



RBCS

REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANAIS DO II CONGRESSO PARAIBANO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

(ISSN 1415-2177 / e-ISSN 2317-6032)



EDIÇÃO ESPECIAL

2025

ANO

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor: ¹Yanna Kelly do Nascimento, ¹Letícia Santos Da Silva, ¹Lais Gabryelle Targino Moura, ¹Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock, ²Beatriz Lopes Carvalho

Afiliação:

¹ Centro Universitário UNIESP,

² Escola de Saúde Pública da Paraíba

* Correspondência: yannakelly22@gmail.com

Resumo: A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema global que exige a atuação qualificada do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, baseado em uma revisão integrativa. A pesquisa incluiu publicações indexadas na BVS, SciELO e Google Scholar. O enfermeiro tem um papel essencial na identificação precoce de abusos, proteção das vítimas e encaminhamento aos serviços especializados, contribuindo para a prevenção e reabilitação da saúde infantil.

Palavras-chave: Violência sexual infantil; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem. Acolhimento.

1. Introdução

A violência contra crianças e adolescentes configura-se como um problema de alcance global, atingindo diferentes países independentemente de sua cultura, condição socioeconômica ou estrutura social. Além disso, representa uma grave violação dos direitos humanos, impactando milhões de indivíduos na infância e adolescência. Seus efeitos são perceptíveis tanto a curto quanto a longo prazo, afetando a saúde física, mental e psicossocial, além de comprometer o desenvolvimento cognitivo e comportamental, a qualidade de vida e a dignidade dessas vítimas [1].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o abuso sexual infantil como a participação de uma criança em atividades sexuais sem plena compreensão do ato, sem capacidade para registro informado ou que violam normas legais e sociais [2]. Esse tipo de violência é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, sendo sua prevalência real difícil de mensurar, pois muitas vítimas só são relatadas ou ocorridas na vida adulta. Diante disso, trata-se de uma violação grave dos direitos humanos, exigindo do poder público e das estratégias de enfrentamento da sociedade para reduzir sua ocorrência no contexto brasileiro[3].

¹ Afiliação de artigos
Endereço de e-mail do autor

A violência sexual está enraizada em uma sociedade fortemente influenciada pelo patriarcado, onde a figura masculina é exaltada e a família é idealizada como um espaço de acolhimento e proteção. No entanto, os dados demonstram que, muitas vezes, o ambiente familiar, em vez de representar segurança, torna-se o principal cenário de abuso e agressão. Por ser um tipo de violência que nem sempre deixa marcas físicas, é essencial estar atento a sinais como mudanças comportamentais e manifestações psicossomáticas. Nesse contexto, a Atenção Básica, por ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, desempenha um papel fundamental na identificação e abordagem dessas vítimas, possibilitando a oferta de suporte e encaminhamento adequado [4].

De acordo com o estudo [5], enfatizam a importância do conhecimento dos diferentes tipos de violência por parte dos profissionais de saúde, pois isso permite a identificação precoce, a oferta de assistência individualizada e a implementação de estratégias de prevenção. No contexto da saúde pública, o profissional de enfermagem precisa estar capacitado para reconhecer e lidar com casos de violência infantil e adolescente, garantindo um atendimento qualificado e resolutivo. Além disso, é essencial que esse profissional desenvolva e implemente um plano de cuidados tanto para a vítima quanto para sua família, promovendo uma abordagem integral e humanizada [6].

O estudo [7] destaca que a infância e a adolescência são períodos fundamentais para a formação da personalidade e do caráter do indivíduo. No entanto, a presença da violência na sociedade compromete essa fase do desenvolvimento, impactando negativamente a vida de crianças e adolescentes. Diante do alto número de casos de abuso sexual infantil, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, deve estar capacitado para identificar situações de violência sexual e elaborar um plano de cuidados adequado, garantindo assistência integral e proteção à vítima. Destarte, este estudo tem como objetivo descrever o papel do enfermeiro na identificação e acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no contexto da Atenção Básica, destacando os desafios enfrentados e as estratégias para um atendimento humanizado e eficiente.

2. Materiais e Métodos

O presente estudo trata-se de uma abordagem qualitativa, descritiva, com base em uma revisão integrativa da literatura. A busca de dados procedeu-se no mês de fevereiro de 2025 através de um levantamento bibliográfico de publicações indexadas nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar utilizando os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Abuso infantil, Enfermagem, Atenção básica em saúde e Acolhimento, sendo combinados com os booleanos AND e OR. Após a leitura, os artigos escolhidos tiveram que obedecer aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2017 a 2025, nos idiomas inglês e português e cujo tema abordasse a temática proposta. Excluíram-se as cartas de leitor; estudos duplicatas; editais; artigos de opinião; comentários e materiais que não contemplavam o objetivo proposto. Ao todo foram incluídos 14 neste estudo de revisão.

3. Resultados

Foram identificados 245 artigos nas bases de dados, sendo 55 selecionados para leitura completa e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 21 compuseram a amostra final. A maioria dos estudos adotou abordagem qualitativa, com ênfase na atuação do enfermeiro na Atenção Primária frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. Os principais resultados estão sintetizados no **Quadro 1**, que apresenta autor, ano, objetivo, tipo de estudo e principais resultados.

A partir da análise, emergiram quatro categorias temáticas: (I) Atuação do enfermeiro na APS frente à violência sexual; (II) Acolhimento e fortalecimento do vínculo com a vítima; (III) Dificuldades enfrentadas e lacunas na formação profissional; (IV) Prevalência e perfil da violência sexual infantojuvenil.

Quadro 1. Apresentação e categorização dos artigos incluídos na revisão integrativa

Autor (Ano)	Título	Objetivo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
AIRES et al. (2020)	Os prejuízos da violência sexual para crianças em idade escolar	Apontar os danos decorrentes da violência sexual no desenvolvimento infantil	Estudo teórico	Identifica repercussões emocionais, sociais e cognitivas nas crianças abusadas.
CAVALCANTE et al. (2019)	Assistência de enfermagem em crianças que sofreram abuso sexual	Analisar o papel da enfermagem na assistência à criança vítima de abuso sexual	Estudo Bibliográfico	Reforça a importância do acolhimento humanizado e capacitação dos profissionais.
CARVALHO (2016)	Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades	Compreender o papel da resiliência no enfrentamento do abuso sexual infantil	Estudo qualitativo	Crianças com apoio familiar e psicológico têm maior potencial de recuperação.
CECILIO; OLIVEIRA (2017)	Modelos de revisão integrativa: discussão na pesquisa em Enfermagem	Discutir os diferentes modelos de revisão integrativa na enfermagem	Estudo teórico	Aborda a importância da revisão integrativa como método de produção científica.
DESLANDES et al. (2016)	Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual	Avaliar a efetividade das práticas profissionais de saúde frente à violência sexual	Pesquisa multicêntrica	Evidencia fragilidade nos fluxos intersetoriais e necessidade de protocolos claros.
GALINDO et al. (2017)	Violência infantojuvenil sob a ótica da enfermagem	Analisar a percepção da enfermagem sobre a violência infantojuvenil	Estudo qualitativo	Destaca desafios enfrentados por profissionais na APS e necessidade de preparo.
HILLIS et al. (2016)	Global prevalence of past-year violence against children	Estimar a prevalência global de violência contra crianças	Revisão sistemática	Alta incidência de violência, especialmente em países de baixa renda.
MARCOLINO et al. (2022)	Violência contra criança e adolescente: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde	Discutir o papel do enfermeiro na APS diante da violência sexual	Pesquisa Analítica	Ressalta a importância da escuta ativa e acolhimento.
MARQUES (2018)	Políticas públicas: Atenção Básica De Saúde Aos Casos De Abuso Sexual Contra Crianças E Adolescentes	Analisar as políticas públicas locais voltadas ao enfrentamento do abuso sexual	Estudo de caso	Aponta fragilidades na estrutura e encaminhamento dos casos.
NAZAR (2023)	A atuação da enfermagem forense frente a violência sexual infantil na atenção primária	Analisar a atuação da enfermagem forense na APS diante da violência infantil	Estudo qualitativo	Destaca a importância de capacitação e parceria com o sistema judiciário.
PEREIRA (2023)	Atenção a criança vítima de violência sexual: uma revisão integrativa	Analisar as ações dos profissionais de enfermagem em casos de suspeita do abuso sexual contra crianças	Revisão Integrativa	observa a importância da assistência frente aos casos de abuso sexual infantil, além do

				acolhimento e as ações educativas.
PIRES (2017)	Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes	Analisar as estratégias de atuação do enfermeiro diante do abuso	Estudo bibliográfico	Reforça o vínculo como ferramenta essencial no acolhimento.
PLATT et al. (2018)	Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências	Analisar o perfil dos agressores, vítimas e impactos da violência sexual	Estudo epidemiológico	Aponta prevalência de violência no ambiente familiar.
REICHERT et al. (2024)	Potencialidades e fragilidades da assistência de enfermagem às crianças vítimas de violência sexual	Avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem frente à violência sexual infantil	Revisão integrativa	Aponta falhas na formação e protocolos assistenciais, mas avanços na escuta qualificada.
SÁ et al. (2017)	Atenção da equipe de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes	Descrever a atuação da enfermagem em casos de violência sexual infantil	Relato de experiência	Reforça a importância do trabalho em equipe e sensibilização.
SENA; NUNES (2023)	Intervenção do enfermeiro da atenção primária à saúde na interrupção do ciclo da violência sexual	Relatar intervenção do enfermeiro frente à violência sexual doméstica	Estudo qualitativo	O enfermeiro é peça-chave na prevenção da revitimização.
SETTI; TRINDADE; HOHENDORF (2022)	Atuação da Estratégia Saúde da Família em casos de violência sexual	Avaliar como a ESF responde às situações de violência infantil	Estudo descritivo	Necessidade de protocolos e capacitação contínua
SILVA et al. (2021)	Desafios da atuação do enfermeiro frente à violência sexual infantojuvenil	Identificar os desafios enfrentados pelo enfermeiro	Estudo transversal	Enfatiza lacunas na formação e ausência de diretrizes claras
SILVEIRA (2020)	Atuação da enfermagem na identificação e combate à violência sexual contra crianças e adolescentes	Revisar a atuação da enfermagem diante de casos de violência sexual	Revisão de literatura	Mostra dificuldades na capacitação dos profissionais e importância da notificação.
SOARES et al. (2016)	Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes	Traçar o perfil das vítimas de violência sexual infantil	Estudo epidemiológico	A maioria dos casos ocorre no ambiente doméstico.
SOMMER et al. (2017)	Caracterização da violência contra crianças e adolescentes	Descrever características da violência sexual e refletir sobre a prática do enfermeiro	Estudo descritivo	Necessidade de preparo técnico e emocional do profissional de saúde.
SOUZA; SILVA; CARVALHO (2010)	Revisão integrativa: o que é e como fazer	Explicar a metodologia da revisão integrativa	Artigo metodológico	Estrutura as etapas fundamentais para esse tipo de revisão.
VALERA et al. (2016)	Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infantojuvenil	Discutir as práticas da equipe de enfermagem frente à violência infantojuvenil	Estudo descritivo	Aponta necessidade de escuta, acolhimento e ações interdisciplinares.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

3.1 Categoria temática 1: atuação do enfermeiro na aps frente à violência sexual

A atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) diante da violência sexual infantojuvenil se configura como uma prática fundamental no enfrentamento desse agravo, considerando sua posição estratégica dentro da rede de atenção básica. Conforme apontado por estudo [8], o enfermeiro, por ser um dos profissionais que possui contato direto e contínuo com a comunidade, tem potencial para identificar precocemente sinais e sintomas de abuso, tanto físicos quanto comportamentais, atuando como agente ativo na proteção da criança e do adolescente.

A escuta sensível, o respeito à individualidade e o acolhimento humanizado são elementos centrais na construção de um cuidado qualificado. Nesse sentido, o estudo [7] destaca que o enfermeiro deve criar um vínculo de confiança com a criança ou adolescente, explicando os procedimentos e garantindo um ambiente seguro, contribuindo para reduzir o trauma e incentivar a denúncia. O autor ainda aponta que a empatia e a comunicação clara com a vítima e seus responsáveis são estratégias que humanizam a assistência e fortalecem o cuidado. Outro aspecto relevante é a atuação da enfermagem forense, que alia conhecimento técnico da saúde com as exigências legais nos casos de violência. Segundo estudo [3], essa prática favorece uma abordagem mais completa e respeitosa, capaz de garantir a escuta qualificada e a documentação adequada para responsabilização do agressor, colaborando com o sistema de justiça e com a proteção à vítima.

Por outro lado, mesmo diante da importância dessa atuação, muitos profissionais ainda enfrentam dificuldades na condução dos casos. A ausência de protocolos específicos, a insegurança em relação ao manejo adequado e a escassez de formações continuadas comprometem o atendimento. Os estudos [9] ressaltam a necessidade de maior organização dos fluxos assistenciais e reforçam que o enfermeiro deve estar articulado com a rede intersetorial para garantir o acompanhamento integral das vítimas.

3.2 Categoria temática 2: acolhimento e fortalecimento do vínculo com a vítima

O contato mais próximo com o paciente, garantido pelo vínculo estabelecido e permeado na Atenção Primária à Saúde é um dos fatores mais influentes na promoção de uma assistência qualificada e integral. No cenário da violência sexual, essa proximidade possibilita a intervenção precoce, uma vez que, o reconhecimento oportuno dessas situações influencia na atuação dos profissionais e auxilia na tomada de decisões tanto resolutivas dos casos detectados, quanto preventivas para casos novos. Ações simples da enfermagem podem auxiliar na identificação de casos suspeitos por meio da execução adequada da anamnese e do exame físico, a exemplo de conversas com o paciente e observação criteriosa de sinais comportamentais sugestivos como agressividade, reclusão, receio de toque físico, entre outros [10]

Desse modo, é indispensável que o profissional da enfermagem detenha de atenção e capacitação frequentes para facilitar o atendimento seguro dessas vítimas. A identificação precoce é o fator mais influente à resolução do problema e à quebra do ciclo de violência. Para isso, o estudo [11] destaca que se deve considerar a importância de saber conduzir adequadamente o atendimento a fim de evitar situações desfavoráveis e desconfortáveis à vítima que decidir relatar seu caso, uma vez que a vulnerabilidade da infância agregada à situação social a qual ela está inserida, irão dificultar uma possível denúncia.

O abuso sexual desencadeia uma cascata de fatores que predis põem o desenvolvimento de transtornos psicológicos. De acordo com estudo [12], o que acontece depois da denúncia é tão importante quanto fazê-la, pois o apoio à vítima torna-se indispensável. É necessário agir de maneira calma, coerente e responsável a fim de demonstrar segurança e apoio à vítima, escutá-la com cautela e no momento adequado para evitar que gatilhos sejam desencadeados, traumatizando ainda mais a criança violentada. O cuidado prestado deve ser integral e humanizado, desprendido de preconceitos e julgamentos frente à situação de fragilidade com qual a vítima se encontra.

Para a revisão [13] a assistência à vítima deve ser prestada com o propósito de reduzir os danos causados e prevenir novas circunstâncias, por meio da elaboração de um plano de cuidados inclusivo, incentivando a resolução do

problema. Para isso, é fundamental que haja a capacitação dos profissionais para que a assistência seja realizada de maneira resolutiva, posto que, a falta de capacitação e padronização do cuidado favorece a invisibilidade dessa violação.

3.3 Categoria temática 3: dificuldades enfrentadas e lacunas na formação profissional

A revisão [13] destaca que os profissionais de enfermagem apresentam fragilidades no que diz respeito ao preparo para lidar com situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Estudos apontam que essa temática, apesar de sua relevância, é pouco abordada nos currículos da graduação e, muitas vezes, negligenciada em treinamentos continuados. Isso acaba resultando em profissionais inseguros, despreparados para identificar os sinais, acolher adequadamente as vítimas e proceder com os encaminhamentos necessários. Além da formação deficitária, há dificuldades institucionais que limitam a atuação da equipe de enfermagem.

O artigo [14] identificou que a ausência de protocolos claros, fluxos desorganizados e a falta de articulação intersetorial comprometem a qualidade do atendimento prestado na Atenção Primária à Saúde. A inexistência de diretrizes padronizadas faz com que muitos profissionais se sintam desamparados diante de casos de violência, o que reforça a importância de capacitações específicas voltadas para o enfrentamento dessa problemática.

O estudo [15] também destacam a precariedade na estrutura dos serviços e a dificuldade de efetivar, na prática, as normativas que regulam o atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. A fragilidade do sistema em garantir suporte técnico, psicológico e institucional reforça a sensação de impotência vivenciada pelos profissionais de enfermagem. Em muitos casos, a omissão ou a condução inadequada do atendimento está relacionada à ausência de apoio e à sobrecarga de trabalho.

Outro ponto importante é a dimensão emocional e ética envolvida na condução de casos de abuso. Muitos enfermeiros não se sentem preparados para abordar a temática com sensibilidade, o que pode comprometer o vínculo com a vítima e dificultar a escuta qualificada. O estudo [16] ressalta que o enfrentamento da violência sexual demanda mais do que conhecimento técnico, exige empatia, sensibilidade e compromisso com a proteção integral da criança e do adolescente.

3.4 Categoria temática 4: prevalência e perfil da violência sexual infantojuvenil

Na análise dos estudos, observou-se um perfil comum entre as vítimas. Os estudos [7,17] apontam que há maior prevalência de casos de violência sexual infantil contra o gênero feminino com idades variando entre 5 e 11 anos ocorrendo, geralmente, em ambiente familiar por pessoas próximas. Na maioria dos casos, a violação não deixa marcas físicas, entretanto, por ser uma fase marcada pelo desenvolvimento de diversos aspectos indispensáveis para a construção humana, afeta as vítimas psicológica e emocionalmente, com impactos que permeiam ao longo de sua existência, influenciando comportamentos, relações interpessoais e, inclusive, profissionais.

Ademais, como a maioria dos casos ocorre em situações camufladas de carinho, um dos maiores desafios para resolução desse problema é a identificação precoce, tanto devido aos tipos de abuso, quanto ao perfil dos autores. Assim, a variabilidade de tipos de violência sexual somada a linha tênue entre o ato e a percepção do ocorrido pela vítima, um ser que está vulnerável e em constante desenvolvimento, é um dos principais fatores contribuintes para a demora em relatar o caso e buscar por ajuda (Sanches *et al*, 2019). Entretanto, apesar de apresentar um número alarmante, é possível que seja ainda maior considerando os casos não registrados.

Essa proximidade dos agressores e o ambiente doméstico como local de ocorrência contribuem para a subnotificação dos casos, uma vez que há medo, vergonha e sentimento de culpa envolvidos. De acordo com estudo [19] reforçam que o silêncio das vítimas é perpetuado por ameaças diretas dos agressores e pela falta de apoio adequado, o que agrava o quadro de violência e impede o rompimento do ciclo de abuso. Nesse sentido, compreender o perfil epidemiológico dos casos torna-se fundamental para embasar estratégias de intervenção. Outro dado preocupante é que

a maioria das vítimas são meninas, como revelado por artigo [12], que relatam uma taxa significativamente maior de incidência de violência sexual entre meninas em idade escolar, com impactos severos no desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Ainda segundo os autores, muitas dessas crianças apresentam sinais físicos e comportamentais que passam despercebidos pelos profissionais de saúde despreparados ou pouco atentos.

4. Discussão

Segundo o material [20] apontam que a maioria dos casos de abuso sexual infantil ocorre dentro da própria residência e é cometida por indivíduos próximos, com quem a criança mantém um vínculo de confiança e admiração. Esses fatores facilitam a manipulação da vítima, tornando-a mais vulnerável à sedução do agressor. Esse tipo de violência é classificado como incestuoso ou intrafamiliar e pode ocorrer com ou sem penetração e contato físico. Além disso, a relação estabelecida entre o abusador e a criança pode levar a um sentimento de exclusividade, reforçado pelo segredo imposto, o que dificulta a percepção dos familiares e altera a rotina da vítima.

Conforme estudo [16] e [21] destacam que crianças e adolescentes vítimas de violência sexual podem apresentar diversos sinais e sintomas que impactam negativamente sua saúde. Dentre as principais repercussões, incluem-se agressividade, ansiedade, medo do contato físico, sentimentos de vergonha e culpa, além de pensamentos suicidas. Também podem ocorrer transtornos de personalidade, hiperatividade, comportamentos depressivos e, em alguns casos, masturbação compulsiva. Esses efeitos reforçam a necessidade de um olhar atento dos profissionais de saúde para a identificação precoce e o encaminhamento adequado das vítimas.

Em conformidade com estudos [22,24] destacam que os enfermeiros têm um papel fundamental no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sendo responsáveis por atuar na identificação, acolhimento e combate a esse crime. Sua atuação envolve habilidades e competências específicas voltadas à promoção, prevenção e reabilitação da saúde das vítimas. Além disso, essa assistência exige um compromisso ético, humanístico e social, garantindo um cuidado integral e qualificado para minimizar os impactos da violência na vida desses indivíduos.

De acordo com o Estatuto [23] a confirmação ou suspeita de abuso sexual infantil torna obrigatória a notificação pelos responsáveis legais dos estabelecimentos de saúde. Esse procedimento permite que o Conselho Tutelar adote as medidas necessárias para a proteção da vítima, além de viabilizar um acompanhamento mais eficaz das famílias envolvidas. A notificação também contribui para a implementação de ações legais, possibilitando intervenções que visam minimizar os impactos da violência e garantir a segurança da criança ou adolescente [17].

5. Conclusões

Como foi visto, grande parcela dos casos da violência sexual ocorre no ambiente familiar por indivíduos próximos. Por isso, a denúncia é dificultada, uma vez que, vários fatores influenciam na manutenção do silêncio, sendo o principal, a facilidade de manipulação contra esses menores. Essas situações refletem a importância de a equipe multiprofissional de saúde manter um olhar atento a qualquer sinal de violação, com a implementação de ações que possibilitem a identificação precoce e rápida dessas situações, para apoiar e amparar as vítimas, especialmente em casos camuflados [4].

Ao atuar como elo entre o serviço de saúde e os usuários, o profissional da enfermagem precisa ser capaz de identificar com agilidade eventos suspeitos ou confirmados desse tipo de violência, por meio de uma consulta sistematizada e com escuta qualificada, permitindo que as vítimas fiquem confortáveis ao abordar o assunto, promovendo o acolhimento, notificação e encaminhamento necessários, a fim de fortalecer a rede de proteção contra esse abuso, evitando que fiquem desamparadas ou expostas. Assim, irá proteger e assegurar o crescimento e desenvolvimento adequado dessas crianças e adolescentes, rompendo o ciclo violento [25].

Agradecimentos: À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Os autores agradecem ao **Centro Universitário UNIESP**, pela oportunidade e suporte institucional durante o desenvolvimento deste estudo; à **orientadora**, pelo apoio, dedicação e valiosa orientação em todas as etapas da pesquisa; e aos **colegas de pesquisa**, pela colaboração e contribuição essencial para a construção deste trabalho.

Financiamento:

Não há fontes de financiamento a serem declaradas.

Contribuições do autor:

Conceituação, Letícia Santos e Karelline Izaltemberg.; metodologia, Laís Gabryelle.; software, Laís Gabryelle.; validação, Letícia Santos., Yanna Kelly Do Nascimento. e Laís Gabrielle.; análise formal, Yanna Kelly Do Nascimento.; investigação, Letícia Santos.; recursos, Letícia Santos.; curadoria de dados, Yanna Kelly Do Nascimento.; redação—preparação do rascunho original, Letícia Santos.; redação—revisão e edição, Yanna Kelly Do Nascimento.; visualização, Laís Gabryelle.; supervisão, Karelline Izaltemberg. Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito."

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declara(m) não haver conflito de interesses.

Declaração de disponibilidade de dados:

Os dados que apoiam essas descobertas estão disponíveis no artigo ou mediante solicitação.

Referências:

- 1-MARCOLINO, E. DE C. et al. Violência contra criança e adolescente: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, p. e20210579, 22 abr. 2022
- 2-WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneve; 2003.
- 3-NAZAR, G. M. A atuação da enfermagem forense frente a violência sexual infantil no âmbito da atenção primária á saúde. *Ufma.br*, 2023.
- 4-MARQUES, L. E. D. Políticas públicas: Atenção Básica De Saúde Aos Casos De Abuso Sexual Contra Crianças E Adolescentes No Município De Sousa-PB. *Ifpb.edu.br*, 2018.
- 5-GALINDO, N. A. L. et al. Violência infanto-juvenil sob a ótica da enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 11, n. 3, p. 1420–1429, 2017. DOI: 10.5205/1981-8963-v11i3a13986p1420-1429-2017.

¹ Afiliação de artigos
Endereço de e-mail do autor

- 6-SILVA, P. L. N. et al. Desafios da atuação do enfermeiro frente à violência sexual infanto-juvenil / Challenges of nurses' performance in the face child and adolescent sexual violence. *Journal of Nursing and Health*, v. 11, n. 2, 26 abr. 2021.
- 7-PIRES, A.C. Papel Do Enfermeiro Frente Ao Abuso Sexual De Crianças E Adolescentes. Centro Universitário De Brasília - Uniceub, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11756>.
- 8- MARCOLINO, E. DE C. *et al.* Violência contra criança e adolescente: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210579, 22 abr. 2022.
- 9 - SETTI, Sandra Mara; DE ARAÚJO TRINDADE, Adalberto; VON HOHENDORFF, Jean. Atuação da Estratégia Saúde da Família em Casos de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 105-124, 2022.
- 10- SILVA, Kadson Araujo *et al.* Atenção primária í saúde: percepções de enfermeiros/as frente í violência sexual contra crianças e adolescentes. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 59, p. 4224-4235, 2020
- 11- PEREIRA, Maria Juliana da Silva. **Atenção a criança vítima de violência sexual: uma revisão integrativa**. 2023. 52f. Monografia (Graduação) – Curso de Graduação em Enfermagem. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Ceará, 2023.
- 12- AIRES, L. C.; MARQUES, L. L.; MOREIRA, T. V. E. Os prejuízos da violência sexual para crianças em idade escolar. In: **SEMINÁRIO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO CURSO DE PSICOLOGIA DA UNI EVANGÉLICA**, 5., 2020, Anápolis. Anais [...]. Anápolis: UniEVANGÉLICA, 2020
- 13- SILVEIRA, M. D. DA. **Revisão De Literatura Sobre a Atuação Da Enfermagem Na Identificação E No Combate Aos Danos Causados Pela Violência Sexual Contra a Criança E O Adolescente**. TCC (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Enfermagem, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220252/Manuela%20Dara%20da%20Silveira._Finalizado-convertido%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 14- REICHERT, L. V.; *et al.* Potencialidades e Fragilidades da Assistência de Enfermagem às Crianças Vítimas de Violência Sexual: Revisão Integrativa. **Revista de Saúde Dom Alberto**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 41–61, 2024
- 15-DESLANDES, Suely F., *et al.* Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 865–877, 2016.
- 16-CARVALHO, Rosimeire. Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades. *Revista Subjetividades*, v. 11, n. 2, p. 727-750, 2016.
- 17-PLATT, Vanessa Borges *et al.* Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1019-1031, 2018
- 18-SANCHES, L. DE C. *et al.* Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 9, p. 1-13, 2019
- 19-SOMMER, D., *et al.* Caracterização da violência contra crianças e adolescentes: indicativos para a prática do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**, FW, v.13, n.13, p. 14-28, 2017.
- 20-CAVALCANTE, Christina Souto *et al.* Assistência de enfermagem em crianças que sofreram abuso sexual. *Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS-FESGO*, v. 2, n. 1, 2019

21-SÁ, Carla Maria Queiroz *et al.* Atenção da equipe de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*, v. 2, n. 2, 2017.

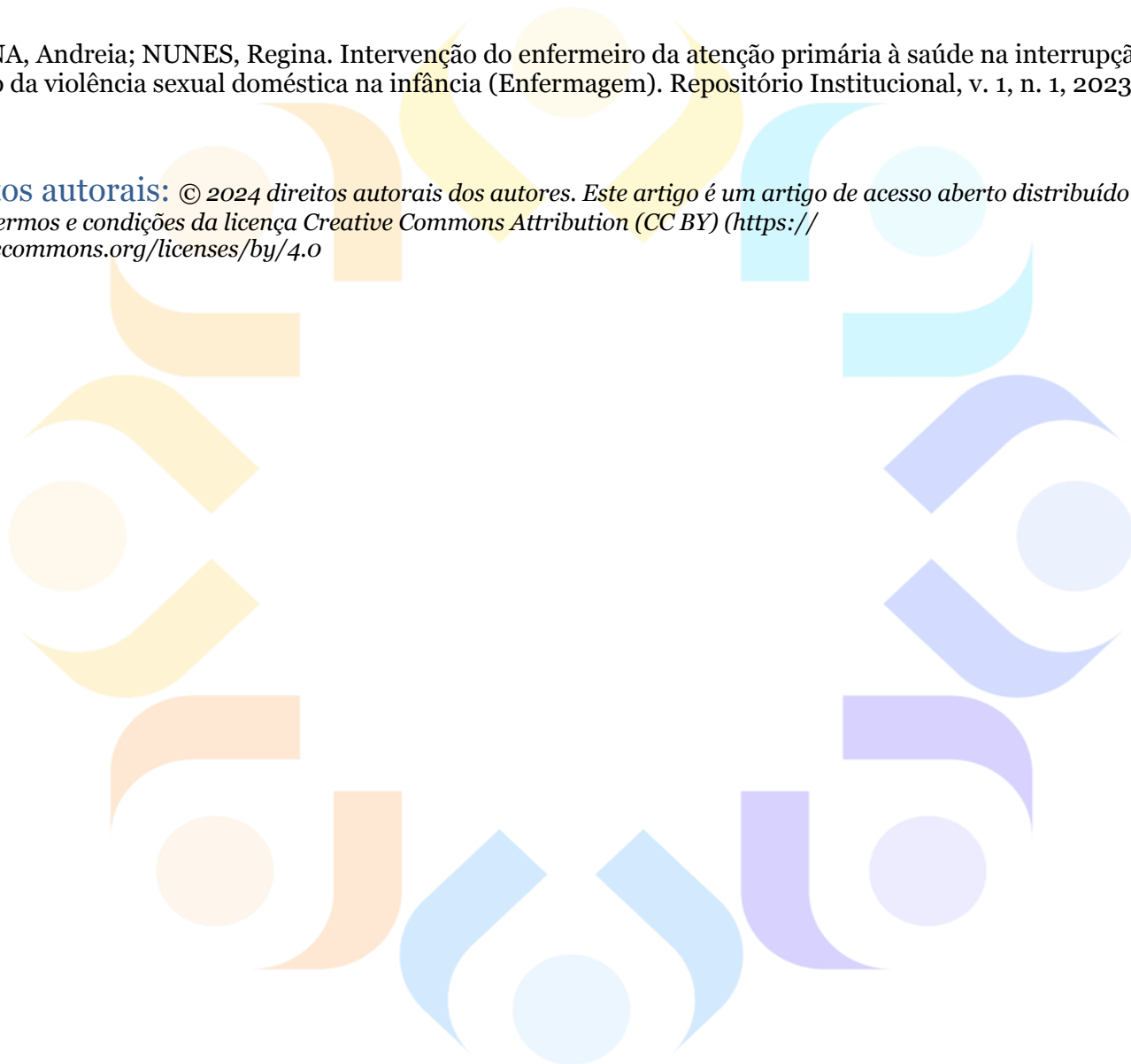
22--SOARES, Elaine Maria Rosa *et al.* Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. *Revista Interdisciplinar*, v. 9, n. 1, p. 87-96, 2016.

23-BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República, 1990

24-VALERA, Ingrid Mayara Almeida *et al.* Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 17, n. 3, p. 103-111, 2016.

25-SENA, Andreia; NUNES, Regina. Intervenção do enfermeiro da atenção primária à saúde na interrupção do ciclo da violência sexual doméstica na infância (Enfermagem). *Repositório Institucional*, v. 1, n. 1, 2023.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença *Creative Commons Attribution (CC BY)* (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)



APOIO INSTITUCIONAL REAP QUALI/PB NA PARAÍBA: EXPERIÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Autor: ¹ Joana da Silva Santos, ¹ Ailma de Souza Barbosa Delgado, ¹ Jeane Constantino Pereira, ¹ Veronica Ebrahim Queiroga, ² Beatriz Lopes Carvalho

Afiliação: ¹ Bolsista do REAP QUALI/PB Eixo I APS - SES/PB ² Escola de Saúde Pública da Paraíba.

* Correspondência: joanaedf85@gmail.com

Resumo: O Apoio Institucional é crucial para fortalecer o trabalho em saúde, especialmente na Atenção Primária. Em 2023, foi instituído o REAP QUALI-PB na Paraíba, visando qualificação e suporte aos trabalhadores e gestores. O projeto, executado na 1ª Gerência Regional de Saúde, incluiu visitas técnicas, oficinas de sensibilização e reuniões de planejamento, promovendo qualificações e diálogos. As ações implementadas melhoraram indicadores de saúde e contribuíram para uma rede de atenção integrada e humanizada.

Palavras chaves: Atenção Primária; Qualificação Profissional; Gestão em Saúde.

1. Introdução

O Apoio Institucional (AI) é um recurso que busca reformular a forma de gerenciamento verticalizada e permite uma maior relação entre estado e municípios através de momentos entre gestores, trabalhadores e usuários [1]. Tem se tornado um componente essencial para o fortalecimento dos processos de trabalho na saúde, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) [2]

Na Paraíba, no ano de 2023, foi instituída a Rede de Apoio Institucional para Qualificação e Matriciamento Gerencial de Trabalhadores e Gestores do SUS, denominada REAP QUALI-PB. Este projeto visa a regionalização e a organização da rede de atenção à saúde, promovendo a capacitação e o suporte necessário aos profissionais envolvidos. A iniciativa se fundamenta em oito eixos estratégicos gerenciados pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB)[3].

¹ Afiliação de artigos
Endereço de e-mail do autor

O presente trabalho tem como objetivo descrever as ações realizadas pelo Eixo I- Apoio Institucional da Atenção Primária à Saúde [4] no âmbito do Projeto REAP QUALI-PB, especificamente na 1ª Gerência Regional de Saúde (1ª GRS) da Paraíba.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de um relato de experiência descritivo realizado no período de março a dezembro de 2024 pelas apoiadoras Institucionais da APS que atuam na 1ª e 14ª Regiões de Saúde da Paraíba, as quais pertencem à 1ª GRS. A 1ª GRS é composta pelos municípios de João Pessoa, Santa Rita, Pitimbu, Conde, Cruz do Espírito Santo, Cabedelo, Sobrado, Caaporã, Alhandra, Lucena, Mari, Bayeux, Riachão do Poço e Sapé (1ª RS), bem como Itapororoca, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Pedro Régis, Mataraca, Mamanguape, Marcação, Baía da Traição, Capim, Rio Tinto e Jacaraú (14º RS).

A descrição da experiência refere-se às visitas técnicas, construção de oficinas de sensibilização, seminários, encontros mensais do Dialoga APS, participação em reuniões de Comissão Intergestores Regional (CIR) e Câmara Técnica (CT), eventos on-line e presenciais de atualização em saúde, planejamento estratégico, dentre outros.

Para realização da coleta de informações contidas neste relato foram utilizadas fotos, relatórios mensais e diários de campo. Para monitoramento foram utilizados os relatórios, as listas de frequência, agenda semanal e reuniões para avaliação das ações.

Por fim, este trabalho não requer submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, pois não revela dados que possam identificar os indivíduos envolvidos, bem como emergem espontaneamente da prática profissional, conforme preconiza o inciso VII, artigo 26, da Resolução nº 674/2022 do Conselho Nacional de Saúde [5].

3. Resultados

Durante esse período do projeto, observou-se uma atuação robusta do apoio institucional junto aos municípios da 1ª GRS, com um volume expressivo de atividades distribuídas em diferentes estratégias.

Foram 74 visitas técnicas realizadas, que permitiram monitorar múltiplos indicadores de saúde da APS. Isso representa, em média, mais de 6 visitas por mês, configurando acompanhamento contínuo e próximo da realidade municipal. Nessas visitas, foram abordadas pelo menos seis temáticas centrais: financiamento da APS, suplementação de micronutrientes, rastreamento oncológico (citopatológico e mamografia), imunização, avaliação multidimensional do idoso e incentivo à atividade física. Esse leque temático demonstra uma abrangência de 100% dos principais programas estratégicos da APS.

Além disso, a formação e sensibilização dos profissionais ganhou corpo em atividades estruturadas, foram dez oficinas de sensibilização realizadas, cada uma abordando de 1 a 3 tópicos específicos. Estima-se que foram trabalhados cerca de 12 grandes eixos temáticos, que foram desde saúde sexual e reprodutiva à saúde materna. Esse número indica que houve uma cobertura diversificada e transversal das principais vulnerabilidades do território. Além disso, foram oito encontros do Dialoga APS, garantindo periodicidade mensal e consolidando um espaço de cogestão entre coordenadores e profissionais.

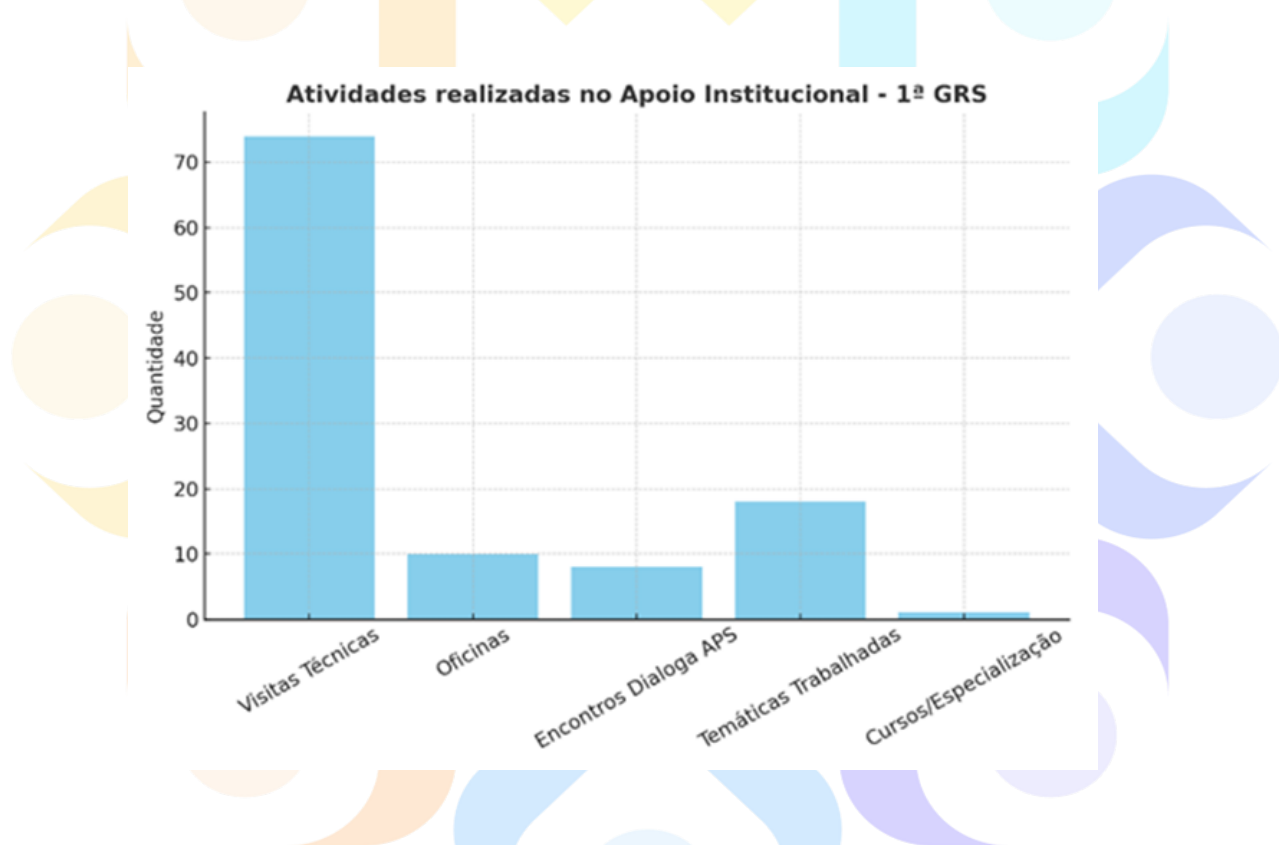
Do ponto de vista estatístico, a regularidade desses encontros representa 66% de adesão ao cronograma anual, com influência direta na integração e corresponsabilidade da gestão. No eixo de governança, a participação ativa em reuniões da CIR e CT, além do grupo condutor do PlanificaSUS, garantiu a articulação regional. Embora o número total

de reuniões não esteja explicitado, destaca-se a multiplicidade de áreas de decisão, que amplia a capacidade de pactuação. Na qualificação acadêmica e profissional, houve participação em 1 curso de especialização em apoio institucional e matricial, além de envolvimento em bancas da mesma especialização. Esses dados indicam uma integração entre ensino e serviço, fortalecendo a EPS como eixo estruturante.

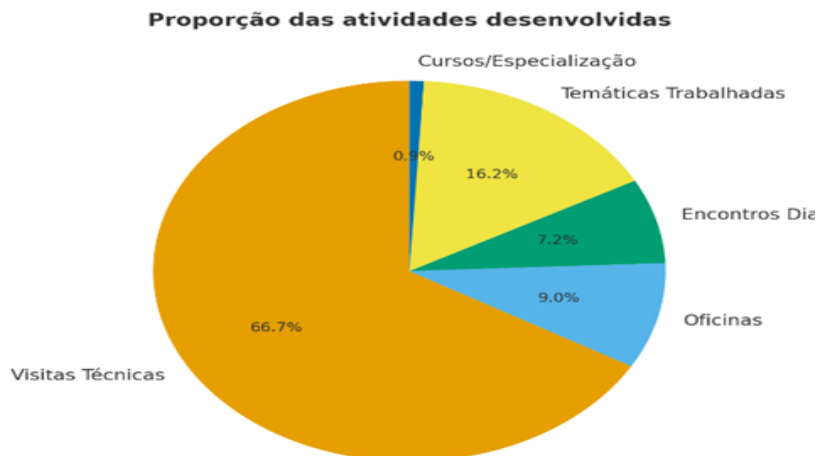
Portanto, os resultados evidenciam um volume de visitas técnicas e os encontros regulares mostram capilaridade e acompanhamento próximo; uma abrangência temática com pelo menos 12 tópicos distintos abordados; regularidade e sistematização – as oficinas (10) e encontros mensais (8) demonstram que o processo não foi pontual, mas estruturado e sustentado no tempo. Por fim, integração ensino-serviço-gestão – a inserção em cursos e bancas de especialização reflete a aposta na formação permanente como estratégia de mudança organizacional.

Os números revelam que o apoio institucional na 1ª GRS conseguiu articular quantidade, diversidade e sistematização de ações, fortalecendo a APS tanto na dimensão assistencial quanto na gestão.

Gráfico 1 – Quantidade de atividades desenvolvidas pelo Apoio Institucional



Fonte: Autoras, 2025.

Gráfico 2 – Proporção entre os diferentes tipos de atividades realizadas no apoio institucional.

Fonte: Autoras, 2025.

4. Discussão

Durante o período de implementação do projeto, foram realizadas diversas atividades de apoio e capacitação junto aos municípios vinculados à 1ªGRS. Sendo realizadas 74 visitas técnicas, onde foram discutidos indicadores de saúde relacionados ao novo financiamento da APS, além de monitoramento dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes, indicadores de exames citopatológicos e mamografia, boas práticas de imunização, Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa e o Incentivo Financeiro à Atividade Física [6] também foram temáticas abordadas durante as visitas in loco.

As oficinas de sensibilização foram um componente crucial do processo de trabalho do apoio institucional da APS com as equipes de saúde, abrangendo temas relevantes para a população e os profissionais de saúde. A educação nos serviços de saúde vem sendo realizada por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), pois estimula novas práticas e consciência crítica, além de encorajar novos caminhos para produzir saúde, formação profissional, gestão e controle social [7].

Foram realizadas dez oficinas, abordando tópicos como saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), Rede Alyne, importância da puericultura, ficha de estratificação de risco, teleinterconsulta da Rede Cuidar, saúde do homem, pré-natal do parceiro, sífilis, hepatites virais, tuberculose e saúde mental da gestante e da puérpera. Estas oficinas visam não apenas a qualificação, mas também a sensibilização dos profissionais e a promoção de uma abordagem mais integral e humanizada na APS.

O Dialoga APS foi uma ferramenta de destaque dentro das estratégias utilizadas pelo Apoio Institucional da APS, sendo este um espaço de cogestão fundamental para o intercâmbio de saberes e experiências. Entendendo essa cogestão como exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política, que pressupõe que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder. Essa abordagem defende a "transformação das organizações de saúde fundamentada na criação intencional de relações dialógicas, que promovam o compartilhamento de saberes e a redistribuição de poder"[8].

Foram realizados oito encontros mensais, que contaram com a participação de Coordenadores da APS e profissionais de saúde, onde foram discutidas temáticas relevantes identificadas pelos representantes dos municípios que

versaram sobre gestão da saúde, indicadores de saúde, acolhimento e acesso, integração das equipes e estratégias para a melhoria da assistência em saúde. A educação permanente, neste sentido, foi a norteadora de novas perspectivas dos modelos de gestão, focando-se na gerência participativa, na descentralização de decisões e no fortalecimento da equipe de trabalho, garantindo participação dos trabalhadores nas discussões, tomada de decisões e frequente aperfeiçoamento do serviço [9]

Neste sentido a proposta é que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, uma vez que, a educação permanente em saúde é orientadora de processos significativos de aprendizagem e propõe a produção de resultados efetivos nas ações de saúde, responsabilizando-se, diretamente, por melhorias no serviço [10].

A participação em reuniões da CIR e CT possibilitou um maior alinhamento entre gestores e trabalhadores do SUS, promovendo discussões coletivas sobre as necessidades e desafios da região. No grupo condutor do PlanificaSUS, houve uma colaboração significativa na organização do trabalho das equipes na Atenção Primária à Saúde (APS) e na integração com a Atenção Especializada na 14ª região de saúde. As reuniões de planejamento, com a presença do gerente da 1ª GRS e coordenações da APS, foram essenciais para organizar atividades e definir prioridades. Eventos online e presenciais garantiram a atualização contínua dos profissionais e o fortalecimento da rede de apoio.

Ademais, a participação no curso de especialização em apoio institucional e matricial, com ênfase em educação na saúde, promovido pela Escola de Saúde Pública da Paraíba, contribuiu para reorientar as ações educativas, promovendo a qualificação dos profissionais e gerando mudanças significativas nas práticas, gestão e organização do SUS. Bem como, foi possível contribuir para a qualificação nas bancas de especialização de Saúde da Família e na especialização em apoio institucional e matricial, com ênfase em educação na saúde.

5. Conclusões

O Apoio Institucional na 1ª GRS da Paraíba, por meio do projeto REAP QUALI-PB, demonstrou ser uma estratégia eficaz para a qualificação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. As experiências relatadas evidenciam a importância da qualificação contínua, do diálogo entre profissionais e gestores e da criação de espaços de formação e sensibilização.

As ações implementadas contribuíram para a melhoria dos indicadores de saúde e para a construção de uma rede de atenção mais integrada e humanizada. A continuidade dessas iniciativas é fundamental para garantir um SUS mais acessível e efetivo, promovendo a saúde como direito de todos.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

- 1- PRATA, D. R. A.; ARAÚJO, M.V. R.; ARCE, V. A. R. O apoio institucional na gestão da Atenção Básica do Estado da Bahia: uma análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e02000228. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2000>.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.
- 3- PARAIBA. Governo do Estado. Escola de Saúde Pública da Paraíba. Projeto Rede de Apoio institucional para qualificação e matriciamento gerencial de trabalhadores e gestores do SUS com foco na regionalização para organização da rede de atenção à saúde, 2023. REAP QUALI/PB — Escola de Saúde Pública da Paraíba. Acesso em 15/9/2025.
- 4- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 15 de setembro 2025]. Disponível em: <https://unesdoc.unes-co.org/ark:/48223/pf0000130805>.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 12 de set. 2025.
- 6- MORAES, E. N. D. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde [livro eletrônico] : aplicações do IVCF-20 e do ICOPE – Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023.
- 7- WHEBERTH, Ana Paula Vilas Boas; FARAH, Beatriz Francisco. Educação permanente em saúde para médicos da Estratégia Saúde da Família: percepções e necessidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, p. e111, 2023.
- 8- BRITO, Christiane da Silva et al. Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 04, p. 1377-1388, 2022.
- 9- DA SILVA, Carolina Luiz Ferreira; JORGE, Tatiane Martins. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 56, n. 2, 2023.
- 10- BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0026092, 2020.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Relato de experiência: Eficiência do programa saúde na escola na atualização do calendário vacinal: Desafios e estratégias de intervenção

Autor: ¹ Larissa de Lima Domingos; ² Camilla Sandrianny Pereira Barbosa;³ Tamiris Alves Chagas, Beatriz Lopes Carvalho⁴

Afiliação:

1 Secretaria Municipal de Saúde de Queimadas;

2 Secretaria Municipal de Saúde de Queimadas;

3 Universidade Federal de Campina Grande.;

4 Escola de Saúde Pública da Paraíba.

* Correspondência: lariissadoomingos@gmail.com

Resumo: O Programa Saúde na Escola integra saúde e educação, na atualização de vacinas, o programa mostra resultados positivos. A metodologia, dividida em três fases: planejamento, execução e implementação, com ações de atualização vacinal e atividades educativas. A atualização vacinal foi realizada nas escolas, aumentando a adesão das famílias e cobertura vacinal. A integração das políticas de saúde e educação promove saúde integral contribuindo para aumentar o vínculo entre equipe e comunidade.

Palavras-chave: Saúde na Escola; Imunização; Educação em Saúde.

1. Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE) [1] é uma iniciativa do governo brasileiro, coordenada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com o objetivo de integrar ações de saúde no ambiente escolar, promovendo o bem-estar físico e mental dos estudantes e fortalecendo a parceria entre as políticas de saúde e educação. Criado em 2007, o PSE busca melhorar as condições de saúde dos alunos e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de prevenção e promoção da saúde desde a infância [2].

Nesse sentido, o PSE adota uma abordagem integral da saúde, que vai além da prevenção de doenças, abrangendo também a promoção de hábitos saudáveis e o fortalecimento da rede de apoio familiar e comunitária. Dentro de suas ações, o programa visa a atualização dos calendários vacinais, com o intuito de assegurar que crianças e adolescentes em

¹ Afiliação de artigos
lariissadoomingos@gmail.com

idade escolar recebam todas as vacinas previstas no Programa Nacional de Imunizações (PNI)[3].

De acordo com alguns autores, ainda existem desafios relacionados a limitação de acesso aos serviços de saúde, a cobertura vacinal de crianças, a falta de conhecimento da importância da imunização pelos familiares e cuidadores, as condições socioeconômicas e de saúde, além das divergências que ocorre em alguns lugares quanto a alimentação dessa forma, salienta-se a importância das vacinas na preservação da saúde e na prevenção de doenças passíveis de imunização, especialmente no período infantil, é amplamente reconhecida. O PNI tem adotado medidas para ampliar o rol de vacinas oferecidas, além de proporcionar treinamentos para os profissionais de saúde, envolvendo os entes federados em encontros de discussão sobre o fortalecimento das ações sob sua responsabilidade [5].

Diante disto, o município de Queimadas-PB conta com aproximadamente 52 mil habitantes segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua economia é predominantemente agrícola, o município apresenta baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) e apresenta desafios socioeconômico, desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde e educação [6].

O município conta com 18 unidades Básicas de Saúde da Família com 15 unidades âncoras, estas distribuídas estrategicamente com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, associada a estas a equipe da gestão juntamente com os profissionais de saúde, e de forma intersetorial com profissionais da Secretaria de Educação realizam trabalho conjunto nas escolas com vistas ampliar o acesso das crianças e adolescentes aos serviços de saúde, bem como realizar atividades educativas em saúde no ambiente escolar.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a eficácia do PSE em parceria com a Unidade Básica de Saúde (UBS), no processo de atualização do calendário vacinal de crianças e adolescentes, identificando os principais obstáculos enfrentados durante sua implementação, bem como as estratégias de intervenção adotadas para superá-los. Através de um relato de experiência, busca-se expor as práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde e educação no intuito de assegurar a adesão das famílias à vacinação, promover a conscientização sobre a relevância da imunização e contribuir para o aumento da cobertura vacinal no contexto escolar [7].

2. Materiais e Métodos

O método adotado foi estruturado em três fases: Reunião com equipe para traçar plano de ação; ações intersetoriais conjuntas; e implementação do plano de ação. A equipe interdisciplinar composta pelos Profissionais da Unidade de Saúde da ESF Boa Vista, Profissionais da Educação professores e diretores, profissionais da gestão da vigilância em Saúde e Atenção Primária foram colaborativos nas demandas e na realização das ações.

A primeira fase ocorreu entre abril e maio de 2024, na qual foi realizada uma reunião de equipe junto com a vigilância em saúde e a coordenação de atenção básica e representantes da escola coberta pela equipe com o objetivo de discutir as fragilidades e as potencialidades da equipe e também da comunidade assistida, na qual se chegou ao consenso de promover uma atualização e busca ativa vacinal, além de promover atividades educativas na escola para pais e professores. A segunda fase marcada pela reunião de alinhamento e apresentação do plano de ação aos profissionais para avaliação.

Na terceira fase foi realizada uma atividade na UBS Boa Vista, em parceria com o PSE, com a finalidade de promover a atualização do calendário vacinal das crianças na escola, ao mesmo tempo que se realiza reunião com pais e professores sobre a importância vacinal na prevenção de doenças. Foram agendadas e aconteceram nos meses de junho e julho de 2024, em colaboração com a Escola Municipal Capitão Antônio Muniz, localizada ao lado da UBS.

As crianças participantes são provenientes de área rural e foram divididas em dois grupos, de acordo com a faixa etária: um grupo de 2 a 5 anos e outro de 6 a 12 anos, com antecedência a escola notificou os pais e solicitou a assinatura de autorização, a fim de permitir a vacinação das crianças que apresentassem vacinas em atraso. Caso o responsável autorizasse, procedia-se com a atualização do cartão vacinal, utilizando como referência o cartão espelho da criança. A atividade foi realizada em dois momentos distintos, correspondendo a cada grupo etário. A equipe envolvida na ação foi composta pelos profissionais que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um médico, uma dentista e professores.

Nos dias da intervenção, a equipe da ESF foi até a escola, levando como material de apoio às cadernetas espelho de vacinação, que foram utilizadas para conferir e atualizar as cadernetas das crianças presentes. A equipe realizou a atualização vacinal conforme a necessidade de cada criança, aplicando as vacinas de acordo com o calendário do PNI. Outra parte da equipe se dividiu para oferecer educação em saúde a pais e professores.

A coleta das informações foi realizada diretamente nas cadernetas de vacinação das crianças. A equipe registrou as vacinas aplicadas e fez os devidos registros de atualização nos sistemas de controle de vacinação da UBS. Além disso, foi feito um levantamento de dados para avaliar a cobertura vacinal e os eventuais atrasos, de modo a acompanhar a eficácia da ação. A intervenção foi conduzida de forma organizada, com a divisão dos grupos por faixa etária, o que permitiu uma abordagem mais focada e eficaz em cada situação.

As vacinas foram administradas de acordo com as necessidades individuais das crianças, e a equipe garantiu que os pais ou responsáveis estivessem cientes para autorizar as intervenções, quando necessário. Os materiais utilizados para coletar informações durante a intervenção foram as cadernetas de vacinação das crianças, as cadernetas espelho, além dos registros feitos pela equipe de saúde, tanto em papel quanto nos sistemas informatizados de controle de vacinas. Também foram usados formulários para a coleta de dados de consentimento dos pais.

3. Resultados

A vacinação realizada diretamente no ambiente escolar favoreceu a adesão das famílias e reduziu barreiras de acesso aos serviços de saúde. Observou-se que a integração entre a equipe de saúde e a comunidade escolar contribuiu para ampliar a cobertura vacinal e fortalecer o vínculo entre profissionais, estudantes e famílias.

Tabela 1. Cobertura vacinal das crianças participantes

Faixa etária	Total crianças	Atualizadas	% cobertura
2 a 5 anos	45	42	93%
6 a 12 anos	60	55	92%
Total	105	97	92%

Fonte: Autores, 2025

Figura 1. Imagem da Atividade educativa realizada com as crianças da Escola Capitão Antonio Muniz



Fonte: Autores,2025

Figura 2. Imagens da Vacinação realizada no espaço escolar



Fonte: Autores,2025

4. Discussão

A intervenção visou atender essas crianças, que, muitas vezes, não possuem uma cobertura vacinal adequada

devido à distância e à dificuldade de transporte, o que influencia diretamente no acesso aos serviços de saúde. Muitas delas residem em locais mais distantes, o que pode dificultar o acesso à UBS e a regularidade nas consultas e atualizações vacinais.

Além disso, observa-se que alguns pais ou responsáveis demonstram certo descuido em relação à atualização vacinal, o que agrava ainda mais a situação. Esses descuidos podem estar associados à falta de informação, à rotina agitada ou à negligência em relação à importância da vacinação, nesse sentido a atividade educativa realizada com pais e professores foi primordial para a melhoria e alcance das metas de vacinação [8].

A intervenção teve então como foco atender essas crianças, que, muitas vezes, não possuem uma cobertura vacinal adequada devido à distância e à falta de vigilância dos responsáveis quanto às necessidades de saúde das crianças.

A ação visou, portanto, reduzir esses problemas, levando os serviços de saúde diretamente até a escola e resultou em uma significativa atualização do calendário vacinal das crianças atendidas, com a adesão das famílias ao processo de imunização e um aumento na cobertura vacinal da comunidade escolar.

Com a execução das ações, foi possível observar melhorias quantitativas na cobertura vacinal, associadas ao PSE, que tem se mostrado uma estratégia eficaz para a promoção da saúde e o bem-estar dos estudantes, especialmente no que diz respeito à atualização do calendário vacinal.

Sendo assim, ao integrar as políticas de saúde e educação, o PSE tem proporcionado um espaço significativo para a realização de campanhas de vacinação em parceria com as equipes de saúde da família, promovendo a educação para a saúde e o acesso a serviços essenciais de imunização. O programa não só assegura a atualização do calendário vacinal, mas também atua na conscientização da comunidade escolar sobre a importância da vacinação como medida preventiva [9].

5. Conclusões

Com base nas experiências vivenciadas, é possível concluir que a integração das políticas de saúde e educação por meio do PSE tem sido decisiva na atualização do calendário vacinal, assegurando que as crianças e adolescentes recebam as vacinas necessárias para prevenir doenças, além de promover um modelo de saúde integral que vai além do simples cuidado médico, englobando a educação preventiva e a participação ativa da comunidade escolar.

Ressalta-se ainda que as atividades propostas e realizadas em conjunto no binômio saúde e educação fortalecem o SUS, estreitam o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde da família, assim como resulta no aumento da cobertura vacinal.

Este relato de experiência visa compartilhar os resultados e desafios enfrentados na implementação de ações voltadas para a vacinação nas escolas, além das intervenções realizadas para garantir que as crianças e adolescentes completem o esquema vacinal recomendado, assim como promover educação em saúde e empoderar a população de conhecimento.

Agradecimentos:

Agradecemos a todos os profissionais e gestores que contribuíram para a implementação do programa. À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de

trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

- 1-MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Caderno do gestor do PSE [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 20]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf
- 2-SILVA AA, et al. Ações de promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Ceará: contribuições da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2021;74:e20190769.
- 3-MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). 30 anos do PNI. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 4-TAUIL MC, MACEDO LR, MARANHÃO AGK. Inquérito Nacional de Cobertura Vacinal e sua importância em meio aos desafios. *Epidemiol Serv Saude.* 2024;33:e2024418.
- 5-FERREIRA GA, FEITOSA ANA. O papel do enfermeiro na ampliação da cobertura vacinal do HPV: desafios e estratégias em saúde pública. *Brazil J Implantol Health Sci.* 2024;6(12):528-544.
- 6-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 2022. Estatísticas Sociais: Saúde.
- 7-SANTOS EM, ADINOLFI VS. O Programa Saúde na Escola e suas relações com a Base Nacional Comum Curricular. *Reflexão e Ação.* 2022;30(1):217-234.
- 8-DE MENEZES ARB, et al. Busca ativa de crianças com atraso no calendário vacinal: uma pesquisa-ação. *Res Soc Dev.* 2022;11(14):e584111436787.
- 9-DE ALQUINO RV, et al. Análise da cobertura vacinal em escolas municipais. *REVISA.* 2024;13(Esp.2):1176-1188.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

FORTALECENDO A GESTÃO REGIONALIZADA NO ALTO SERTÃO PARAIBANO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE GRUPO DE ESTUDOS NA 8ª GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DA PARAÍBA

¹Frankly Eudes Sousa Martins, ²Mara Sinthya de Sousa Martins, ²Susamara Batista de Lima, ²Beatriz Lopes Carvalho
³Ludimilla Queiroga Rocha, ²Flavia Iuçara Lourenço de Oliveira

Afiliação:

¹Universidade Federal da Paraíba/Renasf/Fapesq;

²Escola de Saúde Pública da Paraíba;

³Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Correspondência: frankly_eudes@hotmail.com

Resumo: O objetivo deste trabalho é descrever e compreender a importância da metodologia de grupo de estudos para o fortalecimento da gestão regionalizada da saúde a partir das experiências de apoiadores da 8ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e qualitativa, do tipo relato de experiência, realizada a partir dos registros do processo de implementação do grupo e da análise reflexiva dos participantes. Observou-se que os encontros do grupo de estudos promoveram trocas de saberes entre os gestores, fortaleceram as discussões acerca das fragilidades e necessidades no planejamento, implementação e monitoramento de ações que contribuem com a melhoria dos processos de gestão e de qualificação do sistema regional e dos serviços locais de saúde, especialmente no nível de atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Gestão Regionalizada; Qualificação Profissional; Grupo de Estudos.

1. Introdução

A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco para a descentralização das ações e serviços de saúde, com o potencial de atenuar as desigualdades sociais e promover a equidade e a integralidade da atenção

¹Doutorando em Saúde da Família pela UFPB/Renasf/Fapesq
frankly_eudes@hotmail.com

[1]. As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) são órgãos que desempenham o papel fundamental nesse processo, promovendo a descentralização dos serviços aos municípios, realizando o apoio técnico especializado, financeiro e o monitoramento dos serviços de saúde no âmbito estadual [2].

Com intuito de alcançar a descentralização, a SES da Paraíba criou Gerências Regionais de Saúde (GRS), que se configuraram como instituições administrativas que prestam apoio e realizam articulações com os municípios com os quais está vinculada, contribuindo para uma gestão e produção de saúde mais integradas e eficientes [2].

Como parte dessa estratégia de descentralização, surgem iniciativas como o Apoio Regional (AR), que visa fortalecer a integração entre as regiões de saúde e os municípios, e assim, promover o cuidado e a gestão da saúde local e regional [3]. Apesar das fragilidades políticas e estruturais que afetam a gestão, a equipe do AR atua dentro das GRS, prestando suporte técnico-político-pedagógico às equipes municipais, fortalecendo a integração entre os municípios e contribuindo para produção do cuidado e gestão na saúde local e regional [3].

Na Paraíba, além do AR, foi criado o projeto REAP QUALI (Rede de Apoio institucional para qualificação e matriciamento gerencial de trabalhadores e gestores do SUS), focado na regionalização para organização da rede de atenção à saúde. A implementação do apoio institucional e matricial se constitui em uma abordagem metodológica que visa a qualificação das práticas profissionais por meio do diálogo e da educação permanente, essencial para a transformação dos processos de trabalho [4].

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como estratégia para a atualização e qualificação dos profissionais, estreitando a relação entre as necessidades de saúde e a capacidade de resposta dos serviços [5]. A regionalização do SUS e a integração das ações nos vários eixos de trabalho podem ser visualizadas em momentos de diálogos, alinhamentos e pactuações entre os gestores, facilitados por métodos como o de grupo de estudos [3,2].

A metodologia de grupo de estudos tem o potencial de promover um processo de qualificação e apropriação dos conhecimentos tecnológicos e administrativos em grupo, o que pode favorecer o enfrentamento das demandas de saúde local e regional no contexto de uma GRS e assim promover resultados diretamente na qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) [3,2]. O grupo de estudos então pode ser operacionalizado como uma ferramenta fundamental para a promoção da EPS, possibilitando a troca de experiências e a reflexão crítica sobre a prática profissional [6,7].

"Diante do exposto, e considerando a escassez de relatos sobre a aplicação prática dessas metodologias no contexto do sertão nordestino, este trabalho justifica-se pela necessidade de entender de que forma ferramentas de EPS, como a metodologia de grupo de estudos, podem contribuir para o fortalecimento da gestão regionalizada da saúde e a melhoria dos processos de trabalho no SUS. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é descrever e compreender a importância da metodologia de grupo de estudos para o fortalecimento da gestão regionalizada no alto sertão, a partir das experiências de apoiadores da 8ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e qualitativa, do tipo relato de experiência, focada nas vivências dos autores durante a implementação da metodologia de grupo de estudos como ferramenta para efetivar a EPS no âmbito da 8ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba.

O cenário desta investigação foi o da 8ª GRS, que está ligada à SES do Estado da Paraíba, localizada na III macrorregião do estado, e possui 1 (uma) gerente regional e 4 (quatro) apoiadores regionais das áreas técnicas de APS, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e imunização.

Além desses gestores, participaram também dos encontros do grupo de estudos 5 (cinco) residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB), como também 4 (quatro) apoiadores do projeto REAP QUALI da ESP-PB que pertenciam aos seus diversos eixos temáticos, incluindo o Apoio Institucional para o fortalecimento do trabalho na APS, para Vigilância em Saúde na área de vacinação, para

regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS localregional, para gestão das ações de Saúde Digital, e para organização das ações da Assistência Farmacêutica no SUS no contexto da APS.

O empreendimento da ação de implementação do grupo de estudos e da investigação desse processo são frutos da participação dos autores no Curso de Pós-graduação em Apoio Institucional e Matricial com Ênfase em Educação na Saúde da ESP-PB. Durante as atividades do curso, foi proposto aos gestores que discutissem e refletissem sobre metodologias e estratégias necessárias e viáveis para efetivar a EPS na 8ª GRS e fortalecer a gestão regionalizada no alto sertão paraibano. Com isso, identificou-se as necessidades no serviço, estabeleceu-se as metas e os objetivos da ação de EPS, definiu-se os participantes envolvidos na ação e o grupo de estudos como a metodologia a ser utilizada.

O convite e a divulgação dos encontros do grupo ocorreram de forma presencial e por meio da agenda online dos apoiadores, em que todos os membros possuem acesso. Os encontros foram pautados em abordagens ativas como círculos de debates e estudos de caso, visando promover uma aprendizagem dinâmica e participativa, e a incorporação efetiva dessa metodologia no cotidiano dos gestores.

Cada encontro contava com a coordenação de uma dupla de facilitadores, composta por apoiadores e residentes, sendo estes últimos atores fundamentais para o planejamento e condução das atividades de cada encontro do grupo e garantiram que todos os participantes tivessem acesso às informações necessárias para a discussão e aprendizado.

2. Resultados

O grupo foi desenvolvido a partir de três etapas: planejamento, implementação e avaliação. A participação dos profissionais no grupo de estudos contribuiu de maneira significativa para reforçar a organização, a gestão e as práticas no âmbito da APS entre as discussões nos encontros, resultando em propostas e metas de intervenção localregionais. Os encontros dessa metodologia foram realizados mensalmente durante o período de 7 meses, cada um deles com duração de aproximadamente 1h30, na modalidade presencial, e focando no desenvolvimento permanente dos saberes e das práticas de gestão em saúde e da troca de experiências entre os envolvidos.

A primeira etapa, na qual ocorreu o planejamento do grupo, teve início com a sensibilização dos profissionais envolvidos, buscando conscientizá-los sobre a importância da EPS nos processos de gestão e atenção à saúde. Seguiu-se com a definição dos temas a serem abordados na iniciativa, sendo priorizados aqueles que envolvessem questões essenciais para a gestão em saúde e o fortalecimento dos processos educativos dentro do SUS. Um cronograma de atividades também foi estabelecido, detalhando as ações e a organização dos encontros.

A segunda etapa, de implementação, consistiu na realização dos encontros do grupo de estudos e na condução e participação ativa dos gestores. Verificou-se que os encontros foram conduzidos com o intuito de promover a troca de saberes, a reflexão crítica e a construção coletiva de conhecimentos acerca da realidade dos serviços localregionais de saúde do alto sertão da Paraíba, focando em aspectos da gestão, EPS e educação em saúde. Durante essa fase, procurou-se integrar teoria e prática de maneira que os participantes pudessem incorporar os conhecimentos e reflexões adquiridos com os pares no seu cotidiano de trabalho.

Os encontros envolveram temas de grande relevância para o contexto da gestão da saúde pública, tais como "Educação Permanente", "Gestão em Saúde", "Arbovirose", "Sífilis e HIV" e "Saúde Digital", proporcionando aos participantes um espaço de discussão crítica. O primeiro encontro do grupo de estudos promoveu a discussão de conceitos fundamentais sobre EPS, Educação Continuada, Educação em Saúde e Educação Popular, com destaque para suas similaridades, diferenças, formas de implementação nos serviços de saúde e os benefícios esperados de cada uma.

Nos encontros do grupo, os participantes receberam materiais disparadores relacionados ao conteúdo que seria discutido com o intuito de fomentar o diálogo e a reflexão sobre a sua aplicabilidade na realidade dos gestores. As atividades nos encontros ocorreram em formato de roda, participativo e aberto para colaboração de cada um dos

participantes, caracterizando-se pela horizontalidade na troca de saberes e experiências entre todos os participantes. Ao final dos encontros, compartilhou-se as referências e produções utilizadas para fomentar as discussões visando promover a continuidade da leitura e contribuir para o aprofundamento do conhecimento adquirido.

A etapa final foi a de avaliação, que visou refletir sobre o desenvolvimento e os resultados dos encontros do grupo de estudos na 8ª GRS, identificando as potencialidades e limitações da experiência. Verificou-se que a avaliação permitiu refletir sobre o impacto da implementação dessa metodologia na formação permanente dos profissionais da gestão e também daqueles envolvidos nos processos de atenção à saúde, considerando todos os desafios que atravessam a realidade locorregional desses atores e as melhorias possíveis a partir do apoio dos gestores.

Ao final de cada encontro, a fase de avaliação se deu por meio da metodologia dos "3Q" ("Que Bom, Que Pena, Que Tal") e oportunizou um momento de reflexão coletiva foi fundamental para analisar a efetividade das atividades realizadas. Observou-se que essa proposta visava proporcionar uma avaliação mais dinâmica e participativa, permitindo que os profissionais expressassem seus sentimentos e percepções sobre o que funcionou bem ("Que Bom"), as dificuldades ou pontos que precisavam ser melhorados ("Que Pena") e sugestões para aprimorar os encontros futuros ("Que Tal").

3. Discussão

A metodologia de grupo de estudos foi implementada como uma ferramenta de EPS a partir da construção coletiva de objetivos, identificação de necessidades e definição de metas, e ao longo dos encontros, observou-se que esse dispositivo formativo se constituiu como um espaço essencial para o diálogo e a reflexão sobre práticas de gestão e de produção de saúde, contribuindo para a qualificação profissional e o aprimoramento dos processos de trabalho no SUS. Fundamentada nas dimensões de ensino, serviço, gestão e controle social, a EPS é capaz de promover uma reflexão contínua e integrada sobre o fazer profissional e os desafios cotidianos da gestão regional de saúde [8].

De acordo com estudo⁵, a complexidade do setor saúde e as constantes mudanças que ocorrem nos processos de trabalho impõem a necessidade cada vez maior de se ter profissionais qualificados e atualizados. Desse modo, tornou-se fundamental pensar a EPS na perspectiva de produzir sintonias entre necessidades em saúde e capacidade efetiva de resposta do conjunto dos profissionais.

A escolha dos temas trabalhados ao longo dos encontros do grupo reflete a urgência em discutir e adaptar as práticas de saúde diante das necessidades contemporâneas e locais, com ênfase na melhoria das ações de prevenção, controle e gestão do cuidado de doenças e na incorporação das novas tecnologias digitais, especialmente no contexto da APS locorregional.

A participação ativa observada não foi apenas um resultado, mas um fator crítico de sucesso para o processo de EPS, pois resultou em momentos de EPS que foram planejados, implementados, conduzidos e avaliados de forma totalmente compartilhada. A proposta de análise conjunta e integrada das práticas de gestão e atenção à saúde permitiu que os participantes refletissem criticamente sobre suas concepções e abordagens, além de propiciar um ambiente colaborativo no qual as experiências e os conhecimentos dos participantes foram compartilhados e consolidados.

A participação em um grupo de estudos oportuniza vivências de qualificação e reflexão de elevado valor formativo, cuja profundidade, em muitos casos, é difícil de mensurar. Engajar-se em trabalhos colaborativos permite compreender a importância de aprender com diferentes atores e perceber as dinâmicas dos problemas cotidianos nas interações interpessoais [9]. Esse tipo de interação fomenta a apropriação dos princípios da EPS que busca garantir uma formação embasada e voltada para as realidades das pessoas e dos serviços e para qualidade dos processos de gestão e atenção à saúde [5].

A metodologia de feedback dos "3Q" foi uma estratégia adotada para avaliar e aprimorar o processo educativo que se deu a partir dos encontros do grupo. Esse método, descrito por estudo [10], consiste em uma avaliação estruturada que considera três questões principais: o que foi aprendido, o que pode ser melhorado e o que foi bem-sucedido. A utilização dessa metodologia avaliativa no contexto dos encontros permitiu que o grupo tivesse uma visão crítica e reflexiva sobre o que foi abordado e como isso impactou a prática cotidiana, fornecendo dados importantes para a melhoria contínua da dinâmica e das temáticas discutidas no grupo de estudos.

Os processos de EPS não se restringem apenas à oferta de cursos de capacitação/atualização ou treinamentos, mas principalmente deve estar atrelada à transformação do modo de trabalho que acontece nos serviços e assim, do cuidado que está sendo ofertado para população[10]. Na experiência relatada neste trabalho, o grupo de estudos como ferramenta de EPS promoveu o seu princípio que está relacionado a práxis cotidiana.

Entretanto, apesar dos avanços observados, a realização do grupo de estudos no contexto da 8ªGRS não ocorreu sem desafios. Entre os principais obstáculos que atravessaram a implementação da metodologia, destacam-se os conflitos de agenda e a priorização de demandas emergenciais que surgiam, que comprometeram a regularidade dos encontros. Essas dificuldades são comuns no contexto das GRS, onde a dinâmica de trabalho e as exigências do sistema de saúde muitas vezes entram em conflito com a disponibilidade de tempo para atividades de EPS.

Como apontado pelo estudo¹¹, essas barreiras exigem estratégias adaptativas que integrem as práticas educativas à rotina de trabalho dos profissionais, criando modelos de formação que se ajustem às demandas imediatas sem prejudicar a continuidade do processo de aprendizagem. Nesse sentido, o processo de EPS que se deu no cenário desta investigação, embora considerado bem-sucedido em muitos aspectos, revela a necessidade de uma gestão adaptativa e dinâmica das atividades educativas, levando em consideração as especificidades locais e os desafios impostos pela realidade cotidiana dos processos de gestão em saúde.

4. Conclusões

Conclui-se que a implementação do grupo de estudos mostrou-se uma metodologia eficaz para efetivar a EPS na 8ª GRS. Na experiência relatada neste trabalho, percebeu-se que essa metodologia promoveu um aprendizado permanente e integrado, e assim, contribuiu com a melhoria dos processos de gestão e de qualificação do sistema regional e dos serviços locais de saúde do alto sertão paraibano.

Apesar das dificuldades operacionais enfrentadas para a realização dos encontros, a utilização de metodologias ativas, como as dinâmicas de feedback e as rodas de conversa, fomentou a participação ativa dos gestores, contribuindo para um ambiente colaborativo, integrado e produtivo. A progressiva expansão e institucionalização de práticas semelhantes podem contribuir para o processo de efetivação da EPS como um eixo estruturante para a transformação das práticas de gestão e atenção à saúde na 8ª região de saúde e no estado da Paraíba.

Ao fortalecer a capacidade dos apoiadores em identificar necessidades, planejar ações e monitorar os resultados, considera-se que o grupo de estudos demonstrou o potencial de contribuir significativamente para a melhoria da organização e qualidade da saúde pública regional e local, à medida que os apoiadores participaram regularmente no grupo de estudos e são os responsáveis pelo apoio institucional aos municípios da 8ª região de saúde, sendo possível que as discussões nos encontros do grupo tenham reverberado nas pactuações e projetos relacionados a APS dos municípios, reafirmando-a como lócus prioritário e potente de cuidado em saúde.

Portanto, metodologias como a de grupo de estudos demonstram fundamental importância para oportunizar espaços dinâmicos de discussões, troca de conhecimentos e experiências que vão aprimorar as práticas de gestão e podem reverberar no desempenho de profissionais e serviços de saúde, como os da APS. É imperativo que as práticas de gestão em saúde sejam permeadas pela EPS, garantindo um ciclo contínuo de aprendizado e adaptação capaz de responder aos

desafios que o SUS enfrenta cotidianamente, especialmente a nível locorregional e realidades singulares como as do alto sertão paraibano.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde. A todos os atores que fazem parte da 8ª Gerência Regional de Saúde, aos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da ESP-PB, aos apoiadores do Projeto REAP QUALI da ESP-PB e aos colaboradores do Programa de Doutorado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (UFPB/Renasf).

Financiamento: Próprio

Conflito de interesses: O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

- 1- BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- 2- BRUTSCHER, V. J.; CARNEIRO, D. G. B.; PEREIRA, R. G. F. **Gestão do SUS na Paraíba:** estratégias de educação e apoio. Recife: Fiocruz PE, 1. ed., v. 1, 2017.
- 3- PEREIRA, C. M.; FEUERWERKER, L. C. M. Apoio em saúde: forças em relação. **Revista Psicologia Política**, v. 18, n. 42, p. 379-398, 2018.
- 4- CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.
- 5- CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. **Livro didático do curso de especialização e aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde.** Natal: Editora da UFRN, 2018.
- 6- SILVESTRE, M. A.; SILVA, J. L. B. Construindo, aprendendo e consolidando um grupo de estudos e pesquisas: trajetória e desdobramentos. **Formação Docente - Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores**, Belo Horizonte, v. 10, n. 18, p. 89-102, 2018.
- 7- GODOI, C. K. Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 55, n. 6, p. 632-644, 2015.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de

Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017.

9- KRUG, S. B. F.; ASSUNÇÃO, N. A.; WEIGELT, L. D. W.; SEHNEM, L.; ALVES, L. M. S.; FALLER, L. A. Construindo caminhos, relatando vivências: a trajetória do grupo de estudos e pesquisa em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 762-770, 2011.

10- SANTOS, T. F. Que bom, que pena, que tal: reflexões sobre a prática. **Revista Sergipana de Educação Ambiental - REVISEA**, v. 1, n. 2, p. 37-48, 2015.

11- CARVALHO, L. A.; MENDONÇA, A. E. M.; MENDES, T. C. O.; GUERRA, E. C. Potencialidade das atividades de educação permanente em saúde: uma revisão sistemática. **Revista Boletim de Conjuntura – Boca**, v. 18, n. 53, p. 1-19, 2024.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Fortalecendo a atenção primária à saúde: o papel essencial do apoio institucional

Ailma de Souza Barbosa Delgado¹, Maria Eduarda Bezerra Lopes ¹ ²Beatriz Lopes Carvalho

Afiliação:

1 Bolsista do REAP QUALI - Eixo I APS

1 A Região de Saúde; Bolsista do REAP QUALI - Eixo II Imunização.

2Escola de Saúde Pública da Paraíba.

* Correspondência: ailmabarbosa@gmail.com

Resumo: Este trabalho apresenta as experiências das visitas integradas do Apoio Institucional Atenção Primária à Saúde (APS) e Imunização nas Unidades de Saúde da Família da 1ª Região de Saúde, entre junho e dezembro de 2024. Envolveu planejamento, execução das visitas, observação das dinâmicas de trabalho e análise documental. Promoveram reflexões sobre o processo de trabalho nas USF, destacando a importância da colaboração e da construção conjunta de soluções na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária; Colaboração; Gestão em saúde.

1. Introdução

No contexto da saúde pública brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta constantemente o desafio de inovar suas práticas de gestão. Nesse cenário, a atuação dos apoiadores institucionais do projeto REAP/QUALI da Paraíba se destacam como uma estratégia essencial na Atenção Primária à Saúde [1], principal porta de entrada para o sistema de saúde. O apoio é um recurso que busca reformular a forma de gerenciamento verticalizada e permite uma maior relação entre estado e municípios através de momentos entre gestores, trabalhadores e usuários[2].

A APS é essencial para a melhoria da qualidade de vida da população, pois atua de forma dinâmica na identificação e no tratamento de doenças, contribui para a redução da morbidade e mortalidade e melhora a eficiência do sistema de saúde como um todo. Esse modelo de atenção é fundamental para a equidade no acesso à saúde e para a promoção de um sistema de saúde mais sustentável e eficaz [2].

¹Afiliação de artigos
Endereço de e-mail do autor

Dentre as formas de prevenção e promoção à saúde oportunizadas na APS estão as ações de vacinação. No Brasil as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde consolidam o Programa Nacional de Imunizações [3], uma importante política de vigilância em saúde que tem como objetivo ampliar o acesso da população à vacinação e erradicar doenças transmissíveis em todo o território nacional [4].

Sabendo da importante relação entre as ações de imunização e a APS, a integração dos eixos temáticos do Projeto REAP/QUALI-PB nas visitas técnicas tem se configurado essencial para fortalecer a interprofissionalidade e, conseqüentemente, fortalecer a assistência ofertada na APS. Neste sentido, as visitas técnicas são um pilar fundamental para a APS no SUS. Ao promover a colaboração entre diferentes profissionais de saúde dos diferentes eixos temáticos, melhora-se não apenas a qualidade do cuidado, mas também um sistema de saúde mais integrado, humano e eficiente. Essa abordagem é essencial para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde e garantir um futuro mais saudável para toda a população da Paraíba.

Isto posto, pretende-se descrever as vivências das visitas dos apoiadores da APS e Imunização nos municípios da 1ª Região de Saúde da Paraíba, demonstrando como oportunizar uma escuta, discutir e compreender as dificuldades enfrentadas por estas equipes na concretização do cuidado e assistência podem propiciar orientações técnicas para qualificar o processo de trabalho.

2. Materiais e Métodos

O presente trabalho consiste em um relato de experiência descritivo, planejado e elaborado a partir de um conjunto de visitas realizadas às Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas nos municípios da 1ª Região de Saúde, no período de junho a dezembro de 2024. A 1ª região é composta por 14 municípios e 281 salas de vacina ativas. Apesar disto, para compor a amostra deste estudo foram selecionados os municípios de Alhandra, Caaporã, Cabedelo, Conde, João Pessoa, Lucena e Pitimbu, totalizando 07 municípios e 167 salas ativas. O quantitativo de salas para visita seguiu o critério de amostragem estratificada e as unidades visitadas foram selecionadas de maneira aleatória.

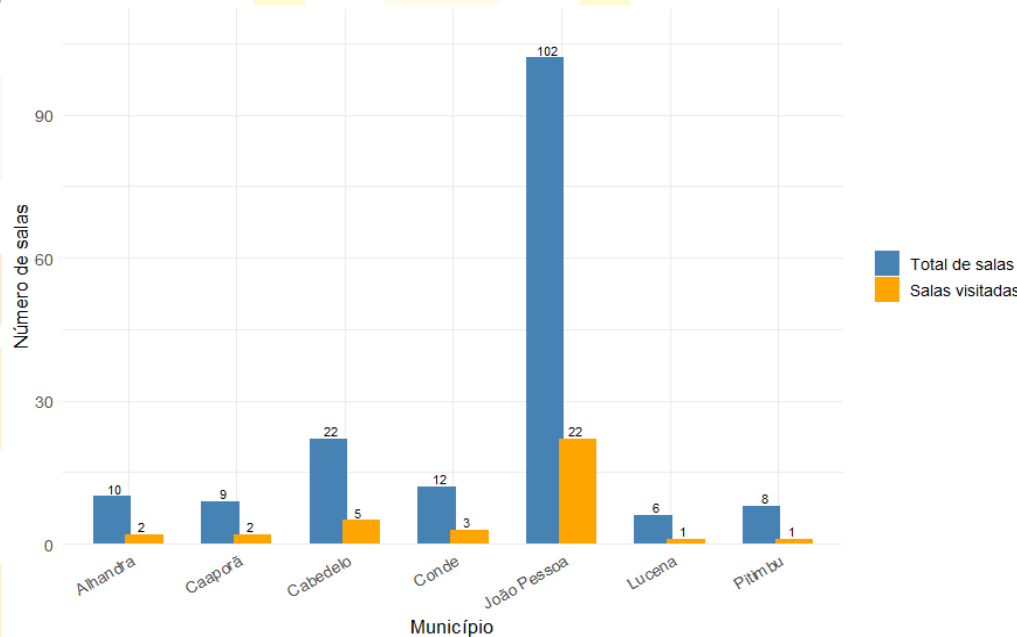
A metodologia adotada para a execução dessas visitas foi estruturada em quatro etapas, visando garantir a efetividade das ações e a relevância dos dados coletados. Etapa 1: Planejamento das Visitas: os municípios foram avisados previamente via ofício da coordenação da área técnica de imunização do Estado da ocorrência destas visitas; Etapa 2: Realização das Visitas: Durante as visitas, os apoiadores institucionais da APS e imunização realizaram uma abordagem qualitativa, que incluiu escuta ativa e reflexões sobre o próprio fazer dos profissionais; Etapa 3: Observação Participativa: Observação das dinâmicas de trabalho nas USF, incluindo a interação entre a equipe de saúde e os usuários, para identificar práticas que promovem a humanização e a eficácia no atendimento. Etapa 4: Análise de Documentos: Revisão de documentos institucionais, protocolos de atendimento e registros de saúde, com o intuito de entender a estrutura organizacional e o fluxo de trabalho nas unidades.

Em relação aos aspectos éticos, este estudo não foi apreciado por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos por se tratar de um Relato de Experiência, ancorado pela Resolução 510/2016 [5], que enfatiza os casos em que não há necessidade de avaliação pelo sistema CEP/CONEP, dentre eles quando se trata de pesquisas com objetivo de aprofundar teoricamente as situações emergentes da prática profissional, desde que não haja identificação dos sujeitos. Ainda assim, este estudo respeita a Resolução 466/2012[6], no que diz respeito ao anonimato das pessoas envolvidas. Portanto, serão descritos os resultados advindos da experiência relatada pelo Apoiadora Institucional da APS e pela Apoiadora de Imunização da 1ª Região de Saúde, vinculadas ao REAP QUALI, que estiveram diretamente envolvidos com as visitas técnicas.

3. Resultados

Entre os meses de junho e novembro de 2024 foram realizadas 22 visitas técnicas a Unidades de Saúde da Família (USF) dos sete municípios da 1ª Região de Saúde da Paraíba. No total, esses municípios somam 167 salas de vacina ativas, distribuídas de forma heterogênea: João Pessoa concentra o maior número (102), seguida de Cabedelo (22), Conde (12), Alhandra (10), Caaporã (9), Pitimbu (8) e Lucena (6). Do conjunto de salas existentes, foram visitadas 36 unidades (21,6%), conforme o critério de amostragem estratificada. O número de salas visitadas, por município, variou entre 1 (Lucena e Pitimbu) e 22 (João Pessoa) e pode ser visualizado na Figura 1.

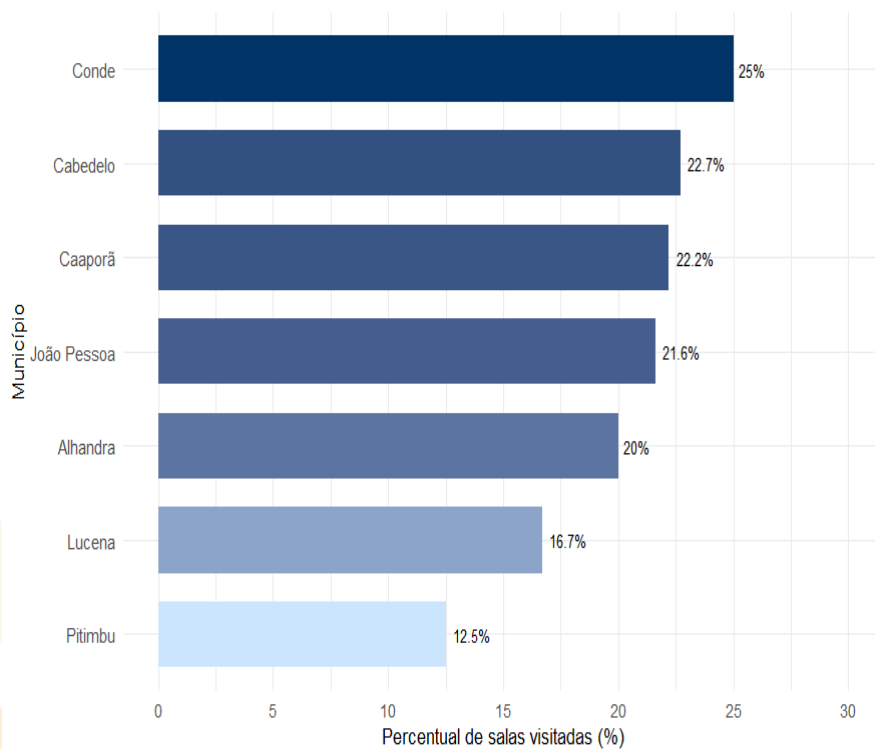
Figura 1 – Distribuição de salas de vacina visitadas, segundo município, na 1ª Região de Saúde da Paraíba entre junho e novembro de 2024.



Fonte: Autoras, 2025.

Em termos proporcionais, o município de Conde apresentou a maior cobertura relativa de visitas (25,0%), seguido de Cabedelo (22,7%), Caaporã (22,2%), João Pessoa (21,6%), Alhandra (20,0%), Lucena (16,7%) e Pitimbu (12,5%). Essa distribuição proporcional pode ser visualizada na Figura 2.

Figura 2 – Proporção de visitas realizadas, por município, na 1ª Região de Saúde da Paraíba entre junho e novembro de 2024.



Fonte: Autoras, 2025.

Durante as visitas, o instrumento de avaliação das salas de vacina foi aplicado, contemplando aspectos de estrutura física e condições ambientais; disponibilidade de insumos e equipamentos; conhecimento técnico dos profissionais; fluxo de atendimento e registro em sistemas de informação. Essa investigação permitiu quantificar as fragilidades e potencialidades dos serviços de vacinação ofertados na APS e proporcionou momentos de qualificação através de discussão de casos, escuta ativa e oferta de apoio técnico.

As visitas também possibilitaram escuta ativa sobre as linhas de cuidado prioritárias na APS, tais como, puericultura, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), saúde da mulher e do homem. Além disso, foram acolhidas as demandas de capacitação apresentadas pelas equipes e fragilidades estruturais relacionadas à disposição de insumos, recursos humanos e processos de trabalho.

As 22 visitas realizadas em seis meses representam uma média de 3,6 visitas por mês, o que sugere um acompanhamento contínuo e capilar das atividades do apoio institucional nos municípios selecionados. Para além disso, reforçam a abrangência temática e a integração entre os eixos do projeto REAP/QUALI, demonstrando como a participação conjunta do apoio da APS e imunização podem configurar um modelo inovador de atuação colaborativa, fortalecendo a resolutividade da APS.

Esses resultados evidenciam que as visitas técnicas tiveram ampla abrangência territorial e temática, consolidando-se como ferramenta estratégica para garantir a segurança vacinal e aprimorar a qualidade de assistência da APS. Além disso, promoveram a integração entre eixos temáticos e equipes, ampliando a resolutividade da rede de serviços, fator que fortalece a cogestão e a comunicação institucional. Essas ações foram um catalisador para o monitoramento de indicadores e formulação de estratégias futuras que qualifiquem a APS na Paraíba, promovendo a produção de um banco de dados situacional, fundamental para o planejamento de intervenções e qualificação de profissionais.

4. Discussão

A proposta das visitas integrando os eixos temáticos do projeto REAP/QUALI teve a intencionalidade de promover uma atuação colaborativa, com possibilidades de propiciar que as USF se tornem ambientes de excelência no cuidado à saúde, com a população sendo beneficiada por serviços mais integrados, humanizados e eficazes. Os princípios e diretrizes do SUS orientam a APS a oferecer um cuidado integral e contínuo aos usuários. Isso significa que, além de tratar doenças, é necessário promover ações que previnam agravos e melhorem a qualidade de vida. A imunização se insere nesse conceito, pois vacinas são medidas preventivas que não apenas protegem os indivíduos contra doenças infecciosas, mas também contribuem para a saúde pública ao minimizar a circulação de agentes patológicos na comunidade [7].

As visitas às USF foram planejadas a partir do monitoramento das salas de vacinação, ação proposta pela área técnica de imunização do governo do estado da Paraíba. O monitoramento das salas de vacinação no SUS é uma prática essencial que visa garantir a segurança e a eficácia dos imunizantes administrados na população. O acompanhamento sistemático desses espaços permite não apenas a verificação do cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, mas também a promoção de boas práticas de cuidado por parte dos profissionais de saúde [8].

Não se consegue vislumbrar uma boa cobertura vacinal sem o apoio fundamental das equipes de APS. Nesse sentido, o apoiador institucional desse eixo identificou a possibilidade de realizar, de forma articulada com o apoiador da imunização, visitas às USF dos municípios da 1ª região de saúde: Alhandra, Conde, Cabedelo, Caaporã, Lucena, Pitimbu e João Pessoa, que aconteceram no período de junho a novembro de 2024, totalizando 22 visitas. As USF visitadas foram escolhidas de forma aleatória para aplicar um instrumento de avaliação das salas de vacina e compor um banco de dados para diagnóstico situacional para propor estratégias e garantir a oferta dos serviços com qualidade e capacitação das equipes responsáveis.

O instrumento de avaliação das salas de vacina observa desde os aspectos gerais e estruturais da sala, até o conhecimento técnico do profissional e qualidade dos insumos oferecidos. Essa ferramenta permite que a gestão possa ter um panorama geral das atividades de vacinação ofertadas no estado e, conseqüentemente, planejar melhores intervenções. Por outro lado, o apoio APS focou na aproximação com os profissionais das USF, no sentido de conhecer o processo de trabalho, quais ações são priorizadas no cuidado ofertado e conhecer como funcionam as salas de vacinação. Esse movimento teve como intencionalidade o entendimento das potencialidades e fragilidades no cuidado ofertado pelas equipes a partir de uma escuta atenta com relação às linhas de cuidado de puericultura, DCNT, saúde da mulher e saúde do homem.

Apesar de a maioria das visitas às USF dos municípios terem sido realizadas com os apoiadores da APS e Imunização, houve participação, em algumas oportunidades, do apoio da assistência farmacêutica. Ao promover uma atuação colaborativa entre os apoiadores, é possível garantir que as USF se tornem ambientes de excelência no cuidado à saúde, com a população sendo beneficiada por serviços mais integrados, humanizados e eficazes.

Ao adentrar nas USF, identificadas como apoiadores institucionais do projeto REAP/QUALI/PB solicitamos que sejam conduzidas ao responsável pela unidade. Durante a abordagem, explica-se o propósito das visitas, porém, quase sempre se percebe um certo estranhamento por parte dos profissionais, que demonstram dificuldades em compreender a finalidade das ações. Essa situação traz a reflexão sobre a importância de promover uma comunicação mais clara e eficaz, a fim de fortalecer a colaboração entre as instituições e os serviços do SUS.

As visitas técnicas de apoio institucional nas USF podem, em certas circunstâncias, gerar tensões, pois são muitas vezes interpretadas como uma forma de fiscalização [9]. Um exemplo disso ocorreu durante uma visita a uma USF de um dos municípios, em que houve resistência por parte do gerente em nos acolher. Essa hesitação frequentemente decorre do receio de expor fragilidades estruturais, de insumos ou da qualificação profissional da

equipe. Diante disso, é fundamental enfatizar que o objetivo do apoio institucional é promover a cogestão no cuidado, e não atuar como um mecanismo de supervisão.

Como apoiadores institucionais do SUS, as visitas aos serviços de saúde são momentos relevantes para fortalecer a comunicação e a colaboração entre os profissionais da unidade. Após esclarecimentos, as conversas se desenrolam de forma objetiva e fluida, permitindo que os profissionais se sintam à vontade para compartilhar suas experiências sobre o funcionamento da unidade, as características do território atendido e as principais demandas que enfrentam. Durante esses diálogos, aborda-se as necessidades estruturais e as solicitações por capacitações, bem como as metas a serem alcançadas. Analisa-se as linhas de cuidado oferecidas pela equipe, identificando tanto as potencialidades quanto às fragilidades existentes. Esse processo de escuta ativa permite construir, de maneira horizontal, oportunidades de aprendizagem significativas.

Além disso, são oferecidas orientações técnicas e sugestões que possam qualificar o processo de trabalho baseadas nas necessidades identificadas. Assim como, apresentam-se instrumentos de acompanhamento da saúde que devem ser utilizados assegurando que todos os dados estejam devidamente preenchidos. Essa troca de informações não só enriquece a prática profissional, mas também promove um ambiente mais colaborativo e eficaz nos serviços de saúde.

Ao final das visitas, mapeia-se as principais dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde e a partir das percepções do que foi encontrado, compila-se um relatório contendo os encaminhamentos e devolutivas necessários para atender às demandas dos profissionais. Esse procedimento é essencial para garantir um cuidado mais efetivo e resolutivo, que não apenas atenda às necessidades da população, mas também promova o bem-estar dos profissionais de saúde.

É fundamental que esses profissionais se sintam motivados e engajados no processo de corresponsabilização do cuidado ofertado, uma vez que a qualidade do atendimento está intrinsecamente ligada à satisfação e ao bem-estar da equipe. Para isso, é importante implementar estratégias que promovam a valorização do trabalho, o reconhecimento das conquistas e a construção de um ambiente de apoio e colaboração.

Ademais, a comunicação constante e a troca de experiências entre os profissionais e o apoiador institucional e entre os apoiadores de eixos temáticos diferentes, podem contribuir para um fortalecimento das relações de trabalho, aumentando o comprometimento com o cuidado à saúde da população e fortalecimento das políticas públicas do estado da Paraíba. Assim, os encaminhamentos e devolutivas devem contemplar não apenas a solução de problemas práticos, mas também o desenvolvimento de ações que favoreçam um ambiente de trabalho saudável e motivador.

5. Conclusões

As visitas qualificadas se mostraram uma excelente estratégia no que tange ao cumprimento do papel do apoiador institucional. Essa aproximação integral permite uma maior comunicação e efetividade das políticas públicas no território, funcionando como uma rede de apoio e qualificação para as equipes.

A avaliação das salas de vacina reportou o cenário das ações de imunização no estado, contribuindo para a qualificação dessas ações após um diagnóstico situacional fidedigno. Ainda que a avaliação esteja posta ao processo de imunização, as visitas qualificadas permitem a observação do cenário e a oferta de suporte como um todo.

De modo geral, a realização da atividade foi positiva e refletiu bem a rede de suporte que o apoio institucional exerce nos territórios. As visitas qualificadas e integradas com outros eixos permitem a execução dos princípios do SUS, assim como, a garantia de execução das políticas públicas no estado como um todo.

Os participantes, à posteriori, se mostraram mais abertos e reflexivos em relação às visitas. O papel dialógico do apoio nesse processo é crucial, para que haja o entendimento da intencionalidade das visitas. Os apoiadores

também demonstraram contentamento, e constantemente avaliações em conjunto são realizadas de modo dialógico para fortalecer ainda mais as atividades conjuntas.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 12 de setembro 2025]. Disponível em: <https://unesdoc.unes-co.org/ark:/48223/pf0000130805>.

2- PRATA, D. R. A.; ARAÚJO, M.V. R.; ARCE, V. A. R. O apoio institucional na gestão da Atenção Básica do estado da Bahia: uma análise do processo de trabalho. **Trab. educ. saúde**, v. 21, 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2000>.

3- BRASIL, Ministério da Saúde. **40 Anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da saúde pública brasileira**. Brasília, 2013a.

4- DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cad. Saúde Pública**, n.36, 2020.

5- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio de 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 12 de set. 2025.

6- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário

Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 12 de set. 2025.

7- YUWAZA, L. S.; FERREIRA, W. F. S.; OLIVEIRA, E. M. Políticas Públicas Brasileira de Imunização e Educação Permanente: Um Recorte Temporal Bioético. **Id online Rev. Mult. Psic.** v.13, n. 45, p.95-110, 2019.

8- BRASIL. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Ministério da Saúde. Brasília – Distrito Federal. 2024.

9- MAGNAGO, C; FRANÇA, T; BELISÁRIO, S. A. Arcabouço teórico-metodológico, funções e efeitos do apoio institucional à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 33, p. e230442pt, 2024.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abordagens efetivas na atenção primária em saúde: prevenção de gravidez na adolescência e cuidados de pré-natal na equipe saúde da família II - Tancredo Neves em Catolé do Rocha/PB

¹Jamile Oliveira, ¹Ramon Paiva, ¹Monica Dantas, ¹Aline Martins; ¹Nice Suassuna, ²Beatriz Lopes Carvalho

Afiliação:

¹Secretária Municipal de Saúde de Catolé do Rocha/PB;

²Escola de Saúde Pública da Paraíba.

* Correspondência: silva.jamile5@gmail.com

Resumo: Este trabalho é fruto da especialização em Saúde da Família com ênfase em saúde materno infantil, promovido pela Escola de Saúde Pública da Paraíba, obtendo as adolescentes como público central de intervenção. O objetivo central é instituir modelos de atenção voltados a saúde do adolescente, com ênfase na prevenção a gravidez, através do fortalecimento da intersetorialidade do Programa Saúde na Escola [1], modificar as rotinas de trabalho na Unidade Básica de Saúde [2] com foco na prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva, e criar um fluxo de captação para gestantes adolescentes, assegurando pelo menos um atendimento por equipe multiprofissional. Destarte, realizamos a inserção da temática em tela na grade curricular escolar do município, realizamos ações de educação em saúde grupal, com adolescentes do sexo feminino em idade de 09 a 14 anos. As informações coletadas foram analisadas mediante bibliografia e legislação disponível. Os resultados obtidos perfazem um perfil de usuários jovens, marcados por poucas políticas de atendimento básico em saúde, em uma sociedade caracterizada pela liberdade e sociabilidade escancarada, mas com acesso abaixo nível de informações de qualidade, submetendo-se a um processo retrógrado de tabu

¹Afiliação de artigos
Endereço de e-mail do autor

acerca da sexualidade e da puberdade.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Puberdade; Prevenção

1. Introdução

O estudo em tela tem por objetivo principal instituir modelos de atenção voltados à saúde do adolescente, com ênfase na prevenção da gravidez. A saúde do adolescente assume uma crescente prioridade no panorama da saúde pública, dada sua influência significativa no desenvolvimento individual e comunitário. Durante essa fase de vida, mudanças físicas, emocionais e sociais ocorrem, moldando não apenas o presente, mas também o futuro bem-estar dos jovens[3]. Investir em cuidados de saúde adequados não apenas previne problemas futuros, como doenças crônicas e comportamentos de risco, mas também promove a formação de adultos mais saudáveis e produtivos, beneficiando toda a sociedade.

Para chegar no adolescente, utilizamos do fortalecimento da intersetorialidade, através do Programa Saúde na Escola [1]seguinto da modificação nas rotinas de trabalho na Unidade Básica de Saúde [2], priorizando prevenção e promoção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, além de criar fluxo de captação à gestante adolescente, contendo, pelo menos, um atendimento por equipe multiprofissional.

A gravidez na adolescência representa um desafio significativo tanto no Brasil quanto globalmente. No contexto nacional, altas taxas de gravidez entre adolescentes persistem, apesar das iniciativas de prevenção, resultando em índices elevados de evasão escolar e restrições ao desenvolvimento socioeconômico dessas jovens [4] Ademais, gravidez na adolescência está associada a maiores riscos de complicações de saúde para mães e bebês, perpetuando ciclos de pobreza e exclusão social [5]. Abordar essa questão é fundamental para promover o bem-estar e a equidade, exigindo políticas e intervenções eficazes que integrem educação, saúde e suporte social.

A presente pesquisa configura-se em seu caráter qualitativo, onde os dados foram apreciados mediante o método de análise do discurso. Os dados coletados foram empreendidos em informações dispensadas por adolescentes do sexo feminino na faixa etária dos nove aos quatorze ano de idade.

Ainda concernente a análise das informações levantadas, consideramos que a análise do discurso é um método que “possui sempre um caráter qualitativo interpretativista, que estuda o objeto de investigação em seu contexto natural na tentativa de dar sentido aos fenômenos” [6]

A bibliografia disponível acerca da temática, bem como a legislação que resguarda o adolescente, também foram instrumentos alvos na interpretação dos dados coletados.

A área da pesquisa é correspondente a Unidade Básica de Saúde do Tancredo Neves porte II, que possui um percentual de 11% de gestantes adolescentes (das vinte e sete gestantes em novembro de 2023, três delas têm entre 13 a 17 anos), e que possui enquanto unidade de saúde, um histórico recorrente gestante em idades precoces.

Para atingir os objetivos elencados realizamos um leque de intervenções, começando com a introdução do tema da gravidez na adolescência na grade curricular de ensino, mediante parceria com a Secretária Municipal de Educação. Garantindo o debate sobre o tema, com diferentes nuances sociais, históricas e biológicas que envolvem a iniciação sexual, sob a perspectiva de educação em saúde, bem como, por um período mais extenso do que o atribuído nas campanhas de saúde.

Seguinto com o trabalho de matriciamento, foi essencial conhecer a realidade da equipe da UBS Tancredo Neves porte II, onde identificamos como os profissionais enxergam a gravidez em idade precoce e as demandas que surgem no decorrer dos atendimentos. Assim, sendo possível produzir um fluxo de atendimento dos casos de gravidez na adolescência, onde levamos em consideração a captação dessas gestantes, o trabalho junto a rede de apoio, ao menos uma

consulta em equipe multiprofissional, ao menos uma visita puerperal em equipe multiprofissional e a qualidade do pré-natal adequado a faixa etária e ao risco gestacional.

A principal atividade com maior aproximação com o público de adolescentes ocorreu no mês de março, quando aproveitamos o mês temático do “março Lilás” para realizar o “Marcinho Lilás”, utilizando a prevenção da gravidez na adolescência como ponto de partida para abordar temas relacionados à higiene íntima, métodos contraceptivos, puberdade e iniciação sexual com responsabilidade e consentimento. A ação foi realizada em sete escolas municipais, sendo quatro da rede pública de saúde e três instituições educacionais privadas.

Desta forma, atingimos o fortalecimento intersetorial mediante uso do Programa Saúde na Escola, obtendo uma aproximação entre os serviços, mas especialmente com as adolescentes que se configura como um grupo de difícil frequência nas unidades básicas de saúde, especialmente ao que tange os cuidados preventivos. Ademais, compreendemos que a prevenção da gravidez não é uma responsabilidade feminina – e que está fala foi uma constante em nossas ações grupais – não obstante, a oportunidade de aproximação junto a campanha de prevenção ao câncer de colo do útero foi excepcional para conseguir atingir o maior número de participantes.

Encerramos a nossa intervenção, alinhando o fluxo de trabalho anteriormente estabelecido com os profissionais da unidade de saúde, realizando acompanhamento multiprofissional em uma visita puerperal à gestante adolescente, acompanhada no curso de nossas intervenções na UBS Tancredo Neves II. A ação foi essencial para, além de um atendimento puerperal padrão, observar e orientar a rede de apoio da paciente, e estabelecer atendimento continuado visando garantir estabilidade ao paciente acerca dos impactos sociais e psicológicos que foram identificados no curso dos atendimentos.

Por fim, compreendemos que diante de tantas frentes de trabalho realizadas, a sexualidade do adolescente não é um tema novo na agenda da saúde pública – ou no ambiente escolar, conforme enveredamos – mas ele enfrenta desafios e esbarra em entraves, dos quais podemos mencionar: tabus sociais, baixo vínculo comunicativo entre as gerações, incipiência de serviços voltados para o público jovem e acesso facilitado a informações de conteúdo questionável, prejudicando o verdadeiro processo de educação em saúde.

Ademais, é importante destacar que a articulação entre saúde e educação, no caso desta pesquisa, se mostrou fortalecida graças ao Programa Saúde na Escola, não obstante, é necessário a conquista de maiores e novos espaços para atingir o público jovem, e além disso, que a UBS esteja apta em todos os sentidos para promover um espaço que garanta a prevenção, a promoção em saúde e o atendimento acolhedor em caso de gestação precoce realizando a classificação de risco gestacional, e o atendimento de pré-natal condizente com a realidade apresentada.

2. Materiais e Métodos

Elencamos a Unidade Básica de Saúde [2] Tancredo Neves, Equipe II, como espaço de viabilidade para as ações pré-estabelecidas. A área possui uma população adscrita de 3.594 usuários [7] A opção pelo território decorreu-se especialmente por considerarmos, enquanto profissionais de saúde, a baixa adesão dos usuários aos modelos de atenção em saúde ofertados, tendo em contrapartida alta adesão aos aparatos da assistência social, perfazendo um perfil de vulnerabilidade.

Iniciamos o nosso processo de intervenção em novembro de 2023, onde a UBS supramencionada apresentava um percentual de 11% de gestantes adolescentes (entre idades de 13 a 17 anos) e, conforme discussão empreendida pelos profissionais da unidade, esta média é uma constante na realidade da UBS.

Durante toda a trajetória deste trabalho, identificamos que o tema de gravidez na adolescência é de comum conhecimento dos profissionais de saúde, embora seja considerado delicado e de difícil manejo. Assim, partimos no primeiro momento de um levantamento de informações assistemáticas, que conforme nos alerta [8] é uma característica comum aos profissionais de saúde, pois consiste em levantar através do trabalho cotidiano dados concernentes aos fenômenos de nossa área de atuação.

Não obstante, é essencial que transformemos essas informações assistemáticas em sistemáticas, ou seja, incorpore características amplas em riqueza de detalhes, levantando dados de agências estatísticas e de análises oficiais ao tema, e identificando informações que são facilmente perdidas na rotina profissional [8]. Desta forma, realizamos a nossa primeira aproximação com o objeto de pesquisa, delimitando, conhecendo e definindo diferentes ângulos para a nossa intervenção.

Destarte, compreendendo a quão complexo e multicausal é o tema abordado não desejamos quantificar as informações levantadas – ainda que haja um importante papel nas pesquisas quantitativas – mas, desejamos apreender com proximidade todas as nuances e subjetividades que envolvem o tema da iniciação sexual e consequente gravidez em idade precoce. Ou seja, “captar o ‘significado e a intencionalidade’ inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais” [8].

Para suprir os objetivos metodológicos que elencamos, a pesquisa qualitativa se mostrou a mais adequada, conforme retrata Minayo [9].

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais [...] a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Ação que foram desenvolvidas foram todas grupais, com ideal de atingir um número maior de participantes, bem como captar diversas impressões sobre o tema que estava sendo proposto, de modo que, compreendendo que não há uma heterogeneidade nas impressões de vida de cada indivíduo, pudéssemos unir todas as falas dos momentos para montar um perfil da gravidez da adolescência no município de Catolé do Rocha-PB.

Consideramos ainda que a pesquisa tem um viés participante, pois nós, enquanto profissionais e aplicadores das atividades, nos implicamos junto à comunidade nas ações, entendendo que só é possível uma aproximação mediante um vínculo de confiança, repassando sempre que oportuno sobre a importância da ação que está sendo desenvolvida. Ademais, a técnica de observação participante ocorre pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado. Obtém informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” [9].

Por fim, consideramos que a abordagem descritiva era a mais adequada para alocação e análise dos dados, pois mencionamos falas e impressões diversas, observadas pelos aplicadores da intervenção no decorrer das atividades. Dessa forma, sendo possível não apenas apreender o que estava sendo mencionado, mas o contexto e as retrações que, pela ocasião, poderiam ocorrer. Dessa forma, as respostas dos nossos usuários no decorrer da ação foram analisadas sob a luz dos estudos e dados nacionais disponíveis acerca do tema.

3. Resultados

Nossa primeira intervenção partiu de um entendimento que a multiplicidade de atores e fatores que estavam interligados com o tema gravidez na adolescência, não poderia ter apenas a saúde como protagonista das ações, pois, conforme nos alerta Buss (s/d) [10] promover saúde é compreender toda a conjuntura daquele usuário.

Ademais, a parceria firmada através do PSE é um vínculo consensual de trabalho, que permite um amplo debate acerca de temáticas que são problematizadoras em ambas as políticas, pois, compreendemos que uma das implicações primárias desta gestação precoce está associada ao abandono ou atraso escolar.

Destarte, realizamos a reunião com os representantes da Secretária Municipal de Educação no 17 de janeiro de 2024, na ocasião apresentamos a nossa proposta de trabalho enquanto docentes da especialização em saúde da família, mas deixando evidente que as ações elas transcendem o período deste trabalho, e que com o elo firmado através do PSE, pretendemos acompanhar, monitorar e oferecer suporte para que a temática não se esvai no decorrer do ano letivo, atingindo positivamente os adolescentes.

A integração da temática de prevenção à gravidez na adolescência no calendário escolar revelou-se uma medida fundamental para a promoção da saúde sexual e reprodutiva. A sistematização das ações educativas permitiu criar um ambiente regular e estruturado onde questões críticas podem ser abordadas de forma contínua e progressiva. Essa abordagem não apenas aumentou a conscientização entre os alunos, mas também facilitou um diálogo aberto e consistente entre educadores, alunos e profissionais de saúde.

Essa inclusão no calendário escolar assegura que a prevenção à gravidez na adolescência não seja tratada de forma esporádica, mas como uma parte integral do currículo educacional. Isso garante que os alunos recebam informações essenciais de maneira contínua ao longo do ano letivo, reforçando o aprendizado e a retenção do conhecimento.

A proposta de desenvolver um material gráfico, a priori, gerou um impacto positivo na nossa produção, pois nos permitiu realizar um levantamento dos principais pontos que conduzem a nossa pesquisa e desenvolvê-los através de uma leitura clara e acessível, condizente com o conhecimento de cada um, e que possa ser facilmente debatido e reproduzido. Ademais, facilitando ainda a aplicação das atividades por parte dos profissionais, uma vez que as imagens exemplificativas, as menções bibliográficas e os esclarecimentos colaboraram com as rodas de diálogos.

Os folders continham orientações detalhadas sobre cuidados de higiene íntima, mudanças corporais durante a puberdade, informações sobre menstruação, a importância da vacinação contra o HPV e a realização do exame citopatológico (Papanicolau). Esses materiais foram distribuídos ao final das atividades, proporcionando um recurso contínuo para os adolescentes e suas famílias.

A distribuição dos materiais ao final das atividades garantiu que os adolescentes e suas famílias tivessem um recurso contínuo para consulta. Isso é especialmente importante para reforçar o aprendizado e promover práticas saudáveis mesmo fora do ambiente escolar ou das rodas de conversa. Materiais gráficos são facilmente distribuídos e acessíveis, permitindo que as informações cheguem a um público mais amplo. Eles também podem ser utilizados repetidamente, garantindo uma presença constante de informações essenciais.

É mister destacarmos que todas as ações pensadas para a realização do “Marcinho Lilás” entraram como prioritárias na agenda da Secretária Municipal de Saúde de Catolé do Rocha (SMS-CR), permitindo que fosse parte da programação do mês de conscientização da prevenção ao câncer de colo do útero. Logo, adquirimos apoio da gestão na aquisição dos materiais e conseguimos promover ações que envolveram os mais diversos profissionais da Atenção Básica (AB). Ademais, abaixo temos figuras exemplificativas dos nossos materiais utilizados e produzidos com apoio financeiro da SMS-CR.

Em decorrência da divisão por cores e temáticas que possuímos na agenda da AB durante todo o ano, como

forma de tematizar o mês e produzir ações concernentes a determinada ação em saúde, temos no mês de março a campanha de Prevenção ao Câncer de Colo de Útero, conhecido por “março Lilás”. Assim, ainda que o tema “Gravidez na Adolescência” não seja um eixo central desta campanha, pensamos, inicialmente o quanto é necessário que os conhecimentos sobre os cuidados preventivos das mulheres devem começar desde cedo, além do valor em reconhecer o próprio corpo e a identificação dos fatores de risco.

Os motivos supramencionados foram essenciais para pensar uma campanha para a adolescente e, associando a importância do cuidado e prevenção, ficou claro que o espaço disponível era propício para uma aproximação com o público, pois, na escola estava a maior concentração que poderíamos ter de adolescentes, das mais variadas perspectivas, contextos e opiniões e que poderíamos aproveitar o grande número de sujeitos alvos da pesquisa para coletar o maior número de impressões sobre a ação, e realizar ao mesmo tempo o processo de educação em saúde.

Realizamos as ações em sete instituições de ensino fundamental, sendo destas 04 na rede pública e três na rede privada de educação, no período de 20 a 27 de março de 2024. As escolas públicas trabalhadas foram: E.M.E.F.Profª Catarina de Sousa Maia (237 alunas), Centro de Ensino Luzia Maia (507 alunas), E.M.E.F.Profº Antônio Gomes (19 alunas), E. Estadual Ens. Fund. Fábio Mariz Maia (zona rural, 38 alunas). As escolas privadas trabalhadas: Centro Educacional de Aperfeiçoamento -CEAC (40 alunas), Colégio Técnico Dom Vital -CTDV (83 alunas), Colégio Normal Francisca Mendes (122 alunas).

A sensibilização acerca da importância da prevenção e do significado em torno do câncer de colo do útero, foi necessário demonstrar com imagens a evolução da neoplasia. Embora possa ser considerado sensacionalista, esta demonstração colaborou para que as mesmas aceitassem a vacina, pois, elas estavam hesitantes sobre a aplicação.

Apresentamos todos os métodos contraceptivos existentes deixando claro que é necessário um planejamento familiar junto aos profissionais da unidade básica de referência para a escolha do mais adequado. Nessa ocasião foram apresentadas poucas falas, mas as existentes tratava-se da falta de conhecimento sobre funcionalidade e o uso adequado.

Quando questionadas sobre o conhecimento delas acerca de alguns métodos mais comuns, sempre demonstravam os meios de comunicação – com destaque para a internet – como via de acesso para se apurar sobre o tema. E, coincidentemente não supriam todas as dúvidas que elas indicavam, isso foi refletido quando as adolescentes indicaram; baixo ou nenhum conhecimento acerca do uso adequado desses métodos, duração, acompanhamento, efeitos adversos e a importância da consulta individual.

A abertura com os pais e responsáveis para tratar de iniciar relações afetivas e atividade sexual, ou apenas acerca das mudanças corporais para a adolescência, em nenhuma das turmas houve menção acerca de abertura ao diálogo, ao contrário, sempre tratando desse assunto com grande temor pelas adolescentes.

Destacamos que um ponto que nos chamou bastante atenção foram as dúvidas acerca do aborto, principalmente os aspectos: realização do procedimento, clandestinidade, conhecimento popular acerca do assunto, contato com outras adolescentes que realizaram o procedimento e a possível facilidade em acessá-lo. É preocupante as falas levantadas, pois em muitos momentos subentendemos que o processo de aborto está sendo entendido por elas como uma via fácil de ser realizada, mas principalmente como um meio acessível e indicado como método de não contrair a maternidade.

Em que se trata o trabalho multiprofissional desenvolvido com a equipe da UBS, onde é composta por uma enfermeira, um médico, uma odontóloga e uma auxiliar em saúde bucal, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A área que pertence a UBS possui características epidemiológicas complexas, marcada por usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas, alta natalidade - inclusive entre as adolescentes – população majoritariamente baixa renda e acesso a assistências sociais que não satisfazem as suas verdadeiras necessidades. Todo este perfil foi traçado em conjunto com os próprios profissionais da UBS em questão, ocasionando a necessidade de sempre estar se aperfeiçoando para atender tais demandas.

A primeira reunião foi realizada no dia 13 de novembro de 2023, foi o primeiro contato relacionado a temática

que tivemos na unidade, na ocasião levamos a proposta de trabalho com os adolescentes, e fizemos um levantamento dos principais casos de gestação em idade precoce que eles apresentavam na área.

Torna-se mister realizar a explanação sucinta de alguns relatos profissionais, e que espelham a forma como atuam diante os casos de gestações precoces, com características que podemos mencionar: um baixo interesse no pré-natal, baixa compreensão por parte dos profissionais de saúde, ao mencionar que o fato da usuária apresentar um companheiro que esteja disponível a permanecer com ela mesmo gestante já é o melhor dos benefícios, o condicionamento de uma pessoa de referência que toma sempre todas as decisões e muitas vezes não consulta a própria gestante sobre suas necessidades e dúvidas, além da inexistência de planejamento e ações voltadas a busca ativa de adolescentes grávidas (seja elas novas pacientes ou que se evadiram dos atendimentos, sem justificativa de falta).

Ademais, diante das falas realizadas pelos profissionais no primeiro encontro, realizamos o estabelecimento de um fluxo de trabalho envolvendo a equipe da UBS e os profissionais da equipe multiprofissional, garantindo aproximação com essas adolescentes, de maneira a garantir a integralidade do atendimento. Para tanto, para garantir um bom entendimento acerca da importância deste fluxo, realizamos nesta mesma data, uma formação partilhada acerca do Planejamento Familiar (tomando por base a Lei nº 9.263 12 de janeiro de 1996 que dispõe acerca da importância do planejamento familiar e outras providências) [11] e a Classificação de risco gestacional, demonstrando a rede de serviços disponíveis e de referência em nossa cidade, contando ainda, com subsídio de materiais oficiais disponibilizados para realizar esse processo de classificação e disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

A visita puerperal, conforme fluxo de trabalho que desenvolvemos, ocorreu no dia 06 de maio de 2024, a adolescente possui 17 anos, e não se encontra em situação de desproteção social, embora sua rede de apoio seja limitada.

Na ocasião realizamos orientações sobre a amamentação, cuidados de principais com o bebê, houve a retirada dos pontos da incisão cirúrgica e sanadas dúvidas acerca da rotina do bebê e como poderiam ser adaptadas às condições do lar para melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-bebê.

No que tange a rede de serviços extradomiciliares que assiste a adolescente, foi investigado e constatado que a mesma segue com matrícula escolar ativa, em contato direto com os responsáveis da instituição de ensino, e que estava ciente que cumpriria parte dos compromissos escolares em sistema remoto até o retorno em período adequado. Não havendo na ocasião a necessidade de encaminhamentos a rede protetiva ou assistencial para tomada de providências.

É mister destacar que todos os atores profissionais dispuseram de ações de atendimento que assistiram a paciente em questão, onde, embora não resida com os pais, os mesmos são participativos e colaboradores. O quadro em questão nos destacou a importância de trabalhar a rede de apoio no momento do pré-natal, compreendendo que essa fase é delicada e atípica, especialmente para uma adolescente.

Portanto, o pré-natal não pode ser engessado ou restrito, é necessário criar estratégias que convide os familiares a ser partícipes do processo, compreendendo que, embora a prevenção seja uma via mais acessível e adequada a idade, a gestação é uma consequência que cobra que todos em torno sejam colaboradores.

Em todas as ocasiões que abordamos o tema da gravidez na adolescência, foi perceptível falas relacionadas às dificuldades sobre o tema, a falta de estratégia para se aproximar do público-alvo, mas principalmente o tabu da comunidade e o receio dos profissionais de serem acusados de incentivar a iniciação sexual.

Compreendemos que não é possível tratar de um tema complexo e multicausal de maneira isolada, é necessário quebrar tabus e mostrar para a comunidade que a gestação precoce é uma realidade que precisa ser trabalhada, e que em caso de falta de planejamento pode desencadear inúmeros riscos para a vida desses jovens, recaindo especialmente sobre a mulher, como: anatomicamente inviável de gestar por falta de desenvolvimento fisiológico, evasão escolar, risco de depressão e crises de ansiedade, afastamento dos grupos sociais e defasagem para ingressar em futuros projetos de vida.

Diante dos fatores supramencionados para promover um diálogo com a população, realizamos uma sala de espera, com público em geral, no dia 06 de maio de 2024 com a temática do planejamento familiar, a importância do diálogo com os adolescentes das suas famílias, os métodos contraceptivos existentes e a consulta com os profissionais da UBS.

4. Discussão

Consideramos que a relevância deste trabalho consiste em reacender uma discussão que não é inovadora e que esbarra na própria historicidade e no desenvolvimento da atenção primária em saúde. Outrossim, mesmo diante da elaboração e aplicação de inúmeros procedimentos operacionais padrão para o atendimento de públicos prioritários na atenção básica, os adolescentes ainda seguem a mercê de agendas generalistas e são escanteadas por padrões de atendimento que não atendem às suas singularidades.

O ponto fulcral desta intervenção encontra-se na união entre a UBS, o PSE e a equipe multiprofissional (eMulti) e na propositura de aplicação da clínica ampliada enquanto estratégia propulsora de atendimento às gestantes adolescentes, além de incluir a temática nas discussões coletivas e na comunidade.

No que tange às inovações de trabalho, elaborar a nível municipal um protocolo de atendimento – ainda que seja necessário ajustes e ampliação para todas as UBS da cidade – é identificar como prioritário uma problemática cercada de tabus e divergências profissionais, por vezes, enraizadas de conservadorismo e descrença, e que podemos notadamente ver através de falas dos profissionais de saúde participantes desta pesquisa.

Ademais, iniciar o trabalho de matriciamento levando a temática de gravidez na adolescência como discussão central é permear o espaço, por vezes, enrijecido de protocolos médicos e curativos, e remeter ao verdadeiro papel da atenção básica, que se faz necessário identificar em sua rotina que o território é dinâmico e multifatorial, e que a gravidez na adolescência possui um fator social que desencadeia uma série de determinações preocupantes e que implicam em consequências de saúde que recairá também ao serviço de saúde.

5. Conclusões

A priori, considerando o quão incipientes são as ações voltadas a prevenção da gravidez no público jovem, fica evidente que o leque de diálogos que promovemos no curso dessas intervenções foram de grande valia para instigar um debate que se encontra amortecido, como para despertar a atenção dos gestores municipais para os riscos gestacionais em adolescentes.

O campo de maior contato com os jovens ocorreu em ambiente escolar, meio este que foi concedido graças à integração do PSE. É essencial garantir o fortalecimento deste programa, pois, ainda que haja um consenso acerca da importância do trabalho conjunto entre saúde e educação, as ações do PSE oficializam e direcionam o cronograma de atividades, portanto, o caráter de entendimento, investimento e qualidade disponibilizada pelo gestor público de saúde para essas ações garante a sua manutenção.

Quando adentramos na realidade compartilhada pelos adolescentes, verificamos que há um acesso sem restrições a todos os tipos de informação, que inclusive é compartilhada de maneira desordenada por eles. Ainda assim, embora essas informações sejam sempre viáveis a serem consultadas, a qualidade do acesso destas é incipiente e em muitos casos inverídicas, podemos confirmar através das dúvidas mais básicas e corriqueiras, como: baixo conhecimento do aparelho reprodutor e da evolução do próprio corpo, existência e uso dos métodos contraceptivos e mudanças sociais e hormonais no corpo do jovem.

Logo, há um total falta de triagem acerca das informações que desejam acessar, com um crédito exacerbado à quadro e informações que não advém de fontes oficiais.

A falta de diálogo com os pais e responsáveis foi observado em todas as falas nas escolas trabalhadas, e que muitos adolescentes manifestam o interesse em serem mais abertos e consultivos com as pessoas responsáveis, mas se sentem retraídos ou envergonhados. Ademais, o receio em ter os segredos da puberdade explorados fazem com que os mesmos retrocedam e busquem esse conhecimento de maneira isolada.

É compreensível a perspectiva do adolescente em ser julgado por suas dúvidas, pois, diante de uma sociedade em constante desenvolvimento tecnológico e de interações sociais cada vez mais escancaradas, o julgamento diante de uma adolescente grávida ainda é severo e excludente, fazendo com que esta prefira enfrentar o risco de talvez ter uma gestação do que ser exposto por suas dúvidas.

Ademais, o percurso de dificuldades é reforçado quando encontramos profissionais de saúde e educação que relatam despreparo para desenvolver um discurso e estabelecer uma confiança como o público jovem sobre este tema, transformando o assunto em algo restrito e desafiador para os adolescentes.

Para os profissionais da saúde, especialmente na AB identificamos que há um relato de exacerbação da rotina da unidade e muita cobrança em decorrência do novo financiamento do serviço por possuir novos indicadores que precisam ser cumpridos. Assim, como o público adolescente não é alvo desses números há um escanteamento da demanda, sendo abordado apenas quando surge um caso e não levando a sua singularidade, mas se encaixando ao quadro em geral.

Ademais, diante da agenda da UBS não é identificado nenhuma data para disposição exclusiva de atendimento para os jovens – assim como ocorre com as gestantes, dia de puericultura e demais grupos focais – seguindo sem programação ou enfoque que atraía o adolescente a frequentar o serviço. Seguindo com a ausência de programação por parte das UBS, o pré-natal do público em questão, necessita de ter uma abordagem ampla que trabalhe com a rede de apoio e fortaleça as relações durante e no pós parto.

Por fim, é essencial que enquanto profissionais de saúde prezamos pelo bom diálogo e pela qualidade da informação do que está sendo compartilhado, para tanto, é primordial não esquecer o caráter preventivo e educativo que possui a atenção básica, reforçando sempre que necessário que ações de educação em saúde apresentam predileção na realização, ao invés de um atendimento engessado e apenas curativo.

Agradecimentos: À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde. Agradecemos a Secretária Municipal de Saúde de Catolé do Rocha pelo apoio e divulgação de todas as ações que este projeto realizou em torno da prevenção da gravidez na adolescência.

Financiamento: Próprio

Conflito de interesses: O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1-KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda et al. **Pesquisa nacional de avaliação da gestão intersectorial do Programa Saúde na Escola (PSE) 2021-2022: estudo de avaliabilidade.** 2023.

2-GOMES, Maria Alice Vaz; PINTO, Vinicius de Oliveira; CASSUCE, Francisco Carlos da Cunha. **Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n4/1311-1322/pt>. Acessado em: 28 de agosto de 2024.

3-PINHEIRO, Andréa Maria da Silveira Goldani et al. **ANSIEDADE E ISOLAMENTO SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA: COMO MANEJAR?** RECISATEC-REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA-ISSN 2763-8405, v. 2, n. 2, p. e2276-e2276, 2022.

4-SANTOS, Joice Aparecida Lima dos. **Política educacional e evasão escolar: o serviço social no enfrentamento às expressões da questão social nas instituições de ensino**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

5- CASTILHO, Silvana Batista; DA SILVA MATTOS, Vitoria Gabrielle; PEDROSA, Luan Gabriel Bezerra. **Impactos físicos e emocionais da gestação na adolescência: uma revisão de literatura**. REVISTA FOCO, v. 16-SILVA, Jhonatan Chasko da.

6-ARAÚJO, Alcemar Dionet de. **A metodologia de pesquisa em análise de discurso**. Revista Científica Cultural Grau Zero. V. 5. 2017. p. 17-31.

7-SISAB. 2023. Disponível em: <<https://acessoegestor.saude.gov.br>> Acesso em: 20 de agosto de 2024.7, n. 5, p. e4934-e4934, 2024.

8-MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Orientações básicas para a Pesquisa**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Ed. Cortez. 4ª Edição. São Paulo. 2009.

9-GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2009.

10-BUSS, Paulo M. **Promoção da Saúde**. Disponível em: <<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/14942/1/Artigo.pdf>> Acessado em: 28 de agosto de 2024.

11- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Planejamento familiar. Penalidades e outras providências**. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm > Acessado em: 20 de agosto de 2024.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DE CIDADÃO (PEC): DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Autor: ¹Amanda Rodrigues dos Santos; ¹Caio Vinícius da Silva; ¹Lucielly Cirilo Evaristo; ²Mylenna Moura dos Santos;
³Ana Beatriz Medeiros Lopes Leite Ferreira

Afiliação:

¹Graduanda em Enfermagem da Escola de Ensino Superior do Agreste Paraibano – EESAP; e-mail amandarodrigues387@gmail.com;

¹Graduanda em Enfermagem da Escola de Ensino Superior do Agreste Paraibano – EESAP; e-mail luciely.evaristo@gmail.com;

¹Graduanda em Enfermagem da Escola de Ensino Superior do Agreste Paraibano – EESAP; e-mail mylennamoura19@gmail.com ;

² Professor orientador: Biólogo. Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Escola de Ensino Superior do Agreste Paraibano – EESAP.; e-mail prof.caio@eesap.edu.br;

³Escola de saúde pública-PB

* Correspondência: mylennamoura19@gmail.com

Resumo: A implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) representa um avanço importante na organização e gestão de dados clínicos. Dessa forma, esta pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão de literatura dos desafios da implementação na prática pelos profissionais de enfermagem, entre os anos de 2019 e 2024, utilizando bases de dados como BVS e Scielo, como descritores foram utilizados prontuário eletrônico do cidadão, desafios e enfermagem. Como resultados foram encontrados 28 estudos que foram filtrados chegando ao total de 5 estudos. Diante disso, conclui-se que a resistência à mudança, a falta de familiaridade com o sistema e a insuficiência de treinamento adequado, conectividade precária e falta de infraestrutura tecnológica são barreiras comuns enfrentadas pelos profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; Registro Eletrônico de Saúde ; Cidadania.

1. Introdução

No Brasil, a política nacional de atenção básica (PNAB) define a atenção básica (AB) como base para a reestruturação do sistema de saúde, e como a função de coordenadora das redes de atenção e cuidado à saúde [1-2]. O prontuário eletrônico do cidadão (PEC) é um sistema de software que integra a Estratégia e-SUS AB desenvolvido com os objetivos de integrar e compartilhar as informações em saúde no contexto da Atenção Básica, qualificar o registro clínico e potencializar o processo de trabalho, planejamentos de ações de prevenção da doença, promoção à saúde e a gestão do cuidado das equipes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)[3].

A execução do PEC representa um avanço significativo no gerenciamento das informações em saúde, promovendo maior eficiência no cuidado e na organização dos dados clínicos. O estudo desenvolvido por Ávila et al. em 2022 destaca a importância da implementação do prontuário eletrônico na melhoria da gestão do cuidado em saúde, pois este facilita o acesso a informações clínicas dos pacientes e contribui para a continuidade do cuidado [4]. Em concordância Gomes et al. ressalta que o PEC organiza melhor os dados dos pacientes e otimizar o trabalho dos profissionais de saúde [5].

A implementação do PEC enfrenta diversos desafios, entre eles podemos destacar que a subutilização do PEC é um dos maiores obstáculos, muitas vezes resultado da resistência dos profissionais de saúde que hesitam em adotar plenamente a tecnologia devido à falta de treinamento e familiaridade [6]. Seguindo esta mesma perspectiva o estudo de Celuppi et al. com foco na Atenção Primária, demonstra que o Prontuário Eletrônico enfrenta obstáculos como: a falta de infraestrutura tecnológica, conectividade insuficiente [7]. Apesar disto disso, o estudo destaca a importância de melhorias contínuas para facilitar a adesão dos profissionais de saúde.

O enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde da AB, compartilha com a equipe as responsabilidades e atribuições deste nível de atenção, realizando ações de prevenção da doença, manutenção e promoção da saúde, tratamento, diagnóstico, reabilitação e redução de danos [6]. Tem como objetivo prestar assistência à saúde de qualidade para as pessoas e coletividades, abrangendo seus determinantes e condicionantes. No que tange a percepção dos profissionais os estudos fornecem uma análise dos enfermeiros sobre a implementação do Prontuário Eletrônico. Os enfermeiros entrevistados no estudo identificaram barreiras, a principal sendo a resistência à mudança e a falta de familiaridade com a tecnologia [5].

Desta forma evidencia-se que apesar dos benefícios reconhecidos associados ao uso do PEC que derivam da melhoria da gerência do cuidado e maior organização das informações, sua implementação enfrenta obstáculos significativos. Especificamente, a relutância geral dos profissionais em aceitar a introdução de tecnologias da informação, a falta de treinamento apropriado e as deficiências da infraestrutura suprimem a implantação plena desta ferramenta. Sendo assim, o foco não deve estar apenas na evolução tecnológica, mas também em abordagens de treinamento contínuo para que os PECs sejam aliados vitais para incrementar a qualidade dos serviços de saúde.

O desígnio do trabalho é demonstrar através da literatura os desafios que o profissional Enfermeiro enfrenta seja com falta de conhecimento, escassez de insumos tecnológicos principalmente nos serviços onde a conexão com a rede ainda tem baixa qualidade. O cuidado, nesta perspectiva, pressupõe valores e elementos essenciais para seu exercício pleno, contemplando o respeito aos semelhantes, à natureza e à vida, e elementos como a compaixão, a solidariedade e a ética [4].

O trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o uso do prontuário eletrônico do cidadão (PEC) e os desafios da implementação na prática pelos profissionais da enfermagem, com a finalidade de elencar achados científicos sobre a temática.

2. Materiais e Métodos

Foi realizada uma revisão bibliográfica no decorrer dos meses de setembro e outubro do ano de 2024, onde foram incluídos trabalhos publicados ao longo dos últimos cinco anos (2019 até o presente momento de 2024), utilizando-se a base de dados da BVS e Scielo.

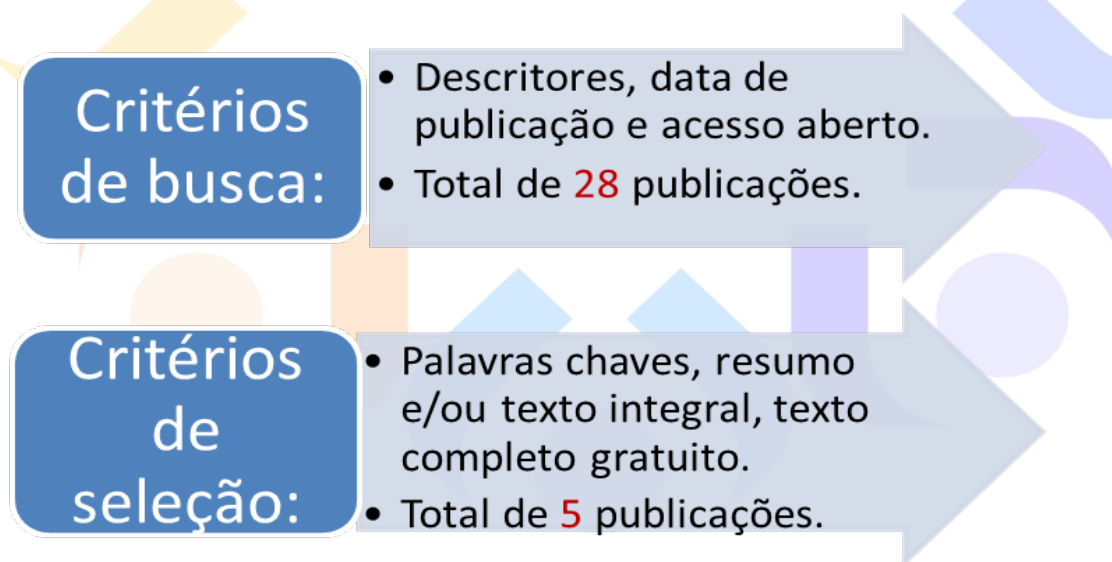
Como descritores foram utilizados 3 descritores: (1) enfermagem, (2) prontuário eletrônico do cidadão e (3) desafios. Foram encontrados 28 trabalhos que foram filtrados a partir da leitura de seus respectivos títulos obtendo assim 5 trabalhos que atenderam às expectativas e possíveis resultados que foram lidos integralmente.

Como critério de inclusão: estudos com palavras-chave no título, resumo e/ou texto integral, data da publicação entre os anos 2019 até 2024 e texto completo gratuito. Como critérios de exclusão: livros e documentos que antecedem a data 2019 ou trabalhos que não se enquadram no tema.

3. Resultados

Durante a pesquisa a partir dos critérios de busca utilizados foram obtidos 28 estudos. Em seguida, com a utilização de critérios de seleção que incluiu artigos publicados nos últimos 5 anos e texto completo gratuito, e cuidadosa triagem resultou ao total de 5 estudos, que relatam os desafios enfrentados pela enfermagem no manuseio do prontuário eletrônico do cidadão, conforme mostrado na figura 1.

Figura 1 – Organograma dos trabalhos encontrados:



Fonte: Autores, 2024

Na busca inicial foram encontrados 28 trabalhos, que foram selecionados os trabalhos que apresentavam os descritores utilizados. Dessa forma, ao consultar cada trabalho individualmente, para garantir quais se enquadraram nos critérios de seleção da pesquisa, obtendo 5 publicações. Ainda nesse contexto, a quantidade baixa no número de artigos publicados pode dever ao fato de ser uma temática nova, sendo necessário um estudo mais aprofundado acerca

do tema.

A adesão dos municípios brasileiros ao PEC cresceu exponencialmente nos últimos 7 anos, como era de se esperar, as principais funcionalidades e melhorias desenvolvidas nessa década buscaram implementar novos fluxos e módulos de processos administrativos, de atendimento clínico e de gestão do cuidado e administração do serviço de saúde, mas também foram importantes para o sucesso do sistema aprimorar aspectos de usabilidade e de infraestrutura tecnológica da arquitetura da aplicação. A implantação aconteceu sem ouvir a opinião ou a discussão sobre o PEC entre os profissionais de enfermagem, caracterizou a capacitação para o software como insuficiente, pois ainda necessita entender e se apropriar mais dele.

Com base na seleção dos artigos, estes foram lidos na íntegra e observou-se que de início houve resistências por alguns profissionais de enfermagem, quanto ao uso do sistema informatizado. Os profissionais estão descobrindo sobre as funções disponíveis pelo sistema fazendo o uso no cotidiano do trabalho, adotando assim formas de aprender fazendo, o que favorece a comunicação e a colaboração no ambiente de trabalho.

4. Discussão

Os resultados desta revisão apontam que, diante do avanço representado pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no processo de gestão das informações em saúde, a implementação enfrenta obstáculos significativos que afetam a utilização plena da ferramenta pelos profissionais de enfermagem. Esses achados são relativos com pesquisas recentes, que destacam a resistência inicial dos profissionais à adoção de tecnologias digitais, principalmente em razão da falta de familiaridade com sistemas informatizados e falta de treinamentos adequados [6-7].

Segundo estudos de Ávila et al. evidenciam que o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) possibilita ao profissional conhecer de forma mais aprofundada o usuário, suas condições clínicas, o contexto social e o histórico. Essa ferramenta contribui positivamente para o planejamento do cuidado, a disponibilização de informações mais completas e qualificadas sobre a realidade de cada paciente[4]. Além disso, o PEC fortalece a comunicação entre os profissionais de saúde e a continuidade do cuidado, promovendo a organização dos fluxos de atendimento e a integração entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde. Assim, representa um avanço importante na gestão do cuidado e na integralidade da assistência oferecida aos usuários do SUS.

O estudo de Celuppi et al. 2024 relata que estrutura de dados do PEC foi construída com base no Registro Clínico Orientado à Problemas (RCOP), que possui três áreas fundamentais para registro das informações clínicas: a base de dados do cidadão; a lista de problemas; e as notas de evolução clínica, estruturadas no formato Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP). Nessa lógica, todas as evoluções do sistema foram pensadas e implementadas para qualificar os registros em saúde e favorecer a análise da condição e histórico clínico do paciente, assim como também a qualidade e eficiência da assistência pelos profissionais.

Um aspecto relevante evidenciado na literatura é que a resistência à mudança não se limita ao desconhecimento técnico, mas também está relacionada ao impacto que a transição do papel para o registro eletrônico causa na rotina de trabalho. Profissionais que não receberam suporte necessário tendem a enxergar o PEC como uma sobrecarga, e não como um facilitador que otimiza processos [4]. Isso evidencia a necessidade de estratégias de capacitação contínua e de caráter prático, que favoreçam a adesão e o engajamento da enfermagem.

O PEC permite unificar diversos cadastros de um mesmo cidadão, contribuindo para a higienização do banco de dados e centralização dos registros em um único prontuário, envio de dados de vacinação e de atendimento individual para a Rede Nacional de Dados em Saúde, favorecendo controle e busca ativa por determinada região. No entanto o uso dessa ferramenta evidencia dificuldades para sua implementação e adesão, associadas às mudanças de fluxo de trabalho, à rotatividade de profissionais e à falta de um plano de treinamento das equipes. Além disso, acrescenta-se os

obstáculos individuais relacionados às habilidades no uso de equipamentos de informática, que impactam na resistência para adesão e utilização do prontuário eletrônico, ressaltando ainda que o mal uso do sistema pode interferir diretamente na qualidade dos registros em saúde [5]. Outro ponto de destaque é a infraestrutura tecnológica, esses estudos demonstram que a conectividade precária e a insuficiência de equipamentos adequados ainda constituem entraves em muitas Unidades Básicas de Saúde, principalmente em regiões periféricas ou rurais. Essa desigualdade compromete a efetividade do PEC, pois inviabiliza seu uso em tempo real, prejudicando a continuidade do cuidado[5].

Por outro lado, a literatura também reforça os benefícios percebidos quando o PEC é implementado de forma adequada. A melhoria na organização dos dados clínicos e na comunicação entre equipes contribui para a segurança do paciente, além de possibilitar melhor planejamento de ações de saúde [4]. Isso demonstra que os desafios não anulam os avanços, mas indicam a necessidade de um processo de implementação gradual, acompanhado de suporte técnico e pedagógico.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a quantidade reduzida de artigos encontrados sobre a temática, o que sugere que a discussão acerca do uso do PEC na perspectiva da enfermagem ainda é incipiente no Brasil. Ademais, como se trata de uma revisão de literatura, não é possível avaliar diretamente a prática profissional em diferentes contextos regionais.

Diante disso, recomenda-se que pesquisas futuras ampliem a investigação sobre o impacto da implementação do PEC, especialmente por meio de estudos qualitativos que explorem a percepção de enfermeiros e demais profissionais da saúde em diferentes realidades. Além disso, investigações sobre estratégias de capacitação e suporte tecnológico podem fornecer subsídios para políticas públicas que visem fortalecer o uso do prontuário eletrônico como ferramenta de gestão do cuidado.

5. Conclusões

A implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no âmbito da Atenção Básica à Saúde representa um avanço crucial na organização e gestão dos dados clínicos, melhorando a continuidade e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. No entanto, os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem na utilização plena dessa ferramenta tecnológica ainda são significativos. A revisão da literatura revelou que a resistência à mudança, a falta de familiaridade com o sistema e a insuficiência de treinamento adequado são barreiras comuns, além das limitações estruturais, como a conectividade precária e a falta de infraestrutura tecnológica.

É evidente que, para superar esses obstáculos e garantir uma adoção eficaz do PEC, é fundamental investir em capacitação contínua dos profissionais de saúde, com treinamentos práticos e personalizados. Além disso, é necessário o fortalecimento das redes de conectividade nas Unidades Básicas de Saúde, especialmente em áreas mais vulneráveis. Assim, a implementação do PEC poderá atingir seu potencial máximo, proporcionando melhorias significativas na gestão do cuidado e no desempenho das equipes de saúde, favorecendo, em última instância, a promoção de um cuidado mais eficiente, organizado e centrado no paciente.

Com isso, conclui-se que o sucesso do PEC não está somente na evolução tecnológica, mas também na adaptação e envolvimento dos profissionais, por meio de capacitação e suporte contínuos, de modo a consolidar essa ferramenta

como um aliado estratégico na melhoria da assistência em saúde.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – e-SUS AB. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
4. Ávila GS, Cavalcante RB, Gontijo TL, Carbogim FC, Brito MJM. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. *Cogitare Enferm.* 2022;27:e79641. doi:10.5380/ce.v27i0.79641. Acesso em: 5 set. 2024.
5. Celuppi IC, et al. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. *Rev Saude Publica.* 2024;58:1–11. doi:10.11606/s1518-8787.2024058005552. Acesso em: 1 out. 2024.
6. Gomes PAR, Farah BF, Rocha RS, et al. Prontuário Eletrônico do Cidadão: instrumento para o cuidado de enfermagem. *Rev Fund Care Online.* 2019;11(5):1226–35. doi:10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1226-1235. Acesso em: 9 set. 2024.
7. Toledo PPS, et al. Prontuário eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. *Cienc Saude Colet.* 2021;26:2131–40. doi:10.1590/1413-81232021266.08002021. Acesso em: 20 set. 2024.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4f>)

PROJETO ATIVIDADE FÍSICA NA COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONTEIRO/PB

¹Nathalie de Almeida Silva; ²Gabriela de Lima Abreu; ³Fabiana de Souza Ferreira; ⁴Ana Cristina Barbosa Liberal; Ana
⁵Beatriz Medeiros Lopes Leite Ferreira

Afiliação:

¹ Graduação em Medicina pela UNIFACISA, Campina Grande, Paraíba, Brasil; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil; nathaliealmeid@gmail.com.

² Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, Paraíba, Brasil; Especialista em Farmácia Clínica pela Faculdade Integrada de Patos (FIP), Patos, Paraíba, Brasil; gabrielaabreu@gmail.com.

³ Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat, João Pessoa, Paraíba, Brasil; Especialista em Enfermagem em Saúde do Trabalhador, Curitiba, Paraná, Brasil; fabyusouzaf@gmail.com.

⁴ Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil; Especialista em Saúde Pública pela FACISA, Campina Grande, Paraíba, Brasil; liberal.ana2016@gmail.com.

⁵ Escola de Saúde Pública-PB

* Correspondência: nathaliealmeid@gmail.com

Resumo: A inatividade física é um dos fatores de risco modificáveis associados à prevalência e mortalidade por doenças crônicas, sendo parte da agenda nacional e global para promoção e proteção à saúde. Este estudo trata-se de um relato de experiência de um projeto de atividade física desenvolvido pela equipe de atenção primária em Monteiro/PB. Considera-se que a atividade física deve fazer parte da rotina de orientações, independente da condição de saúde.

Palavras-chave: doenças crônicas, sedentarismo, Exercício Físico, adulto, idoso

1. Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade global, correspondendo a cerca de 70% dos óbitos no mundo[1]. No Brasil, estima-se que 72% do total dos óbitos registrados são causados por DCNT [2]. Em 2019, 41,8% da mortalidade prematura (pessoas na faixa etária de 30 a 69 anos de idade), no Brasil, estava associada a essa condição [3]. Desse modo, o controle desses agravos tornou-se um

¹ Afiliação de artigos
Endereço de e-mail do autor

importante desafio para a saúde pública [2].

A etiologia das DCNT é multifatorial e está, diretamente, associada a fatores de risco comportamentais modificáveis como tabagismo, consumo nocivo de bebidas com teor alcoólico, alimentação não saudável e inatividade física [1]. Em 2021, o Ministério da Saúde do Brasil apresentou a nova versão do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, cujo objetivo é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis, baseadas em evidências, para vigilância, prevenção e controle das DCNT [3].

A inatividade física/ sedentarismo é considerado o quarto maior fator de risco para mortalidade global [1]. Um estudo de revisão avaliando a associação dose-resposta, intensidade da atividade física e risco de mortalidade verificou que maior tempo de sedentarismo parece estar associado à maior risco de mortalidade [4]. As recomendações de atividade física da OMS se refletem em diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil e diretrizes clínicas adotadas pelas Sociedades Médicas do país, que recomendam a prática semanal de, no mínimo, 150 minutos de atividade física de intensidade leve a moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa entre adultos, considerando as limitações físicas de cada indivíduo [1]. No Brasil, 46% da população adulta não atinge os níveis semanais recomendados de prática de atividade física, considerando o tempo distribuído em lazer, trabalho e deslocamento [5].

Nesse contexto, a atenção primária à saúde (APS) tem papel importante no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde de forma integral, incluindo a avaliação e o aconselhamento à prática de atividade física como estratégia de educação em saúde para promoção de estilo de vida saudável [6]. A orientação à prática de atividade física na APS pode ser realizada com diferentes estratégias, incluindo aconselhamento em consultas, fornecimento de materiais escritos e ilustrados e encaminhamento para programas de exercícios, quando disponíveis [7]. Souza Neto et al. (2020)⁸ realizaram uma revisão integrativa para avaliar o panorama da prática do aconselhamento de atividade física na atenção primária à saúde, no Brasil, e observaram maior prevalência de aconselhamento como forma de incentivar a prática de atividade física, entre os indivíduos que já apresentavam alguma condição crônica como sobrepeso/ obesidade, hipertensão e diabetes; idosos e indivíduos fisicamente inativos [8]. Dados semelhantes foram observados em outras pesquisas no Brasil e no mundo [9-11]; [12,7,13].

Dada a importância da atividade física no contexto da Saúde Pública, o Brasil tem incorporado a mensuração desse parâmetro em seu sistema de monitoramento e vigilância [5]. A avaliação e incentivo à atividade física como prática cotidiana deve ser alinhada com as necessidades da população atendida, bem como com a equipe da unidade básica de saúde de modo que possa produzir efeitos sustentáveis e não apenas reproduzir modelos genéricos [14]. Além disso, o tipo de intervenção (aconselhamento, palestra, fornecimento de material educativo e encaminhamento a programas de atividade física) pode ter diferente impacto em produzir resultados sustentáveis [7]. Desse modo, a prática de atividade física supervisionada e contínua pode produzir mudanças sustentadas na adesão, a longo prazo, de um estilo de vida ativo.

O objetivo desse estudo foi fornecer um relato de experiência de um projeto de atividade física desenvolvido por uma equipe de atenção primária à saúde no município de Monteiro/PB.

2. Materiais e Método

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência acerca do projeto “Atividade Física na Comunidade”, desenvolvido por uma equipe de atenção primária à saúde no município de Monteiro/PB.

Monteiro é um município do estado da Paraíba, localizado na mesorregião da Borborema, microrregião do Cariri Ocidental, há cerca de 320 km da capital. Tem uma população total de pouco mais de 32.000 habitantes

conforme dados do último censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022)[15]. É a sede da quinta região de saúde do estado. Dispõe de serviços de saúde para atenção primária, secundária e terciária, sendo o município de referência para diversos outros circunvizinhos. Monteiro dispõe de: um hospital geral de médio porte (categoria 2) com maternidade, um centro de especialidades médicas, uma unidade de pronto atendimento (UPA), 14 unidades básicas de saúde (UBS), uma unidade de serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), um centro de hemodiálise, um centro de imagens, um laboratório de análises clínicas e uma gerência regional de saúde.

O projeto foi desenvolvido pela equipe de saúde da UBS 12 cujo território é dividido em cinco microáreas (40, 41, 55, 62 e 69) distribuídas entre cinco agentes comunitários de saúde (ACS), e inclui a UPA, o Hospital e Maternidade, e um estádio de futebol. O estádio tem capacidade total para 4000 pessoas, sendo a sede do time Socremo-PB. A UBS 12 é formada por uma equipe de saúde, e tem um total de 3415 usuários cadastrados (até a presente data), sendo a segunda maior unidade de saúde do município.

O projeto teve início em setembro de 2023, sendo realizado semanalmente das 16h às 17h, todas as quartas-feiras. A princípio as atividades eram realizadas em uma praça próxima ao território. Em outubro de 2023, através de uma pactuação com a Secretaria de Saúde e Secretaria de Esportes, foi cedido o espaço da pista de atletismo (distância total de 400 metros) do estádio para as atividades, onde são realizadas até a presente data (fevereiro de 2025). O número de usuários ativos varia de 15 a 35 por semana. Continuamente os usuários da comunidade são informados sobre o dia de atividades através de um grupo de whatsapp da comunidade e por meio das visitas dos ACS. Haja vista o princípio de acesso universal do sistema único de saúde (SUS), o grupo é aberto a qualquer indivíduo, seja ele do território ou não, que queira ingressar e participar das atividades em determinado dia ou continuamente. Os usuários são, inclusive, estimulados a chamar pessoas próximas que tenham interesse em praticar atividade física regular.

O ponto de encontro entre a equipe e os usuários é na sede da unidade de saúde ou diretamente no estádio de futebol, se for mais próximo para eles. O programa de exercícios é dividido em duas partes, sendo a primeira o bloco de exercícios de respiração, alongamentos e mobilidade articular, distribuídos em séries, englobando coluna vertebral, membros superiores e membros inferiores, com duração média de 25 minutos; a segunda parte é de condicionamento cardiorespiratório com caminhada livre, cujo tempo médio é de 30 minutos. O tempo total de atividade inclui o deslocamento dos usuários da unidade de saúde até o estádio de futebol que tem duração média de 5 minutos (ida e volta), totalizando 60 minutos semanais.

Os exercícios são realizados pelo médico da unidade de saúde, que tem dupla formação em medicina e fisioterapia, sendo profissional apto e capacitado para prescrição e supervisão de exercícios físicos. Participam ativamente das atividades a equipe multiprofissional formada pelo médico, enfermeiro e os cinco ACS.

3. Resultados

Na tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos, presença de DCNT, condições de saúde mais prevalentes e prática regular de atividade física prévia entre os usuários do projeto. Até o momento, o projeto possui 45 participantes cadastrados, sendo a maioria do sexo feminino (93,3%), com idade entre 19 e 59 anos (53,3%). Do total, 86,7% dos participantes possuem pelo menos uma doença crônica não transmissível, sendo as mais prevalentes: sobrepeso/ obesidade (62,2%), hipertensão arterial sistêmica (44,4%), diabetes mellitus (40,0%), e dislipidemia (31,1%). Quanto à prática de atividade física, 60,0% não realizavam nenhum exercício físico regular antes.

Tabela 1– Dados sociodemográficos, presença de DCNT, condições de saúde mais prevalentes e prática regular de atividade física prévia entre os usuários do projeto “Atividade Física na Comunidade”.

Variável	n	%
Dados sociodemográficos		
Sexo		
Masculino	3	6,7
Feminino	42	93,3
Faixa etária		
≤ 18 anos	2	4,5
19 – 59 anos	24	53,3
≥ 60 anos	19	42,2
Presença de DCNT		
Sim	39	86,7
Não	6	13,3
Condições clínicas mais prevalentes		
Hipertensão Arterial Sistêmica	20	44,4
Diabetes Mellitus	18	40,0
Dislipidemia	14	31,1
Sobrepeso/ obesidade	28	62,2
Transtornos ósseos	12	26,7
Transtorno de saúde mental	6	13,3
Prática de atividade física prévia		
Sim	18	40,0
Não	27	60,0

DCNT: doenças crônicas não transmissíveis.

Fonte: Autores, 2025.

4. Discussão

O projeto “Atividade Física na Comunidade” originou-se a partir de discussões durante as reuniões mensais de equipe frente a necessidade de desenvolver ações em saúde com o objetivo de incentivar a prática de atividade física entre os usuários do território, além das orientações em consultas que já eram parte da rotina da equipe.

A maioria dos usuários ativos do projeto são do sexo feminino, sendo a maior parte na faixa etária adulta (entre 19 e 59 anos), seguido dos idosos (60 anos ou mais). A maioria dos usuários que começaram a participar ativamente das atividades físicas são portadores de alguma DCNT já diagnosticada, sendo as principais: sobrepeso/ obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia; e pequena parte desses possui algum transtorno de saúde mental. Com relação à prática regular de atividade física, a maior parte não eram ativos antes do projeto. Os usuários que demonstram interesse, mas não participam do projeto referem barreiras como a falta de tempo ou indisponibilidade no horário das atividades. Contudo outros usuários, sem restrições, ainda se mostram resistentes a iniciar uma atividade física regular, apesar da oferta de um programa semanal, da abordagem frequente dos ACS nas visitas domiciliares e do aconselhamento durante as consultas.

A maior adesão de mulheres aos programas e projetos de intervenção é esperada. Estudo por conglomerados utilizando dados de domicílios em todo o território nacional avaliou o acesso da população aos programas públicos de atividade física no Brasil, como a Academia de Saúde, e mostrou que a maior parte dos usuários que tinham conhecimento desses programas era do sexo feminino (22,3%) em relação ao sexo masculino (17,6%) e, destes, as mulheres (10,2%) eram mais ativas nesses programas em relação aos homens (8,9%) [14]. Dados semelhantes foram

observados em outros estudos [8,11]. Estes resultados são esperados, pois as mulheres utilizam mais os serviços de saúde e tendem a adotar hábitos menos nocivos que os homens. Além disso, há um maior número de ações em saúde voltadas ao público feminino, desenvolvidas pela atenção primária à saúde, permitindo acesso ao serviço com mais frequência[9].

A maior parte dos usuários eram fisicamente inativos no início do projeto. Estudo utilizando dados nacionais de adultos de áreas urbanas das cinco regiões do Brasil avaliou a prática de aconselhamento de atividade física por parte dos profissionais de saúde aos usuários e verificaram que 82,5% destes eram fisicamente inativos ou realizavam tempo de atividade insuficiente (menos de 150min/semanais)[11]. O aumento no nível de atividade física entre as populações fisicamente inativas/ sedentárias tem maior potencial de influenciar a saúde pública[13]. Estudo de revisão avaliando a associação dose-resposta, intensidade da atividade física e risco de mortalidade verificou que a prática de atividade física com os níveis semanais recomendados pode reduzir de 30 a 40% o risco de mortalidade na população[4].

Observou-se maior adesão ao projeto entre aqueles que possuíam alguma condição clínica diagnosticada, sendo as mais prevalentes doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e excesso de peso. Em um estudo observaram associação significativa entre aconselhamento de atividade física com sobrepeso ($p < 0,001$), obesidade ($IMC \geq 30$) ($p < 0,001$) e diagnóstico clínico de hipertensão ($p < 0,001$) e diabetes mellitus ($p < 0,001$). A presença de DCNT é apontada como sendo uma das principais razões para adesão a programas de exercícios por acreditarem nos benefícios da atividade física no controle de condições crônicas [11,9]. A *US Preventive Services Task Force (USPSTF)*, Estados Unidos, refere que há mais alto nível de evidência em relação aos benefícios de indicar atividade física a pacientes com fatores de risco para doenças cardiovasculares, excesso de peso e níveis anormais de glicose (nível B) em relação aos indivíduos sem condições crônicas (nível C) [12].

Portanto, incluir o aconselhamento à prática de atividade física como parte da conduta em pacientes com algum grau de comprometimento clínico demonstra que os profissionais de atenção primária à saúde consideram os benefícios da atividade física no controle de agravos à saúde. Desse modo, há maior atenção na indicação da prática de exercícios regulares nesses indivíduos. Contudo, o aconselhamento deve ser ofertado aos usuários independentemente da presença ou não de doenças, e do nível de atividade semanal, visto que a prática de atividade física tem benefícios na prevenção, atendendo não apenas às necessidades imediatas de saúde ou controle de doenças [1,10].

5. Conclusões

A atividade física é considerada um fator determinante e condicionante da saúde, faz parte da agenda global e nacional para controle de agravos, e deve ser um tema abordado pelo sistema de saúde na busca da promoção de estilos de vida saudáveis. Nesse sentido, o aconselhamento à atividade física realizado por profissionais deve ser uma estratégia de educação permanente em saúde [12,7]. Contudo, embora haja evidências do efeito da inatividade física no contexto da saúde pública, as abordagens atuais para modificar esse cenário ainda são pouco efetivas para sensibilizar, elevar e manter os níveis de atividade física populacionais [14]. O aconselhamento à prática de atividade física pode e deve ser feito rotineiramente em consulta, em ações de educação em saúde e durante as visitas domiciliares com todos os usuários. Além disso, ter um programa que incentive a prática de exercícios supervisionada junto às UBS pode garantir maior adesão, fortalecer ações de promoção à saúde e auxiliar os pacientes na organização de suas rotinas, direcionando parte do tempo para realização de exercícios de forma continuada.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde. À Secretaria de Saúde do Município de Monteiro/PB pelo apoio contínuo às atividades do projeto. À Secretaria de Esportes do Município de Monteiro/PB que cedeu o Estádio de Futebol da cidade para as ações do projeto. Aos profissionais que compõem a equipe da UBS 12, especialmente os agentes comunitários de saúde, que atuam ativamente na divulgação do projeto e participam regularmente das atividades semanais junto aos usuários da comunidade.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: WHO; 2020.
2. Simões TC, et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(9):3991-4006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
4. Ekelund U, et al. Dose–response associations, physical activity intensity and mortality risk: a narrative review. *J Sport Health Sci*. 2024;13:24-9.
5. Mielke GI, et al. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):277-86.
6. Häfele V, Siqueira FV. Intervenção com profissionais de saúde sobre aconselhamento à atividade física na atenção primária. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2021;26:1-12.
7. Orrow G, et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2012;344:e1389.
8. Souza Neto JM, et al. Aconselhamento para atividade física na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Movimento*. 2020;26:e26075.
9. Silva CRM, et al. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00012320.
10. Moraes SQ, et al. Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2019;24:1-12.
11. Duro SMS, et al. Adult physical activity counseling by health professionals in Brazil: a national urban population survey. *J Phys Act Health*. 2015;12(8):1177-83.
12. Shuval K, et al. Physical activity counseling in primary care: insights from public health and behavioral economics. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(3):233-44.

13. Leijon ME, et al. Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health*. 2010;10:34.

14. Ferreira RW, et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saude Publica*. 2019;35(2):e00008618.

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença *Creative Commons Attribution (CC BY)* (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



A integralidade no acesso e cuidado em saúde a partir da organização de fluxos de acesso medicamentos do componente básico e especializado da assistência farmacêutica no sistema único de saúde -SUS

¹Tarcísio da Silva Barreto, ¹Welyson Geiel Lopes de Lima, ¹Mara Sinthya de Sousa Martins, ¹Alane Andreino Ribeiro, Ana Beatriz Medeiros Lopes Leite Ferreira¹

Afiliação:

¹Escola de Saúde Pública da Paraíba

Correspondência: welysonfarmaceutico@hotmail.com

Resumo: **Objetivo:** relatar a experiência de integração entre APS, AF e SD para aprimorar a assistência à saúde, otimizar o acesso aos medicamentos e garantir a integralidade do cuidado aos usuários do SUS. **Método:** a pesquisa foi conduzida por meio de uma oficina técnica com gestores e profissionais de saúde, abordando aspectos técnicos, legais e operacionais dessas áreas. Os profissionais de APS destacaram a importância do acolhimento, prevenção e continuidade do cuidado humanizado. Na AF, foram discutidas estratégias para organizar o fornecimento de medicamentos, como a REMUME e o uso racional de medicamentos, visando reduzir deslocamentos e melhorar o acesso via CEDMEX. A SD contribuiu com ferramentas digitais para otimizar processos e facilitar o acesso a documentos e protocolos. **Resultados:** os resultados incluíram maior integralidade no cuidado, mapeamento de pacientes, implementação de Cuidado Farmacêutico e redução de barreiras, gerando desfechos positivos em saúde. A ação foi bem aceita pelos participantes, demonstrando sua viabilidade e a necessidade de continuidade. **Conclusão:** Concluiu-se que iniciativas como essa promovem uma assistência mais eficiente e integrada, ampliando o acesso aos tratamentos e beneficiando o SUS.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Tecnologia em Saúde; Integração.

1. Introdução

O trabalho conjunto do Apoio Institucional e do Apoio Matricial, por intermédio do projeto REAP QUALI/PB, representa uma estratégia fundamental para o fortalecimento dos serviços de saúde e a promoção de uma atenção mais comprometida e eficiente.

Segundo Magnago, França e Belizário¹, o apoio institucional é uma abordagem de gestão que se baseia na cogestão, objetivando a criação de relações democráticas para discussão, negociação e acordo entre os envolvidos. Para isso, os espaços democráticos devem cumprir três funções interligadas: gerencial dos processos de trabalho, política para modificar redes e relações de poder, e pedagógico-terapêutica incentivando a reflexão crítica e gerando novos conhecimentos e subjetividades, promovendo mudanças nos próprios indivíduos.

De acordo com Alves *et al.*², o apoio matricial consiste em um rearranjo no processo de trabalho que visa uma nova forma de produzir saúde. Esse modelo busca a horizontalidade das ações, com o objetivo de integrar a construção do projeto terapêutico entre os profissionais. Tal integração é baseada no diálogo e no compromisso com a saúde dos

¹ Escola de Saúde Pública da Paraíba - ESP PB
welysonfarmaceutico@hotmail.com

usuários.

Essa colaboração mútua dos dois formatos de Apoio possibilita a criação de uma rede de suporte robusta que potencializa a capacidade das equipes de saúde, resultando em um ambiente mais coeso e bem estruturado, onde a gestão e a prática assistencial são aprimoradas, levando a melhores resultados para os pacientes e para a comunidade.

Adicionalmente, Figueiredo *et al.*³, afirma que a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) trata da responsabilidade na formação dos trabalhadores através da integração entre ensino e serviço, e entre docência e atenção à saúde. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é entendida como aprendizagem no trabalho, ocorrendo no dia a dia das pessoas e serviços de saúde. Este processo envolve a colaboração entre profissionais para garantir serviços de saúde de melhor qualidade, atendendo às necessidades de saúde individuais e coletivas.

Segundo Martines *et al.*⁴ e Oliveira e Campos⁵, a concepção do Apoio Matricial e do Apoio Institucional tem origem na metodologia Paideia, também conhecida como Método da Roda, instituída por Gastão Wagner de Sousa Campos e colaboradores em 1999. Esse método, amplamente utilizado em políticas e práticas de saúde no Brasil, busca promover uma gestão democrática nas instituições, incentivando a coletividade, a articulação de saberes para a produção de bens ou serviços e a organização dos processos de trabalho das equipes. Para atingir esses objetivos, a metodologia Paideia preconiza a reforma das organizações de saúde, visando à cogestão, ao compartilhamento de saberes e à construção de relações horizontais no serviço de saúde [4].

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a ordenadora do cuidado, sendo responsável por recepcionar, diagnosticar, encaminhar e acompanhar os pacientes, inclusive no uso de medicamentos. Por outro lado, a Assistência Farmacêutica (AF) se ocupa da avaliação da necessidade terapêutica, supervisão do abastecimento e acesso, apoio à utilização adequada e farmacovigilância. A Saúde Digital (SD), ou seja, a aplicação de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) e regras de proteção de dados pessoais no contexto da saúde [6-9], facilita o acesso e fornecimento dos documentos e informações necessárias para que o paciente saiba quais exames providenciar e onde dirigir-se, como o Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (CEDMEX), por meio dos sites da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB).

Continuamente, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), visa garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promover o uso racional e assegurar o acesso da população aos medicamentos essenciais. Uma das diretrizes da PNM é a adoção de uma lista de medicamentos essenciais, que atende às maiores necessidades da população e promove o uso racional desses medicamentos por meio da revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Em seguimento, a PNM propôs a divisão do financiamento da AF em três blocos: Básico, Especializado e Estratégico. Esta medida veio organizar o planejamento financeiro como direcionamento de aplicação de recursos, a fim de fornecer medicamentos necessários para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca do Uso Racional de Medicamentos - URM. Cada bloco dirige-se a uma população onde, em termos gerais, o Básico engloba as doenças de maior prevalência, o Especializado engloba as doenças de menor prevalência e, geralmente, com valor financeiro mais elevado e de caráter crônico, enquanto o Estratégico envolve doenças e agravos que são questão de saúde pública e/ou emergências sanitárias, muitas vezes doenças relacionadas à pobreza [10].

Conforme Brasil¹¹, o acesso aos medicamentos do Componente Especializado (CEAF) e básico (CBAF) da Assistência Farmacêutica resulta da articulação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2013) [11]. A falta de medicamentos compromete a integralidade do tratamento do usuário e provoca desequilíbrio financeiro. Por isso, é necessário que os gestores do SUS promovam ações que garantam o acesso aos medicamentos das linhas de cuidado por meio de Guias Clínicos ou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs). Isso garante a integralidade ao paciente, que deve seguir os protocolos específicos de cada medicamento para garantir o acesso ao tratamento.

Com a falta de informação dos usuários e dos profissionais para orientação e garantia do acesso aos medicamentos, foi realizado um trabalho de Educação Permanente com os profissionais gestores das unidades assistenciais de um município da 8ª Região de Saúde, Paraíba, com fundamentação na PNM, PNAF e mecanismos de buscas com o objetivo de fornecer todas as informações e documentações necessárias para o usuário garantir acesso gratuito ao seu tratamento a partir do CEDMEX, na 8ª Gerência Regional de Saúde (GRS) da Paraíba, localizada em Catolé do Rocha.

Em resumo, o estudo se configurou como uma importante intervenção para o fortalecimento do sistema de saúde local, oferecendo aos profissionais as ferramentas necessárias para desempenharem suas funções de maneira mais eficaz e para garantir a qualidade do atendimento à população. A revisão narrativa e a educação permanente são instrumentos essenciais para a adaptação das práticas profissionais às demandas do SUS e para a implementação das políticas públicas de saúde de forma eficiente e acessível.

O estudo configurou-se como uma intervenção significativa para o fortalecimento do sistema de saúde local, proporcionando aos profissionais as ferramentas necessárias para o desempenho mais eficiente de suas funções e assegurando a qualidade no atendimento à população. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS), Assistência Farmacêutica (AF) e Saúde Digital (SD), com o propósito de aprimorar a assistência à saúde, otimizar o acesso aos medicamentos e garantir a integralidade do cuidado aos usuários do SUS.

2. Materiais e Método

O estudo descreve a vivência dos discentes da Especialização em Apoio Institucional e Matricial, por meio de um relato de experiência sobre a problemática do acesso a medicamentos da Paraíba, a partir do Centro Especializado em Dispensação de Medicamentos Excepcionais (CEDMEX), da 8ª Gerência Regional de Saúde. A intervenção teve início em 09 de agosto de 2024, foi realizada no dia 22 de agosto em uma Secretaria Municipal de Saúde de um município da região e concluída em 27 de agosto do mesmo ano.

A metodologia adotada foi a Educação Permanente em Saúde, com ênfase no Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ressaltando a relevância de ambos os componentes para assegurar a integralidade do cuidado ao usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, abordou-se a interdependência entre essas áreas e as demais temáticas da Atenção Primária à Saúde e Saúde Digital, entendendo-as como elementos indissociáveis desse processo. Ao longo de toda a execução da metodologia, os princípios éticos, como respeito, foram rigorosamente observados, a fim de garantir a integridade e a privacidade dos participantes e das partes envolvidas.

A partir desse diagnóstico inicial, foi desenvolvido um plano de ação baseado em três áreas temáticas fundamentais: APS, AF e SD. Essas áreas são essenciais para a compreensão do processo de acesso aos medicamentos, sendo interdependentes nas ações que envolvem desde a prescrição até o fornecimento dos medicamentos aos usuários. Para fundamentar a abordagem, foram utilizadas portarias, normativas e legislações vigentes, que serviram como base teórica e prática para orientar a formação dos profissionais de saúde da região. A participação dos profissionais e usuários foi voluntária, e todos receberam informações completas sobre os objetivos do estudo e os possíveis impactos de sua participação.

Após o diagnóstico inicial e o planejamento das ações, foi realizada uma etapa de revisão narrativa, por meio de busca bibliográfica não-sistemática e de materiais normativos e técnicos institucionais, consolidar e debater uma visão da totalidade dos fenômenos, com o objetivo de ajustar e refinar as metas e estratégias estabelecidas. A revisão narrativa foi crucial para garantir que as intervenções fossem adequadas às necessidades específicas do município da

região à realidade do CEDMEX. Essa fase permitiu identificar lacunas no conhecimento dos profissionais e ajustar as atividades de formação e capacitação, levando em consideração as peculiaridades locais e as demandas emergentes. Foram respeitados os princípios de equidade e justiça, assegurando que todas as partes interessadas tivessem voz no processo de revisão.

O evento contou com a participação do Secretário Municipal de Saúde, da Coordenadora de Atenção Básica, de três Gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de um Farmacêutico, do Coordenador da Unidade Mista e do Coordenador da Vigilância Epidemiológica Municipal. Em seguida, foi iniciada a fase de Educação Permanente, a qual consistiu em um processo contínuo de formação e atualização dos profissionais de saúde acerca dos fluxos de acesso aos medicamentos, bem como das legislações e normativas que regem os serviços de saúde no Brasil. Com o intuito de assegurar a transparência e a ética do processo, todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza e os objetivos das capacitações, concedendo seu consentimento informado para participar.

Nesse sentido, foram abordadas as principais legislações relacionadas à saúde pública, como a Constituição Federal de 1988 [10]; o Decreto 7508, a Portaria nº 2.436/17, que define a Política Nacional de Atenção Básica [12]; a Portaria nº 3.916/98, que regulamenta a Política Nacional de Medicamentos [10]; e a Resolução nº 338/04, que trata da Política Nacional de Assistência Farmacêutica [13]. Além disso, foram sugeridos fluxos de trabalho para os profissionais de saúde, com foco na orientação aos usuários, desde a prescrição até a entrega dos medicamentos.

A seguir, foi iniciada a apresentação do projeto de intervenção, onde o processo pedagógico deu-se com a fundamentação do acesso aos medicamentos, a partir das normativas vigentes já supracitadas, posteriormente foi explicado que o processo de acesso no CEDMEX se dá a partir do perfil do paciente se configurar com o protocolo instituído pela Secretaria Estadual de Saúde, específico para cada doença, com orientação pelos guias informativos disponíveis no site. Sequencialmente, foram fornecidos os links de acessos para pesquisa de tais informações, com a realização de buscas simulando o atendimento ao usuário do SUS e fornecimento de atendimento. Foi assegurado que todas as informações compartilhadas fossem precisas e alinhadas com os princípios éticos e legais.

A Educação Permanente foi um ponto central no desenvolvimento das ações do estudo. Os profissionais foram capacitados a utilizar recursos tecnológicos, como Datashow e slides, para facilitar a transmissão de informações, além de participar de simulações realísticas que visavam esclarecer os procedimentos e os fluxos de acesso aos tratamentos de doenças/agravos cobertos conforme a RENAME. Essas simulações permitiram que os profissionais se familiarizassem com as etapas do processo e adquirissem maior segurança na orientação aos pacientes. Em todas as etapas, foi promovida uma cultura de ética e respeito, assegurando que os direitos e a dignidade dos participantes fossem preservados.

3. Resultados

A ação iniciou-se a partir da prática pedagógica da apresentação das funções da APS, SD e AF, englobando parte técnica, legal e princípios de cada área de atuação e aplicação na prática da realidade, o que despertou interesse no público, para embasamento das ações no dia a dia. Esta etapa introdutória trouxe aos envolvidos as necessárias considerações para gerar entendimento dos processos relacionados.

No campo da APS foi focado a necessidade da integralidade, papel da prevenção e estruturação da atenção continuada como forma de evitar agravos das condições patológicas aos pacientes, enaltecendo ser a porta de entrada do sistema de saúde, a importância de um bom acolhimento, do conhecimento, fortalecimento de uma relação buscando a longevidade do processo de cuidado humanizado.

Para tanto, a APS, como nível de atenção que engloba ações individuais e coletivas destinadas à promoção, tratamento, diagnóstico, prevenção de agravos, redução de danos e manutenção da saúde, com o objetivo de fortalecer uma intervenção integral e prolongada, longa, além de ser a porta de entrada preferencial para os usuários do SUS,

ordenando o acesso universal e contínuo a diversos níveis de complexidade dos serviços [14].

Quanto à AF, foi demonstrado como é a organização dos repasses à saúde municipal, os valores de cada ente federativo no financiamento da AF, o objetivo de cada Componente. No que diz respeito ao Componente Básico, através das Farmácias Básicas, a necessidade da elaboração de uma REMUME, a partir de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), tanto para melhorar o acesso dos usuários aos tratamentos preconizados, quanto ao melhor uso e gestão dos recursos em saúde para tal finalidade. Também, sobre a necessidade de informes técnicos dos medicamentos disponíveis para os profissionais prescritores e demais assistenciais para que seja avaliado o direcionamento do cuidado a partir destes, se cabível.

No tocante do Componente Especializado, através do CEDMEX, foi explicado a REME, expondo-a, como é feito o acesso dos pacientes aos medicamentos do respectivo componente, explicando as patologias atendidas e demais medicamentos, Guias Terapêuticos, documentos para preenchimento médico e do paciente, fornecimento de links para consulta dos mesmos, os PCDTs, e sanados dúvidas dos mesmos.

Continuamente, foram elencados metodologias e fornecimento das informações necessárias acerca dos documentos e fluxos para serem fornecidas aos pacientes, nas próprias UBS, Farmácia Básica e Unidade Mista, para que o mesmo tenha acesso aos medicamentos a partir do CEDMEX, evitando deslocamentos desnecessários para acesso aos documentos supracitados. De maneira coerente Araújo, Sousa e Figueiredo¹⁵, observaram que a AF é um instrumento fundamental para o fortalecimento do SUS, assegurando o acesso a medicamentos e a integralidade terapêutica. Além disso, a crescente inclusão do farmacêutico, juntamente com todas as suas atribuições, promove aspectos positivos para a população, ao incentivar o uso racional de medicamentos e aprimorar cada vez mais o atendimento ao usuário [15].

Quanto à SD, foram demonstrados, a partir de simulações, como acessar os documentos pertinentes a cada patologia no próprio website da SES/PB, facilitando a praticidade dos profissionais envolvidos, combatendo a desinformação dos mesmos e pacientes, dando suporte técnico e formativo de como os pacientes devem prosseguir para conseguir todos os exames e demais documentos para que estes se submetam à análise do respectivo Componente da AF para recebimento do tratamento farmacológico adequado à sua patologia, garantindo integralidade do cuidado ao paciente, gerando desfecho de saúde positivos.

Estudos como o de Da Anunciação et al., confirmam que a informatização das ações e serviços do SUS, incorporando a normas e diretrizes tecnológicas congruentes, são consideradas fundamentais para a descentralização das ações e serviços e têm evidenciado que intervenções organizacionais relacionadas à utilização de sistemas informatizados proporcionam melhorias significativas para a AF, acesso e uso racional de medicamentos e redução de gastos com medicamentos pelos usuários e/ou serviços.

Ficou enaltecido para todos os presentes que a AF, APS e SD andam em conjunto na garantia da integralidade do paciente no quesito do tratamento farmacológico para as patologias abrangidas no Componente Especializado, através do CEDMEX, em como a APS a partir do atendimento humanizado ordena o cuidado, a AF garante o acesso adequado e uso racional de medicamentos e o papel da SD propiciando os meios necessários para a concretização e execução de um sistema de saúde completo, sem arestas.

Para tanto, Lima, Soeiro e Folha¹⁷, enaltecem a integralidade reafirmando como um princípio fundamental que requer uma atenção à saúde forte e integrada a um sistema eficiente e que manifesta-se por meio de tecnologias ou ações que promovem vínculo, acolhimento e gestão do cuidado, bem como ações coletivas, práticas de educação em saúde, grupos operativos, ações intersetoriais, comunicação eficaz, escuta terapêutica, capacidade de identificar e resolver demandas de saúde pertinentes a cada realidade [17].

A partir desta atividade, a APS ficou responsável pelo mapeamento dos pacientes usuários do CEDMEX, a fim de garantir acompanhamento dos mesmos e evitar o processo evolutivo de tais patologias. Da mesma maneira, a AF

através do Farmacêutico Municipal prontificou-se de atuar em conjunto com a APS no desenvolvimento de Cuidado Farmacêutico para estes pacientes, bem como a SD, dando suporte aos profissionais executores, no monitoramento e fornecimento de informações a estes para garantir acesso dos pacientes aos seus adequados tratamentos.

Antes de tal intervenção, os pacientes afins de terem acesso aos tratamentos, deslocavam-se em torno 40 quilômetros para terem acesso aos Guias Informativos, para saber se tinham direito garantido do respectivo acesso, na própria Farmácia do CEDMEX, onde recebiam as informações pertinentes. A partir disto, com esta oficina técnica e formativa aos profissionais, através da articulação da APS, AF e SD, ficou garantido os meios necessários para que se prestem todas as informações necessárias aos pacientes, evitando tal deslocamento e custos, com o objetivo de garantir a integralidade, melhorando a saúde dos pacientes do município, nesta atividade em conjunto da 8ª GRS, Escola de Saúde Pública da Paraíba e Secretaria Municipal de Saúde por meio do projeto REAP QUALI/PB, sendo vem avaliada tal articulação.

4. Discussão

Analisando a perspectiva de multiplicação da referida oficina técnica e formativa, é viável fomentar a organização em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde para a presença de todos os médicos e enfermeiros da APS, além dos já presentes, garantindo o maior acesso e replicação das informações prestadas, ampliando mais ainda o conhecimento.

O presente relato mostra-se com altas possibilidade de fortalecer o processo de garantia de acesso aos medicamentos, bem como sua racionalidade em dois Componentes da Assistência Farmacêutica – Básico e Especializado, integrando três eixos de atuação do projeto REAP QUALI/PB – AF, APS e SD. Em contrapartida, limita-se devido ser necessário adesão dos executores, bem como a possibilidade de mudanças no quadro dos profissionais de saúde do município da região, sendo necessário realizar novas oficinas técnicas e formativas sobre tal tema, a fim de garantir tais benefícios supracitados.

5. Conclusões

O presente trabalho teve objetivo de fortalecer à AF, APS e SD, através da integração entre as áreas, melhorando a qualidade e eficiência da assistência, acesso aos tratamentos preconizados e garantia do direito da integralidade ao usuário de saúde. Ficou evidente a necessidade deste tipo de ação, onde os profissionais executores foram formados, propiciando melhor atendimento aos usuários através Educação Permanente, atingindo a finalidade da oficina.

Evidentemente, mostrou-se um evento de bastante aceitação pelos profissionais, compreendidos entre gestão e executores, onde supriu-se uma demanda pertinente e que, devido a falta de assistência nesta área, preencheu uma lacuna importante no trabalho realizado.

De modo que o trabalho evolua cada vez mais, é necessário a ampliação da articulação entre os eixos temáticos do projeto REAP QUALI/PB, bem como demais setores da própria saúde, construindo pontes e fluxos onde os usuários se beneficiarão cada vez mais, bem como gerará uma melhor saúde pública e SUS.

Como trabalho futuro, sugere-se a reprodução dessa iniciativa, ampliando-a com a inclusão do eixo da Regulação em Saúde do projeto REAP QUALI/PB, de forma a integrar os processos de regulação de acesso aos serviços e tratamentos no planejamento estratégico das ações. Essa adição pode potencializar a

organização e eficiência na gestão do cuidado, garantindo maior coordenação entre as etapas do acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde.

Além disso, a replicação desse modelo em outros municípios pode fortalecer as redes de atenção à saúde, permitindo uma adaptação às particularidades locais e promovendo a equidade no acesso ao SUS. A expansão para novos contextos deve incluir oficinas técnicas e formativas que envolvam gestores, reguladores, e profissionais de saúde, assegurando a sustentabilidade e a multiplicação dos resultados positivos alcançados.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1. Magnago C, França T, Belisário SA. Arcabouço teórico-metodológico, funções e efeitos do apoio institucional à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. *Saude Soc.* 2024;33(2):e230442pt.
2. Alves SV, et al. Uma revisão narrativa do apoio matricial em saúde mental entre as equipes CAPS-ESF no cenário brasileiro. *Physis.* 2024;34:e34008.
3. Figueiredo EBLD, et al. Educação permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saude Debate.* 2022;46(135):1164-73.
4. Martines ESL, et al. Impacto do apoio matricial e institucional nos processos de trabalho de equipes de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Pesq Cienc Saude.* 2022;9(17).
5. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Cienc Saude Colet.* 2015;20(1):229-38. doi: 10.1590/1413-81232014201.21152013
6. Abrafarma; Media Lab Estadão. Transformação digital redefine o papel das farmácias na saúde. Estadão [Internet]. 2019 set 3 [citado 2025 fev 17]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br>
7. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2018 ago 15 [citado 2025 fev 17]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>

8. Rachid R, et al. Saúde digital e a plataformização do estado brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2023;28(7):2143-53.
9. Yanes CY, et al. Saúde digital à luz da filosofia contemporânea. *Esc Anna Nery*. 2024;28:e20230163.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado 2025 fev 17]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2013 jul 30 [citado 2025 fev 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2017 set 21 [citado 2025 fev 17]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2004 maio 6 [citado 2025 fev 17]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>
14. Abreu RDS, et al. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde: um foco no serviço farmacêutico. *Braz J Health Rev*. 2020;3(4):9797-811.
15. Araújo MFF, Souza RF, Figueiredo EFG. Assistência farmacêutica no cuidado à saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Res Soc Dev*. 2021;10(15):e152101522877. doi: 10.33448/rsd-v10i15.22877
16. Anuniação KTV, et al. Uso de sistemas informatizados para a gestão da assistência farmacêutica em municípios brasileiros. *J Assist Farm Farmacoec*. 2023;8(Suppl 2).
17. Lima JPM, Soeiro ACV, Folha DRSC. Integralidade como diretriz formativa na atenção primária sob a perspectiva dos residentes em saúde da família. *Trab Educ Saude*. 2024;22:e02679252.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença *Creative Commons Attribution (CC BY)* (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

DIALOGA APS: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

¹Ana Carolina Rodrigues Abreu; ²Neurislene Maciel Dantas; ³Stephanny Batista de Alencar Roberto³; ⁴Francisco Auber Pergentino Vieira

Afiliação:

1Apoiadora Regional de Atenção Básica da 9ª Gerência Regional de Saúde;

2Apoiadora Matricial do Eixo VIII da Assistência Farmacêutica do Projeto REAP-QUALI-PB na 9ª Gerência Regional de Saúde;

3Apoiadora Institucional do Eixo I da Atenção Primária à Saúde do Projeto REAP-QUALI-PB na 9ª Gerência Regional de Saúde;

4Apoiador Institucional do Eixo de Educação na Saúde Projeto REAP-QUALI/PB;

* Correspondência: ana.carolina.abreu.191001@gmail.com

Resumo: Este trabalho tem como objetivo analisar a implementação e os resultados da estratégia Dialoga APS, com o intuito de qualificar e fortalecer a gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) na 9ª Região de Saúde. A pesquisa, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, adota a modalidade de relato de experiência, destacando a integração entre coordenadores e profissionais da APS para otimizar a organização dos serviços e melhorar a eficácia no atendimento à população. A estratégia promoveu a qualificação contínua dos trabalhadores da saúde por meio de encontros, capacitações e trocas de experiências, fortalecendo a gestão local. Esses encontros favoreceram a reflexão sobre as práticas de trabalho e a identificação de soluções colaborativas para os desafios da APS. Os resultados mostraram avanços na coordenação das ações de saúde, maior eficiência e melhorias na comunicação entre profissionais e gestores, refletindo positivamente na qualidade do atendimento. A qualificação também contribuiu para o aprimoramento das competências dos trabalhadores, tornando-os mais preparados para enfrentar as demandas da APS de maneira eficaz. Além disso, a pesquisa evidenciou a importância da comunicação e da autonomia dos profissionais para o sucesso das ações de saúde, demonstrando que o Dialoga APS foi eficaz na criação de uma gestão integrada, adaptada às necessidades da Região.

Palavras-chave: Apoio ao Planejamento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Educação Permanente.

1. Introdução

¹Afiliação de artigos
Endereço de e-mail do autor

A Atenção Primária à Saúde (APS), consolidada com a Lei nº13.595/2018 que criou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações [1-2].

Esse modelo de atenção considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças além da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. É o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, que tem, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o acesso preferencial, com seu foco em coordenar o cuidado e ordenar a Rede de Atenção à Saúde, construindo vínculos na perspectiva de gerar autonomia nos indivíduos e na comunidade [3].

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de qualificar continuamente os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). A política fundamenta-se na ideia de que a educação deve ocorrer de forma integrada ao cotidiano dos serviços de saúde, promovendo uma aprendizagem significativa, baseada nas situações reais vivenciadas pelos profissionais (Ministério da Saúde, 2004).

De acordo com a PNEPS, a educação permanente é entendida como uma estratégia de gestão para fortalecer a qualidade dos serviços de saúde, visando não apenas o aprimoramento técnico, mas também o desenvolvimento ético e social dos trabalhadores [4]. Nesse sentido, busca-se promover práticas colaborativas e interdisciplinares que estejam alinhadas às necessidades da população. As ações educativas são orientadas pelas demandas locais, o que possibilita uma intervenção mais eficaz e eficiente no atendimento à saúde da população [5].

A educação permanente em saúde no espaço Dialoga APS atua como um elemento fundamental para o fortalecimento dos processos de atenção primária, pois promove a qualificação contínua dos profissionais de saúde. Essa abordagem fomenta a reflexão crítica sobre a prática cotidiana, permitindo que os trabalhadores identifiquem necessidades reais e desenvolvam competências alinhadas aos desafios específicos do contexto local. Ao integrar a educação ao trabalho, os profissionais estão constantemente se adaptando e inovando suas práticas, o que contribui para a melhoria da qualidade do atendimento, a resolutividade das ações e a promoção de uma atenção mais humanizada e eficiente [9].

O Projeto Rede de Apoio Institucional para qualificação e Matriciamento Gerencial de Trabalhadores e Gestores do SUS com foco na Regionalização para Organização da rede de Atenção à Saúde - REAP QUALI, é uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB) em parceria com a Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB). O objetivo geral do projeto é a qualificação e o fortalecimento da gestão da APS na 9ª Região de Saúde, por meio da implementação da estratégia Dialoga APS, focando na melhoria da gestão e integração entre os coordenadores da APS, visando aprimorar a organização dos serviços, a eficiência no planejamento e a eficácia no atendimento à população.

A especialização em Apoio Institucional e Matricial com ênfase na Educação em Saúde ofertada pela ESP/PB em parceria com a SES/PB e o Projeto de Aprimoramento do Modelo de Atenção na Rede de Saúde do Estado da Paraíba - AMAR, direcionada para os bolsistas apoiadores do projeto REAP-QUALI e profissionais vinculados as gerências de saúde, a SES, buscou fortalecer a PNEPS, por meio da formação de trabalhadores e trabalhadoras do SUS, para atuação de forma integrada e articulada em redes, por meio da colaboração e do trabalho em equipe. Durante o curso, os atores puderam desenvolver competências para o apoio institucional e o trabalho matricial, visando fortalecer a gestão e a integração dos serviços de saúde. O curso proporcionou momentos de planejamento e desenvolvimento de ações práticas

e que foram desenvolvidas no Dialoga APS pelos atores participantes da iniciativa educacional.

O Dialoga APS proporciona um ambiente colaborativo e interativo, no qual a troca de experiências e saberes entre diferentes equipes de saúde contribui para a construção de soluções práticas e eficazes. Dessa forma, o processo de educação permanente se torna um catalisador para a transformação da prática profissional, impulsionando o desenvolvimento de habilidades técnicas e sociais necessárias para a qualificação do cuidado em saúde [7].

Diante do exposto, surgiram os seguintes questionamentos: como o Dialoga APS contribuiu para o fortalecimento das ações e qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS da atenção primária à saúde nos cenários da 9ª GRS? Qual o protagonismo do apoiador institucional na mediação/facilitação das ações de educação permanente em saúde?

A estratégia justifica-se pela necessidade de se explorar os desafios e as potencialidades locais para a implementação de estratégias que fortaleçam a APS, levando em consideração a especificidade das demandas da região e a realidade dos profissionais que atuam nas unidades de saúde. A região, com sua diversidade sociocultural e geográfica, apresenta um cenário único, que exige soluções adaptativas para otimizar o cuidado integral à saúde e garantir a efetividade das políticas públicas de saúde.

Desta forma, o estudo tem como objetivo relatar vivências do Dialoga APS e destacar a importância da estratégia, como um espaço vivo, de cogestão, e qualificação dos profissionais da atenção primária à saúde para garantir a melhoria da qualidade do atendimento e a efetividade das ações de saúde voltadas à comunidade. Além disso, buscará descrever as práticas de diálogo e troca de saberes entre os trabalhadores e trabalhadoras da atenção primária à saúde no contexto do Dialoga APS e o quanto os momentos de EPS contribuíram para qualificação e transformação das práticas; e por fim, relatar o impacto do Dialoga APS na melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados na 9ª Região de Saúde.

2. Materiais e Métodos

O relato trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa dos dados, na modalidade de relato de experiência, que visa compartilhar os resultados e reflexões a partir de vivências reais advindas do Dialoga APS. A estratégia foi implantada como parte de um processo de qualificação contínua dos trabalhadores da saúde e demais profissionais da APS da 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, com sede na cidade de Cajazeiras.

O Relato de Experiência (RE) é um método de pesquisa descritiva e de análise qualitativa, que tem como intencionalidade principal relatar vivências marcantes e promissoras resultantes de atividades educativas, e/ou processos de trabalho, e que contribui para o fortalecimento da produção do conhecimento nas diversas áreas do conhecimento, inclusive no campo da saúde pública [8].

Para a elaboração do planejamento dos encontros do Dialoga APS se faz necessário a utilização de uma abordagem que envolva diferentes atores. No contexto do Dialoga APS, o matricialmente pode ser integrado ao planejamento como uma ferramenta estratégica para qualificar as discussões e alinhar as ações entre os diferentes atores. Esse processo contribui para fortalecer a gestão compartilhada e a resolutividade dos serviços de saúde. O planejamento inicia-se dentro do espaço da sala de apoio, por meio do Apoiador institucional da APS, integrando os demais componentes da equipe de Apoio regional com o suporte dos outros eixos do projeto REAPQUALI, quando necessário também com a colaboração dos residentes em saúde coletiva da ESP/PB.

O planejamento dos encontros do Dialoga APS envolve um conjunto de etapas estruturadas para garantir a organização, engajamento e eficácia do encontro de EPS, com foco no fortalecimento da APS. Estabelecemos uma finalidade central do DIALOGA APS, que é promover a integração multiprofissional e interprofissional, além de discutir

estratégias de cuidado ou melhorar a gestão de recursos na APS. A identificação do público-alvo foi feita mediante a temática escolhida para cada encontro.

Os participantes prioritários foram os coordenadores de APS, podendo ser incluídos membros flutuantes, de acordo com cada temática discutida. Os apoiadores regionais, gerente e residentes em saúde coletiva também estiveram como atores importantes no processo, por desempenharem um papel fundamental para garantir o sucesso de cada encontro. A elaboração do conteúdo dos encontros envolveu a seleção dos temas-chave a serem abordados, baseados em necessidades locais e prioridades de saúde.

O planejamento logístico incluiu o agendamento da sala de educação permanente do banco de leite, escolha da data e horário, organização do espaço, lanche, equipamentos e material de apoio para a condução das práticas. As mobilizações e convocações dos participantes foram realizadas por meio dos grupos de WhatsApp, e por convites, encaminhados por meio de e-mails institucionais.

A escolha de forma participativa e democrática das temáticas envolveu priorização de abordagens de diferentes aspectos do processo de trabalho da APS em suas áreas técnicas, que favoreceram o diálogo e a construção coletiva, como rodas de conversa e debates em grupos e a elaboração de produtos ao final de cada encontro. Utilizou-se, também, dinâmicas interativas, painéis temáticos e metodologias crítico-reflexivas, como a sala de aula invertida e *brainstorming* (tempestade de ideias). Os encontros estiveram sempre alinhados ao objetivo proposto, respeitando o cronograma e promovendo a interação entre os participantes.

Ao final de cada encontro, foram realizadas avaliações coletivas, nas quais os participantes tiveram espaços para expressarem suas percepções sobre cada encontro, e por meio desses diálogos, foi possível identificar pontos fortes e sugestões de melhoria. Os desdobramentos e relatórios foram elaborados ao final de cada encontro com os resultados alcançados, desafios apontados e propostas definidas. Esses resultados foram compartilhados com os participantes e gestores, gerente operacional de Atenção Primária, promovendo a implementação das ações planejadas através de reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR).

O Dialoga APS é uma estratégia que visa qualificar e fortalecer a APS, por meio do incentivo à comunicação, integração e gestão participativa entre os profissionais de saúde. O principal objetivo dessa abordagem é melhorar a eficácia dos serviços de saúde, estreitando a relação entre os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado. Essa estratégia busca promover o diálogo constante e a troca de informações, tanto entre as equipes de saúde quanto entre as equipes e os usuários do sistema. Isso envolve não apenas uma melhoria na comunicação, mas também na organização dos serviços, na gestão do cuidado.

O Dialoga APS é realizado mensalmente, envolvendo os municípios da região através dos seus coordenadores de Atenção Primária, apoiadores regionais e apoio institucional da APS do Projeto REAPQUALI. As temáticas são selecionadas com base nas necessidades dos municípios, a partir da análise dos indicadores de saúde e das visitas técnicas nos territórios. Os dados coletados durante essas visitas, juntamente com as informações dos sistemas de saúde, permitem identificar temas emergentes relacionados ao fortalecimento da APS, à articulação entre os diferentes níveis de gestão e à qualificação das práticas de cuidado. Foram realizados cinco encontros do Dialoga APS durante o primeiro e segundo semestre de 2024.

Como mencionado anteriormente, para a escolha dos temas de cada encontro, foram adotados critérios específicos, tais como as necessidades identificadas no território e as prioridades das demandas do projeto, conforme apresentados na Tabela 1.

Quadro 1– Propostas de temas para os Grupos de Conexão no ano de 2024.

Descrição	Tema
1º Encontro	Apresentação geral sobre o projeto Dialoga APS e discussão sobre sua operacionalização, na cidade de Sousa – PB.
2º Encontro	Cenário de Pré-Natal de alto risco na 9ª Região de Saúde
3º Encontro	Vigilância epidemiológica na atenção primária: estratégias e desafios para uma saúde comunitária eficaz.
4º Encontro	Dialoga APS: Atenção às deficiências de micronutrientes na APS.
5º Encontro	Dialoga APS: Construção e revisão de protocolos locais para o cuidado ao HIV, sífilis e hepatites virais e Atualizações: autoteste HIV e teste Duo.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da busca de dados nos registros de diário de campo, 2025.

Essa metodologia oferece um panorama claro do processo envolvido no Dialoga APS, permitindo uma compreensão detalhada dos métodos e técnicas empregados no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Por se tratar de um estudo do tipo relato de experiência a partir de vivências relacionadas ao processo de trabalho dos apoiadores institucionais dos eixos temáticos do REAP-QUALI/PB, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da ESP/PB para apreciação e aprovação, no entanto, seguiu-se as recomendações éticas da Lei nº 14.874/2024 que preza pelo respeito, confidencialidade e sigilo perante as informações e relatos partilhados durante os encontros educativos.

3. Resultados

Os encontros do Dialoga APS foram realizados com o objetivo de fortalecer a APS na 9ª Região de Saúde, proporcionando espaços de discussões e integração entre os profissionais e gestores da área. O primeiro encontro, realizado em Sousa - PB, teve como foco a apresentação do projeto Dialoga APS, com a participação dos apoiadores institucionais, coordenadores municipais, gerentes regionais e outros representantes da APS. Durante esse encontro, foram discutidos os processos operacionais necessários para a implementação da estratégia nos territórios, buscando alinhar as ações entre os diferentes atores envolvidos.

O processo de integração entre os profissionais da APS, como visto no Dialoga APS, está em consonância com as reflexões de [9], que abordam a educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade. Os autores destacam a importância de criar espaços de interação entre os diferentes profissionais de saúde, docentes e estudantes, com o objetivo de promover uma abordagem integrada e colaborativa no cuidado à saúde.

Assim como os encontros do Dialoga APS, as práticas interprofissionais permitem que os trabalhadores e trabalhadoras do SUS reflitam sobre suas práticas, identifiquem desafios comuns e desenvolvam soluções coletivas, fortalecendo a rede de cuidados e contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade. O fortalecimento da APS, através das práticas educacionais, é uma estratégia essencial para a qualificação do sistema de saúde, especialmente em contextos de saúde pública que enfrentam desafios como desigualdade de acesso e recursos limitados.

No Brasil, a APS é o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema, funcionando como a porta de entrada que organiza e coordena o cuidado. Esse fortalecimento é, portanto, indispensável para garantir que os cidadãos recebam uma assistência de qualidade, focada nas necessidades locais e sustentada pelo princípio da integralidade [10].

No segundo encontro do Dialoga APS, o tema abordado foi o cenário do pré-natal de alto risco, com o objetivo de discutir os desafios e as estratégias para melhorar a assistência a gestantes na região. Durante esse encontro, foram analisadas as necessidades específicas dessa população, além das práticas e protocolos para o atendimento de gestantes em situação de risco, buscando a melhoria contínua da qualidade da assistência e a redução de complicações.

Este enfoque sobre o pré-natal de alto risco se alinha com as discussões de Shimizu *et al.* sobre a regionalização da saúde no Brasil. Os autores ressaltam que a regionalização é uma estratégia importante para a organização e melhoria dos serviços de saúde, permitindo a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a adequação das ações às necessidades locais[11].

No contexto do Dialoga APS, a regionalização ganha relevância ao possibilitar que as equipes de saúde identifiquem os desafios específicos das gestantes em risco em sua região e articulem respostas mais eficazes para atender a essa população. O processo de integração entre os gestores municipais e as equipes de saúde, é essencial para o sucesso das estratégias de saúde pública, especialmente em situações de maior vulnerabilidade, como o pré-natal de alto risco.[11]

A introdução de movimentos educacionais, direcionados à capacitação dos profissionais e coordenadores da APS como o Dialoga APS, favorece o desenvolvimento de competências e habilidades como alternativa de melhoria da continuidade do cuidado integral prestado à comunidade. As capacitações mensais, que abordam temas pertinentes ao processo de trabalho na APS, promovem a atualização e o aprimoramento dos trabalhadores, incentivando uma prática que vai além do tratamento, mas também resgatando a essência da APS, como prevenção e promoção. A estratégia permite que os profissionais revisitem suas práticas e adquiram habilidades para um atendimento que considera a singularidade de cada caso, o que resulta em uma assistência mais humana e próxima da realidade dos usuários [5].

O terceiro encontro do Dialoga APS abordou a temática da vigilância epidemiológica na APS, enfatizando a importância de estratégias eficazes para a promoção da saúde comunitária e o enfrentamento de surtos e doenças transmissíveis. Durante a discussão, foram analisadas as práticas de monitoramento e controle, buscando melhorar a capacidade de resposta das equipes frente a situações epidemiológicas adversas, com foco na prevenção e controle de doenças.

Este foco em vigilância epidemiológica reflete em discussões de sobre trabalho em equipe e prática colaborativa na APS [12]. Os autores ressaltam que a colaboração entre as equipes multiprofissionais é essencial para a implementação de estratégias eficazes de saúde pública, como as voltadas para o controle de surtos e doenças transmissíveis. Assim como no encontro do Dialoga APS, a integração e a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde são fundamentais para o sucesso das ações de vigilância epidemiológica, pois permite uma resposta mais ágil e coordenada frente aos desafios que surgem nas comunidades.

O Dialoga APS impacta significativamente as ações da APS no que diz respeito à promoção e prevenção da saúde, através de um cuidado proativo e focado em evitar o agravamento de condições de saúde. A abordagem integral e o conhecimento dos profissionais sobre o território permitem uma identificação precoce de riscos e a implementação de ações preventivas, promovendo saúde e bem-estar para a população. Essa proximidade com a comunidade e o conhecimento das realidades locais possibilitam que a APS atue não apenas na recuperação, mas principalmente na promoção da saúde [13].

O quarto encontro do Dialoga APS focou na questão das deficiências de micronutrientes, com ênfase nos indicadores da suplementação de ferro e vitamina A nos municípios da 9ª Região de Saúde. O encontro abordou os desafios e as estratégias para melhorar a cobertura e a qualidade dessas suplementações, com o objetivo de prevenir deficiências nutricionais que possam comprometer a saúde da população, especialmente em crianças e gestantes.

Este tema esteve alinhado com as diretrizes e orientações do Cadernos de Atenção Básica nº 20: Carências de Micronutrientes, que aborda a importância da suplementação de micronutrientes, como ferro e vitamina A, para o fortalecimento da saúde pública na Atenção Primária. O documento orienta a realização de ações sistemáticas de

suplementação para combater deficiências que podem levar a sérias complicações de saúde, como anemia e problemas de desenvolvimento infantil. No contexto do Dialoga APS, discutir os indicadores dessas suplementações permite uma melhor articulação entre os gestores municipais e as equipes de saúde, visando a melhoria dos resultados e o acompanhamento efetivo das ações de suplementação nos territórios[14].

O quinto e último encontro do DIALOGA APS, fruto de uma ação prática planejada no curso de especialização em apoio institucional e matricial, abordou a construção e a revisão de protocolos locais para o cuidado ao HIV, sífilis e hepatites virais, com destaque para as atualizações sobre autoteste para HIV e teste DUO. A discussão foi de grande importância para promover a atenção integral à saúde, considerando as novas ferramentas diagnósticas que auxiliam no diagnóstico precoce e no monitoramento dessas doenças. A implementação desses protocolos e a incorporação de novos testes são essenciais para a efetividade das estratégias de prevenção e cuidado na Atenção Primária à Saúde, garantindo que os serviços de saúde sejam mais acessíveis e eficientes na detecção precoce de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Este tema se relaciona-se com o estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2023, que faz um inventário das pesquisas desenvolvidas entre 2017 e 2022 na área de ISTs, HIV, Aids e Hepatites Virais. O relatório enfatiza as inovações no diagnóstico, incluindo o autoteste para HIV e o teste DUO, destacando sua importância para melhorar o acesso ao diagnóstico precoce e, assim, potencializar as estratégias de prevenção e tratamento nas unidades de saúde. Tais atualizações são fundamentais para garantir a eficácia das políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva, em especial na Atenção Primária à Saúde [15].

Os encontros do Dialoga APS, realizados no ano de 2024, foram essenciais para promover a qualificação dos profissionais da saúde, fortalecer a gestão compartilhada e integrar os diferentes níveis da APS, contribuindo para uma assistência mais resolutiva e focada nas necessidades locais da população e nos princípios doutrinários e organizativos do sistema.

A autonomia dos trabalhadores é um dos pilares centrais da Educação Permanente em Saúde (EPS), pois permite que os profissionais reflitam e reformulem suas práticas de maneira independente e assertiva. Ao contrário de um modelo tradicional de ensino, a EPS promove uma postura ativa, crítica e participativa, essencial para que os profissionais de saúde possam tomar decisões mais alinhadas às demandas específicas das comunidades em que atuam. Esse processo de reflexão contínua e autônoma é fundamental para a qualificação da APS, pois ao capacitar os trabalhadores para responderem de maneira mais contextualizada e resolutiva às necessidades locais, torna-se um instrumento poderoso para o aprimoramento da qualidade do cuidado prestado [16].

Essa proposta de aprendizagem contínua e reflexiva está em sintonia com a Formação Paideia para o Apoio Matricial, que também busca fortalecer a autonomia dos profissionais de saúde. De acordo com Viana e Campos (2020), a formação Paideia, centrada na reflexão sobre a prática, propõe uma abordagem pedagógica que valoriza a capacidade de os profissionais repensarem suas ações de forma crítica e integrada ao seu contexto de atuação, o que contribui diretamente para uma prática mais qualificada e alinhada às necessidades dos territórios de saúde

No contexto do Dialoga APS, as capacitações mensais têm desempenhado um papel crucial nesse sentido, fornecendo um espaço onde coordenadores e equipes podem compartilhar saberes e construir juntos soluções para os desafios enfrentados [17].

Para alcançar essa autonomia, o projeto faz uso de metodologias crítico-reflexivas, que promovem a participação ativa dos trabalhadores no processo de aprendizado. Alguns métodos, como rodas de conversa, oficinas práticas e estudos de caso permitem que os trabalhadores sejam protagonistas, refletindo sobre problemas reais e desenvolvendo competências práticas para solucioná-los[18].

Essas metodologias contribuem para que os profissionais passem a ter um papel mais crítico e reflexivo em suas atividades, fortalecendo sua capacidade de decisão. No Dialoga APS, isso se traduz em uma mudança prática: os

profissionais, ao se depararem com situações complexas no dia a dia da APS, se sentem mais confiantes para avaliar e intervir de forma independente.

O impacto desse processo na autonomia dos trabalhadores se reflete em diferentes dimensões do trabalho na APS. Por meio das capacitações e da troca constante de experiências, os trabalhadores se tornam menos dependentes de orientações hierárquicas, promovendo um ambiente de maior responsabilização e confiança mútua nas equipes. Esse aumento da autonomia resulta em um cuidado mais ágil e personalizado, pois os profissionais estão melhor preparados para responder rapidamente às especificidades de cada caso e para adaptar suas práticas de forma a atender às necessidades de saúde da população local.

Ao resgatar a autonomia dos trabalhadores, o projeto Dialoga APS contribui para o fortalecimento da APS como um todo, ao desenvolver profissionais que não apenas seguem protocolos, mas que são capazes de adaptar, criar e executar fluxos de trabalho com robustez e segurança. Essa transformação é um reflexo direto do papel da EPS e das metodologias ativas no contexto das capacitações, gerando um impacto positivo que ultrapassa os encontros mensais e se manifesta de forma concreta no território, a exemplo de Uiraúna-PB que implantou a estratégia do DIALOGA APS em seu município.

No entanto, ainda enfrentamos alguns desafios relacionados à adesão na participação de alguns profissionais, devido ao acúmulo de responsabilidades e atribuições em seus territórios, o que impossibilita a presença desses atores. Contudo utilizamos o espaço da Comissão Intergestores Regional (CIR) – Sertão Univale – 9ª GRS, para fortalecer a importância da participação dos coordenadores no Dialoga.

4. Discussão

A experiência do Dialoga APS representa um avanço expressivo no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), ao evidenciar que processos de educação permanente, quando contextualizados à realidade local, promovem transformações concretas na gestão e na prática do cuidado. O diferencial deste trabalho está na articulação entre educação, gestão e prática assistencial, resultando em um modelo de cogestão participativo e centrado nas necessidades dos territórios.

A principal inovação do Dialoga APS está na capacidade de operacionalizar os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), tornando-os instrumentos práticos de transformação institucional. Ao promover encontros mensais baseados em demandas reais, a estratégia supera o modelo tradicional de capacitação vertical e cria um ambiente horizontal de aprendizagem coletiva, o que está em consonância com o pensamento de Ceccim e Feuerwerker [5], que compreendem a educação permanente como prática emancipadora, construída a partir da problematização das experiências cotidianas.

Além disso, o Dialoga APS demonstra que o apoio institucional e o matriciamento podem funcionar como dispositivos potentes de integração entre gestão e equipe, conforme propõem Viana e Campos [16]. Essa integração fortalece a comunicação e a corresponsabilidade, aproximando teoria e prática. A estrutura da estratégia confirma o potencial da educação permanente em promover transformações organizacionais sustentáveis, especialmente quando se baseia na escuta qualificada e na construção coletiva.

Os resultados indicam um fortalecimento da autonomia dos trabalhadores da APS, expressa na capacidade de decisão e de adaptação das práticas às demandas locais. Essa autonomia, favorecida pelo uso de metodologias ativas [18], contribui para uma gestão mais resolutiva e menos hierarquizada. O fortalecimento dos vínculos entre profissionais e gestores, evidenciado nos encontros, reflete o que Peduzzi e Agreli [12] definem como prática colaborativa: um processo contínuo de comunicação e confiança mútua que melhora a coordenação do cuidado e a segurança do paciente.

O impacto do Dialoga APS na comunicação interprofissional e na coordenação dos fluxos de trabalho é coerente com a perspectiva de Starfield [10], que destaca a APS como ordenadora das redes de atenção à saúde e eixo central da integralidade do cuidado. A construção de protocolos locais e o aperfeiçoamento das ações no pré-natal de alto risco, vigilância epidemiológica e manejo de micronutrientes exemplificam esse fortalecimento estrutural, articulando eficiência gerencial e humanização da prática clínica.

A experiência analisada reforça o papel da educação permanente como motor de transformação institucional, ao adotar metodologias crítico-reflexivas, como rodas de conversa, sala de aula invertida e brainstorming. Esse modelo aproxima-se das concepções pedagógicas de Berbel [18] e Paulo Freire, que defendem a aprendizagem significativa centrada no sujeito e em sua realidade. Assim, o Dialoga APS permite que os profissionais se reconheçam como protagonistas do processo educativo, ressignificando suas práticas e fortalecendo a identidade coletiva do SUS.

A iniciativa também se mostra alinhada à proposta de formação Paideia, que valoriza o diálogo e a reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho como meios de promover autonomia e corresponsabilidade [16]. Essa prática produz impactos diretos na resolutividade dos serviços, na capacidade de enfrentamento de problemas complexos e na efetividade das ações de saúde nos territórios.

Entre os desafios observados, destaca-se a baixa adesão de alguns profissionais aos encontros, em virtude do acúmulo de funções e da sobrecarga de trabalho nos territórios, o que pode limitar o alcance das ações formativas. Esse aspecto revela a necessidade de estratégias institucionais para garantir a participação contínua dos trabalhadores, como a incorporação das atividades do Dialoga APS à rotina formal de trabalho, em consonância com as diretrizes da PNEPS [4].

Outra limitação refere-se à ausência de indicadores quantitativos de impacto, já que o estudo, por ser um relato de experiência qualitativa, prioriza aspectos processuais e subjetivos. No entanto, a riqueza dos dados empíricos e das percepções dos participantes confere valor descritivo e formativo à pesquisa, possibilitando a construção de novas hipóteses para investigações futuras.

Síntese interpretativa

De modo geral, o Dialoga APS revela-se uma estratégia inovadora e coerente com os princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e participação social. Ao fortalecer o protagonismo dos trabalhadores, aprimorar a comunicação interprofissional e promover uma gestão mais integrada e humanizada, o projeto se consolida como modelo de referência para qualificação da APS em contextos regionais.

Assim, o Dialoga APS confirma que educação permanente, apoio institucional e cogestão são pilares indissociáveis de uma APS resolutiva, inclusiva e comprometida com a transformação das práticas de saúde.

5. Conclusões

O Dialoga APS revelou-se como uma estratégia fundamental para o fortalecimento da APS na 9ª Região de Saúde, composta por 15 municípios, ao promover um espaço contínuo de construções coletivas entre os profissionais de saúde do primeiro nível de atenção. Com encontros mensais que abordam temas diretamente relacionados às práticas da APS, o projeto contribui não apenas para a atualização técnica dos coordenadores e trabalhadores da saúde, mas também para a criação de um ambiente de reflexão coletiva, essencial para o aprimoramento da qualidade do cuidado prestado à população.

Através dessas capacitações, o Dialoga APS fortalece a autonomia dos trabalhadores da saúde, permitindo que se tornem protagonistas de seu próprio processo de aprendizagem e do trabalho que realizam no cotidiano da APS. Esse aspecto é central, pois a autonomia profissional é um dos pilares da EPS, que busca garantir a formação contínua e a

capacidade de tomada de decisão crítica pelos profissionais de saúde. Ao incentivar a reflexão sobre a prática e o uso de metodologias ativas, o projeto promove a construção de uma APS mais resolutiva e adaptada às realidades locais, o que reflete diretamente na qualidade da assistência à população.

Outro impacto significativo do Dialoga APS foi o aprimoramento na coordenação do cuidado, com a construção de fluxos e protocolos adaptados às especificidades de cada território. A capacitação continuada, aliada ao desenvolvimento de ferramentas e protocolos locais, facilita a implementação de ações mais rápidas e coerentes com as necessidades dos usuários, reforçando o papel da APS como a porta de entrada para o SUS e garantindo um atendimento integral e humanizado.

A estratégia também fortaleceu a importância de integrar prevenção, promoção e tratamento no cuidado prestado à população, baseando-se em uma abordagem integral. Esse modelo de cuidado fortalece a APS não apenas como um serviço de recuperação, mas como um espaço de promoção da saúde e prevenção de doenças, onde os profissionais estão preparados para lidar com as especificidades de cada contexto, respeitando a diversidade da população atendida. A perspectiva integral que o Dialoga APS oferece é um passo importante para garantir que a APS seja efetivamente resolutiva e capaz de proporcionar cuidados completos e contínuos, englobando todas as necessidades dos usuários.

Em síntese, o Dialoga APS demonstra-se uma experiência exitosa, ao promover a qualificação dos profissionais da APS e ao resgatar a autonomia desses trabalhadores, permitindo uma prática mais crítica, independente e, principalmente, resolutiva. A continuidade do cuidado e a integralidade da assistência, princípios fundamentais da APS, são potencializados com a capacitação e o fortalecimento da autonomia profissional. Os resultados deste projeto são claros: ao investir em processos formativos contínuos, específicos e contextualizados, o Dialoga APS contribui para a transformação da APS, consolidando-a como um serviço cada vez mais eficiente e adaptado às necessidades de saúde da população.

A partir desta experiência, observa-se que, quando a APS é fortalecida por meio de estratégias de qualificação e desenvolvimento contínuo, é possível transformá-la em um serviço mais humanizado, resolutivo e alinhado com as realidades locais.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento: Próprio

Conflito de interesses: O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(6):1667-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qqxqFNCmjdYVq8qTJt5BJPG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2021.

-
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
 5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Educação permanente em saúde: a construção de novos sentidos para o trabalho no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Educação permanente em saúde: conceitos e estratégias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
 7. Oliveira MAC, Pelegrini AHW. Educação permanente em saúde e práticas colaborativas: perspectivas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):1008-15.
 8. Paraíba. Escola de Saúde Pública da Paraíba. Guia de escrita científica descomplicada: estratégia de reflexão da prática profissional. João Pessoa (PB): ESP-PB; 2024.
 9. Farinha AL, Jaeger FP, Marchiori MRC, Budel LJ, Colomé JS. Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área da saúde. Rev Educ Interprof Saude. 2023;27:1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/peps>. Acesso em: 10 dez. 2024.
 10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; 2002.
 11. Shimizu HE, Carvalho ALB, Brêtas-Júnior N, Capucci RR. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. Cienc Saude Colet. 2018;26(Suppl 2):3385-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/peps>. Acesso em: 10 dez. 2024.
 12. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2016;22(Suppl 2):1525-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/peps>. Acesso em: 10 dez. 2024.
 13. Silva DR, Cassiani SHD. A promoção da saúde na atenção primária: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2013.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 20: Carências de micronutrientes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2024.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Inventário das pesquisas desenvolvidas entre 2017 e 2022 na área de ISTs, HIV, Aids e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023.
 16. Viana AL, Campos GWS. Formação Paideia para o apoio matricial e institucional no SUS: caminhos da cogestão e do método Paideia. São Paulo (SP): Hucitec; 2020.
 17. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: uma estratégia de qualificação profissional. São Paulo (SP): Hucitec; 2005. Berbel NP. Metodologias ativas para a aprendizagem significativa. Porto Alegre (RS): Artmed; 201

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

"DIALOGA APS" NA 6ª REGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA: Estratégia de fortalecimento e qualificação da Atenção Primária à Saúde

¹Humberto Medeiros Wanderley Filho; ²Maria Zilda Batista de Sousa ; ²Paulo Sérgio do Nascimento Rodolfo ; ²Janaína Lúcio Dantas

Afiliação:

¹Projeto REAP QUALI - 6ª Gerência Regional de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Matureia; humbertofilhote@gmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde de Matureia

Correspondência: humbertofilhote@gmail.com

Resumo: É relevante trazer à luz discussões sobre formas de fortalecimento e qualificação da Atenção Primária à Saúde por meio da Educação Permanente em Saúde, tendo em vista sua potente característica de transformação do trabalho. Assim, o objetivo desse estudo foi relatar a experiência do “Dialoga APS” na 6ª Região de Saúde do estado da Paraíba, como estratégia de fortalecimento e qualificação da APS. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo Relato de Experiência, ocorrido num recorte temporal de abril a novembro de 2024, sendo realizados sete encontros que aconteceram periodicamente no Auditório da 6ª GRS, localizado no município de Patos – PB. Foi utilizado diário de campo para coleta de dados. Os resultados reforçaram a importância de proporcionar espaços de diálogo e cogestão dos processos inerentes à promoção do cuidado em saúde dentro das Regiões de Saúde, respeitando as características locais e necessidades reais dos territórios. Sendo assim, o “Dialoga APS” no estado da Paraíba se mostrou como importante estratégia para o compartilhamento de saberes e vivências. Ainda assim, faz-se necessário analisar as formas de manutenção do vínculo entre os atores envolvidos para minimizar a evasão dos representantes municipais nos encontros.

Palavras-chave: Gestão Participativa; Educação Continuada; Atenção Primária à Saúde; Educação em saúde.

1. Introdução

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2003, representando o esforço em fazer cumprir o que está disposto na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, principalmente no que diz respeito à necessidade de formar trabalhadores por meio da interação entre ensino e serviço, bem como o estabelecimento de relações naturais entre gestão

e formação, desenvolvimento institucional e participação social na saúde do Brasil [1-3].

O termo “Educação Permanente” surgiu na França em meados da década de 1950 como movimento educativo e de formação tendo como enfoque os profissionais e suas vivências dentro dos contextos socioculturais onde estão inseridos, colocando no centro da discussão o próprio trabalho e a aprendizagem dentro do trabalho, que é construído colaborativa e coletivamente, fazendo com que aconteça de maneira compartilhada e horizontal [4]. Esse conceito chegou ao Brasil em meados da década de 1980 por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tendo como objetivo a elaboração de uma nova metodologia pedagógica que envolvesse o trabalhador na produção do cuidado em saúde de forma qualificada [5].

Portanto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem o objetivo de ir além do modelo tradicionalista ao integrar ensino, serviço e comunidade, à medida que se torna necessário aprender por meio da realidade laboral para assim propor transformações significativas nos territórios [3]. Assim, as práticas voltadas à EPS devem ser compreendidas como não tão somente uma metodologia didática de ensino-aprendizagem, mas também um movimento político-pedagógico, no qual diversos sujeitos estão incluídos e assumem simultaneamente os papéis de aprendiz e mentor, em um cenário real e vivo, devendo desempenhar suas contribuições na construção coletiva do conhecimento e transformação concreta do/no/para o trabalho [6,7].

Sendo assim, a EPS enquanto metodologia para a aprendizagem no trabalho tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e consequente melhoria aos serviços de saúde em seus mais diferentes níveis de atenção à saúde [7]. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), proporcionar espaços nos quais os trabalhadores possam construir o saber de forma coletiva pode ser compreendido como ponto essencial para a efetividade e aprimoramento dos serviços de saúde, resultando em uma melhor assistência à saúde e cuidado qualificado para a população [8].

De acordo com Donaduzzi et al.[9] é necessário que sejam oportunizados espaços coletivos de diálogo na APS com ênfase na EPS para que sejam transformadas as práticas nos serviços e a gestão em saúde, numa perspectiva de resolutividade da atenção e do cuidado em saúde. Por sua vez, Silva et al. [10] apontam que esses momentos dialógicos devem ser considerados como relevantes espaços de cogestão e devem ser valorizados como importante estratégia para guiar as maneiras de gerir, fortalecer e qualificar a APS, principalmente no que diz respeito aos processos de trabalho que ainda se apresentam fortemente enraizados às tendências meramente curativas, rompendo as amarras desafiadoras do modelo de atenção focado apenas na resolução de doenças para dar espaço à educação na saúde.

De tal forma, é relevante trazer à luz discussões sobre formas de fortalecimento e qualificação da APS por meio da EPS, tendo em vista sua potente característica de transformação do trabalho e das melhorias que podem ser

alcançadas, trazendo o protagonismo dos profissionais de saúde que passam a desempenhar papéis na cogestão do cuidado à saúde, na tentativa incessante de trazer benefícios à população assistida. Nesse contexto, surge o “Dialoga APS” como espaço privilegiado de cogestão, fortalecimento e qualificação da APS no estado da Paraíba, proporcionando um espaço favorável ao diálogo entre os profissionais de saúde e de gestão dos municípios das 16 regiões de saúde do estado, incentivando a construção compartilhada do conhecimento e a transformação das práticas de saúde.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi relatar a experiência do “Dialoga APS” na 6ª Região de Saúde do estado da Paraíba, como estratégia de fortalecimento e qualificação da APS. Os objetivos específicos foram: explanar as percepções dos Apoiadores Institucionais e Regional sobre os encontros desenvolvidos; enfatizar o “Dialoga APS” enquanto ferramenta de EPS para cogestão da APS.

2. Materiais e Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo Relato de Experiência, sobre a condução do espaço de cogestão da saúde intitulado “Dialoga APS”, como estratégia de fortalecimento e qualificação da APS da 6ª Região de Saúde do estado da Paraíba.

O “Dialoga APS” é uma estratégia criada pela Gerência Operacional de Atenção Básica (GOAB) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), objetivando o fortalecimento e qualificação da APS por meio da construção de um espaço de diálogo para o desenvolvimento de sala de situação em saúde a partir da análise de indicadores epidemiológicos e de gestão, além de funcionar como espaço formativo por meio da EPS. Sendo assim, a partir do mês de abril de 2024, o “Dialoga APS” passa a ser desenvolvido nas 16 Regiões de Saúde do estado da Paraíba, tendo como condutores locais os Apoiadores Institucionais da APS vinculados ao Projeto “Rede de Apoio Institucional para Qualificação e Matriciamento Gerencial de Trabalhadores e Gestores do SUS com foco na Regionalização para Organização da Rede de Atenção à Saúde” (REAP QUALI).

Seguindo o movimento estadual, a 6ª Região de Saúde iniciou a utilização da estratégia do “Dialoga APS” no dia 18 de abril de 2024 e desenvolveu periodicamente encontros de diálogo entre os profissionais da 6ª Gerência Regional de Saúde (6ª GRS), Apoiadores Institucionais vinculados à 6ª GRS, Coordenadores Municipais de Atenção Básica e demais Coordenadores e profissionais dos 24 municípios que compõem a 6ª Região de Saúde, sendo: Areia de Baraúnas; Cacimba de Areia; Cacimbas; Catingueira; Condado; Desterro; Emas; Junco do Seridó; Mãe D’água; Malta; Matureia; Passagem; Patos; Quixaba; Salgadinho; Santa Luzia; Santa Terezinha; São José de Espinharas; São José do Bonfim; São José do Sabugi; São Mamede; Teixeira; Várzea e; Vista Serrana.

Sendo assim, esta experiência retrata o “Dialoga APS” no recorte temporal de abril a novembro de 2024 foi conduzida pelos dois Apoiadores Institucionais da APS da 6ª GRS vinculados ao REAP QUALI, como parte integrante dos produtos desenvolvidos para o Projeto. Participaram dos encontros do “Dialoga APS” os apoiadores dos demais eixos do REAP QUALI, os profissionais da própria 6ª GRS, e prioritariamente os Coordenadores da Atenção Básica dos municípios da 6ª Região de Saúde. Os encontros do “Dialoga APS” aconteceram periodicamente no Auditório da 6ª GRS, localizado no município de Patos – PB, compreendido como um dos municípios sede da 3ª Macrorregião de Saúde da Paraíba.

Os Apoiadores Institucionais da APS realizaram anotações em diário de campo para coletar os dados que posteriormente compuseram os relatórios dos encontros. Por sua vez, o conteúdo dos relatórios serviu de subsídio para este Relato de Experiência. O diário de campo é compreendido como metodologia de registro histórico sobre o cotidiano e rotina vivenciados por uma pessoa para que seja possível posterior recriação dos acontecimentos e análise da experiência[11].

Os Apoiadores Institucionais da APS realizaram reuniões de planejamento nos dias que antecederiam os encontros, organizando o material a ser utilizado, bem como demais detalhes necessários, analisando a necessidade de convidar palestrantes e definindo as formas de divulgação para captação dos participantes. Além disso, nas reuniões de planejamento era decidido se os participantes seriam os Coordenadores de Atenção Básica como de costume, ou se outros atores eram importantes para o momento, como Coordenadores de Vigilância Epidemiológica, Coordenadores da Saúde do Programa Saúde na Escola e demais profissionais da APS dos municípios.

Durante as reuniões de planejamento, os Apoiadores Institucionais da APS analisaram as necessidades dos municípios para decisão dos temas que foram abordados. Sendo assim, a Tabela 1 apresenta os temas de cada um dos encontros do “Dialoga APS” no período de abril a novembro de 2024.

Tabela 1 - Temas abordados nos encontros do “Dialoga APS” na 6ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba entre abril e novembro de 2024.

Descrição	Tema
1º Encontro	Apresentação do “Dialoga APS” à 6ª Região de Saúde
2º Encontro	Diagnóstico Situacional de Saúde da Mulher da 6ª Região de Saúde
3º Encontro	Resultados do Diagnóstico Situacional de Saúde da Mulher da 6ª Região de Saúde
4º Encontro	Educação Sexual e Reprodutiva na Adolescência
5º Encontro	Novo Cofinanciamento da APS: Vínculo e Acompanhamento Territorial
6º Encontro	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
7º Encontro	Implementando o Pré-natal do parceiro

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Em relação aos aspectos éticos, este estudo não foi apreciado por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos por se tratar de um Relato de Experiência, ancorado pela Resolução 510/2016 que enfatiza os casos onde não há necessidade de avaliação pelo sistema CEP/CONEP, dente eles quando se trata de pesquisas com objetivo de aprofundar teoricamente as situações emergentes da prática profissional, desde que não haja identificação dos sujeitos. Ainda assim, este estudo respeita a Resolução 466/2012 no que diz respeito ao anonimato das pessoas envolvidas, bem como a Lei 14.874 de 28 maio de 2024 que dispõe sobre pesquisas com seres humanos.

Portanto, serão descritos os resultados advindos da experiência relatada pelo Apoiador Institucional da APS e pela Apoiadora Institucional de Saúde Digital da 6ª GRS vinculados ao REAP QUALI, e pelo Apoiador Regional vinculado à 6ª GRS, que estiveram diretamente envolvidos com os encontros do “Dialoga APS” na 6ª Região de Saúde da Paraíba.

3. Resultados

Este estudo traz o Relato de Experiência sobre o “Dialoga APS” na 6ª GRS, sob a ótica dos Apoiadores de APS e Saúde Digital do REAP QUALI, e do Apoiador Regional da 6ª GRS. Prioritariamente, participaram dos encontros os Coordenadores de APS dos 24 municípios da 6ª Região de Saúde e, eventualmente, demais profissionais desses municípios, a exemplo de Coordenadores de Vigilância Epidemiológica e demais profissionais da APS. Durante os meses de abril e novembro, foram realizados sete encontros do “Dialoga APS”.

O 1º Encontro aconteceu no dia 18 de abril de 2024 e contou com a participação de representações da GOAB, sendo um momento de apresentação e contato inicial dos municípios com esse espaço de diálogo e compartilhamento. O encontro aconteceu com dinâmica inicial e com apresentação e debate sobre como organizar uma Sala de Situação em Saúde (SDSS), sendo considerando um importante marco inicial para criação de vínculo e confiança entre os municípios e os apoiadores. O encontro foi integrado e contou com a presença de 35 participantes das 6ª, 7ª e 11ª Regiões de Saúde, dentre eles 12 coordenadores municipais da APS dos municípios da 6ª Região de Saúde.

O 2º Encontro aconteceu no dia 05 de junho de 2024 e abordou como tema o Diagnóstico Situacional de Saúde da Mulher da 6ª Região de Saúde. Este diagnóstico aconteceu em todas as regiões de saúde como parte dos produtos do REAP QUALI, sendo composto por 111 questões divididas em 5 tópicos: dados gerais do público feminino nos municípios; Rastreamento do câncer de colo de útero e acesso das mulheres ao exame citopatológico; Rastreamento de câncer de mama e acesso das mulheres ao exame de mamografia; Planejamento Sexual e Reprodutivo e; Pré-natal.

Semanas antes do 2º Encontro, os apoiadores construíram um formulário intitulado “Dados Prévios”, selecionando apenas as questões do Diagnóstico que precisariam de pesquisa prévia em sistemas de informação, para facilitar a coleta junto aos municípios. Posteriormente, enviaram o Diagnóstico na íntegra, convidando os Coordenadores a preencherem os dados e trazerem para o 2º Encontro, de modo que uma roda de conversa foi formada para dialogarem sobre Saúde da Mulher na APS, resultando ao final do encontro na conclusão do preenchimento de todos os formulários. Participaram desse encontro 16 representantes de 14 municípios da Região.

Por sua vez, o 3º Encontro aconteceu no dia 15 de agosto de 2024 e foi o desdobramento do Diagnóstico Situacional de Saúde da Mulher da 6ª Região de Saúde. Foi apresentado o resultado da análise descritiva dos dados que foram coletados junto aos municípios e posteriormente foi aberto o espaço para diálogo sobre os achados advindos do Diagnóstico e como estes dados refletiam a realidade dos municípios e da 6ª Região de Saúde. Estiveram presentes 15 participantes representando 10 municípios da Região.

Os 4º e 5º Encontros do “Dialoga APS” aconteceram no mesmo dia, 15 de outubro de 2024, sendo intitulados como “Super Dialoga APS”, uma vez que foram utilizados os dois turnos para abordagem de duas temáticas distintas. Sendo assim, o 4º Encontro abordou sobre Educação Sexual e Reprodutiva na Adolescência, com a participação de uma Médica de Família e Comunidade como convidada palestrante, oportunizando a explanação do tema de forma bastante dialogada e com intensa participação dos Coordenadores. Ao final, a convidada disponibilizou o material de apresentação do tema em formato editável para que pudesse ser utilizado dentro dos municípios e adaptado de acordo com a realidade local.

Em relação ao tema do 4ª Encontro, foram abordados os seguintes pontos: O que é Educação Sexual; O que é Educação Reprodutiva; Importância de superar tabus e falar sobre sexualidade na adolescência; Planejamento reprodutivo e familiar; Precocidade da vida sexual; Precocidade da vida reprodutiva; Repercussões na saúde e na vida dos adolescentes e das famílias; Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); Métodos contraceptivos; Abordando o tema com os adolescentes: desafios e potencialidades; Intersetorialidade: saúde e educação trabalhando juntas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) na construção de um ambiente favorável à abordagem da sexualidade e reprodução na adolescência; Apoio para adolescentes grávidas e parceiros: papel da saúde, educação e assistência social. O encontro contou com a presença de 20 participantes com representações de 10 municípios da Região.

Por sua vez, o 5º Encontro trouxe à luz o Novo Cofinanciamento da APS, mais especificamente o Vínculo e Acompanhamento Territorial, com a participação da Apoiadora Institucional do Eixo de Saúde Digital do REAP QUALI como convidada. Novamente, os Coordenadores participaram e puderam ver na prática como utilizar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para qualificação dos dados da Ficha de Cadastro Individual e Ficha de Atividade Coletiva. Além disso, foram abordados: Conecta SUS; Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS); Atualização do PEC; Qualificação das fichas de atividades coletivas do PSE e do Cadastro Individual. Estiveram presentes 16 participantes com representações de 9 municípios da Região.

O 6º e 7º Encontros aconteceram no mesmo dia em uma segunda versão “Super” do “Dialoga APS”, abordando duas temáticas diferentes nos dois turnos do dia 28 de novembro de 2024. O 6º Encontro abordou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com a participação de um Médico de Família e Comunidade e docente de um Centro Universitário, que trouxe ao debate alguns pontos, como: Introdução à Política e contexto histórico; objetivos gerais e público-alvo; situação atual da saúde do homem no Brasil; dados epidemiológicos, indicadores e aspectos socioculturais; diretrizes e princípios; principais linhas de ação (promoção da saúde, prevenção de doenças, saúde mental e emocional, saúde sexual e reprodutiva); desafios da implementação da Política; estratégias de planejamento e acolhimento do homem.

Por fim, o 7º Encontro aconteceu no turno da tarde do dia 28 de novembro, abordando o tema Pré-natal do parceiro, onde foram dialogados pontos importantes do “Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde”, como: homens, gênero, paternidade e cuidado; a paternidade como oportunidade de promoção da saúde dos homens; a Rede de Atenção à Saúde e a estratégias pré-natal do parceiro; acolhimento do(a) parceiro(a), como número, dinâmica e fluxos dos atendimentos, além das etapas da consulta; calendário vacinal; licença paternidade; e estratégia organizacional para ampliação da adesão ao pré-natal [22]. Após o debate, os participantes foram convidados a utilizar a ferramenta 5W2H para elaboração de planos de ação voltados à implementação do pré-natal do parceiro em seus municípios.

Dessa forma, os sete encontros desenvolvidos como parte da estratégia de fortalecimento da APS, intitulada “Dialoga APS”, se mostrou um importante espaço de diálogo na 6ª Região de Saúde. De acordo com os relatos das pessoas que estiveram presentes durante suas participações entre abril e novembro de 2024, há muito tempo não existia um espaço aberto ao diálogo e partilha de experiências na Região, sendo possível compreender a importância e a satisfação dos participantes durante os encontros. Assim, o “Dialoga APS” vem se consolidando como ferramenta potente para a mudança das práticas em saúde e realidades locais da saúde por meio da EPS, acontecendo de forma positiva durante o período estudado e aqui relatado.

Ainda assim, é importante analisar que, diante dos relatos acima expostos sobre a experiência vivenciada no “Dialoga APS”, percebeu-se uma grande variabilidade em relação a presença dos municípios da 6ª Região de Saúde nos encontros, sendo 9 municípios (37,5%) o número mínimo de representações em um encontro, e 14 (58,3%) o número máximo. Sendo assim, apenas um encontro conseguiu captar a maioria dos municípios, sendo considerada baixa a adesão dos coordenadores da APS em um espaço importante para a gestão da saúde na 6ª Região. Além disso, percebeu-se que 3 municípios nunca participaram de nenhum dos encontros. A partir disso, faz-se necessária uma análise apurada para que sejam consideradas novas formas de captação e minimização da evasão aos encontros do “Dialoga APS”, na busca de qualificar a Região por meio da participação massiva das representações municipais.

4. Discussão

De acordo com Deininger et al.[12], a SDSS pode ser entendida como um agrupamento de dados coletados de determinada população num espaço temporal delimitado, geralmente oriundos de sistemas de informações em saúde, sendo apresentados de forma visualmente estratégica para apoiar o entendimento da real situação sanitária de municípios e regiões de saúde. Com isso, torna-se uma alternativa interessante para o monitoramento local e regional das condições de saúde de um lugar. Azevêdo et al.[13] abordaram a importância de utilização da SDSS, trazendo em seu estudo a experiência dessa estratégia durante a pandemia de COVID-19, bem como seu papel enquanto fortalecedora dos processos de trabalho na APS à medida que aproxima os serviços de saúde da realidade local regional.

Moraes et al.[14], em seu relato de experiência, evidenciam a utilização do Diagnóstico Situacional em Saúde como ferramenta primordial de apoio para avaliação e planejamento das equipes que atuam na APS, pois proporciona um maior entendimento sobre as condições de saúde e perfil populacional do território onde as equipes estão inseridas, ampliando o olhar sobre as reais necessidades de saúde e apoiando o planejamento e a execução de ações e atividades mais assertivas e que consigam solucionar os problemas evidenciados pelos resultados da análise dos dados do diagnóstico. Lacerda e Moretti-Pires (2016)[15] reforçam que esta ferramenta considera os determinantes sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde das pessoas no território.

Segundo com Figueiredo [16], a APS representa um importante ponto de atenção à saúde para a realização de ações de prevenção, sendo necessário propor estratégias de educação popular em saúde voltadas aos adolescentes, com utilização de linguagem adequada e convidativa ao diálogo com esse público. Além disso, a autora reforça a necessidade de realizar busca ativa quando se trata de trabalhos direcionados aos adolescentes, uma vez que esta parcela da população tende a procurar menos os serviços de saúde. Aliado a isso, Wachs et al.¹⁷ apontam o Programa Saúde na Escola (PSE) como relevante estratégia intersetorial para melhorar os indicadores de saúde nos municípios, favorecendo a saúde de forma ampliada ao considerar contextos socioeconômicos e culturais nessa construção.

De acordo com Pereira, Zacharias e Schönholzer [18], o PEC foi criado como ferramenta de auxílio aos profissionais na organização da assistência voltada aos usuários dos serviços de saúde, ajudando a sistematizar os atendimentos que foram ofertados. Os autores refletem sobre as melhorias que a ferramenta pode trazer, como melhor assistência aos usuários e maior facilidade para acesso dos dados por parte dos profissionais, embora existam diversos desafios em sua implementação. O estudo realizado por Celuppi et al.¹⁹ abordou a evolução do PEC em um recorte dos seus 10 anos de implementação, reforçando que este instrumento atualmente é a principal escolha quando trata-se de formulário eletrônico de dados em saúde, havendo uma grande carência de treinamentos para as equipes da APS.

Segundo Separavich e Canesqui [20], a PNAISH deve ser compreendida como importante instrumento de discussão sobre a saúde do público masculino, sendo necessário reforçar estudos que abordem as dificuldades de inserir os homens nos serviços de saúde, uma vez que as estruturas socioculturais construídas historicamente distanciam esse público da busca do cuidado em saúde. No entanto, Silva et al. [21] conclui em seu estudo que a PNAISH ainda não é efetivada como preconiza o Ministério da Saúde, repercutindo de forma negativa e influenciando a baixa adesão dos homens na busca pelo cuidado, sendo necessário revisar periodicamente essa Política, bem como capacitar a equipe de saúde para acolher de forma adequada esse público.

O estudo realizado por Batista et al.[23], cujo objetivo foi analisar os fatores que dificultam a adesão dos homens ao pré-natal à nível mundial apontou como resultados que, para o homem brasileiro, as questões culturais e barreiras institucionais são os principais motivos da não participação do homem no pré-natal, fatores que não existem em outros países estudados, reforçando a importância do diálogo com os profissionais da saúde sobre o tema para superar a dificuldade institucional em receber e lidar com este público no pré-natal. Por sua vez, o estudo de Silva et al. [24] reforça que há um entendimento geral de que o pré-natal é um espaço voltado apenas às mulheres, sendo necessário desenvolver ações que estimulem o entendimento da população sobre a importância do homem nesse acompanhamento.

5. Conclusões

O “Dialoga APS” aconteceu na 6ª Região de Saúde no período de abril a novembro de 2024 em sete encontros com representações dos municípios e demais atores importantes para essa construção coletiva, visando o fortalecimento e qualificação da APS da região. Sendo assim, o presente Relato de Experiência ancorou-se na literatura para embasar

teoricamente a prática vivenciada pelos Apoiadores Institucionais da APS e da Saúde Digital, e Apoiador Regional da 6ª GRS, que conseguiram experienciar e perceber a potente estratégia do “Dialoga APS” enquanto espaço fértil para o incentivo à gestão compartilhada da saúde e melhorias nos processos de trabalho à luz da EPS.

Os resultados, ao serem correlacionados com a literatura, reforçaram a importância de proporcionar espaços de diálogo e cogestão dos processos inerentes à promoção do cuidado em saúde dentro das Regiões de Saúde, respeitando as características locais e necessidades reais dos territórios. Sendo assim, o “Dialoga APS” no estado da Paraíba se mostrou como importante estratégia para o compartilhamento de saberes e vivências, superando as barreiras que distanciavam os profissionais da 6ª Região de Saúde de desenvolverem o protagonismo em seus municípios. No entanto, faz-se necessário analisar as formas de manutenção do vínculo entre os atores envolvidos para minimizar a evasão dos representantes municipais nos encontros.

Assim, o presente Relato de Experiência atingiu seu objetivo ao relatar de forma detalhada a experiência do “Dialoga APS” na 6ª Região de Saúde. Em tempo, são sugeridos novos estudos utilizando outros tipos de abordagem para maior compreensão dos impactos do “Dialoga APS” a níveis regional, macrorregional e estadual, na expectativa de fortalecer a APS da Paraíba por meio do aprimoramento dos processos de trabalho e gestão qualificada da saúde, sempre objetivando a oferta de melhores formas de cuidado em saúde para a população paraibana.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas flexíveis, construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 2004 fev 14 [citado 2025 fev 15]. Disponível em: <https://www.in.gov.br>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2007 ago 20 [citado 2025 fev 15]. Disponível em: <https://www.in.gov.br>
3. Souza RMP, Costa PP. Educação permanente em saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. *Saude Debate*. 2019;43(Spe1):116-26. doi: 10.1590/0103-11042019s110
4. Lemos CLS. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Cienc Saude Colet*. 2016;21(3):913-22. doi: 10.1590/1413-81232015213.08182015
5. Ferreira F, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saude Debate*. 2019;43(120):223-39. doi: 10.1590/0103-1104201912017
6. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saude*. 2008;6(3):443-56. doi: 10.1590/S1981-77462008000300003
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu desenvolvimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
8. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):478-84.
9. Donaduzzi DSS, Fetterman FA, Calomé JS, Beck CLC. Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na atenção básica. *Res Soc Dev*. 2021;10(5):e12010514648. doi: 10.33448/rsd-v10i5.14648
10. Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e58779. doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.58779
11. Nascimento ML, Lemos FCS. A pesquisa intervenção em Psicologia: os usos de diário de campo. *Rev Barbarói*. 2020;57:239-53.
12. Deininger LSC, Lucena KDT, Figueiredo DCM, Silva CC, Oliveira AEC, Anjos UU. A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde. *Saude Debate*. 2014;38(100):50-6.

13. Azevêdo LMG, Ribeiro CCS, Silva ILS, Andrade YS, Jesus AS, Santos IR, et al. Sala de situação em saúde como estratégia de vigilância local da Covid-19: relato de experiência no Oeste Baiano. *Saude Redes*. 2022;8(Suppl 2):313-25. doi: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup2p313-325
14. Lacerda JT, Moretti-Pires RO. *Processo de trabalho na atenção básica*. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
15. Figueiredo ML. Educação sexual e reprodutiva para adolescentes na atenção primária: uma revisão narrativa. *Ensaio Cienc*. 2020;24(1):82-7. doi: 10.17921/1415-6938.2020v24n1p82-87
16. Wachs LS, Facchini LA, Thumé E, Tomasi MEG, Fassa AG. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. *Cad Saude Publica*. 2022;38(6):e00231021. doi: 10.1590/0102-311XPT231021
17. Pereira JAS, Zacharias FCM, Schönholzer TE. Avanço no uso do prontuário eletrônico do cidadão na atenção primária à saúde. *Rev Saude AJES*. 2020;6(12).
18. Celuppi IC, Mohr ETB, Felisberto M, Rodrigues TS, Hammes JF, Cunha CL, et al. Dez anos do prontuário eletrônico do cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. *Rev Saude Publica*. 2024;58:23. doi: 10.11606/s1518-8787.2024058005770
19. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saude Soc*. 2013;22(2):415-28.
20. Silva JLL, Silva VGF, Daher DV, Barbosa KS, Reis LB, Messias CM. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem aplicada no SUS e a relação com a teoria de Orem. *Braz J Health Rev*. 2023;6(4):19401-12.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Guia do pré-natal do parceiro para profissionais da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
22. Batista WCA, Castro RC, Regazzi ICR, Motta CO, Lopes EB, Padilha GKM, et al. Dificuldades presentes na adesão do pré-natal do parceiro mundialmente: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(10):e70101018493.
23. Silva NHP, Silva Neto EG, Medeiros RLSFM, Lira M, Sousa ACA. A participação do parceiro no acompanhamento da assistência pré-natal. *Rev Iberoam Humanid Cienc Educ*. 2024;10(11):4319-32. doi: 10.51891/rease.v10i11.16853

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



OFICINAS TERAPÊUTICAS COMO POTENCIALIDADES DE EDUCAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

¹Maria Dandara Lopes Ferreira, ²Gabriel Rodrigues Martins de Freitas, ³Ana Beatriz Medeiros Lopes Leite Ferreira.

Afiliação:

¹Mestranda do PROFSAÚDE/ Fundação Oswaldo Cruz - Universidade Federal da Paraíba; profsaude@ccm.ufpb.br

² Docente no Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPB) e ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

³Escola De Saude Publica

* Correspondência: lopesdandara7@gmail.com (endereço de e-mail do autor correspondente)

Resumo: As oficinas terapêuticas configuram-se como estratégias fundamentais de cuidado em saúde mental, favorecendo a reinserção social e a integração individual e coletiva dos usuários. Tais espaços permitem abordagens versáteis, contemplando temas como saúde mental, relações interpessoais, uso racional de medicamentos, práticas integrativas e alimentação saudável. O objetivo deste relato é evidenciar a importância das oficinas como instrumento de educação popular em saúde, analisando seu impacto nos usuários e nas equipes multiprofissionais. A metodologia consistiu na realização de oficinas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Saúde da Família (USF), durante a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e atuação como Farmacêutica na APS, utilizando rodas de conversa, material didático, práticas integrativas e momentos lúdicos. Os resultados mostraram fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários, maior interesse pelas práticas integrativas e adesão ao tratamento, além de valorização do saber popular. A discussão aponta que as oficinas são potencializadoras do empoderamento do usuário e da construção compartilhada do cuidado. Conclui-se que a educação popular em saúde, por meio das oficinas terapêuticas, amplia a autonomia dos usuários, promove vínculos e favorece um modelo de cuidado centrado nas necessidades coletivas, em contraposição à medicalização excessiva.

Palavras-chave: Oficina Terapêutica; Educação Popular Saúde.

1. Introdução

As oficinas terapêuticas são estratégias de cuidado ofertadas em serviços de saúde mental, principalmente, com papel importante como potencial ferramenta de reinserção e integração individual e coletiva, promovendo o pensamento e ações, respeitando as especificidades de cada participante. Os temas para abordar as oficinas são amplos e versáteis, podem ser sobre saúde mental, relações interpessoais, trabalho, lazer, saúde no geral. Com isso, fortalecendo o vínculo entre profissionais e usuários, permitindo educação popular e cuidado em [1].

Segundo o Ministério da saúde, educação em saúde consiste em “Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades”. De forma mais abrangente, é a prática da educação em saúde como estratégia de aprimoramento dos serviços e profissionais que nele atuam, juntamente com educação da população

assistida [2].

Este relato tem como objetivos categorizar a importância das oficinas dentro do contexto da educação em saúde, descrevê-las analisando o impacto do planejamento e ações das oficinas nos usuários e nas equipes, identificando as necessidades em educação dentro dos serviços da APS, além de estratégias de educar a população assistida sobre o papel dos serviços na prevenção e promoção da saúde.

Portanto, o presente projeto baseia-se no relato de experiência sobre a execução de oficinas terapêuticas durante o período da Residência Multiprofissional nos campos de prática durante os dois anos da especialização. Portanto, evidenciando a importância dos profissionais estarem inseridos nas atividades de prevenção, promoção e orientação na educação popular, utilizando as oficinas como espaço de criação de vínculos entre usuários e troca de saberes com a equipe dos serviços de saúde, visando promover ações educativas.

2. Materiais e Métodos

Foram realizadas oficinas terapêuticas nos momentos de acolhimento dos usuários nos em alguns dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como nos centros de atenção psicossocial(CAPS), Unidades de saúde da família(USFs)que faziam parte dos cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. As oficinas eram planejadas de acordo com a demanda dos serviços mostradas pela equipe de saúde, ou observadas pela rotina das residentes(figura1). Nos CAPS, por exemplo, é parte da rotina do serviço, então atuamos como potencializadores do espaço já ofertado. Temas como uso irracional de medicamentos(overdose), práticas integrativas complementares(PICS), papel da família na adesão farmacoterapêutica dos usuários, alimentação saudável, uso de plantas medicinais, entre outras, foram temas sugeridos e levados para discussão nas oficinas(Tabela 1).

O planejamento e execução das oficinas consistia em tornar os temas em uma linguagem clara e de fácil entendimento para os usuários, utilizando meios didáticos como rodas de conversa, folders explicativos com desenhos, troca de experiências, brincadeiras “quebra-gelo”, explicação breve sobre os temas e espaço para tirar dúvidas e ouvir os usuários.

As oficinas já fazem parte da rotina de muitos serviços como forma de cuidado em saúde e reintegração dos usuários sobre seu tratamento e vínculo com a equipe de saúde. Nas USFs foi utilizado o espaço do dia de atendimentos para saúde mental, onde foi criado um grupo sobre o tema. Em forma de roda de conversa, a cada semana o grupo se reunia sobre um tema de escolha dos usuários ou da equipe, algumas vezes de forma mais dinâmica utilizando as PICS como auriculoterapia, música, conversas e trocas de experiências.

3. Resultados

Como parte do cronograma de atividades e temas de acordo com a necessidade e demanda dos territórios e usuários/serviços (Quadro 1). Os dados estatísticos referentes ao eixo temático das atividades estão dispostos : Uso racional de medicamentos (2 oficinas – 33%), Práticas integrativas e alimentação (2 oficinas – 33%), Família e cuidado (1 oficina – 17%) e Saúde mental dos profissionais (1 oficina – 17%). (Figura 1)

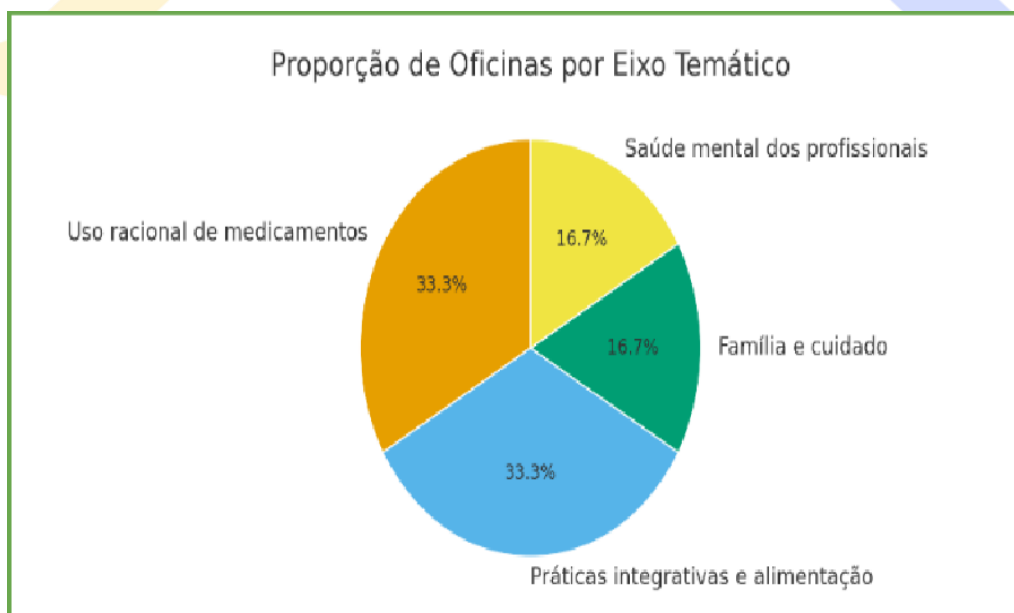
Quadro- 1 Oficinas distribuídas por tema, serviço onde foi realizada e público alvo.

Tema da Oficina	Serviço de saúde	Público alvo
Uso racional de medicamentos/ overdose	Centro de atenção Psicossocial	Usuários de um CAPS álcool e drogas
Prática de Alimentação saudável	Centro de atenção psicossocial	Usuários dos CAPS
Práticas Integrativas Complementares	Centro de atenção psicossocial e Unidade de Saúde da família	Usuários dos CAPS e USFs
Plantas medicinais e saúde	Centro de atenção psicossocial Unidade de Saúde da família	Usuários dos CAPS e USFs
Papel da família no cuidado farmacoterapêutico	Centro de atenção psicossocial	Familiares dos usuários de um CAPS (transtornos graves e persistentes)
“Cuidando do Cuidador” - Cuidado e saúde mental para os profissionais dos serviços	Unidade de Saúde da família	Profissionais dos CAPS e USFs.

Fonte: Autores, 2025.

Conforme os temas eram escolhidos e planejados previamente a escolha dos eixos temáticos eram feitos de acordo com a necessidade dos usuários. (Figura 1)

Figura 1. Distribuição estatística das oficinas terapêuticas de acordo com o eixo temático.



Fonte: Autores, 2025.

3.1 Síntese Interpretativa

Os resultados apontam que as oficinas realizadas pela residência multiprofissional atuam como potentes dispositivos de educação permanente e integração ensino-serviço-comunidade, promovendo:

- fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários;
- ampliação do conhecimento sobre práticas de autocuidado e uso racional de medicamentos;
- estímulo à reflexão sobre saúde mental e o papel da família no cuidado terapêutico;
- valorização da saúde do trabalhador como dimensão essencial da qualidade do cuidado.

O estudo foi feito de forma observacional, não houve necessidade de testes inferenciais, uma vez que o estudo possui caráter descritivo e formativo.

3.2 Análise Quantitativa e Qualitativa (Síntese Estatística)

Embora a análise estatística formal (p-valor) não se aplique plenamente ao tipo de dado (oficinas qualitativas e observacionais), foi realizada uma análise descritiva simples. (Quadro 2)

Quadro 2: Análise estatística dos dados de participação e satisfação das oficinas.

Indicador	Média ou frequência)
Número total de oficinas	6
Média de participantes por oficina	Em torno de 20
Percentual de oficinas com participação multiprofissional	100%
Percentual de oficinas com usuários e familiares	66%
Satisfação observada (avaliação qualitativa)	Elevada (relatos positivos em todos os serviços)

4. Discussão

A educação popular em saúde é importante potencialidade na construção do empoderamento do usuário, pautado nas suas realidades, suas demandas e sua singularidade[4]. É uma troca de experiências, compartilhando saberes sem superioridade de quem saiba mais, é tornar os espaços de saúde como fortalecimento das políticas, visando trabalho compartilhado com a população buscando saídas para os problemas encontrados [3].

Como exemplo, na educação popular, criamos grupos de saúde mental, salas de espera para usuários das USFs e CAPS com temas pertinentes a realidade de cada território. Além de trazer o usuário junto para

compreender seu tratamento medicamentoso, outro exemplo, após discussão multidisciplinar de casos percebemos a não aderência dos usuários de saúde mental ao tratamento medicamentoso em casa, a partir dessa “queixa problema” fizemos a prática de entender as dificuldades de adesão do usuário em seu ambiente domiciliar, ação esta que consiste em tornar o usuário participante ativo na escolha e explicação sobre a importância do tratamento, falando de forma clara onde possa ser o “gestor” autossuficiente do seu processo de cuidado.

Após alguns encontros, as oficinas tanto nos CAPS quanto na USF, passaram a ser incentivada por outros usuários e profissionais, percebemos o maior interesse em conhecer mais as PICS, fomentar o fortalecimento de um grupo de saúde mental que já era da rotina da USF, além de contribuir com a sabedoria popular dos usuários que já faziam uso de plantas e também se mostraram interessados nas discussões das oficinas e no cuidado além de renovação das receitas. A percepção das oficinas foram semelhantes no estudo de 2011, na qual a boa aceitação das oficinas eram benéficas aos usuários de saúde mental em um CAPS e também para os familiares, corroborando com a ideia de propor reintegração, participação ativa dos usuários, respeitando suas individualidades e pensamento coletivo [4].

5. Conclusões

Espera-se com o resultado deste relato de experiência fomentar a relevância da educação popular como eixo estruturante da Atenção Primária em Saúde, destacando sua capacidade de aproximar profissionais e usuários em um processo contínuo de diálogo, corresponsabilidade e construção coletiva do cuidado. Nesse sentido, reforça-se a importância da atuação dos profissionais de saúde não apenas como transmissores de conhecimento técnico, mas como facilitadores de processos educativos que reconhecem os saberes populares e a realidade de vida dos usuários do SUS, promovendo maior interação, escuta ativa e valorização da voz da comunidade.

A vivência com oficinas terapêuticas mostrou que esses espaços podem ser instrumentos potentes para a criação de vínculos, prevenção de agravos e promoção da saúde, permitindo desenvolver estratégias que minimizem a ocorrências.

problemas individuais e coletivos. Além disso, fortalecem a percepção de que o cuidado em saúde deve transcender a medicalização da vida, adotando um modelo centrado nas necessidades sociais, culturais e emocionais das populações atendidas.

Outro aspecto relevante foi a evidência do impacto positivo da atuação do farmacêutico e da equipe multiprofissional, que, ao articular seus conhecimentos específicos com práticas educativas, contribuem para a adesão ao tratamento, para a autonomia dos usuários e para a consolidação de um cuidado integral. Essa experiência reforça que a educação popular em saúde, aliada às oficinas terapêuticas, é um caminho viável e necessário para a construção de um SUS mais participativo, resolutivo e humanizado.

Agradecimentos:

A autora agradece às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades de Saúde da Família (USF) que acolheram e colaboraram na realização das oficinas terapêuticas, bem como aos usuários que participaram ativamente das atividades compartilhando experiências e saberes e a oportunidade da Universidade Federal da Paraíba, fundamentais para a construção deste relato.

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de

fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento:

Não há fontes de financiamento a serem declaradas.

Contribuições do autor: Conceituação, Maria Dandara Lopes Ferreira; metodologia, Maria Dandara Lopes Ferreira; validação, Maria Dandara Lopes Ferreira; análise formal, Maria Dandara Lopes Ferreira; investigação, Maria Dandara Lopes Ferreira; recursos, Maria Dandara Lopes Ferreira; curadoria de dados, Maria Dandara Lopes Ferreira; redação — preparação do rascunho original, Maria Dandara Lopes Ferreira; redação — revisão e edição: Ana Beatriz Medeiros Lopes Leite Ferreira; visualização: Maria Dandara Lopes Ferreira; supervisão, Maria Dandara Lopes Ferreira, Ana Beatriz Medeiros Lopes Leite Ferreira; administração de projetos, Maria Dandara Lopes Ferreira. Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Conflito de interesses:

O autor declara não haver conflito de interesses.

Declaração de disponibilidade de dados:

Os dados que apóiam essas descobertas estão disponíveis no artigo ou mediante solicitação.

Referências:

1. NORONHA, AA et al.. Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 4, pág. e56061, 2016.
2. FALKENBERG, M. B. et al.. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 847–852, mar. 2014.
3. CRUZ, P. J. S. C. et al.. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 28, p. e230550, 2024.
4. AZEVEDO, D. M. DE .; MIRANDA, F. A. N. DE .. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 2, p. 339–345, abr. 2011.

Direitos autorais: ©2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

RASTREAMENTO PRECOCE INTERDISCIPLINAR DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E TÉCNICAS DE DESSENSIBILIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

¹Raíssa Floriano Paiva; ¹Nívea de Vasconcelos Carneiro; ¹Maria Vitória da Silva Costa; ²Jordana Medeiros Lira Decker

Afiliação:

¹ Centro Universitario – UNIESP, Graduada em Odontologia, Cabedelo, Paraíba, Brasil; e-mail: raissapaiva2020@gmail.com

¹ Centro Universitario – UNIESP, Graduada em Odontologia, Cabedelo, Paraíba, Brasil; e-mail: niveavasconcelos36@gmail.com

¹ Centro Universitario – UNIESP, Graduada em Odontologia, Cabedelo, Paraíba, Brasil; e-mail: vitoriascosta1@hotmail.com

² Centro Universitario – UNIESP, Docente do curso de Odontologia, Cabedelo, Paraíba, Brasil; e-mail: Jordana_medeiros@hotmail.com

* Correspondência: raissapaiva2020@gmail.com

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é identificado como uma síndrome comportamental complexa que atinge o neurodesenvolvimento, com início nos primeiros anos de vida da criança e progressão crônica. A precocidade do diagnóstico e da intervenção pode ter início na atenção primária à saúde, resultando em benefícios significativos e duradouros no desenvolvimento do indivíduo. O vínculo criado entre o paciente, a família e o profissional auxiliam no sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde; Saúde da Criança; Transtorno do Espectro Autista

1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio que atinge o neurodesenvolvimento, com início nos primeiros anos de vida da criança e progressão crônica, tendo como característica déficits em graus de comprometimento divergentes como habilidades de comunicação, interação social, desenvolvimento comportamental, interesses em atividades e habilidades para desenvolver e preservar relacionamentos. Além disso, o diagnóstico do TEA necessita da avaliação de padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento [1].

¹ Afiliação de artigos
racheldefarias@hotmail.com

Atualmente, o TEA é identificado como uma síndrome comportamental complexa possuindo etiologias múltiplas, conciliando fatores genéticos e ambientais. Até então, busca-se esclarecer que as complexidades do transtorno são apenas parcialmente conhecidas, sendo assim, a identificação e o diagnóstico do mesmo tem como base os comportamentos apresentados e a história do desenvolvimento de cada ser humano [2].

Com o crescimento da incidência de autismo, os profissionais da área da saúde necessitam possuir aptidão para diagnosticar e cuidar de crianças com autismo na atenção primária à saúde, por ser onde acontece o primeiro acompanhamento da saúde da criança, bem como se alertar para ser possível a identificação dos sinais de risco, já que ainda existe uma debilidade em termos de conhecimento e capacitação profissional em ligação às práticas diagnósticas e à execução de intervenções. Perante o exposto, no Brasil, há um carecimento de criação de Políticas de Saúde Pública para o diagnóstico e tratamento de autismo, que possam dar assistência nas pesquisas sobre o transtorno, tendo em vista tanto o diagnóstico quanto a intervenção precoce [3].

Pesquisas indicam que a precocidade do diagnóstico e da intervenção resulta em benefícios significativos e duradouros no desenvolvimento do ser humano, que está diretamente associado à plasticidade cerebral. Os ganhos consequentes da intervenção precoce podem reduzir substancialmente os gastos do tratamento dos pacientes com TEA, fazendo com que a família possa investir em qualidade de vida [3].

É primordial que o profissional possua experiência sobre o TEA e também que entenda profundamente sobre comportamentos infantis de forma geral, para que então o diagnóstico seja realizado com êxito. Uma das dificuldades predominantes em obter o diagnóstico precoce do autismo são as variadas condições clínicas adversas e comorbidades associadas, que acabam por se confundir com o TEA ou agravar o quadro, resultando em diagnósticos equivocados. Dito isto, é de suma importância a capacitação dos profissionais, para que saibam distinguir as condições clínicas características de cada transtorno e as possíveis comorbidades associadas a cada caso, por mais semelhantes que esses possam se apresentar [4].

Diante dessas desigualdades e das necessidades não atendidas, torna-se primordial o fortalecimento da comunicação e o vínculo entre a equipe interdisciplinar e pacientes autistas, já que essa prática inclusiva visa a adaptar o atendimento às necessidades deste público, promovendo uma abordagem humanizada e acessível. A literatura destaca a importância de uma comunicação clara, adaptada e sensível, que inclui o uso de linguagem simples, explicações visuais e a criação de um ambiente de confiança. Ainda, a presença de figuras de apego, como pais ou cuidadores, pode ajudar a mediar essa comunicação e proporcionar segurança ao paciente [5].

A participação dos pais e cuidadores é essencial para o planejamento do atendimento odontológico de pacientes autistas, devido ao compartilhamento de informações sobre as preferências, sensibilidades e rotinas do paciente. Ao colaborar com a família, os profissionais conseguem desenvolver abordagens mais adaptadas e singulares para cada paciente [6].

As barreiras sensoriais são um grande desafio no atendimento odontológico de pacientes autistas, devido à hiper responsividade a estímulos comuns no ambiente odontológico, como sons intensos e luzes brilhantes e a exposição aos estímulos pode causar desconforto extremo e até reações adversas, o que torna a experiência mais desafiadora para reduzir essas reações. Devido a essas condições, a partir do momento em que o vínculo é estabelecido, um ambiente acolhedor e seguro é criado, garantindo o sucesso dos atendimentos [7].

Este estudo tem por objetivo relatar as experiências adquiridas durante o tratamento odontológico de indivíduos com TEA, através de um rastreamento precoce envolvendo uma equipe interdisciplinar presente na Unidade de Saúde da Família Alberto Batista Gomes localizada em Cruz do Espírito Santo.

2. Materiais e Método

Este estudo se trata de um relato de experiência em formato de resumo expandido evidenciando o atendimento odontológico interdisciplinar a pacientes com necessidades especiais ocorrido na Atenção Primária à Saúde. Na Unidade de Saúde da Família Alberto Batista Gomes localizada em Cruz do Espírito Santo, adota-se medidas para enfatizar o manejo correto como o Dizer-Mostrar-Fazer, o PECS, permitindo a interação do paciente com a consulta realizada, favorecendo o manejo e a responsividade dos indivíduos. A utilização de mecanismos de comunicação alternativa fazendo o uso de cartões interativos, sendo uma medida eficaz e de baixo custo para aqueles pacientes com dificuldades na comunicação verbal. Para a efetuação desse resumo expandido usou-se referências retiradas das fontes de dados: Google Acadêmico, BVS e LILACS, com o intervalo de tempo entre 2011 e 2023.

3. Resultados

Os atendimentos realizados na Unidade de Saúde da Família Alberto Batista Gomes evidenciaram a importância da adesão de estratégias individualizadas no manejo odontológico de pacientes com necessidades especiais, em especial aqueles com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A experiência mostrou que a adequação da consulta, com técnicas norteadas à comunicação e à dessensibilização, proporcionaram maior aceitação e colaboração por parte dos pacientes atendidos.

O processo de rastreamento precoce em odontologia constantemente inclui um componente educativo profundo e contínuo. Durante as consultas de rotina e avaliações, os profissionais de saúde bucal têm a oportunidade de instruir pacientes e cuidadores sobre práticas adequadas de higiene oral, dieta saudável e a importância das visitas regulares ao dentista. Essa educação fortalece o conhecimento sobre saúde bucal, fazendo com que os indivíduos sejam capacitados a adotarem hábitos de autocuidado com eficácia e a se tornarem mais eficientes na manutenção de sua própria saúde. O atendimento desde as menores idades é primordial para práticas saudáveis no decorrer do desenvolvimento infantil (Figura 1), promovendo mudanças e qualidade durante o amadurecimento fisiológico da criança.

Figura 1 – Atendimento odontológico em bebê.



A aplicação da técnica Dizer-Mostrar-Fazer demonstrou resultados satisfatórios, permitindo que os pacientes compreendessem cada etapa do atendimento de maneira gradual. Essa abordagem é eficaz na redução da ansiedade e possibilita um ambiente mais seguro e previsível, favorecendo o vínculo entre profissional e paciente. Na Figura 2, mostra-se a técnica de escovação procurando a dessensibilização do paciente antes do procedimento a ser realizado.

Figura 2–Técnica Dizer-Mostrar-Fazer em paciente com TEA.



Fonte: Autores, 2025.

O atendimento às crianças com TEA necessita que o profissional possua bastante conhecimento sobre aplicações específicas para garantir o seu sucesso. Casos mais avançados e de difícil execução, normalmente precisam de adaptações, como o atendimento fora da cadeira odontológica. Pacientes com hipersensibilidade e traumas relacionados aos serviços odontológicos necessitam de um olhar e empatia diferenciados por parte do profissional. Na Figura 3, é possível a visualização da condução do procedimento fora da cadeira odontológica, após as técnicas de dessensibilização.

Figura 3 – Atendimento fora da cadeira odontológica em paciente com TEA.



Fonte: Autores, 2025.

A integração de abordagens complementares, como a musicoterapia e o reforço positivo, demonstraram resultados notáveis por meio do acolhimento que era feito no ambiente e da experiência do paciente em contextos odontológicos. Os achados indicam que essas estratégias são eficazes na modulação do comportamento e das percepções dos pacientes, com uma contribuição significativa para um tratamento mais humanizado e bem-sucedido.

A aplicação da musicoterapia (Figura 4) no ambiente clínico odontológico resultou em uma redução notável dos níveis de ansiedade e estresse relatados pelos pacientes, tanto pediátricos quanto adultos. A seleção cuidadosa de gêneros e ritmos musicais adequados atuou como um agente distrator benéfico, desviando a atenção dos estímulos aversivos associados aos procedimentos dentários, como sons de instrumentos e sensações de desconforto. Foi observado uma diminuição na percepção da dor durante as intervenções, além de uma evidente melhora na cooperação do paciente, que se mostrou mais calmo e receptivo às instruções do profissional. Este ambiente sonoramente modulado proporcionou uma atmosfera mais acolhedora e menos ameaçadora, facilitando a execução dos procedimentos.

Figura 4 – Musicoterapia aplicada a pacientes com TEA



Fonte: Autores, 2025.

Paralelamente, a implementação de técnicas de reforço positivo (Figura 5) mostrou-se crucial, especialmente no manejo comportamental de crianças e pacientes ansiosos. Ao reconhecer e recompensar comportamentos desejáveis, como a abertura da boca e a colaboração durante as etapas do procedimento, houve um aumento significativo na colaboração às instruções e na diminuição de manifestações de medo ou resistência. A utilização de elogios verbais, recompensas simbólicas como adesivos, pequenos brinquedos e certificados de coragem, ou pausas pensadas estrategicamente, reforçaram a associação da consulta odontológica a uma experiência favorável, ajudando a encerrar o ciclo de medo e a construir uma relação de confiança entre o paciente e o profissional. Essa abordagem não apenas

facilitou o tratamento imediato, mas também contribuiu para a formação de uma atitude positiva em relação aos cuidados de saúde bucal a longo prazo.

Figura 5– Reforço positivo após procedimento odontológico.



Fonte: Autores, 2025.

Outro ponto observado foi o impacto positivo da atuação interdisciplinar. A integração entre os profissionais de saúde fortaleceu a confiança e o acolhimento dos familiares, tornando o atendimento mais humanizado e abrangente. Essa cooperação teve contribuição não apenas para o manejo clínico, mas também para o fortalecimento do vínculo entre equipe, paciente e família.

Apesar dos avanços, um desafio encontrado foi a necessidade de capacitação contínua da equipe de saúde, pois a familiaridade com técnicas de manejo e recursos de comunicação alternativa ainda precisa ser consolidada para garantir que as condutas sejam padronizadas e efetivas. De modo geral, as estratégias aplicadas mostraram-se viáveis, de baixo custo e adequadas à realidade da Atenção Primária à Saúde, com capacidade de promover maior inclusão e qualidade no atendimento odontológico a pacientes com TEA.

4. Discussão

O TEA é uma condição considerada de início precoce cujas adversidades inclinam-se a comprometer o desenvolvimento do indivíduo, no decorrer da vida, levando a uma variabilidade de sinais e sintomas, intensidade e formas de expressão, nas áreas que definem o diagnóstico. De acordo com o DSM-5 (APA, 2013), as primeiras manifestações do Transtorno do Espectro Autista deverão ocorrer antes dos 36 meses de idade [8]. Visando a identificação de crianças com TEA em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2014, o Ministério da Saúde apresentou algumas orientações à respeito do diagnóstico precoce e tratamento com a finalidade de facilitar o acolhimento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), viabilização da integração, reabilitação psicossocial, fluxograma de acompanhamento, como também, orientações e amparo à família [9].

No contexto relacionado a equipe de saúde bucal é imprescindível a identificação de pessoas com deficiência, possibilitando a realização de um direcionamento de ações e um planejamento individualizado para a eficácia do atendimento odontológico. Dessa forma, os pacientes com necessidades especiais poderão ser assistidos em sua totalidade, evitando que intervenções de maior especificidade sejam necessários [10]. Embora os pacientes com necessidades especiais, normalmente, apresentam algumas alterações dentárias e ósseas com prevalência de determinadas patologias orais devido a fatores imunológicos e fisiológicos, uma grande parcela desses indivíduos não possuem total acesso aos tratamentos odontológicos [11].

Entre as principais características do autismo infantil, destacam-se a dificuldade acentuada no uso de múltiplas comunicações não verbais, o fracasso no estabelecimento de relações sociais e na partilha de experiências e interesses, atraso ou ausência total de desenvolvimento linguístico, além de uma aderência rígida a rituais, que podem coexistir com deficiências sensoriais, atraso mental ou epilepsia. Esses elementos complicam a assistência odontológica ao paciente autista, especialmente na interação entre profissional e paciente (manejo), tornando-o mais suscetível a enfermidades orais [12].

As técnicas de dessensibilização são aplicadas com o objetivo de facilitar o atendimento odontológico de pacientes autistas, que geralmente apresentam dificuldade em lidar com estímulos e procedimentos desconhecidos [13]. Como exemplo pode ser citado a técnica "Dizer-Mostrar-Fazer", uma abordagem que consiste em apresentar e explicar o procedimento ao paciente de maneira gradual, para que ele possa visualizar cada etapa antes de executá-la, reduzindo a ansiedade e aumentando a colaboração durante o atendimento [14].

A comunicação alternativa corresponde a um papel essencial no atendimento de pacientes autistas, principalmente para aqueles que apresentam algum tipo de limitação na comunicação verbal. O uso de sistemas de comunicação, como o PECS (Picture Exchange Communication System), é uma estratégia que contém eficácia para facilitar a interação entre o paciente e o profissional de saúde, permitindo que o paciente tenha compreensão e visualize o que será realizado e conseqüentemente contribuindo para promover uma experiência mais positiva [15].

5. Conclusões

Este estudo reforça a importância do diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista na atenção primária de saúde, visando os benefícios para a qualidade de vida da criança, e da comunicação e do fortalecimento do vínculo entre a equipe multidisciplinar, pacientes autistas e sua família, destacando estratégias que promove uma assistência inclusiva e adaptada às necessidades específicas desse público. Além disso, foi possível identificar métodos que contribuem para a criação de um ambiente mais acolhedor e colaborativo, facilitando o sucesso do atendimento e promovendo o bem-estar dos pacientes, garantindo que as necessidades específicas de cada um sejam atendidas do modo mais adequado.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico e, em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões

e construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Os autores expressam sua sincera gratidão à Unidade de Saúde da Família Alberto Batista Gomes pelo apoio institucional e por disponibilizar a infraestrutura necessária para a realização deste estudo. Agradecemos imensamente a toda a equipe de saúde pela colaboração e acolhimento durante a fase de coleta de dados.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1-Almeida SSA, Mazete BPGS, Brito AR, Vasconcelos MM. Autism spectrum disorder. Resid Pediatr [Internet] 2018;8(Suppl.1):72-78. Disponível em: <https://residenciapediatrica.com.br/detalhes/345/>. Acesso em: 15 fev. 2025.

2-ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 30, p. 25-33, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/9VsxVL3jPDRyZPNmTywqF5F/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

3-OLIVEIRA, C. R. Capacitação do profissional da educação infantil: identificação precoce de sinais do Transtorno do Espectro Autista. 2017. 107 f. Dissertação.(Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/1fc2636f-d220-49b9-9dbaf82a848e582a/content>. Acesso em: 15 fev. 2025.

4-PESSIM, L.; FONSECA, B. Transtornos do espectro autista: importância e dificuldade do diagnóstico precoce. Revista FAEF, v.3, n.14, p.7-28 mar. 2015. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/pnnWsCHLoL9zOLE_2015-3-3-14-7-28.pdf. Acesso em:

5-SHEPHERD, J.; PARRY, J. Understanding oral health challenges for children and young people with autistic spectrum conditions: views of families and the dental team. Journal of Disability and Oral Health, v. 19, p. 1–20, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/JacquiShepherd/publication/340136086_Understanding_oral_health_challenges_for_children_and_young_people_with_autistic_spectrum_conditions_views_of_families_and_the_dental_team/links/5e7b10c692851cdfca2f6cb5/Understanding-oral-health-challenges-for-children-and-young-people-with-autistic-spectrum-conditions-views-of-families-and-the-dental-team.pdf. Acesso em: 14 fev. 2025.

6-LEWIS, C. et al. Listening to parents: A qualitative look at the dental and oral care experiences of children with autism spectrum disorder. Pediatric dentistry, v. 37, n. 7, p. 98E-104E,

2015.Disponível:<https://www.ingentaconnect.com/content/aapd/pd/2015/00000037/00000007/art00014>.

Acesso em: 16 fev. 2025.em:

7-SHETTY, A. A.; FERNANDES, D. Y.; HEGDE, A. M. Autism Spectrum Disorder in a Dental Office -A Review. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, v. 10, n. 26, p. 1931–1939, 28 jun. 2021. Disponível em: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/1281336>. Acesso em: 16 fev. 2025.

8-DE OLIVEIRA, M. V. et al. Rastreamento precoce dos sinais de autismo infantil: Um estudo na atenção primária à saúde. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, v. 2, n. 2, p. 48-53, 21 nov. 2019. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/login?source=%2Fabi%2Farticle%2Fview%2F133>. Acesso em: 16 fev. 2025.

9-COSTA, Bruna, et al. Transtorno do espectro autista na Atenção Primária à Saúde: desafios para assistência multidisciplinar. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, São Paulo, Brasil, v. 19, n. 1, p. 13–21, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/180473>. Acesso em: 14 fev. 2025.

10-AMARAL, L. D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 5, n. 3, p. pg. 105–114, 2011. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1046/955>. Acesso em: 15 fev. 2025.

11-JACOMINE, J. C. et al. Saúde bucal e Pacientes com Necessidades Especiais: percepções de graduandos em Odontologia da FOB-USP. *Revista da ABENO*, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 45–54, 2018. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/434>. Acesso em: 14 fev. 2025.

12-COIMBRA, B. S. et al. Abordagem odontológica a pacientes com transtorno do espectro autista (TEA): uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, [S. l.], v. 12, pág. 94293–94306, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/20933>. Acesso em: 15 fev. 2025.

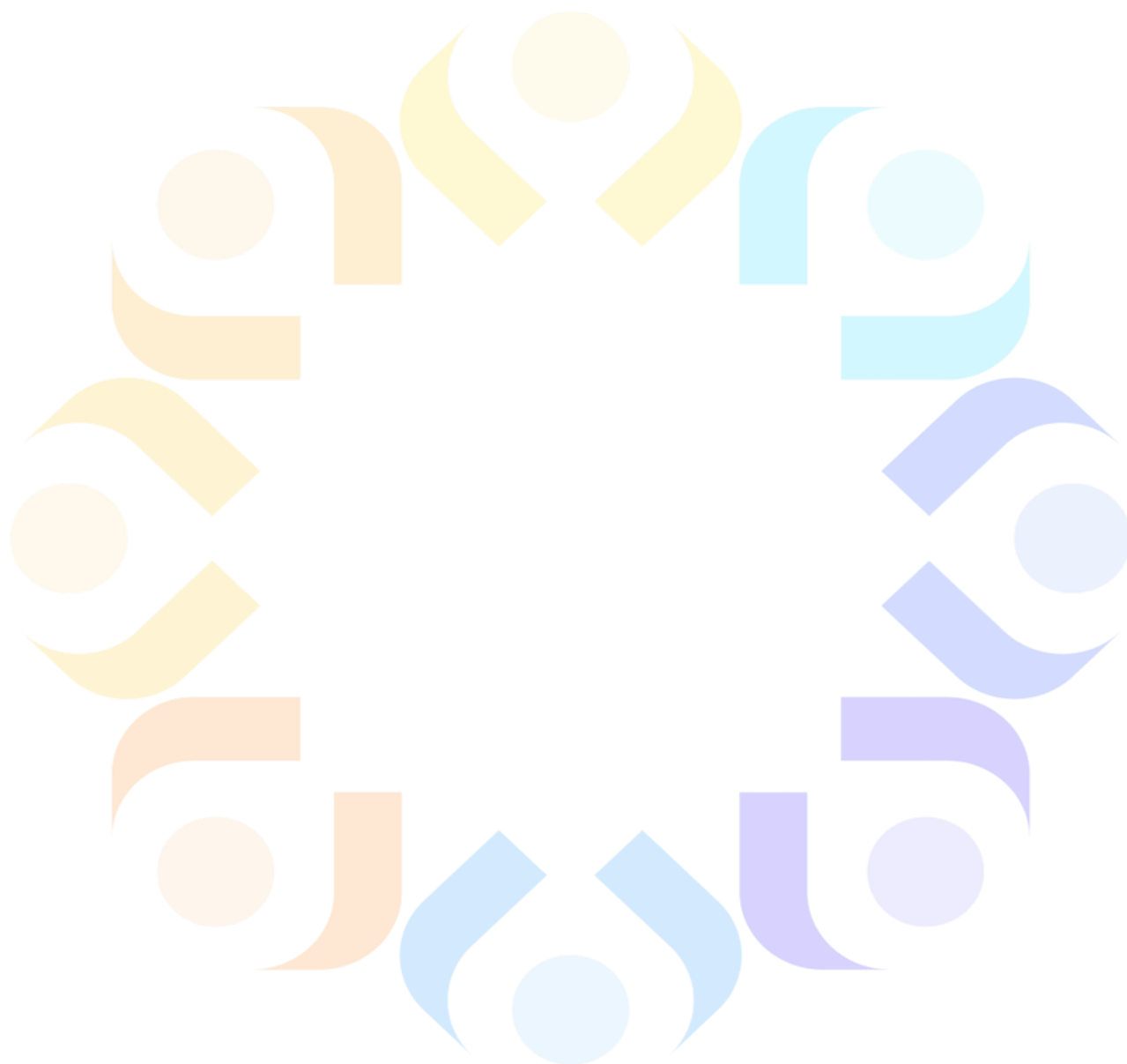
13-LAM, P. P. et al. Oral health status of children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review of case-control studies and meta-analysis. *Autism*, v. 24, n. 5, p. 1047–1066, 13 jul. 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1362361319877337>. Acesso em: 16 fev. 2025.

14-DIEKAMP, M. et al. Restoration of an Upper Anterior Tooth in an Adolescent with Autism Spectrum Disorder—A Student Case Report. *Children*, v. 7, n. 11, p. 237, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9067/7/11/237>. Acesso em: 15 fev. 2025.

15-ZINK, A. G. et al. Communication Application for Use During the First Dental Visit for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Pediatric Dentistry*, v. 40, n. 1, p. 18–22, 2018. Disponível em:

<https://www.ingentaconnect.com/content/aapd/pd/2018/00000040/00000001/arto00003>. Acesso em: 14 fev. 2025.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)



Neurodesenvolvimento na puericultura: instrumento de apoio ao diagnóstico das neurodivergências em crianças de 0 a 4 anos

¹Rachell de Farias, ²Elizabeth Maria de Sousa, ³Juliana Tavares da Silva, ⁴Lívia Maria Tavares Miranda, ⁵Nailma Aragão Barbosa, ⁶Núbia Tamirys da Silva Ramos, ⁷Ana Beatriz Medeiros Lopes Leite Ferreira

Afiliação:

1 Escola de Saúde Pública da Paraíba, Departamento de Saúde, João Pessoa, PB, Brasil; racheldefarias@hotmail.com

2 Escola de Saúde Pública da Paraíba, Departamento de Saúde, João Pessoa, PB, Brasil; elizabeth_beth20@hotmail.com

3 Escola de Saúde Pública da Paraíba, Departamento de Saúde, João Pessoa, PB, Brasil; juliana.21freire@gmail.com

4 Prefeitura Municipal de Queimadas, Secretaria Municipal de Saúde, Queimadas, PB, Brasil; livia.miranda12@gmail.com

5 Escola de Saúde Pública da Paraíba, Departamento de Saúde, João Pessoa, PB, Brasil; nailma.aragao19@gmail.com

6 Escola de Saúde Pública da Paraíba, Departamento de Saúde, João Pessoa, PB, Brasil; nubia20ramos@gmail.com

7 Escola de Saúde Pública da Paraíba

* Correspondência: racheldefarias@hotmail.com

Resumo: O neurodesenvolvimento infantil é um processo complexo e pode apresentar variações significativas decorrentes de condições neurodivergentes, como TEA, TDAH e dislexia. A puericultura constitui um espaço privilegiado para a identificação precoce dessas alterações, favorecendo intervenções oportunas. Estudos indicam que a detecção precoce está associada a melhores desfechos clínicos e sociais. No entanto, profissionais da atenção básica enfrentam dificuldades devido à sobrecarga de trabalho, lacunas formativas e escassez de instrumentos simplificados de apoio diagnóstico. Foi desenvolvido e aplicado um check-list qualitativo, baseado em publicações oficiais do Ministério da Saúde e literatura científica, junto à equipe multiprofissional da Unidade de Saúde da Família Saulo Ernesto, em Queimadas-PB. O processo envolveu revisão bibliográfica, capacitação da equipe e aplicação piloto em consultas de puericultura. Foi desenvolvido e aplicado um check-list qualitativo, baseado em publicações oficiais do Ministério da Saúde e literatura científica, junto à equipe multiprofissional da Unidade de Saúde da Família Saulo Ernesto, em Queimadas-PB. O processo envolveu revisão bibliográfica, capacitação da equipe e aplicação piloto em consultas de

¹Afiliação de artigos
racheldefarias@hotmail.com

puericultura. A experiência piloto demonstrou que a sistematização do acompanhamento na puericultura amplia a capacidade diagnóstica, reduz o viés subjetivo e fortalece o vínculo com a comunidade. Contudo, ajustes no check-list e treinamentos contínuos são necessários para garantir maior precisão e aplicabilidade. O uso de um instrumento simplificado nas consultas de puericultura representa uma estratégia viável e eficaz para apoiar o diagnóstico precoce de neurodivergências, contribuindo para intervenções mais rápidas e inclusivas.

Palavras-chave: transtorno de neurodesenvolvimento; puericultura;

1. Introdução

Neurodivergência refere-se à variação natural no funcionamento neurológico do ser humano, englobando condições como Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), dislexia e outros transtornos do desenvolvimento. Essas condições não são vistas como "doenças", mas como diferentes formas de processar informações e interagir com o ambiente[1].

Os graus de neurodivergências podem variar amplamente. No caso do TEA, pode haver desde indivíduos com habilidades altamente funcionais até aqueles que necessitam de suporte intensivo em suas atividades diárias. As neurodivergências podem acometer crianças de todas as idades, gêneros e contextos socioeconômicos, sendo importante reconhecer que a prevalência de algumas condições pode ser maior em determinados grupos [2]. No Brasil, dados recentes do Censo 2022 apontaram uma prevalência aproximada de 1,2% da população com diagnóstico de TEA, com maior concentração em crianças de 0 a 9 anos [3].

Em crianças, a neurodivergência se manifesta de diversas maneiras, influenciando a forma como elas se comunicam, se comportam e aprendem. O neurodesenvolvimento em crianças neurodivergentes pode levar a dificuldades em áreas como comunicação por atrasos na fala, dificuldade em entender nuances sociais ou em utilizar a linguagem de forma funcional, interação social, pois crianças neurodivergentes podem ter dificuldades para compreender regras sociais, interpretar expressões faciais e se engajar em brincadeiras coletivas, regulação emocional uma vez que podem apresentar respostas emocionais intensas, como crises de choro ou frustração, devido à dificuldade em processar estímulos sensoriais ou sociais e aprendizado, já que abordagens tradicionais de ensino podem não funcionar para elas, demandando estratégias diferenciadas para o aprendizado [4].

A identificação da neurodivergência em crianças de 0 a 4 anos deve ser feita por meio da combinação de observação clínica, entrevistas com cuidadores e avaliações padronizadas. Nessa etapa, profissionais de saúde e educação têm papel central, observando comportamentos em diferentes contextos, como interações sociais, jogos e atividades de aprendizagem, além de coletarem informações diretamente dos pais e responsáveis sobre rotinas, comportamentos e desafios do desenvolvimento infantil [5].

A puericultura representa um momento crucial para a avaliação e diagnóstico precoce das condições neurodivergentes. Durante as consultas periódicas, o acompanhamento sistemático do desenvolvimento motor, cognitivo, social e emocional possibilita a detecção precoce de sinais de alerta. A literatura aponta que intervenções realizadas ainda na primeira infância são mais eficazes para reduzir impactos funcionais a longo prazo [6]. Além disso, a puericultura viabiliza a orientação às famílias e o encaminhamento para serviços especializados, garantindo suporte

integral e contínuo à criança.

Para auxiliar na triagem e diagnóstico, torna-se importante o uso de instrumentos validados. Questionários e escalas de rastreio, como o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), demonstram sensibilidade na identificação precoce de sinais de TEA, já tendo sido adaptados e validados no Brasil [7,8].

Apesar da importância do diagnóstico precoce, ainda existem barreiras no processo de avaliação. Entre os principais fatores estão a sobrecarga dos profissionais durante a consulta, a limitação de tempo, a falta de capacitação técnico-científica, o desconhecimento ou estigmatização por parte das famílias e a carência de recursos materiais e multiprofissionais adequados [9].

Diante desses desafios, torna-se necessária a construção de ferramentas simplificadas e aplicáveis ao contexto da Atenção Primária, de modo a auxiliar a equipe de saúde da família na identificação precoce de sinais de neurodivergência. Assim, este estudo tem como objetivo desenvolver um instrumento de auxílio multiprofissional à consulta de puericultura para identificação de neurodivergências em crianças de 0 a 4 anos acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Saulo Leal Ernesto de Melo, no município de Queimadas – PB.

2. Materiais e Métodos

2.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Queimadas – PB, envolvendo a construção e aplicação piloto de um instrumento de avaliação para identificação precoce de neurodivergências em crianças de 0 a 4 anos durante as consultas de puericultura. Estudos exploratórios são indicados quando se busca compreender fenômenos em contextos específicos e propor intervenções aplicáveis à realidade local [10].

2.3 População e Amostra

A população-alvo compreendeu crianças de 0 a 4 anos acompanhadas na puericultura da USF Saulo Leal Ernesto de Melo. Para o estudo piloto, foram selecionadas crianças atendidas em consultas previamente agendadas na unidade durante o período de fevereiro a março de 2024. Os critérios de inclusão foram: crianças dentro da faixa etária estabelecida e responsáveis legais que consentiram em participar do estudo.

2.4 Procedimentos Metodológicos

A elaboração do instrumento ocorreu em três etapas:

1. Revisão de literatura em bases oficiais e científicas sobre neurodesenvolvimento infantil e protocolos de rastreio.
2. Discussão multiprofissional para selecionar os indicadores mais relevantes à realidade local, considerando aspectos motores, cognitivos, sociais e de linguagem.
3. Construção e aplicação piloto do check-list em consultas de puericultura, com treinamento prévio da equipe de saúde para padronização do uso do instrumento.

Durante a aplicação, cada criança foi avaliada por meio de observação clínica e estímulos previstos no check-list, na presença de seus responsáveis, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.5 Instrumento de avaliação

O principal instrumento utilizado foi um check-list de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, elaborado pelo grupo de pesquisa com base em publicações oficiais do Ministério da Saúde [11], em protocolos de triagem internacionalmente reconhecidos, como o Denver II [12], as Bayley Scales [13] e o M-CHAT para rastreamento de sinais precoces de TEA [14].

O instrumento foi estruturado de acordo com a idade do lactente ou criança, abrangendo quatro domínios principais: desenvolvimento motor, cognitivo, da linguagem e social/emocional. Cada questão permitia respostas categorizadas como Sim, Não ou Às vezes, facilitando a observação das habilidades neuropsicomotoras em diferentes idades.

O questionário completo foi aplicado durante entrevistas e observações diretas, registrando as respostas de acordo com a faixa etária da criança.

Quadro 1 – Questionário de Avaliação Neuropsicomotor Infantil (2 meses)

Questão	Sim	Não	Às vezes
Mantém a cabeça elevada e ergue o tronco em posição de bruços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realiza movimentos suaves com pernas e braços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presta atenção a rostos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segue objetos com os olhos e reconhece pessoas de longe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstra tédio se a atividade não muda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vira a cabeça em direção a sons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Começa a gorgolejar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorri para pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busca contato visual com os pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se acalma levando as mãos à boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Autores, 2024.

Quadro 2 – Questionário de Avaliação Neuropsicomotor Infantil (4 meses)

Questão	Sim	Não	Às vezes
Sustenta a cabeça erguida firmemente, sem apoio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segura brinquedo e chacoalha ou balança brinquedos pendurados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leva as mãos à boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoia-se sobre os cotovelos quando está de bruços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empurra as pernas quando os pés estão encostados em uma superfície dura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando está de bruços, consegue rolar de barriga para cima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstra se está feliz ou triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responde ao afeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta pegar um brinquedo com uma mão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa as mãos e olhos juntos para pegar brinquedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segue coisas em movimento com os olhos de um lado para o outro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observa os rostos atentamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconhece pessoas e coisas familiares de longe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Começou a balbuciar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balbucia com expressões e imita sons que ouve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chora de maneira diferente para mostrar fome, dor ou cansaço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorri de forma espontânea, especialmente para as pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gosta de brincar com as pessoas e chora se a brincadeira acabar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imita movimentos e expressões faciais, como sorrir ou franzir a testa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Autores, 2024.

Quadro 3 – Questionário de Avaliação Neuropsicomotor Infantil (6 meses)

Questão	Sim	Não	Às vezes
Consegue rolar em várias direções (de bruços para costas e vice-versa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senta sem apoio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando está em pé, como o apoio do peso nas pernas influencia a tentativa de saltar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como o movimento de balançar para frente e para trás afeta o progresso para frente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observa as coisas ao seu redor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leva objetos à boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstra curiosidade sobre objetos fora do alcance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue passar objetos de uma mão para a outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responde aos sons emitindo outros sons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une vogais ao balbuciar e revezando sons com os pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responde ao próprio nome quando chamado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reproduz sons para mostrar alegria ou descontentamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Começa a falar sons consoantes ('m', 'b')?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconhece rostos familiares e distingue desconhecidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem interesse por brincar com os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responde a emoções alheias e normalmente parece feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de se ver no espelho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Autores, 2024.

Quadro 4 – Questionário de Avaliação Neuropsicomotor Infantil (9 meses)

Questão	Sim	Não	Às vezes
Fica de pé apoiado em algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue se sentar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senta sem apoio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puxa para levantar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engatinha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procura objetos que vê você esconder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca de esconder e achar o rosto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloca objetos na boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue movimentar objetos de uma mão para outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compreende o 'não'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emite sons diferentes como 'mamamama' e 'bababababa'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imita sons e gestos de outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usa os dedos para apontar coisas de interesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstra medo de pessoas estranhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possui vínculo afetivo forte com os familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possui brinquedos favoritos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Autores, 2024.

Quadro 5 – Questionário de Avaliação Neuropsicomotor Infantil (1 ano)

Questão	Sim	Não	Às vezes
Consegue sentar sem ajuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segura para se levantar e caminha segurando nos móveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue dar alguns passos sem se apoiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue ficar de pé sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explora objetos de formas diferentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acha objetos escondidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olha para uma imagem ou objeto e o nomeia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bate dois objetos um contra o outro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segue instruções simples ('pegue o brinquedo')?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Começa a usar objetos corretamente (copo, escova de cabelo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta dizer palavras que você fala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa gestos simples (balança a cabeça 'não', acena 'tchau')?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diz 'mama' e 'papa', exclamações como 'uh-oh'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostra timidez ou nervosismo com estranhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chora quando a mãe ou pai vai embora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstra medo em algumas situações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repete sons ou reações para conseguir atenção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levanta braços e pernas para ajudar na hora de se vestir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca de 'esconder e achar o rosto'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Autores, 2024.

Quadro 6 – Questionário de Avaliação Neuropsicomotor Infantil (2 anos)

Questão	Sim	Não	Às vezes
Fica na ponta do pé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chuta uma bola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Começou a correr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue escalar e descer de móveis sem ajuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobe e desce escadas se segurando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arremessa objetos com as mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desenha/faz linhas retas e círculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue encontrar objetos escondidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue separar formas e cores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca de faz de conta simples?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constrói torres de 4 ou mais blocos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segue instruções ('Pegue seus sapatos e coloque-os no armário')?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomeia itens em livro de imagens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aponta para objetos ou imagens quando nomeados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhece nomes de pessoas e partes do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formula frases com 2 a 4 palavras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segue instruções simples?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repete palavras ou frases ouvidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aponta para coisas em livro/objetos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imita os outros, especialmente adultos ou crianças mais velhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica empolgado quando está com outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostra independência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostra comportamento desafiador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costuma brincar com outras crianças, inclui novos colegas em jogos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Autores, 2024.

Quadro 7 – Questionário de Avaliação Neuropsicomotor Infantil (3 anos)

Questão	Sim	Não	Às vezes
Sobe e desce escadas, um pé em cada degrau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala bem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corre com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedala triciclo (3 rodas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca de faz de conta com brinquedos, animais e pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monta quebra-cabeças com 3 ou 4 peças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entende o que 'dois' significa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vira página de um livro por vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abre e fecha tampas de jarras ou vira maçaneta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fala palavras como 'eu', 'mim', 'nós', 'você' e plurais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entende palavras como 'dentro', 'em cima', 'embaixo'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segue instruções de 2 ou 3 passos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fala bem o suficiente para pessoas estranhas entenderem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostra afeto por amigos sem incentivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revezamento em brincadeiras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostra preocupação por amigo chorando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entende a ideia de 'meu' e 'seu'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separa-se com facilidade da mãe/pai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pode ficar aborrecido com mudanças na rotina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloca e tira a roupa sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Quadro 8 – Questionário de Avaliação Neuropsicomotor Infantil (4 anos)

Questão	Sim	Não	Às vezes
Consegue pular e ficar sobre um pé só por até 2 segundos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue pegar uma bola em movimento na maior parte das vezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloca líquidos, corta com supervisão e amassa seu próprio alimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fala nomes de cores e alguns números?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entende o tempo (dia/noite)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entende a ideia de contar (1,2,3,4,5)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entende a ideia de 'igual' e 'diferente'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desenha uma pessoa com 2 a 4 partes do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Começa a copiar algumas letras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue dizer seu nome e sobrenome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabe regras básicas de gramática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canta música ou recita poema de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conta histórias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem interesse em fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca de 'mamãe' e 'papai'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está cada vez mais criativo com brincadeiras de faz de conta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prefere brincar com outras crianças do que sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopera com outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fala sobre o que gosta e no que está interessado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Autores, 2024.

2.6 Análises Estatísticas

O estudo utilizou estatística descritiva (frequências e proporções) para sumarizar os achados do piloto, considerando a presença ou ausência de indicadores sugestivos de neurodivergência em cada faixa etária. Embora não tenha sido objetivo realizar análises inferenciais, a literatura recomenda que estudos posteriores ampliem a amostra e apliquem testes de associação ($p < 0,05$) para validar o instrumento [15].

2.7 Considerações Éticas

Este projeto foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.3.

Resultados

O instrumento de avaliação de neurodivergência foi aplicado durante as consultas de puericultura da enfermeira e do médico da unidade de saúde da família Saulo Ernesto. A avaliação das crianças se deu através de um *check-list*, o questionário de avaliação de neuropsicomotor infantil em crianças com faixa etária de 0 a 4 anos, produzido pelo próprio grupo tomando como base os questionamentos mais importantes elencados literaturas oficiais e as neurodivergências mais prevalentes no município. A implementação consistiu em treinar a equipe no uso desse *check-list*, já que a ideia é de que ele deve permanecer na unidade de saúde para futuras utilizações por parte da equipe de saúde durante a consulta de puericultura.

Para construção do instrumento, foi realizada a identificação das neurodivergências mais prevalentes no município junto às equipes de assistência social, centro de atenção psicossocial e secretária de saúde. A elaboração do questionário iniciou-se com planejamento dos encontros presenciais da equipe do projeto, seguida da revisão da literatura através da leitura das publicações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil sobre a temática. Foi realizada leitura coletiva para cada par integrante do grupo para identificar quais são as questões mais pertinentes para avaliação das neurodivergências cada faixa etária, usando os critérios das escalas de desenvolvimento infantil.

Após a construção e refinamento do questionário, foi agendado um encontro presencial com a equipe de saúde da família na USF Saulo Ernesto, localizada na zona urbana do município de Queimadas/PB, para apresentar o instrumento e ouvir as sugestões da equipe em relação à aplicabilidade, uma vez que o instrumento será de uso da equipe.

Após as considerações da equipe e ajuste do questionário, foi realizado um novo encontro presencial na unidade para a aplicação do piloto do instrumento, visando orientar a equipe sobre a forma de abordagem necessária para uso. Desta vez, estiveram presentes agentes comunitários de saúde, púerperas e crianças com faixa

etária de 0 a 4 anos que são acompanhadas na unidade. Foi realizada sala de espera com as puérperas objetivando explicar o projeto e a importância deste para a comunidade e para a equipe de saúde da família, bem como dar local de fala para os ouvintes. O instrumento modificado foi apresentado e discutido com a equipe através de roda de conversa. A primeira aplicação foi feita pela equipe de saúde da família sob orientação direta deste grupo.

Todos os presentes foram orientados sobre a necessidade de identificação precoce de qualquer sinal de alteração no desenvolvimento e comportamento da criança. Além da explanação do questionário e da conscientização sobre ser uma ferramenta de auxílio (uma vez que o diagnóstico é médico e precisa de avaliação multiprofissional e especializada) orientou-se as usuárias a buscar ajuda profissional e relatar qualquer sinal de alerta, para que sejam realizadas intervenções em tempo hábil. A literatura aponta que boa parte das complicações nos casos de neurodivergência se deve ao diagnóstico tardio.

O atendimento e aplicação do piloto aconteceu de acordo com o agendamento do cronograma da unidade no dia da puericultura. A equipe disponibilizou amplo espaço com equipamentos básicos de atendimento, proporcionando um ambiente acolhedor para as crianças. Foi solicitado às mães que assinassem o termo de consentimento individual para autorizar o uso do questionário. Vale salientar que o termo acompanha o questionário apenas autoriza que as perguntas sejam feitas, mas que não há identificação da criança e que os dados obtidos serão usados única e exclusivamente para orientar o encaminhamento para diagnóstico médico de alguma possível neurodivergência.

A aplicação do instrumento foi acompanhada pelos genitores. Começou pela avaliação da criança através da aplicação dos estímulos necessários de acordo com o check-list. Esse momento foi conduzido pelo dos membros do grupo junto com a enfermeira visando treiná-la com relação aos estímulos necessários a serem feitos. Em seguida, os pontos identificados (anormais ou não) foram assinalados no questionário.

Após a marcação no objeto de triagem, verifica-se qual é a possível neurodivergência identificada e é feito o encaminhamento dos genitores e da criança para avaliação multiprofissional dentro da rede de atenção do município. Ressalta-se que esse fluxo de encaminhamento ainda está em fase de planejamento, uma vez que a demanda deve ser direcionada conforme o check-list e disponibilidade dos equipamentos do território para melhor agilizar o atendimento e condução dos casos. A execução do projeto foi um piloto, sendo ainda necessário ajustes no check-list e avaliação mais acurada da realidade local para refinar os encaminhamentos, bem como garantir acesso à melhor estratégia terapêutica possível dentro do hall de possibilidades de intervenção de cada caso.⁴

Discussão

O presente projeto mostra-se altamente relevante no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), pois busca suprir uma lacuna identificada nas consultas de puericultura: a dificuldade de identificação precoce de sinais de neurodivergência em crianças de 0 a 4 anos. Os objetivos estabelecidos foram elaborar um instrumento simplificado de triagem, capacitar a equipe multiprofissional e definir fluxos de encaminhamento na rede de atenção que respondem diretamente a desafios recorrentes, como a sobrecarga das consultas, a ausência de ferramentas padronizadas de avaliação e a necessidade de integração entre níveis assistenciais. Ao priorizar a detecção precoce e a orientação sistemática das famílias, o projeto contribui para ampliar a equidade no acesso ao diagnóstico e às intervenções especializadas, reduzindo o risco de atrasos no desenvolvimento infantil não identificados em tempo oportuno [16].

A metodologia adotada, baseada na revisão de literatura oficial, em discussões multiprofissionais e na construção participativa de um check-list aplicado durante as consultas de puericultura, demonstrou-se adequada e factível para o contexto da rede municipal de saúde [17,18]. O uso de instrumentos de baixo custo e de fácil aplicação representa um ponto positivo, sobretudo em ambientes de recursos limitados. A incorporação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a realização do piloto em situação real de atendimento reforçam o rigor ético e a viabilidade operacional do

estudo [19]. Entretanto, a metodologia apresenta limitações que devem ser consideradas. O estudo piloto teve caráter descritivo, sem validação psicométrica formal do instrumento, o que restringe conclusões sobre sua sensibilidade, especificidade e confiabilidade [20]. Além disso, a amostra reduzida e obtida em uma única unidade pode limitar a generalização dos resultados. Outro ponto crítico é o fluxo de encaminhamento, que ainda se encontra em fase de consolidação, o que pode comprometer a efetividade da triagem caso não haja garantia de acesso rápido à avaliação multidisciplinar.

Os resultados obtidos no piloto foram positivos, evidenciando boa aceitação do instrumento tanto pela equipe de saúde quanto pelas famílias, além de maior sistematização na observação clínica durante a puericultura. A aplicação prática do check-list contribuiu para sensibilizar os profissionais a sinais sutis do desenvolvimento infantil, ampliando a capacidade de suspeição clínica. Apesar disso, foram identificadas necessidades de ajustes, como a clareza da linguagem utilizada nos itens, a inclusão de indicadores mais específicos e a redução da dependência exclusiva de relatos parentais, de modo a minimizar vieses. Esses achados reforçam que o instrumento é promissor, mas ainda carece de refinamento para alcançar maior precisão diagnóstica e aplicabilidade em diferentes contextos.

As limitações do piloto incluem o escopo restrito a uma única unidade, a ausência de análise estatística robusta e a falta de validação formal frente a padrões-ouro de diagnóstico, tais fragilidades, embora esperadas em uma fase inicial, reforçam a necessidade de continuidade do projeto em etapas subsequentes.

Nesse sentido, os planos futuros devem contemplar três frentes principais. Primeiramente, a validação psicométrica do instrumento, com amostras ampliadas e comparações frente a avaliações clínicas especializadas, garantindo evidências de sensibilidade, especificidade e confiabilidade interavaliador. Em seguida, a expansão para múltiplas Unidades de Saúde da Família em regime de piloto multicêntrico, permitindo padronização de treinamentos, digitalização do formulário e análise de indicadores de processo, como taxa de cobertura e tempo até o encaminhamento [11]. Por fim, a incorporação do instrumento em escala municipal ou regional, integrado a sistemas de informação em saúde, acompanhada de capacitação continuada das equipes e de análises de custo-efetividade para demonstrar a sustentabilidade.

5. Conclusões

Com base nessas análises, conclui-se que o *check-list* desenvolvido é uma ferramenta útil e simplificada que facilita o diagnóstico de neurodivergências em crianças pela equipe que as acompanha. No entanto, são necessários ajustes para refinar o instrumento e melhor atender às diferentes faixas etárias e garantir a compreensão e eficácia do seu uso. As recomendações incluem adaptar o instrumento, incluir explicações mais claras para os profissionais de saúde e fornecer treinamento adicional, uma vez que esses que não lidam com a assistência direta à neurodivergentes.

Existe grande expectativa da equipe que acolheu o estudo piloto em manter a implementação do questionário na rotina das consultas de puericultura, uma vez que a dificuldade em avaliar as neurodivergências em crianças têm sido apontada de forma recorrente pelas equipes de saúde da família deste município.

Ressalta-se ainda a necessidade de parceria das equipes de saúde da família com outros equipamentos assistenciais dos territórios com o objetivo de estreitar os laços e garantir encaminhamento precoce para condução eficaz dos casos identificados. A utilização regular desta ferramenta pode ajudar a identificar sinais sutis e fornecer uma base sólida para o encaminhamento e acompanhamento adequado das crianças que necessitam de suporte especializado. No entanto, a efetividade desse processo depende também da colaboração entre as equipes de saúde da família e outros equipamentos assistenciais presentes no município, sendo assim Queimadas poderá oferecer um atendimento mais completo e integrado, contribuindo para uma abordagem mais eficaz na gestão das necessidades de saúde mental e desenvolvimento

das crianças evitando que os mesmos usuários sejam encaminhados para outros municípios por falta de suporte e intervenção precoce.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, pela relevante contribuição e incentivo às práticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

À Escola de Saúde Pública da Paraíba, pelo compromisso com a formação, pela dedicação à difusão do conhecimento científico em especial, pela realização do Congresso Estadual de Atenção Primária, espaço fecundo de trocas, reflexões, construção coletiva em prol do Sistema Único de Saúde.

Financiamento:

Próprio

Conflito de interesses:

O(s) autor(es) declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1. Walker N. Neurodiversity: Some basic terms & definitions [Internet]. Neurocosmopolitanism; 2014 [citado 2024 fev 10]. Disponível em: [link]
2. Werling DM, Geschwind DH. Sex differences in autism spectrum disorders. *Curr Opin Neurol*. 2013;26(2):146-53.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: Resultados sobre pessoas com deficiência [Internet]. Brasília: IBGE; 2023 [citado 2024 fev 12]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>
4. Schreibman L, Stahmer AC. Discrete trial training and other behavioral interventions. In: Volkmar FR, Rogers SJ, Paul R, Pelphrey KA, eds. *The Oxford handbook of autism and developmental disorders*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 565-84.
5. Fernandes F. A superdotação é uma neurodivergência. *Rev Neurocienc*. 2024;32(1):1-12.
6. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de estimulação precoce para crianças de zero a três anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2024 mar]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>
7. Robins DL, Fein D, Barton M. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 2001;31(2):131-44.
8. Seize MM, Borsa JC. Propriedades psicométricas do M-CHAT em uma amostra brasileira. *Psicol Reflex Crit*. 2017;30(1):1-10.
9. Backes B, Mônico BG, Bosa CA, Bandeira DR. Avaliação de risco para o autismo: estudo de validade de instrumentos de triagem. *Psicol Reflex Crit*. 2014;27(4):657-65.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
11. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 mar]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/arquivos/caderneta-da-crianca>
12. Frankenburg WK, Dodds JB, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. Denver II: a screening test for developmental delays.

Denver: Denver Developmental Materials; 1992.

13. Bayley N. Bayley scales of infant and toddler development. 3rd ed. San Antonio: Harcourt Assessment; 2006.

14. Robins DL, Fein D, Barton M. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 2001;31(2):131-44.

15. Snowling MJ, Hulme C. Childhood dyslexia. *Lancet*. 2012;379(9830):1997-2007.

16. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de estimulação precoce para crianças de zero a três anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2024 mar]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>

17. Bayley N. Bayley scales of infant and toddler development. 3rd ed. San Antonio: Harcourt Assessment; 2006.

18. Frankenburg WK, Dodds JB, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. Denver II: a screening test for developmental delays. Denver: Denver Developmental Materials; 1992.

19. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2013;150(112 Seção 1):59.

20. Seize MM, Borsa JC. Propriedades psicométricas do M-CHAT em uma amostra brasileira. *Psicol Reflex Crit*. 2017;30(1):1-10.

Direitos autorais: © 2024 direitos autorais dos autores. Este artigo é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)