, melhorando a atenção e a qualidade



dos serviços, diminuindo custos e cumprindo as metas de cobertura universal(8).

Para Ferreira, et al(9) é de reconhecimento internacional a inadequação do processo formador médico quando considera-se sua capacidade para responder às demandas sociais. Destarte, é necessário refletir sobre a formação dos profissionais de saúde, com vistas ao desenvolvimento de atitudes que valorizem a equidade, a qualidade da assistência, e a humanização da prática médica.

Para Frigotto(10) a formação do trabalhador de saúde deve romper com a tendência de produção e acumulação, devendo ser capaz de desenvolver sujeitos emancipados. Destaca que os processos formativos devem ser dissociados da subordinação da lógica mercantil, buscando o desenvolvimento de competências despidas das relações de poder e de classe.

A formação dos profissionais de saúde deve permitir o desenvolvimento de habilidades para responder às necessidades da população, de maneira a garantir o cuidado em todas suas dimensões técnicas e sociais. Trata-se de uma formação comprometida com a vida, não reducionista, fragmentada e centrada na produção.

Para Merhy(11) o surgimento das práticas de Educação Sanitária traz a ideia de que a "consciência sanitária" do indivíduo é base para relação saudável entre o homem e seu meio externo, sendo necessário um esforço sistemático e permanente no nível de um trabalho pedagógico de formação (e transformação) da consciência individual. Portanto, há desafios na educação para o SUS, mas há possibilidades para o ensino-trabalho-cidadania.

## **A privatização do SUS: modelos de contratação dos trabalhadores da APS**

O processo de descentralização oportunizou que os municípios respondessem aos conflitos que envolvem saúde pública de maneira autônoma e política, responsabilizando-os pela organização dos recursos destinados à rede assistencial e a gestão dos serviços.

A Emenda Constitucional 95(EC-95)(12) potencializa o subfinanciamento crônico do SUS e corrobora com o desfinanciamento que compromete a universalização e a expansão de serviços públicos. A identificação

de um repasse financeiro incapaz de suprir as necessidades de oferta de saúde amplia a possibilidade de participação de aparelhos privados no SUS.

Parcerias público-privadas passam a ocupar espaços diversos nos serviços de saúde, de maneira a aumentar a capacidade produtiva e as pressões da comunidade em busca de resoluções para suas demandas. Tal saída parece amenizar situações diversas que impactam na assistência: absenteísmo dos profissionais, dificuldades para contratação por concurso público e ausência na provisão de vagas frente às demandas da comunidade.

Especificamente no âmbito da APS observamos que o encaminhamento das contratações por consórcio e por pessoa física, tornaram-se respostas efetivas para assegurar o controle do déficit fiscal e a governabilidade, configuram-se como projetos para absorção das atividades públicas de saúde, tornando-as serviços não mais exclusivos do Estado. É nessa perspectiva que a saúde se torna uma mercadoria.

É frente a oferta de patrimônio público nas instituições de saúde que a força de trabalho terceirizada tem suas ações, momentos em que o Estado vivencia os impactos das ideias neoliberais. Inicialmente vantajosa a contratação de mão de obra terceirizada é custeada por fundos públicos, de acordo com as condições do mercado, permitindo a criação de normas e regimentos próprios, a dispensa de licitação e a flexibilidade para execução orçamentária e financeira(13).

Frente todo exposto, podemos inferir que tal forma de contratação de pessoal demonstra vantagens sobre outras formas de contrato nos serviços públicos, permitindo a abertura e a flexibilidade ao setor privado, uma vez que não há limitações pela Lei de Responsabilidade Fiscal(14).

É possível identificar que o aumento da oferta de serviços públicos foi acompanhada pelo crescimento de contratos com prestadores de serviço e com empresas de intermediação, condição que promove uma financeirização da saúde, haja vista a submissão do Estado e de suas políticas aos interesses imediatos do capital(15).

Nesta perspectiva, com a transferência de funções e responsabilidades do setor público para o setor privado (mesmo que parcialmente) é possível identificar a existência de um processo de privatização da saúde,



uma vez que há a oferta de serviços cuja gestão tem origem não governamental para comunidade. Trata-se de uma realidade que abrange cada vez mais municípios brasileiros, ora pela criação de Organizações Sociais de Saúde (OSS), ora pelo contrato de profissionais sem vínculo com setor público.

A tendência crescente desta maneira de gerir a saúde está relacionada com decisões políticas que fortalecem o crescimento da participação privada no SUS, de maneira que a transferência de recursos financeiros do setor público para o setor privado contribui para mercantilização da saúde em uma lógica em que o Estado financia e coordena as políticas sociais, mas a gestão e a execução do trabalho dá-se pela iniciativa privada. Seria, então, interesse do capitalismo a oferta de uma saúde pública de qualidade, visando o pleno desenvolvimento físico, psíquico, espiritual e cultural dos usuários do SUS?

Todas essas questões permitem-nos observar a maneira em que as políticas públicas são ameaçadas diariamente: com lentos movimentos que inicialmente parecem contribuir com a oferta de cuidado, mas visam a produção de capital e não a produção de saúde. Trata-se de uma ameaça ao acesso universal e integral aos serviços do SUS, sendo a APS parte deste projeto de desconstrução dos direitos sociais, inviabilizando o controle social e contribuindo para a formação de trabalhadores de saúde com vistas aos interesses do mercado em detrimento às preocupações com a saúde dos indivíduos.

Frente todo exposto, tais projetos privatizantes contribuem para o caráter excludente, trazendo obstáculos para garantia de um sistema de saúde universal, público e democrático ao reduzirem o papel do Estado.

## CONCLUSÃO

Este estudo pretende refletir acerca da atual maneira de gerir o SUS: o processo de privatização da saúde a partir do desfinanciamento e das ações políticas que contribuem para o desmonte dos serviços assistenciais. Fruto de um aporte insuficiente de recursos que sucateia as unidades e acirra a precarização da assistência tais serviços sofrem investidas do capital como estratégia neoliberal de ampliação da qualidade.

As desigualdades sociais e de saúde, o modo capitalista de organização da sociedade, as crises econômicas e políticas, a frequente ameaça às instituições democráticas, as fragilidades institucionais e o crescimento de ideologias políticas conservadoras e neoliberais são algumas das tensões na construção e na defesa de um sistema de saúde universal brasileiro. Destarte, as diversas iniciativas que descrevem as ações do Estado como negativas, implicando em subfinanciamento, congelamento dos gastos públicos, fortalecimento do setor privado, privatizações e desregulamentação corroboram com práticas que visam o enfraquecimento dos serviços públicos de acesso gratuito à população.

As ameaças de desmonte que envolvem o SUS impactam negativamente na saúde da população, condição vivenciada nos serviços de APS frente o aumento de ações focadas em mutirões com equipe contratada, sem vínculo com o serviço e, portanto, descaracterizando um serviço com fundamentos bem definidos, como a longitudinalidade do cuidado, equidade, universalidade e integralidade.

A remuneração dos profissionais por quantidade de atendimento é o modelo de pagamento responsável pela busca pelo aumento da produção para garantir ganho maior, gerando custos desnecessários. Os oportunismos praticados nesta lógica de cuidado podem contribuir com injustiças, haja vista a inexistência de valores pagos ao que é considerado boa ou má prática médica.

Tal modelo de serviços não amplia a participação da comunidade, tampouco representa fortalecimento do interesse público nas políticas sociais. É nessa perspectiva que se identifica o confronto com o projeto de SUS, afirmando-se valores burgueses que fragmentam o cuidado, contribuem para as péssimas condições de trabalho, ofertam serviços sucateados e uma assistência desalinhada e descontinua à população.

As tensões presentes na APS exigem dos trabalhadores formações permanentes para além das requisições institucionais e resolução dos atendimentos no serviço. É importante que desenvolvam condições de refletir acerca das questões contraditórias que impactam a assistência, apreendendo-se uma realidade sobre a qual permite-se (ou não) intervenções, pressupondo-se que só é possível transformar o que se conhece.





Frente todo exposto, apesar dos avanços importantes na defesa da saúde pública brasileira, a atual conjuntura revela uma difícil realidade em que a desqualificação dos serviços, a precarização do trabalho e a diminuição da qualidade da assistência comprometem o projeto inicial defendido na Constituição de 1988. A identificação da forte influência deste modelo neoliberal que impulsiona os profissionais aos ditames da lógica de mercado, desconhecedores do SUS, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde são pontos que demandam reflexão e transformação.

Conclui-se que é imediata a necessidade de reflexões acerca da formação dos profissionais que trabalham na APS, contribuindo para uma visão não fragmentada, que integra saberes interdisciplinares e que questionam o modelo biomédico de cuidado.





## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Marx K. O Capital. Vol. I. São Paulo: Nova Cultural Ltda; 1996.
3. Hill D. Six Theses on Class, Global Capital and Resistance by Education and Other Cultural Workers. In: Moisiu O-P, Suoranta J, editors. Introductory Reflections: From Reaction to Action in Contemporary Social Thought. Jvaskyla: SoPh; [data não especificada].
4. Organización Mundial de la Salud - OMS. Atención Primaria de Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. In: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 Sep 6; Alma Ata, URSS. Geneve: OMS; 1978.
5. Campos GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: Campos GWS, et al., organizadores. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 13-23.
6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 24 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Ceccim RB, Prates CC. Educação Interprofissional, Práticas Colaborativas e Micropolítica: o combate incerto dos afetos no capitalismo cognitivo sob o trabalho em Saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2023;27:e230399. DOI: 10.1590/interface.230399.
9. Ferreira LC, et al. A Percepção de Acadêmicos sobre a Relação Médico-Paciente Discutida em Oficinas Problematizadas do Caso do Eixo Teórico-Prático Integrado (Cetpi). Rev Bras Educ Med. 2015;39(1):119-22. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n1e01862013.
10. Frigotto G. Educação profissional e capitalismo dependente: o enigma da falta e sobra de profissionais qualificados. Trab Educ Saúde. 2007;5(3):521-36. DOI: 10.1590/S1981-77462007000300011.
11. Merhy EE. Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.





12. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União. 2016 Dez 15.

13. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2015;31(4):663-6. DOI: 10.1590/0102-311X00066315.

14. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2000 Maio 4.

15. Sestelo JAF, Tavares LR, Silva MSM. Planos e seguros de saúde: a financeirização das empresas e grupos econômicos controladores do esquema comercial privativo de assistência no Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;38:e00075621.



## Educação em saúde: descrição dos serviços na Atenção Básica para as mulheres

*Health education: description of services in Primary Care for women*

Vânia Maria Pessoa Rodrigues; Bertulino José de Souza; José Giovani Nobre Gomes;  
Pedro Victor Pessoa Pinheiro; Themis Cristina Mesquita Soares

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever as ações de Educação em Saúde a partir do conhecimento do Plano Municipal de Saúde e da atuação das equipes de Estratégia de Saúde da Família, com foco na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado no município de São Miguel, no interior do Estado do Rio Grande do Norte. A população foi constituída pelos os profissionais das cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família que compõem as Unidades Básicas de Saúde da zona urbana. **Resultados:** A Educação em Saúde concentra-se nas atividades relacionadas às consultas e ao pré-natal, exames preventivos, planejamento familiar, rastreamento do câncer de mama e colo do útero, orientações de controle da diabetes e hipertensão arterial. Nota-se que não é dada atenção às questões de qualificação dos profissionais, considerada importante para o desenvolvimento de um trabalho eficiente em relação às atividades de Educação em Saúde para as mulheres, em que o processo educativo tem o poder de influenciar na difusão, na qualidade de vida e na prevenção às doenças. **Conclusão:** Conclui-se que mudanças exigem compromisso para revisão de prioridades, planejamento, organização e construção de estratégias globalizantes para a promoção da saúde do gênero feminino em todas as fases de vida. As atitudes descritas não caracterizam o todo, mas, o retrato de um pequeno território e de uma parcela das mulheres, sendo os dados colhidos uma expressão da realidade local.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; Educação em saúde; Saúde da mulher.

### ABSTRACT

**Objective:** describe Health Education actions based on knowledge of the Municipal Health Plan and the actions of the Family Health Strategy teams, focusing on the National Policy for Comprehensive Attention to Women's Health. This is a descriptive study of a qualitative nature, carried out in the municipality of São Miguel, in the interior of the State of Rio Grande do Norte. **Method:** The population was made up of professionals from the five Family Health Strategy teams that make up the Basic Health Units in the urban area. **Results:** Health Education focuses on activities related to consultations and prenatal care, preventive exams, family planning, breast and cervical cancer screening, guidance on controlling diabetes and high blood pressure. It is noted that no attention is given to issues of professional qualification, considered important for the development of efficient work in relation to Health Education activities for women, in which the educational process has the power to influence the dissemination, quality of life and disease prevention. **Conclusion:** It is concluded that changes require commitment to review priorities, planning, organization and construction of globalizing strategies to promote female health at all stages of life. The attitudes described do not characterize the whole, but rather a portrait of a small territory and a portion of women, with the data collected being an expression of the local reality.

**Keywords:** Primary Care; Health education; Women's health



## INTRODUÇÃO

Atualmente, existe uma grande preocupação com as questões de Educação em Saúde que representam um leque de conhecimentos necessários às pessoas, com práticas direcionadas para o processo saúde-doença. Na realidade, refere-se as informações úteis no controle, cuidado e na preservação da saúde articulada com as concepções científicas, intermediada pelos profissionais responsáveis pela modificação de comportamento cotidiano na vida das pessoas<sup>(1)</sup>. Pela sua magnitude, deve ser percebida como essencial as questões de prevenção e preocupada com a evolução das condições de vida e de saúde da população em geral e, neste estudo, das mulheres em particular. Segundo Menezes<sup>(2)</sup>, as estratégias de planejamento, metas e ações de Educação em Saúde devem estar pautadas em uma programação de orientação, portanto, que responda às demandas específicas do público feminino.

A literatura evidencia que um fator que justifica a Educação em Saúde é a integralidade das atividades pelos diferentes agentes sociais, sendo também um princípio adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na Atenção Básica à Saúde através dos diferentes pontos de cuidado com o seu território de adscrição e por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), setor que tem a função de prevenir, transmitir e despertar a corresponsabilidade para o desenvolvimento de ações educativas. Considerada a "porta de entrada preferencial da rede de assistência em saúde, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização institucional e sanitária no processo de cuidado"<sup>(3;2)</sup>.

Nesse caso, é preciso fortalecer o sistema de saúde por meio das políticas no sentido da orientação e da efetividade no atendimento às demandas específicas às mulheres, em termos de acesso, promoção, prevenção, assistência e competência resolutiva. Sendo a prática educativa o elemento principal para a dimensão do desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas do autocuidado, tomando por princípio norteador "a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde"<sup>(4;1)</sup>. Também a Educação em Saúde adquire ainda a interface com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma

proposta de política em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, que adota como ação "norteadora dos processos educativos contínuos nos diferentes arranjos assistenciais"<sup>(5;1)</sup>. E por fim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como prioridade na atual conjuntura econômica, política e social, de modo a "contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente, por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida"<sup>(6;67)</sup>.

A partir do exposto, cogita-se os serviços em Educação em Saúde de modo articulado e compartilhado com os autores sociais a partir das carências da população feminina<sup>(7)</sup>. Assim, é importante conhecer a opinião dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em diferentes funções, dentre as quais, na execução de estratégias e ações de Educação em Saúde contempladas no Plano Municipal de Saúde (PMS), no município de São Miguel/RN, com ênfase na PNAISM.

Para isso, é importante considerar que, a fala dos profissionais contribuem direta e indiretamente na análise das atividades de Educação em Saúde a partir de seu trabalho. Haja vista, que estes ocupam um lugar de destaque na condução do processo de promoção, prevenção e assistência à saúde, pois exercem significância junto à entrada das mulheres ao sistema de saúde e permanecem em acompanhamento rotineiro para com a maioria delas que necessitam de um tratamento mais prolongado<sup>(8)</sup>.

Desse modo, o objetivo foi descrever as ações de Educação em Saúde a partir do conhecimento do Plano Municipal de Saúde e da atuação das equipes de ESF, com foco na PNAISM.

## METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo de natureza qualitativa. O *lôcus* da pesquisa foi o município de São Miguel, localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, com distância da capital Natal de 433 quilômetros, particularmente, na mesorregião do Alto Oeste Potiguar. O município é considerado de pequeno porte e tem uma população de 22.157 habitantes. Em relação ao gênero, 53% da população é feminina e 47%



é masculina<sup>(9)</sup>. A escolha deste município se justifica por fazer parte da residência dos pesquisadores, que devido ao período pandêmico vivenciado à época, não era possível estabelecer contato com profissionais de diferentes localidades. Sendo a pandemia do Covid-19 responsável por mais de 42 milhões de casos de adoecimento e por mais de 1 milhão de mortes no mundo, protagonizando uma grande emergência de saúde pública internacional<sup>(10)</sup>.

A população foi constituída pelos os profissionais das cinco equipes de ESF que compõem as cinco UBS da zona urbana do município. Sendo compostas por: médico generalista ou especialista em Saúde da Família, os profissionais de Saúde Bucal, cirurgião-dentista, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, perfazendo um número de vinte e cinco profissionais<sup>(11)</sup>.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário adaptado a partir de estudo de Menezes<sup>(2)</sup> e Sobral<sup>(12)</sup>, aos profissionais da ESF, com o objetivo de colher informações relacionadas à identificação pessoal, profissional e de caracterização das ações de Educação em Saúde. O instrumento foi elaborado e aplicado via plataforma *Google Forms*, sendo o *link* de acesso enviado por e-mail e/ou *WhatsApp*, com aplicação ocorrida nos meses de janeiro a março de 2021, sendo este formato adotado por motivo da 2ª onda da pandemia do Covid-19 no Nordeste brasileiro.

O trato das informações foi com base na Análise de Conteúdo proposto por Bardin para a construção de categorias, passando pelas seguintes etapas: "(i) pré-análise; (ii) exploração do material; e (iii) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação"<sup>(13-125)</sup>, com articulação entre os dados obtidos e os referenciais teóricos usados na pesquisa. As categorias nomeadas procuraram expressar as ações de Educação em Saúde a partir do que é definido na PNAISM.

Para isso, o estudo procurou seguir os preceitos éticos, com número de parecer 4.397.344, emitido em 13 de novembro de 2020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERJ). Além disso, todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), expressando concordância com a realização da pesquisa.

## RESULTADOS

A partir da análise dos dados, foi possível organizá-los em quatro categorias: caracterização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica/São Miguel/RN; Plano Municipal de Saúde: conhecimento dos profissionais de saúde; Educação em Saúde: ações contempladas no Plano Municipal de Saúde; e reflexões acerca da capacitação como elemento positivo para o trabalho com as mulheres, conforme descritas a seguir.

### Caracterização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica/São Miguel/RN

No atual contexto social, é importante o conhecimento das informações relacionadas às características dos servidores que trabalham na ESF, sendo assim, a distribuição desta categoria envolveu as variáveis sociodemográficas: gênero, tipo de formação, espaço geográfico, atuação e experiência na profissão, entre outras. A tabela 1 caracteriza estes profissionais do município em questão.



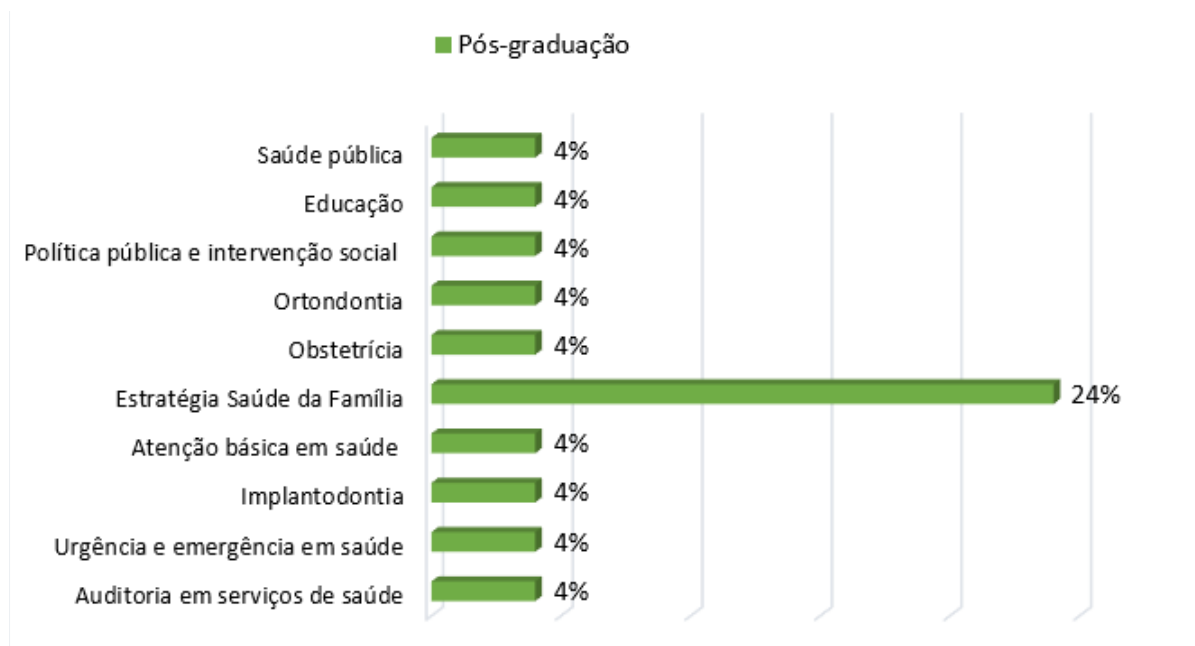
**Tabela 1** - Perfil dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, ano 2021.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	15	60
Masculino	10	40
Formação profissional		
Especialização	09	36
Graduação	08	32
Ensino Médio	05	20
Curso Técnico	03	12
Curso de graduação		
Medicina	05	20
Odontologia	05	20
Enfermagem	05	20
Educação Física	01	04
Administração	01	04
Não tem	08	32
Formação relacionada a ESF		
Sim	18	72
Não	07	28
Vínculo empregatício		
Concursado/ Efetivo	16	64
Contratado	08	32
Programa Mais Médicos	01	04
Cidade ou município que mora atualmente		
São Miguel/RN	20	80
Pau dos Ferros/ RN	02	08
Pereiro/CE	01	04
Coronel João Pessoa/RN	01	04
Iracema/CE	01	04

Variáveis	N	%
Tempo de trabalho na ESF		
< 1 ano	03	12
1 a 10 anos	15	60
11 a 20 anos	06	24
> 21 anos	01	04
Tempo de trabalho no município na ESF		
< 1 ano	04	16
1 a 10 anos	13	52
11 a 20 anos	06	24
> 21 anos	02	08

Fonte: Elaborada pelos autores

Segundo dados colhidos, mais da metade dos profissionais são do sexo feminino 60% (N=15), englobam em seus currículos diferentes formações e pós-graduações, desde a especialização 36% (N=09) até o curso técnico 12% (N=03). Destes, 40% (N=10) têm de 11 a 20 anos de formatura e 32% (N=08) possuem de 1 a 10 anos de formação, o que representa um público jovem de atuação na ESF do município. Além da graduação própria das categorias dos pesquisados, surgem outras, Educação Física e Administração, que podem ser atribuídas aos técnicos de Enfermagem ou aos Agentes Comunitários de Saúde; e 32% (N=08) declararam não ter graduação. Entre os graduados, foi apontado que 60% (N=15) possuem pós-graduação relacionada à área de formação, conforme mostra gráfico 1.

**Gráfico 1** – Áreas em que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família possuem especialização, São Miguel/RN, ano 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores

Quanto à formação e titulação, os resultados apontam que a maioria dos profissionais estão formados há mais de dez anos e possuem alguma graduação em Medicina, Odontologia, Enfermagem, Educação Física e Administração (Tabela 1). Na área de Saúde Pública, a especialização mais recorrente é em Saúde da Família 24% (N=06). Respectivamente, as demais atingiram 4% (N=01), sendo elas: Auditoria em Serviços de Saúde, Urgência e Emergência em Saúde, Implantodontia e Ortodontia, Política Pública e Intervenção em Saúde, Atenção Básica em Saúde, Obstetrícia, Saúde Pública, e outra que não corresponde à formação na área de saúde (Educação).

Desse ponto de vista, os dados apresentam semelhanças ao estudo de Ferreira, Bernardo, Costa, Maciel<sup>(14)</sup>, sendo, predominantemente, profissionais com formações relacionadas a ESF e áreas afins, em que 72% (N=18) afirmam ter titulação em Saúde da Família na Atenção Básica. As informações indicam um alto número de trabalhadores que estão buscando qualificação na área de atuação, visando o desempenho de uma prática diferenciada na assistência às mulheres. Esses profissionais residem no município de São Miguel/RN 80% (N=20) e municípios adjacentes. Em sua maioria, são concursados 64% (N=16), contratados

32% (N=08) e do Programa Mais Médicos 4% (N=01), possibilitando maior estabilidade residencial.

Em relação ao tempo de trabalho na ESF no município, 60% (N=15) declaram experiência maior na ESF, do que de trabalho no próprio município 52% (N=13), mas, em ambos os casos, tanto na ESF, quanto ao tempo de trabalho neste território, 24% (N=06) têm de 11 a 20 anos de serviço na profissão. Esse é um fator positivo para o conhecimento dos problemas de saúde do território, uma vez que tal saber propicia “relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a integralidade do cuidado”<sup>(15:2)</sup>, com as mulheres do município em análise.

Assim, o trabalho e o exercício cotidiano sobre a intervenção dos problemas e as atuações de saúde propostas pela ESF tem uma relação de cumplicidade com a comunidade que passam a ser considerada como espaço de aprendizado e responsabilização, o qual adquire confiança e organização na execução das ações sobre as adversidades e um olhar compartilhado entre gestores, trabalhadores e usuárias do SUS, com o objetivo de modificar em um mesmo processo os agentes e o contexto, de modo a proporcionar o enfrentamento às dificuldades e demandas de saúde da população<sup>(16)</sup>.

De um lado, a caracterização dos profissionais da ESF de São Miguel/RN apresentou similitudes com o estudo de outras cidades brasileiras, pois indicam que mais da metade, (60%) destes, possuem até dez anos no exercício da profissão, portanto, situando-se em uma etapa de afirmação no mercado de trabalho<sup>(17)</sup>. Por outro lado, destaca-se uma frequência elevada destes servidores com cursos de especialização e formação relacionada ao trabalho na ESF, o que revela um fator positivo no campo profissional. Mediante discussão, as informações são importantes para estabelecer este paralelo na comparação com outros estudos.

## Plano Municipal de Saúde: conhecimento dos profissionais de saúde

A partir da pesquisa, foi verificado o conhecimento dos profissionais da ESF sobre o PMS e o *link* com a descrição das ações de Educação em Saúde, considerando a repercussão destas atividades e o reflexo do trabalho das equipes multiprofissionais, como influência positiva na relação com a prevenção, promoção, cuidados e assistência relacionados à PNAISM na Atenção Básica (Tabela 2).

**Tabela 2** - Conhecimentos e ações de Educação em Saúde a partir do Plano Municipal de Saúde, ano 2021.

Variáveis	Sim		Não		Às vezes	
	N	%	N	%	N	%
Plano Municipal de Saúde (PMS)	21	84	01	04	03	12
Especificidades de atenção à saúde da mulher	17	68	03	12	05	20
Capacitação dos trabalhadores com as práticas de Educação em Saúde	12	48	09	36	04	16
Capacitação para as equipes e de contribuição para a promoção e prevenção à saúde das mulheres	09	36	14	56	02	08
ESF - reunião mensal à avaliação e planejamento das ações de Educação em Saúde	12	48	08	32	05	20
Iniciativas para estimular a corresponsabilidade e o autocuidado por parte das usuárias	11	44	06	24	08	32
ESF - palestras, orientações e cuidados com a saúde das mulheres nas UBS	20	80	03	12	02	08
ESF - espaços para as mulheres (demandas/necessidades)	09	36	10	40	06	24

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os resultados apontam que 84% (N=21) dos profissionais de saúde têm conhecimento sobre o PMS; 68% (N=17) confirmam que contempla as especificidades de atenção à saúde da mulher; para 48% (N=12), o PMS abarca as questões de capacitação dos trabalhadores com as ações de Educação em Saúde. No entanto, 48% (N=12) dedicam reunião mensal à avaliação e planejamento das ações educativas; 44% (N=11) desenvolvem iniciativas para estimular a corresponsabilidade e o autocuidado por parte das usuárias; e 80% (N=20)

notificam sobre as palestras, orientações ou cuidados com a saúde das mulheres nas respectivas UBS.

No que se refere ao índice de negatividade, duas alternativas indicam que o município não dispõe de ambiente formativo para as equipes de saúde, correspondente a 56% (N=14 – Tabela 2). Como também, 40% (N=10) mencionam o fato de a ESF não criar espaços para que as mulheres sejam ouvidas em suas necessidades. Enquanto a resposta “talvez” assumiu um meio termo, ora, se aproximando da positividade e, ora, da



negatividade. Mas, em nenhum momento adquiriu a superioridade das demais alternativas (sim/não).

Assim, os pesquisados apontam que o município não funciona como espaço de formação e capacitação para a ESF, no sentido de contribuir com a promoção, prevenção e orientação à saúde das mulheres, mesmo sendo esta questão contemplada no PMS. Isso é preocupante, visto que as questões relativas ao trabalho incluem toda uma discussão sobre políticas públicas, agendas, demandas, conhecimentos, recursos, regulamentações, implementações e avaliações referentes a qualificação e práticas profissionais, salientando-se a urgência de articulação da capacitação com as competências exigidas pela atuação profissional<sup>(18)</sup>.

No entanto, tais fatos, podem ter ligação com o momento da pandemia do Covid-19, pois sabe-se que isso afetou de forma significativa os serviços de qualificação e de saúde globalmente. Pois, para o enfrentamento desta pandemia foi necessário o rompimento de sua cadeia de transmissão e disseminação, sendo orientada pela OMS o distanciamento social, que provocou a interrupção momentânea das atividades presenciais em todos setores e áreas de trabalho, mantendo-se ativos somente os serviços considerados essenciais<sup>(10,19,20)</sup>.

No tocante às ações da ESF, destacou-se com 80% (N=20) as notificações sobre as palestras, orientações e cuidados com a saúde da mulher. Essa característica é fundamental para que as ações sejam resolutivas em relação à atenção integral à saúde do público feminino em todas as dimensões e demandas. Estando em consonância com o estabelecido no documento da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, onde relata que as mazelas que acometem o público feminino demanda a efetivação e concretude de atividades peculiares capazes de oferecer resolutividade aos problemas mais urgentes de saúde pública<sup>(21)</sup>.

Para Sobral<sup>(12:23)</sup>, as “práticas educativas tradicionais, desenvolvidas no plano individual, em forma de palestras, com caráter vertical, informativo e prescritivo, baseadas em temáticas predefinidas, com destaque para a saúde reprodutiva das mulheres, embora tenha sua utilidade, tem encontrado resistência por parte das usuárias”. Na verdade, os serviços de atenção à saúde da mulher têm produzido resultados divergentes do que se espera das equipes de ESF, tendo em

vista a desvalorização dos conhecimentos populares na produção da saúde local. Logo, reflete na “organização do serviço em questão da reafirmação do modelo biomédico, reproduzido na estrutura física destinada ao atendimento individual e que não abre caminho para construção de consciência crítica<sup>(12:23)</sup> relativa ao autocuidado de si e do outro. Assim, ouvir as necessidades da comunidade deve ser motivada pelo entendimento, calcado na escrita de Tesser e Luz,<sup>(22:5)</sup> de que para o “usuário o que interessa é uma resolução favorável de seus sofrimentos que se torna melhor quando acompanhada por empatia emocional e por uma reorganização simbólica a partir de crenças ou práticas que se aproximem do universo cultural dos usuários”.

Desse modo, as especificidades de atenção à saúde da mulher, a capacitação dos trabalhadores com as ações de Educação em Saúde e a contribuição para a promoção e prevenção à saúde das mulheres locais são discursos e práticas que ora, se aproximam com a realidade das políticas de saúde a nível nacional e, ora, são desvinculadas da real necessidade de resolução dos problemas de morbimortalidades que acometem as mulheres no município analisado.

## Educação em Saúde: ações contempladas no Plano Municipal de Saúde

A ESF busca cumprir os princípios propostos pela Atenção Básica, como sendo a porta de acesso da população para as ações e serviços de saúde, no âmbito tanto individual quanto no coletivo, com integralidade e coordenação das usuárias na rede de atenção à saúde<sup>(23)</sup>.

Os profissionais concentram suas falas nas ações, sobre o que foi realizado nos últimos quatro anos nesta área, e se estas atividades respondem ou atendem às expectativas e necessidades das mulheres locais. Embora as atitudes na Atenção Básica contemplem, em sua maioria, os temas relacionados à reprodução do público feminino, como expôs 60% (N=15), dos entrevistados.

Cuidados nos exames preventivos, pré-natal, planejamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis; realização de exames citopatológico e mamografia; ações voltadas à prevenção do câncer de mama; os





pré-natais de alto risco realizados no próprio município; prevenção e palestras do câncer de mama e colo do útero; só conheço a questão da prevenção ginecológica; assistência ao pré-natal, planejamento familiar, rastreamento de câncer de mama e colo de útero; prevenção ginecologista e puérpera; orientação à saúde oral das grávidas; e Outubro Rosa (Profissionais da ESF, 2021).

Essas declarações revelam que as atividades de Educação em Saúde estão relacionadas com assistência às mulheres em idade reprodutiva. Para Ferreira e Sales<sup>(24:59)</sup>, “na história das políticas públicas de saúde no Brasil, a atenção à saúde da mulher tem sido reduzida, na maior parte, aos parâmetros da atenção materno-infantil, baseada na especificidade biológica e no seu papel de mãe, responsável pela criação dos filhos” e perpetuação do ciclo familiar. Enquanto, a PNAISM objetiva “promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde”<sup>6:67</sup> em todos os ciclos de vida.

Nesse contexto, 12% (N=03) afirmam que as atuações de Educação em Saúde estão contempladas nos serviços a partir das “palestras sobre os cuidados com tabagismo e álcool”; “saúde mental, depressão, suicídio e Setembro Amarelo”; e “orientações referentes ao controle de diabetes e hipertensão” (Profissionais da ESF, 2021). Essa descrição coaduna-se com a política de atenção à saúde da mulher alinhada aos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), que inclui a assistência à mulher em todas as fases de vida, além dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>(6)</sup>.

A ênfase, também é direcionada para a prevenção e tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 24% (N=06) comentam sobre atividades de Educação em Saúde relacionadas a “diabetes, hipertensão e neoplasias malignas”. Sendo um fator positivo em virtude da elevação da expectativa de vida das mulheres, portanto, estando mais expostas a tais comorbidades<sup>(21)</sup>. Sobre outro olhar, 4% (N=01) relatam enquanto ações de Educação em saúde o seguinte “como sou dentista tudo que faço cabe a ambos os sexos, não tenho conhecimento das questões específicas à saúde da mulher; desconheço tais informações” (Profissional da ESF, 2021).

Essa descrição mostra pouco conhecimento, resposta vaga e não específica em relação ao PMS e das ações contidas e realizadas pelos profissionais na Atenção Básica, no seu território de trabalho. Na visão de Pereira<sup>(25)</sup>, os servidores que exercem sua profissão na ESF têm a obrigação de estabelecer um laço de proximidade com a população daquele território, no sentido de possibilitar a identificação de vulnerabilidades, demandas e prioridades das usuárias, para a execução e planejamento de atividades de promoção e prevenção palpáveis. A falta de conhecimento sobre as políticas de saúde e do conteúdo do PMS, impossibilita o sucesso da implementação das ações no processo saúde-doença.

Na análise referente ao que foi realizado em Educação em Saúde para as mulheres do município, nos últimos quatro anos, a partir do trabalho executado na Atenção Básica e do reflexo produzido pelas mensagens dos profissionais da ESF, foi possível perceber a intensidade com que determinados termos são usados e repetidos ao longo do discurso. É importante esclarecer que nesta categoria de análise, a figura 1, foi construída de acordo com as unidades de registro e conteúdo das mensagens que mais estiveram presentes nas respostas dos profissionais. Para isso, utilizou-se um programa chamado de *WordArt*, permitindo a geração da nuvem de palavras a partir de textos fornecidos pelos pesquisados.



Figura 1 – Ações de Educação em Saúde com foco nas mulheres, ano 2021.



Fonte: Elaborada pelos autores

Ao direcionarmos o olhar às respostas apresentadas pelos profissionais da ESF, percebe-se que os resultados reafirmam as informações anteriores. As palavras carregam em si unidades de sentido e representam o reflexo do que é executado na atenção à saúde da mulher, em que se verifica atitudes mais específicas ao ciclo reprodutivo. Isso é parecido com “os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930 a 1970”<sup>(26:59)</sup>, veemente criticados pela visão reducionista com que tratavam a mulher, com cuidados exclusivos para a especificidade biológica, isto é, o período da gravidez, ficando sem assistência à saúde nos demais ciclos de vida<sup>(11)</sup>.

A partir destas ações contempladas no PMS e o que foi realizado na territorialização em saúde, indaga-se aos profissionais da ESF se estas atuações, na relação com as mulheres do município, respondem ou atendem às expectativas e necessidades delas. Sendo essa uma questão com respostas curtas e sucintas, pois 40% dos pesquisados (N=10), confirmam que sim, as ações respondem ou atendem às expectativas e necessidades das mulheres locais. Segundo a fala de um destes profissionais, “as ações em saúde visam, principalmente, a participação ativa das mulheres nos atendimentos disponíveis nas unidades básicas voltados para saúde da mulher e na prevenção de agravos à saúde” (Profissional da ESF, 2021). Outros 40% (N=10), atendem parcialmente

ou em parte; e para mais 20% (N=05), respondem que não atendem aos anseios das usuárias.

Nesse sentido, apesar de pouca exposição da fala, percebe-se uma conversação na troca de conhecimentos, com respeito aos diferentes saberes e olhares que se constituem em um conjunto de práticas e construções que visam contribuir para elevar o processo de emancipação das mulheres no seu cuidado pessoal e coletivo, sendo a Educação em Saúde “compreendida como algo que não pode ser dado, mas, construído a partir de relações democráticas”<sup>3:5</sup>. Assim, “consolidar-se como um dispositivo potente no atuar em serviços de saúde, visto que oportuniza espaços no quais os indivíduos podem construir modos de cuidado em saúde como protagonistas da sua história”<sup>(3:5)</sup>.

Além disso, as atividades devem ser planejadas para melhorar a situação de saúde do município e atingir metas e objetivos traçados no PMS, também oferecer uma assistência de qualidade a população feminina no que se refere às ações e metas para a Atenção Básica, conforme recomenda o PMS: intensificar as intervenções da ESF a partir do fortalecimento das ações preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); integrar as secretarias municipais para as ações em saúde; implementar medidas para aumentar a adesão da mulher na prevenção das DST/AIDS; promover palestras sobre planejamento



familiar e métodos contraceptivos; realizar “sete ou mais consultas de pré-natal”<sup>(11:11)</sup>, entre outras.

Os profissionais devem adotar como referência as recomendações que basilar a condução do processo de trabalho das equipes de ESF que “pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, para um processo centrado na usuária”<sup>15:2</sup>, portanto, em consonância com as diretrizes do SUS, e “condizentes com os pressupostos internacionais que orientam a APS abrangente e integral, a qual prevê para esse nível de atenção as seguintes ações: promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, vigilância, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários”<sup>(26:8)</sup>.

Pelos depoimentos compreende-se a necessidade de uma mobilização dos profissionais, de forma inter-setorial, para que possam tornar efetivas as ações na assistência às mulheres, com o intuito de atender a todas as comorbidades em prol do benefício da comunidade e, assim, compartilhar as experiências envolvendo a educação, como forma eficiente e econômica de realizar o cuidado<sup>(27)</sup>. Assim, o eixo norteador deve ser a possibilidade de novas estratégias de atuação profissional para a contribuição da efetivação do modelo centrado no processo saúde-doença da mulher no território em análise.

## Reflexões acerca da capacitação como elemento positivo para o trabalho com as mulheres

A capacitação ou qualificação é um tema que surge entre os acordos assumidos pelos países perante a agenda 2030, como parte da requalificação das políticas públicas e das estratégias de fortalecimento dos sistemas de saúde, comprometimento reafirmado em 2017 na Conferência Pan-americana de Saúde, quando foi discutido a situação de trabalho dos recursos humanos em saúde, que indicaram desafios recorrentes, como por exemplo, baixa qualificação dos perfis profissionais, baixo investimento em formação-capacitação, precariedade da força de trabalho, conseqüentemente, baixa resolutividade das questões de saúde, dentre as quais as relacionadas ao público feminino.

Quando questionado sobre os processos de capacitação como influência positiva na Educação em Saúde para as mulheres do território, todos os pesquisados confirmam a importância da qualificação como mecanismo essencial a produtividade do trabalho na Atenção Básica à Saúde.

As formações dão autonomia e conhecimento aos profissionais de saúde, fomenta uma educação de qualidade e uma multiplicação de saberes mais fidedignos e palpável para a realização de ações direcionadas às mulheres, no sentido de influenciar positivamente as questões de saúde (Profissional da ESF, 2021).

Torna os profissionais aptos a difundir o conhecimento de forma clara e baseada em evidências epidemiológicas à população, evitando a disseminação de informações falsas. Com isso, a população desenvolve um maior desejo de autocuidado e desliga-se de falsas crenças que atuam como obstáculo na busca pelos serviços de saúde (Profissional da ESF, 2021).

Nesses trechos, percebe-se a valorização da qualificação dos profissionais como essencial para o desenvolvimento de um trabalho eficiente em relação às ações de Educação em Saúde para as mulheres, em que o processo educativo tem o poder de influenciar na promoção, na qualidade de vida e na prevenção às doenças. As capacitações proporcionam melhor desempenho profissional, fomenta ações de qualidade, favorece a multiplicação de saberes mais fidedigna e palpável com os anseios das mulheres, baseado em evidências epidemiológicas, desfazendo mitos que atuam como obstáculos ao gênero feminino, na busca pelos serviços de saúde, na Atenção Básica. Em consonância com Fernandes<sup>(28:2)</sup>, a qualificação profissional “deve estar apta a atender e a intervir em problemas de saúde de relevância e de prevalência no perfil epidemiológico nacional, sempre atentando às necessidades sociais específicas e predominantes no território de atuação”.

O debate inclui a reflexão sobre o alcance das políticas, execuções e intervenções relacionadas com a qualificação e o exercício das práticas profissionais. Como expressam os relatos de três profissionais da ESF (2021), “adquirir os aprendizados para proporcionar mudanças de comportamentos pessoais e coletivos”; “nutrir as usuárias com conhecimentos para estimular a prevenção e promoção à saúde”; e





“ampliação da mensagem acerca do autocuidado, as mulheres devem ser multiplicadoras de informações para o seu bem estar”.

Nesse sentido, a construção de saberes mediante a convivência com as mulheres, têm contribuído para o entendimento das condições de vida e dos cuidados em saúde, de modo a contribuir para a integralidade das práticas em saúde no município em análise.

Pelos depoimentos, percebe-se uma preocupação constante da capacitação associada ao bom desempenho profissional, pois a formação continuada e a qualificação, para 56% (N=14) dos profissionais (2021), afirmaram “trazer mais informações, o profissional sente qualificado para realizar determinadas intervenções, ajudando as mulheres a serem coparticipantes no seu processo de saúde-doença, tornando as usuárias aptas a mudar a realidade de si e da localidade”.

Unanimemente os profissionais consideram a capacitação como elemento positivo no processo de trabalho, porém, 20% (N=05) dos profissionais (2021), alegam a falta de capacitações, “na verdade, era para ter formação para os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No entanto, o município não se preocupa com essa política de qualificação profissional”.

Esse ponto de vista coaduna-se com a descrição referente ao conhecimento sobre o PMS e as ações de Educação em Saúde executadas para as mulheres, em que 56% dos participantes, afirmam que o município não funciona como espaço de capacitação para as equipes de saúde, mesmo que 48% tenham relatado que o PMS contempla as questões de capacitação dos trabalhadores com as práticas de Educação em Saúde. São informações que estão em desacordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>(29)</sup>, com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma vez que a proposta é transformar e qualificar as ações em saúde, a partir da reestruturação dos processos e das práticas pedagógicas na formação dos profissionais de saúde<sup>(5:1)</sup>.

Portanto, contraditório ao próprio PMS que contempla em sua teoria as capacitações para os profissionais da saúde, mas, na prática, estas qualificações não têm acontecido conforme mencionaram alguns dos entrevistados. Assim, alguns desafios se colocam para equipes da ESF na Atenção Básica. Como

problemas a serem superados, estão as dificuldades ao trabalho em equipe; à implantação da integralidade; a formação profissional e continuada insuficiente; a falta de espaços para que as mulheres sejam ouvidas em suas demandas/necessidades, qualificação e enfrentamento dos relacionamentos desiguais entre profissionais e usuárias.

Verifica-se que o alcance das ações de Educação em Saúde não atingiu o seu objetivo na relação com a totalidade das diretrizes propostas pela PNAISM. Talvez devido à crise sanitária vivenciada, frente a pandemia do Covid-19, a qual se justifica o não atendimento e qualificação dos profissionais de saúde à acerca da realidade específica e territorial. Mas, que estabelece perspectivas para uma futura pesquisa no tocante as questões de Educação em Saúde, também assim, “servir como relato histórico deste momento de profundas transformações sociais, podendo embasar outros momentos da história<sup>(1:7)</sup> da Educação em Saúde local.

Desse modo, ressalta-se que o conhecimento em Educação em Saúde, a partir da interação com os serviços de saúde, formação e gestão, tem muito a contribuir na transformação da situação epidemiológica vigente, atuando na assistência, na qualificação profissional, no desenvolvimento de protocolos assistenciais ou no planejamento de políticas públicas, contribuindo com a mudança do cenário social<sup>(30)</sup> e, conseqüentemente, local.

A partir das atividades descritas na territorialização, a integralidade das ações de Educação em Saúde somente é possível mediante o entendimento da complexidade de vida das mulheres que fazem uso dos serviços de saúde, considerando o contexto em que estão inseridas e suas particularidades, as questões de gênero, os ciclos de vida e a capacitação dos profissionais para o desempenho de um cuidado integral, conforme a proposta da PNAISM e do próprio SUS.

## CONCLUSÕES

Como dito, descrever as ações de Educação em Saúde a partir do estudo do PMS e da atuação das equipes de ESF, com foco na PNAISM não foi pretender encerrar a discussão, mas sim, fazer um levantamento e trazer para o debate o que as políticas públicas têm





proporcionado ao público feminino no sentido de provocar novos olhares, compreensões e entendimentos no que diz respeito a garantia dos serviços de prevenção e de promoção à saúde das mulheres.

Desse modo, reorientar as práticas desenvolvidas na conjuntura analisada exige dos profissionais, das usuárias e dos gestores da Atenção Básica, uma transformação do modelo de gestão tradicional e de atenção à saúde, para apostar em ações de integralidade centrada nas demandas dos usuários. Conclui-se que mudanças exigem esforço e compromisso conjunto para revisão de valores, prioridades, planejamento, organização e construção de estratégias globalizantes e integradoras para a promoção, prevenção e assistência à saúde das mulheres em todas as fases de vida. Porém, as atitudes descritas não caracterizam o todo, mas, o retrato de um pequeno território e de uma parcela das mulheres, sendo os dados colhidos uma expressão da realidade local.

As limitações do estudo dizem respeito em atender apenas um município, sendo o fator limitante a pandemia pelo novo coronavírus que impossibilitou de estender-se aos demais municípios circunvizinhos, mas estimulam reflexões e abrem perspectivas para novas pesquisas.





## REFERÊNCIAS

1. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NF. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cienc Saude Colet.* 2007;12(2):335-42. DOI: 10.1590/S1413-81232007000200009.
2. Menezes FL. O trabalho dos enfermeiros com mulheres na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.
3. Andrade YS, Azevedo LMG, Santos LE, Santos de Jesus A, Santos CC, Ribeiro, Mergulhão MAF, et al. Educação em Saúde na Sala de Espera: espaço de produção de cuidado e trabalho interprofissional. *Rev Saude Redes.* 2021;7(Suppl 2):3166. DOI: 10.18310/2446-48132021v7n2.3166g707.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Levandovski CV, Pekelman R. O cuidado interprofissional na Atenção Primária à Saúde: análise do trabalho de equipes de referência. *Rev Saude Redes.* 2024;10(2):4310. DOI: 10.18310/2446-4813.2024v10n2.4310.
8. Fiuza GV, Alencar AP, Barbosa BB, Carioca AAF. Conhecimento recomendações nutricionais por outros profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoc Saude.* 2021;34:11195. DOI: 10.5020/18061230.2021.11195.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
10. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva: WHO; 2020.
11. Prefeitura Municipal de São Miguel. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de São Miguel/RN 2018 - 2021. São Miguel: PMSM; 2018.
12. Sobral PHA. Educação em saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.





13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Ferreira DS, Bernardo FMS, Costa EC, Maciel NS, Costa RL, Carvalho CML. Conhecimento, atitude e prática sobre câncer de mama. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2020;24(2):e20190249. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0249.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Guizardi FL, Machado FRS, Lemos ASP. Comunidade de Práticas da Atenção Básica à Saúde: memória do horizonte de uma gestão coletiva da saúde. Trab Educ Saude. 2022;20:e00154167. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00154.
17. Machado MH, coordenador. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997.
18. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Saude Debate. 2019;43(Suppl 1):12-23. DOI: 10.1590/0103-11042019S101.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
20. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Plano de contingência da Fiocruz diante da pandemia da doença pelo SARS-CoV-2 (COVID-19). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher: Desafios para Integralidade com Equidade. In: 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
22. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Cienc Saude Colet. 2008;13(1):195-206. doi: 10.1590/S1413-81232008000100024.
23. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Cienc Saude Colet. 2009;14(Suppl 1):1493-7. DOI: 10.1590/S1413-81232009000800023.
24. Ferreira HM, Sales MDC. Saúde da mulher enquanto Políticas Públicas. Salus J Health Sci. 2017;3(2):58-65.
25. Pereira ABS. Atenção à mulher no climatério realizada por profissionais da estratégia da saúde da família [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde; 2014.





26. Santana MM, Medeiros KR, Monken M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trab Educ Saude*. 2022;20:e00154167. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00154.
27. Souza JB, Martins EL, Xirello T, Urio A, Barbosa SSP, Pitilin EB. Interface entre a música e a promoção da saúde da mulher. *Rev Bras Promoc Saude*. 2020;33:9466. DOI: 10.5020/18061230.2020.9466.
28. Fernandes SF, Nunes RJA, Neta AGA, Menezes HF, Melo KCO, Freitas RJM, et al. O Uso do Ensino Remoto Emergencial Durante a Pandemia da Covid-19: Experiência de Docentes na Educação Superior em Enfermagem. *Rev Saude Redes*. 2020;6(Suppl 2):3239. DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3239g608.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
30. Mendonça JRC, Fernandes DC, Helal DH, Cassunde FR. Políticas públicas para o Ensino Superior à Distância: um exame do papel da Universidade Aberta do Brasil. *Ensaio Aval Pol Publ Educ*. 2020;28(106):156-77. DOI: 10.1590/S0104-40362019002801899.



## Construção inicial de política e plano municipais de Educação Permanente em Saúde: experiência em Mossoró, Rio Grande do Norte

*Initial construction of a municipal policy and plan for continuing education in health: experience in Mossoró, Rio Grande do Norte*

Francisco Rafael Ribeiro Soares; Jéssica Dantas de Sá Tinoco; Livia Maria e Silva; Magda Fabiana do Amaral Pereira Lima; Maura Vanessa Silva Sobreira; Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes

### RESUMO

O presente estudo objetivou relatar a experiência inicial da construção de políticas e planos municipais de educação permanente em saúde no município de Mossoró, Rio Grande do Norte. Trata-se de relato de experiência, ocorrida através de Microintervenções (MI I, II, III, IV e V) no período de abril a novembro de 2024, no município de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil, que caminharam para o estudo e início da construção de minuta da política e do plano municipais de EPS. Foram potencialidades das MI: adesão dos participantes; conhecimentos prévios consistentes sobre saúde e educação permanente; envolvimento de novos atores a cada MI; estudo reflexivo sobre a Política Potiguar de EPS; compromisso com a continuidade do trabalho; avaliações satisfatórias dos participantes; uso de metodologias ativas. Sobre os desafios: expectativas de manutenção do trabalho e resultados; estímulo à adesão de outros atores; sobrecarga de trabalho dos envolvidos; tensões sobre as demandas urgentes; amplitude das necessidades de EPS. A partir das MI, foi possível executar ações inéditas e sanitárias em Mossoró referentes à construção da Política e Plano municipais de EPS a partir de Coletivo de EPS, grupo de trabalho intersetorial, metodologias ativas e participativas, articulação de setores, serviços e instituições em torno da temática EPS.

**Palavras chaves:** Educação permanente. Educação profissional em saúde pública. Formulação de políticas. Política de saúde.

### ABSTRACT

*This study aimed to report the initial experience of constructing municipal policies and plans for continuing health education in the municipality of Mossoró, Rio Grande do Norte. This is an experience report, which took place through Microinterventions (MI I, II, III, IV and V) from April to November 2024, in the municipality of Mossoró, Rio Grande do Norte, Brazil, which moved towards the study and beginning of the construction of a draft of the municipal policy and plan for PEH. The potential of the MIs were: adherence of the participants; consistent prior knowledge about health and continuing education; involvement of new actors in each MI; reflective study on the Potiguar PEH Policy; commitment to the continuity of work; satisfactory evaluations of the participants; use of active methodologies. About the challenges: expectations of maintaining the work and results; encouragement of the adherence of other actors; work overload of those involved; tensions over urgent demands; breadth of PHE needs. From the MI, it was possible to carry out unprecedented and sanitary actions in Mossoró regarding the construction of the Municipal PEH Policy and Plan based on the PEH Collective, intersectoral working group, active and participatory methodologies, articulation of sectors, services and institutions around the PEH theme.*

**Keywords:** Permanent education. Education, public health professional. Policy making. Health policy.





## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) depende da construção, implementação, implantação e fortalecimento de políticas públicas que orientem as práticas, garantam a proteção de seus princípios doutrinários e promovam a transformação das relações Estado-sociedade, preferencialmente no sentido de estreitamento e democratização.<sup>1-2</sup>

No Brasil, as políticas públicas para a saúde emergem da reflexão crítica sobre as transformações sociais, culturais e ambientais, por meio de processos que envolvem educação, diálogos e resistência em prol de respostas legítimas e legitimadas às inquietações sociais. De maneira geral, sinalizam demandas pontuais que ganham proporções coletivas nos debates sociais e nas convergências das necessidades da população. Requerem o enfrentamento das distorções no próprio SUS, a superação de diversas desigualdades em saúde, a transformação do modelo de sociedade e o fortalecimento dos valores democráticos (3-4).

Todavia, o processo de fomento das políticas públicas no país encontra-se frontalmente desafiado por questões: mercadológicas, do Sistema do Capital; governamentais, decorrentes do período recente de retrocessos expressivos nas políticas econômicas e sociais; epidemiológicas, pelos impactos da pandemia da COVID-19; e relacionais, envolvendo grupos de atores/cidadãos com posição privilegiada em relação a determinado Estado(2,5).

Desde sua gênese, a construção de políticas públicas para a saúde deve consistir em um processo político, materializado por meio de articulações inter-setoriais profundas e frutíferas, comprometidas com a elaboração de textos políticos, legislativos e livres de tensões partidárias.<sup>4,6-7</sup>

Ante o exposto, não há diferenciação quando se trata da construção de políticas de educação permanente em saúde (EPS), uma vez que esta está inserida no contexto das políticas de saúde brasileiras e visa ao fortalecimento do trabalho no SUS. Tal política, tanto em nível nacional (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS), quanto estadual, no contexto do Rio Grande do Norte (Política Potiguar de Educação Permanente em Saúde - PPEPS), considera a corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no

cuidado em saúde, a integração ensino-serviço e o fortalecimento dos princípios do SUS(8-9).

Em linhas gerais, a Política Nacional é o texto basilar para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor saúde no Brasil e reconhece a EPS como ferramenta fundamental de execução das ações educativas. Ela estimula a criação de polos de EPS para o SUS, compostos por gestores de saúde e educação, instituições de ensino, escolas de saúde pública, conselhos de saúde, movimentos sociais, estudantes, trabalhadores de saúde, dentre outros. Os polos possuem funções que vão desde identificar necessidades formativas, mobilizar setores sociais em prol da EPS, propor políticas públicas, articular ações transformadoras das práticas (intervenções), agregar atores e entes e estabelecer relações cooperativas locais(8).

A Política Potiguar é um documento base para a construção de textos municipais no âmbito do estado do Rio Grande do Norte, uma vez que está fundamentada no conceito de EPS enquanto prática social que considera o espaço de trabalho/cuidado em saúde como locus de problematização, reflexão e diálogo sobre a realidade local, processo que reverbera em aprendizagem transformadora das práticas de trabalho no SUS. São os problemas do cotidiano o material mais eficaz para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, uma visão ampliada da assistência, da organização do trabalho e da expansão da consciência individual e coletiva(9).

O estudo se sustenta na escassez de pesquisas no formato proposto sobre a construção de políticas ou planos de educação permanente em saúde no Brasil e no Rio Grande do Norte. Averiguação rápida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em 23 de novembro de 2024, por meio do padrão de busca (política de educação permanente em saúde OR plano de educação permanente em saúde) AND (Brasil) AND (construção OR experiência) e filtro dos últimos cinco anos apontou 62 resultados, dos quais 20 enfocam na EPS. Apesar de restrita a uma biblioteca virtual, ela apresentou estudos de dez bases de dados diferentes.

No que se refere à construção de política ou plano de educação permanente em saúde, a BVS apontou um artigo sobre construção de diretrizes da EPS em uma Regional de Saúde do estado do Paraná, Brasil e uma tese sobre caminhos para construção da PNEPS no Brasil, ou seja, sem proposta ou local semelhantes à esta(7,10).





Pesquisa de revisão que investigou a situação de implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros, encontrou 25 relatos de 1.730 registros identificados nas buscas, dos quais somente um estudava a educação de trabalhadores do SUS e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde(11-12).

Por fim, o presente estudo justifica-se pela importância dos relatos de experiências em diferentes cenários, em especial, aquelas originárias da articulação intersectorial(14).

É nesse contexto que emerge o presente estudo, cujo objetivo geral é relatar a experiência inicial da construção de políticas e planos municipais de educação permanente em saúde no município de Mossoró, Rio Grande do Norte; os objetivos específicos são: relatar as ações que impulsionaram a construção inicial da política e do plano municipal de educação permanente em saúde; elencar os materiais e métodos necessários para tais ações; e apresentar os desafios e as potencialidades iniciais para a criação dos referidos documentos.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência formativa e sanitária que deu origem às primeiras ações de construção de políticas e planos municipais de educação permanente em saúde. O relato evidencia uma experiência distante, ou seja, intencional e voltada para a construção analítica do conhecimento. É proveniente da aplicação de intervenções e possui características exploratórias e descritivas, uma vez que detalha a justificativa teórica da vivência relatada, responde às perguntas onde, quando, como, quem participou e apresenta os detalhes da experiência de forma acessível e replicável para os trabalhadores da mesma área(13-14).

As ações aqui descritas estavam vinculadas ao Curso de Especialização em Gestão de Programas de Residência em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Governo do Rio Grande do Norte. Foram didaticamente denominadas Microintervenções (MI) e ocorreram no período de abril a novembro de 2024, no município de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil, onde não estão publicados ou instituídos política ou plano de

Educação Permanente em Saúde. Os documentos são fundamentais para o fortalecimento e a perenidade das residências em saúde nos territórios.

Ao todo, ocorreram cinco Microintervenções (I, II, III, IV e V), com objetivos, públicos e propostas contínuas que culminaram no início da construção desses dois imprescindíveis documentos. Foram, ao todo, dez reuniões de preparação das MI, todas remotas (via Google Meet), realizadas pelo grupo de oito cursistas que as organizaram.

Além das estruturas da Faculdade de Enfermagem (FAEN/UERN) e do Centro Administrativo Municipal (sala de aula e/ou de reuniões), os materiais utilizados na realização das MI foram: papel ofício, caneta, projetor, notebook, lona de projeção, slides em PowerPoint e Canva, lanche e descartáveis, papel madeira, fita adesiva, bloco de notas físico, lousa branca, lápis hidrocor e pincel para quadro.

As informações advindas das experiências foram agrupadas em relatórios das Microintervenções, encaminhados à tutoria do curso como requisitos parciais de conclusão da especialização.

O estudo não demandou aprovação em comitê de ética em pesquisa; contudo, seguiu a legislação brasileira e a ética profissional em seus preceitos(14).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A primeira Microintervenção (MI I) contou com a participação de 27 pessoas, dentre elas, residentes multiprofissionais, cursistas da especialização e preceptores de campo e núcleo. Durante a ação, foram levantadas demandas para o saber-fazer dos participantes nos serviços de saúde, que originou uma lista de nove temas a serem discutidos para fins de transformação da realidade de trabalho em saúde. São eles: 1) planejamento estratégico, com foco na gestão do tempo e redução de sobrecarga nos serviços; 2) saúde mental (estratégias para de atuação no território, matriciamento, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) existente, desmedicalização do sofrimento); 3) interprofissionalidade e interconsultas (atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), discussão de casos, referência e contrarreferência, formação de grupos e consultas coletivas); 4) Redes





de Atenção à Saúde (RAS) (diálogos entre serviços e equipamentos, fortalecimento do papel da Atenção Básica em Saúde (ABS)); 5) formação com consciência de classe, gênero e raça; 6) controle social e participação social; 7) atendimento a pessoas com deficiências; 8) capacitação dos profissionais para o acolhimento da população LGBTQIA+; e 9) rediscussão das linhas de cuidado em Mossoró.

Ainda como produto da MI I, o Coletivo de EPS foi formado na reunião e ativada a comunicação, através de grupo de aplicativo de mensagens (WhatsApp®).

Um dos temas propostos, "Rediscussão das linhas de cuidado", foi abordado na Microintervenção II (MI II), que contou com a participação de 26 pessoas, dentre cursistas da especialização, residentes multiprofissionais e trabalhadores dos serviços da ABS. Vale ressaltar que as Microintervensões iniciais apontaram para necessidades em saúde que requereriam discussão e construções com envolvimento de atores como universidade, gestores municipais da saúde e trabalhadores.

Considerando que as reuniões existentes até o momento englobaram sujeitos da universidade e trabalhadores do SUS, em sua maioria, uma articulação com gestores do poder executivo se fez necessária. A partir disso, a Microintervenção III foi realizada através de reunião com membros da gestão municipal de saúde (Diretoria Executiva de Planejamento, Diretoria Executiva do Departamento de Atenção Integral à Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde, Gerência Executiva de Educação em Saúde, Monitoramento e Avaliação dos Indicadores em Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde) e cursistas da especialização, totalizando oito pessoas. No momento, foi identificada a necessidade de construção da Política e do Plano de Educação Permanente em Saúde de Mossoró.

Então, a Microintervenção IV (MI IV) foi pensada no intuito de formar um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) para iniciar a construção de ambos os documentos. Estavam presentes representantes dos seguintes setores: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Residência Multiprofissional (RMABSFC), Hospital Regional da Mulher Parteira Maria Correia (HRMPMC), Vigilância à Saúde, Coordenação de Política de Atenção Integral a Pessoas com

Deficiência, Gerência Executiva de Educação em Saúde e Coordenação da Política de Saúde da Criança e do Adolescente, sendo os quatro últimos, setores da gestão municipal da saúde.

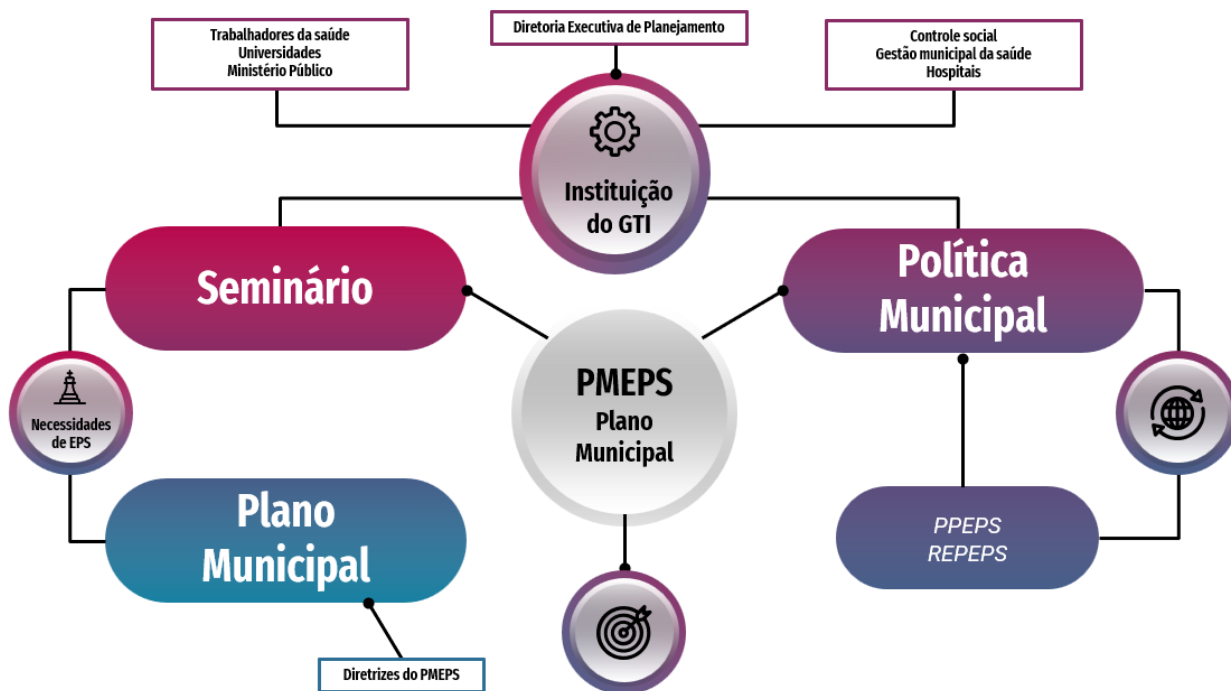
Do momento, foram encaminhados os seguintes pontos prioritários: instituir, por portaria municipal, o GTI e levantar as necessidades em EPS que respaldariam a Política e o Plano a partir de um seminário local.

A Microintervenção V (MI V) contou com a participação de oito pessoas, dentre cursistas da especialização e representantes das instituições/setores convidados, além da presença de dois setores novos da gestão municipal: Atenção Primária à Saúde, através da representante das Equipes Multiprofissionais (e-Multis) e Políticas Públicas de Saúde. Somando-se, participou a representante do Hospital da Mulher (HRMPMC). Algumas cursistas eram também trabalhadoras de entidades convidadas e estiveram representando-as, como Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e Gerência Executiva de Educação em Saúde de Mossoró. Outras cursistas faziam parte de instituições/espacos como UERN, residência em saúde, CMS e Hospital da Mulher, o que permitiu que a reunião contasse com atores desses lugares.

O momento foi relevante no estabelecimento do fluxo de trabalho para a construção da Política (PMEPS) e do Plano de EPS para Mossoró, conforme fluxograma a seguir (figura 1):



**Figura 1** – Fluxograma de trabalho para a construção da Política e do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, Mossoró/RN, 2025.



Fonte: autoria própria, inspirado em autores.<sup>15</sup>

As Microintervenções ocorreram através de metodologias ativas e diversificadas, valendo-se de insumos adquiridos com recursos dos próprios facilitadores (cursistas) e em parceria com instituições/ serviços às quais se vinculavam (quadro 1).



**Quadro 1** – Descrição dos objetivos, detalhamento dos momentos, materiais e métodos das Microintervenções (MI), Mossoró/RN, 2025.

MI	Objetivo Data Formato	Momentos
I	Formar coletivo em EPS e captar de demandas de discussão para fortalecimento da EPS 27/05/2024 Metodologias ativas e participativas, momentos diversos	<b>Momento 1:</b> recepção e exposição da proposta da MI, apresentação breve dos presentes (30'). <b>Momento 2:</b> discussão grupal e apresentação sobre: que saberes e práticas vocês perceberam enquanto lacunas na sua atuação nos serviços, nesse último mês? (40'). <b>Momento 3:</b> exposição teórica dialogada (40'). <b>Momento 4:</b> sistematização dos resultados da discussão e das demandas de EPS apresentadas pelos participantes (15'). <b>Momento 5:</b> avaliação do momento através de formulário Google (15'). <b>Momento 6:</b> lanche (40').
II	Discutir sobre Linhas de Cuidado no SUS 12/07/2024 Metodologias ativas, momentos diversos	<b>Momento 1:</b> dinâmica “Tubarão” (reflexão sobre competitividade, estratégias de cooperação e dificuldades vivenciadas no cotidiano do cuidado em saúde)(20'). <b>Momento 2:</b> discussão sobre: como visualizam na rede de Mossoró a exequibilidade da linha de cuidado para transtornos de ansiedade no adulto, por exemplo? (30'). <b>Momento 3:</b> exposição teórica dialogada (30'). <b>Momento 4:</b> discussão sobre linha de cuidado para hipertensão arterial, construída por integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde (30'). <b>Momento 5:</b> atividade em grupo - refletir sobre o cuidado na RAS, apontando potencialidades (que bom!), desafios/fragilidades (que pena!) e sugestões (que tal?)(50'). <b>Momento 6:</b> lanche (20').
III	Buscar engajamento de setores da gestão municipal da saúde 19/08/2024 Reunião grupal	<b>Momento 1:</b> apresentação breve sobre proposta das MI, pautas e prioridades em EPS elencadas nas MI anteriores (30'). <b>Momento 2:</b> identificação de demandas relativas da necessidade de construção do plano municipal de EPS e ausência de política municipal nessa seara (20'). <b>Momento 3:</b> discussão sobre articulação gestão-universidade-regional de saúde para o fortalecimento da EPS (50').
IV	Formar Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) para iniciar a construção da Política e do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde de Mossoró 17/09/2024 Metodologias ativas, momentos diversos	<b>Momento 1:</b> acolhida dos presentes, explicação sobre o objetivo da reunião (ancorada na ausência de política e do plano municipal de EPS em Mossoró), breve rodada de apresentações (20'). <b>Momento 2:</b> exposição sobre o curso de especialização, grupo de trabalho (cursistas) e MI (20'). <b>Momento 3:</b> apresentação das demandas de/para EPS apresentadas na MI I e das elencadas no mais recente Plano de Ação da 2ª Região de Saúde (RN) de EPS (20'). <b>Momento 4:</b> discussão sobre: em que pontos se avançou? O que necessita avançar? Além da demanda por política e plano municipais de EPS identificados na MI III, que outras necessidades podem ser apontadas? (40'). <b>Momento 5:</b> relatoria dos encaminhamentos, incremento/atualização do fluxograma de trabalho (figura 1)(20'). <b>Momento 6:</b> lanche (20').
V	Iniciar a escrita da Política Municipal de EPS de Mossoró 22/10/2024 Reunião grupal	<b>Momento 1:</b> explicação sobre o objetivo da reunião, o curso de especialização e a proposta das MI para as novas participantes do trabalho (20'). <b>Momento 2:</b> discussão sobre o GTI, a escrita inicial da PMEPS e a construção do Plano em seminário futuro (20'). <b>Momento 3:</b> apreciação e discussão de pontos chaves da PPEPS (40'). <b>Momento 4:</b> compartilhamento de minuta da PMEPS, baseada na estrutura e texto da PPEPS, em formato editável, divisão de tarefas de apreciação e escrita da minuta, (10'). <b>Momento 5:</b> agendamento da reunião subsequente, encaminhamentos finais e lanche (20').

Legenda: '(minutos)

Fonte: autoria própria





As Microintervenções I, II e IV aconteceram a partir de momentos pré-definidos em formato e tempo, mesclados entre dinâmicas, discussões coletivas, exposição teórica ou dialogada, construções em pequenos ou grande grupo, avaliações da Microintervenção. Já as Microintervenções III e V se deram no formato reunião de grupo de trabalho, com menor número de pessoas e menos recursos utilizados. A maioria ocorreu em salas de aula amplas, que permitiram a disposição dos participantes em grandes rodas de conversa.

## POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA

As Microintervenções evidenciaram potencialidades e desafios que carecem de socialização e reflexão. Enquanto potencialidades, foi percebido: o interesse dos participantes em compreender a proposta, o comprometimento com o fortalecimento da EPS e com a valorização do SUS e a participação dos residentes multiprofissionais da Atenção Básica.

As dinâmicas e discussões contaram com a adesão dos participantes, em sua maioria residentes, que trouxeram conhecimentos prévios potentes para a roda de debates. Imbricados nos discursos, estava a saúde vinculada à determinação social e ao seu conceito ampliado de bem estar nas mais diversas áreas da vida humana e a educação, pautada na problematização dos fenômenos e ideias, captação de conhecimentos prévios e balizados nas discussões por referencial teórico(9,16). As falas evidenciaram correlação com o cotidiano profissional e o sistema capitalista, bem como com os entraves da rotina de trabalho, a necessidade das redes fortalecidas, as dificuldades no trabalho dos residentes e as fragilidades das articulações dos serviços. Trouxeram discussões que permitiram o incremento do saber já existente, considerando que o processo de construção do conhecimento é produto da atividade humana(17).

A cada Microintervenção, o envolvimento de novos atores, setores e serviços foi positiva para o processo relatado. O estudo reflexivo sobre a Política Potiguar de Educação Permanente em Saúde durante a MI V, bem como o compromisso dos presentes em caminhar

com a proposta construtiva, para além do curso de especialização, também merecem destaque. Por compreender que uma política local não deve destoar da de nível hierárquico-administrativo superior, aspectos importantes da PPEPS para a construção da Política Municipal foram discutidos: estrutura, elementos constituintes, tópicos de adequação à realidade local, necessidade de incremento textual, dentre outros(9). Tal discussão caminhou para a percepção inicial do que precisaria ser adequado, incrementado e (re)construído para a PMEPS.

As avaliações das MI apontaram satisfação por parte dos envolvidos, por evidenciar termos como “histórico”, “revolucionário” e “desafiador”, o que pode expressar um possível vanguardismo da ação junto ao público-alvo. A experiência foi parabenizada pelos participantes, que reconheceram a importância da integração ensino-serviço e o quanto a universidade tem um papel importante nesse processo de construção de políticas públicas(18-19). As metodologias ativas, inspiradas nos encontros presenciais da especialização, com momentos curtos, variados, leves e permissivos de palavra circulante, foi elogiada(20).

O envolvimento dos cursistas na execução da proposta da especialização, desde o planejamento, composição/aquisição dos materiais, custeio do lanche, consecução do espaço físico, condução do momento, envolvimento na discussão e redação da memória da reunião para posterior confecção dos textos solicitados pelo curso de especialização e permanência nas ações de fortalecimento da EPS, são pontos fortes das Microintervenções relatadas. Tratou-se de momento oportuno para exercitar a proposta do curso e seus conceitos-base.

A atuação dos residentes multiprofissionais da Atenção Básica nas Microintervenções de maior público (I e II), demonstraram sua formação para além de aspectos técnicos, mas na seara ético-política e para o fortalecimento do SUS. A experiência evidenciou o que vem se consolidando no cenário da saúde mossoroense: a importância das residências nos espaços de discussão e construção de ações em saúde e de políticas públicas. Por englobarem diversas áreas profissionais e por sua perspectiva formativa sublinhada nas demandas do território, as residências multiprofissionais evocaram um caráter participativo





e atuante, não só enquanto ferramenta da EPS, mas como protagonista e executora das ações de EPS(21). Portanto, as MI foram instrumentos de fortalecimento das residências em saúde de Mossoró – captando suas propostas, discutindo suas demandas, dando voz e espaço de participação na construção da política e plano aqui pontuados – assim como foram fortalecidas pela atuação dos seus residentes.

Apesar das potencialidades apresentadas, os desafios foram latentes no decorrer das MI, quer na organização delas, quer na atuação/realidades dos serviços de saúde dos atores participantes.

Consideradas satisfatórias na avaliação dos envolvidos, as estratégias das Microintervenções geraram expectativas sobre a melhoria do trabalho em saúde realizado pelas residências, o que entregou o desafio de compromisso com a continuidade das ações de fortalecimento da EPS em Mossoró para o grupo facilitador. Inclusive, a ativação da participação de outros residentes em saúde do município foi provocada pelo Coletivo. Aliás, estimular o envolvimento de atores estratégicos ou a ampliação desse envolvimento foi, desde o início, laborioso para os cursistas facilitadores do processo.

As razões podem estar no receio dos participantes, expresso nos debates, em se envolver em mais demandas laborais e restrição de tempo para os compromissos advindos das Microintervenções. O árduo cenário de baixa disponibilidade de profissionais e distribuição irregular da população com concentração nos grandes centros urbanos são vinculados à sobrecarga de trabalho em saúde(22).

Demandas de trabalho e doença, por parte dos cursistas, bem como ausência de atores da gestão por férias e sobreposição de agendas, apresentaram-se enquanto entraves para a participação de maior contingente de pessoas nas MI III em diante. Além das ausências, as tensões entre as urgências da gestão e a proposta das Microintervenções tangenciaram o diálogo, em especial, na MI III. Foi custoso deixar explícito o objetivo primordial da proposta: fortalecimento da EPS em Mossoró e das Residências em Saúde (RS).

Ademais, a experiência da Microintervenções iniciou o desafio de executar atividades que incorporem as diversas demandas apontadas pelo coletivo. As propostas de trabalho eram amplas e, por vezes, foram apontados elementos que extrapolavam a ideia inicial

do Coletivo, ou seja, necessidades estruturais e gerenciais dos serviços, mas possíveis de serem debatidas com o amadurecimento desse grupo e das ações de EPS no município.

Ainda que com base teórica bem delimitada sobre saúde e educação, há demandas de EPS audaciosas, caminho desafiador a ser percorrido pelo Coletivo, que apontou para a observância do quadrilátero da formação durante a MI I: análise da educação dos profissionais de saúde, das práticas de atenção à saúde, da gestão setorial e da organização social.22

Não se observou entraves no pensar saúde e educação, como já mencionado, porém o fazer esbarra em questões como dificuldade na interprofissionalidade e sobrecarga de demandas nos serviços. Vale apontar que a crescente especialização gera consequências como divisão de tarefas, da assistência e até do sujeito assistido, dificultando o trabalho enquanto equipes-interação(23).

Com isso, a educação permanente em saúde se faz estratégia fundamental para o fortalecimento do trabalho desse grupo e para responder às demandas audaciosas e densas apresentadas nos nove temas elencados na MI I. Ela é desafiada a ser capaz de dar conta da formação aproximada dos cenários de prática, com vistas ao fortalecimento da cidadania e humanização. Todavia, é essa mesma inserção dos profissionais e serviços de saúde próximos às moradias das pessoas que torna complexa a atualização permanente dos trabalhadores(22-23).

Cabe colocar que, para além da formação de trabalhadores, essas demandas requerem iniciativas problematizadoras, de transformação da realidade, não lineares e que superem a concepção de aprendizado para aplicação prática, mas com função política da educação pela ação de sujeitos socialmente implicados(17).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente escrito cumpriu o objetivo de relatar a experiência inicial da construção de política e plano municipais de educação permanente em saúde e pode contribuir para replicação de métodos e processos construtivos, bem como antecipando possíveis desafios





a serem enfrentados em outras realidades, facilitando construções de políticas em territórios diversos.

A partir das cinco MI realizadas, foi possível colocar em prática os conhecimentos teóricos do curso de especialização, executar ações inéditas e sanitaristas em Mossoró referentes à Política e Plano municipais de EPS até então, criar o Coletivo de EPS, realizar Microintervenções com uso de metodologias ativas e participativas, articular setores, serviços e instituições em torno da temática EPS, agregar os residentes em saúde ao debate, incrementar o conhecimento dos envolvidos, dar voz às demandas dos trabalhadores em saúde e estabelecer a pactuação da continuidade da proposta de construção dos documentos mesmo com o término do curso de especialização.

Como em diversos outros espaços de construção em saúde, a sobrecarga laboral e as diversas agendas sobrepostas consistiram em desafios a serem superados para que as Microintervenções ocorressem. Somado a isso, as tensões entre os interesses e urgências na execução de ações em saúde, também são destaques no processo relatado. A expectativa por respostas e as densas demandas trazidas pelos atores nas discussões carecem de olhar cuidadoso, esforços mútuos e paciência histórica para acontecerem.

As Microintervenções deram início ao processo de construção de política pública importante para o território mossoroense e agregou atores em torno da temática da EPS. Foram estratégias eficazes utilizadas pelo curso de Especialização em Gestão de Residências em Saúde para o aprendizado a partir de ações transformadoras da realidade, articuladoras de atores e entes da saúde e fortalecedoras das residências em saúde no território mossoroense, concatenando com a PNEPS e PPEPS.

Por fim, é necessária a continuidade das ações de construção dos instrumentos (política e plano) de EPS no município, com envolvimento das instituições de ensino, dos trabalhadores – incluindo os residentes em saúde, dos gestores em saúde e dos atores do controle social, bem como a socialização da experiência de conclusão dos instrumentos e efetivação das ações provenientes deles no território.





## REFERÊNCIAS

1. Fonseca ENR, Cunha RMRAS, Carneiro MTD, Barbosa KKS, Batista MC, Ferreira FCR et al. Educação permanente em saúde: desafios e potencialidades para o processo de trabalho. REAS [Internet], 2023 [cited 2024 Nov 23];23(7): e13480. doi: <https://doi.org/10.25248/REAS.e13480.2023>. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/13480>
2. Machado CV. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Cien Saude Colet [Internet], 2024 [cited 2024 Nov 23];29(7):1-5. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02192024>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bPwZcCFLf8bqkSR6YMfmPvF/?lang=pt#>
3. Andrade DF, Luca AQ, Castellano M, Rissato CG, Sorrentino M. Da pedagogia à política e da política à pedagogia: uma abordagem sobre a construção de políticas públicas em educação ambiental no Brasil. Ciênc. educ. (Bauru) [Internet], 2014 [cited 2024 Nov 23];20(4):812-32. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-73132014000400004>. Available from: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/rz67RmzLHnFym7Wy4bd6GzB/#>
4. Ferreira BO, Nascimento M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. Cien Saude Colet [Internet], 2022 [cited 2024 Nov 23];27(10):3825-34. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06422022>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKYtxMMmQnCrCSvfbrMnkDc/?lang=pt#>
5. Mézáros I. 1930 - Para além do capital: rumo a uma teoria da transição. 1. ed. revista. São Paulo: Boitempo; 2011.
6. Oliveira A, Guizardi FL. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social. Saúde Soc. [Internet], 2020 [cited 2024 Nov 23];29(3):1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190650>. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Cx5ZKxsqCXyHzrJz68QXc3G/?lang=pt#ModalTutors>
7. Matias MMM. Caminhos para construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil: uma análise de bastidor [thesis]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2020. 463 p. Available from: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/17423/2/Tese%20-%20Manuelle%20Maria%20Marques%20Matias%20-%202020%20-%20Completa.pdf>
8. Brasil. Portaria nº 198/GM, 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024, 25p.





9. Rio Grande do Norte. Portaria-SEI nº 3630, de 26 de dezembro de 2022. Política Potiguar de Educação Permanente em Saúde. Natal, RN: Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte, 2022. 49 p.
10. Silva PA, Lourenço MP, Baldissera VDA. Educação permanente em Saúde: Design Thinking para planejamento e construção de diretrizes. EAN [Internet], 2023 [cited 2024 nov 23];27. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0397pt>. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8CKp5npN9nvR5H8tvkvbfYz/?lang=pt>.
11. Barreto JOM (Coord.). Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros. Brasília: Fiocruz, 2023 [cited 2024 nov 23], 56 p. Available from: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/10/1572539/05\\_rr\\_politicas\\_implementacao.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/10/1572539/05_rr_politicas_implementacao.pdf).
12. Nicoletto SCS, Bueno VLRC, Nunes EFPA, Cordoni Júnior L, Gonzáles AD, Mendonça FF et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. Saúde e Soc. [Internet], 2013 [cited 2024 nov 23];22(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>.
13. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Práx. Educ. [Internet], 2021 [cited 2023 Apr 12];17:60-77. Available from: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>
14. Casarin ST, Porto AR. Relato de experiência e estudo de caso: algumas considerações. JONAH [Internet], 2021 [cited 2024 Nov 23];11(2). Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998>.
15. Prefeitura Municipal de São Paulo. Documento de orientações para a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde. 2. ed. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2021. 21 p.
16. Rio Grande do Norte. Eixo I: fundamentos do SUS. Natal, RN: Escola de Saúde Pública do RN, 2024. 49 p.
17. Vieira AGR. Educação permanente: (re) vendo conceitos. ECS [Internet], 2013 [cited 2024 Nov 23];3(2):179-93. doi: <https://doi.org/10.30681/ecs.v3i2.1239>. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/recs/article/view/7939>
18. Matos LEO, Schott M, Jardim R. Olhares discentes para a integração ensino-serviço-comunidade na formação em saúde. Sab. Plur. [Internet], 2021 [cited 2023 Jan 20];5(1):133-150. doi: 10.54909/sp.v5i1.112630. Available from: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/112630>





19. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. RBEM [Internet], 2012 [cited 2023 Jan 23];36(1, Supl. 2):170-177. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DZyZCgqb3NrDkpSgqVGgDNk/?format=pdf>.
20. Rio Grande do Norte. Eixo VIII: metodologias ativas nas residências em saúde. Natal, RN: Escola de Saúde Pública do RN, 2024. 31 p.
21. Rio Grande do Norte. Eixo III: Residências em Saúde - Histórico, legislação e bases estruturantes. Natal, RN: Escola de Saúde Pública do RN, 2024. 40 p.
22. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) [Internet], 2004/2005 [cited 2024 Jul 13];9(16):161-77. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt>



ISSN 2965-0518

