

ARCO  
EDITORES

ALESSANDRA REGINA MÜLLER GERMANI  
Organizadora

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PRÁTICAS, DESAFIOS E INOVAÇÕES NO  
ENSINO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE



ARCO  
EDITORES

ALESSANDRA REGINA MÜLLER GERMANI  
Organizadora

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PRÁTICAS, DESAFIOS E INOVAÇÕES NO  
ENSINO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE



## **Conselho Editorial**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva - UNIDAVI  
Prof. Dr. Astor João Schönell Júnior - IFFAR  
Prof. Dr. Alan Ricardo Costa - UFRR  
Prof. Dr. Allan Diêgo Rodrigues Figueiredo - UESPI  
Profa. Dra. Andréia Bulaty - UNESPAR  
Profa. Dra. Carla da Conceição de Lima - UFVJM  
Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza - UNISC  
Profa. Dra. Clarice Caldeira Leite - UFRGS  
Profa. Dra. Cecilia Decarli - UFRGS  
Prof. Dr. Carlos Adriano Martins - UNICID  
Prof. Dr. Christian Dennys Monteiro de Oliveira - UFCE  
Profa. Dra. Dayse Marinho Martins - UFMA  
Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos - UEL  
Prof. Dr. Dioni Paulo Pastorio - UFRGS  
Prof. Dr. Douglas Manoel Antonio de Abreu Pestana dos Santos - FASESP  
Profa. Dra. Elane da Silva Barbosa - UERN  
Profa. Dra. Elen Gomes Pereira - IFBA  
Profa. Dra. Francielle Benini Agne Tybusch - UFN  
Prof. Dr. Francisco Odécio Sales - IFCE  
Prof. Dr. Francisco Ricardo Miranda Pinto - UFCAT  
Prof. Dr. Gilvan Charles Cerqueira de Araújo - UCB  
Prof. Dr. Ismar Inácio dos Santos Filho - UFAL  
Prof. Dr. Leonardo Bigolin Jantsch - UFSM  
Profa. Dra. Liziany Müller Medeiros - UFSM  
Profa. Dra. Marcela Mary José da Silva - UFRB  
Prof. Dr. Mateus Henrique Köhler - UFSM  
Prof. Dr. Michel Canuto de Sena - UFMS  
Profa. Dra. Mônica Aparecida Bortolotti - UNICENTRO  
Prof. Nilton David Vilchez Galarza - UPLA  
Prof. Dr. Olavo Barreto de Souza - UEPB  
Prof. Dr. Rafael Nogueira Furtado - UFABC  
Prof. Dr. Roberto Araújo da Silva Vasques Rabelo - UNISANTOS  
Prof. Dr. Rodrigo Toledo - USCS  
Prof. Dr. Rodolfo Rodrigues de Souza - UERJ  
Prof. Dr. Sidnei Renato Silveira - UFSM  
Prof. Dr. Thiago Ribeiro Rafagnin - UFOB  
Prof. Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández - UCLV

**Editor Chefe:** Ivania Folmer

**Bibliotecária:** Eliete Marques da Silva

**Projeto gráfico e Diagramação:** Gabriel Eldereti Machado

**Imagem capa:** www.canva.com

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Educação em saúde [livro eletrônico] : práticas,  
desafios e inovações no ensino e na promoção da  
saúde / Alessandra Regina Müller Germani,  
organizadora. -- Santa Maria, RS :  
Arco Editores, 2025.  
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5417-487-9

1. Educação em saúde I. Germani, Alessandra Regina  
Müller.

25-280632

CDD-610.7  
NLM-WA-590

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Educação em saúde 610.7

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380



10.48209/978-65-5417-487-9

*Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.*



## APRESENTAÇÃO

Em um cenário marcado por transformações econômicas, sociais, sanitárias e políticas, a educação em saúde assume papel estratégico não apenas como ferramenta de socialização de informações, mas como potente instrumento de escuta, diálogo, emancipação e participação popular. Neste sentido, o livro intitulado *Educação em Saúde: Práticas, Desafios e Inovações no Ensino e na Promoção da Saúde*, é fruto de um esforço coletivo de profissionais, pesquisadores e educadores comprometidos com a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) democrático, inclusivo e voltado à integralidade do cuidado.

Organizado em capítulos que articulam teoria e prática, o livro apresenta uma multiplicidade de experiências, reflexões e proposições que evidenciam a potência da educação em saúde como caminho para o fortalecimento da cidadania, da autonomia dos sujeitos e da transformação social. Os textos que compõem esta obra abordam desde fundamentos históricos e conceituais até relatos de vivências no cotidiano dos serviços de saúde, passando por temáticas como saúde mental, atenção materno-infantil, inovação no cuidado e produção de tecnologias acessíveis.

Destaca-se neste percurso a presença de referenciais críticos que moldaram o pensamento emancipador na educação em saúde no Brasil. Autores como Paulo Freire, Carlos Rodrigues Brandão, Victor Valla, Eymard Mourão Vasconcelos, José Ivo Pedrosa e Eduardo Navarro Stotz são apresentados como fontes de inspiração teórico-metodológica e ética, contribuindo para a compreensão da educação como prática social e política comprometida com a equidade, o respeito à diversidade e a transformação das realidades vividas nos territórios.

Outro eixo estruturante do livro é o aprofundamento das políticas públicas de educação em saúde no SUS, representada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). Ao contextualizar essas políticas, os autores não apenas analisam seus avanços e desafios, mas também reafirmam a impor-

tância da formação crítica e da valorização dos saberes locais e populares na produção do cuidado em saúde.

A obra ainda se distingue por apresentar práticas inovadoras, demonstrando como a criatividade, a escuta ativa e a articulação com a comunidade podem gerar soluções viáveis e eficazes para os problemas de saúde pública. Mais do que uma compilação técnica ou acadêmica, este livro se configura como um instrumento político-pedagógico a serviço do fortalecimento do SUS e da formação de sujeitos críticos, capazes de atuar com sensibilidade, compromisso e competência nos diferentes espaços onde a vida e o cuidado se encontram.

Ao reunir saberes diversos, práticas transformadoras e reflexões fundamentadas, *Educação em Saúde: Práticas, Desafios e Inovações no Ensino e na Promoção da Saúde* reafirma o compromisso com uma educação que emancipa, que escuta, que dialoga e que transforma. Por isso, a publicação deste livro é dirigida não apenas a estudantes e profissionais da área da saúde, mas também a educadores populares, gestores, lideranças comunitárias e a todos e todas que acreditam que a saúde se constrói com participação, respeito mútuo, solidariedade e justiça social.

Que estas páginas possam inspirar novos encontros, fortalecer vínculos e fomentar práticas educativas que, ao invés de impor, convidem ao pensar, ao sentir e ao agir em defesa da vida.

**ALESSANDRA REGINA MÜLLER GERMANI**  
**Organizadora do Livro**

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1**

### **Educação em Saúde como Ferramenta para a Prevenção de Doenças e Promoção da Qualidade de Vida.....9**

Alessandra Regina Müller Germani

doi: 10.48209/978-65-5417-487-0

## **CAPÍTULO 2**

### **Conhecimento de Gestantes sobre Primeiros Socorros na Obstrução de Vias Aéreas em Neonatos: Um Relato de Experiência.....20**

Leonardo Olczewski Macari; Maria Vitória Ferreira Agra de Alencar Gualter; Ananda Eloise Kos; Paôla Louise Argenta; Ana Emanuelle Batiston; Lara Rozetti da Silva

doi: 10.48209/978-65-5417-487-1

## **CAPÍTULO 3**

### **Educação Permanente em Saúde: Uma Análise Histórica e Conceitual no Contexto Global e Brasileiro.....31**

Regiane Borges; Tiago Luan Labres de Freitas; Jussara Gue Martini

doi: 10.48209/978-65-5417-487-2

## **CAPÍTULO 4**

### **Educação em Saúde no Contexto da Reforma Psiquiátrica: Desafios e Possibilidades no CAPS AD IV.....43**

Ana Júlia Souza de Jesus; Adrieli Schowantz Peixoto

doi: 10.48209/978-65-5417-487-3

## **CAPÍTULO 5**

### **Inovação no Cuidado Respiratório: Produção Artesanal de Espaçadores como Estratégia para Redução de Custos.....57**

Tayna de Oliveira Pereira; Juliana Galetto

doi: 10.48209/978-65-5417-487-4

## **CAPÍTULO 6**

### **Entre Canções e Sorrisos: A Potência da Interdisciplinaridade na Atenção Psicossocial com Saúde Bucal e Musicoterapia.....59**

Adriana de Freitas Pimentel; Eliana Lobo; Sérgio Carvalho de Araújo

doi: 10.48209/978-65-5417-487-5

## **CAPÍTULO 7**

### **Construção de Estratégias de Educação em Saúde na Residência em Fisioterapia: Um Relato de Experiência.....79**

Isabela Bozelli; Andréia Caroline Fernandes Salgueiro

doi: 10.48209/978-65-5417-487-6

## **CAPÍTULO 8**

### **Saúde em Ação: Descomplicando os Conceitos Básicos do SUS .....94**

Victor Henrique Laranja Borges Taquary; Camila Ferreira Puntel; Cláudio Claudino da Silva Filho; Crhis Netto de Brum; Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira; Daniela Savi Geremia

doi: 10.48209/978-65-5417-487-7

## **CAPÍTULO 9**

### **Saúde em Ação: A Dinâmica do Trabalho Multiprofissional na Promoção da Saúde.....108**

José Renan Gonçalves Mendes; Graciela Soares Fonsêca; Thiego da Silva Socoloski; Larissa Hermes Thomas Tombini; Alexia Tailine Etges; Daniela Savi Geremia

doi: 10.48209/978-65-5417-487-8

## **CAPÍTULO 10**

### ***Podcast* Saúde em Ação: Experiência do Episódio sobre Vigilância em Saúde.....123**

Ana Cristina Almeida Dias; Camila Ferreira Puntel; Larissa Hermes Thomas Tombini Valéria Silvana Faganello Madureira; Eleine Maestri; Daniela Savi Geremia

doi: 10.48209/978-65-5417-487-A

## **CAPÍTULO 11**

### ***Podcast* como Prática Educativa: Promovendo a Participação e o Controle social no SUS.....139**

Camila Ferreira Puntel; Ana Cristina Almeida Dias; Valéria Silvana Faganello Madureira; Cláudio Claudino da Silva Filho; Larissa Hermes Thomas Tombini; Daniela Savi Geremia

doi: 10.48209/978-65-5417-487-B

### **Sobre a Organizadora.....155**

### **Sobre as Autoras e os Autores.....156**

# **CAPÍTULO 1**

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

Alessandra Regina Müller Germani

Doi: 10.48209/978-65-5417-487-0

### **INTRODUÇÃO**

A educação em saúde pode ser considerada como um dos pilares fundamentais para a promoção da qualidade de vida e bem-estar da população. Trata-se de um conjunto de ações planejadas que visam informar, conscientizar e capacitar indivíduos e comunidades sobre práticas saudáveis, prevenção de doenças e acesso adequado aos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a educação em saúde torna-se essencial para a promoção da qualidade de vida, pois permite o empoderamento da população no autocuidado e na prevenção de doenças (Brasil, 2010).

Além de ser uma ferramenta para a socialização do conhecimento, a educação em saúde promove mudanças de comportamento e contribui para a construção de uma sociedade mais saudável. Ao estimular hábitos preventivos, como alimentação equilibrada e prática regular de exercícios físicos, essa estratégia reduz a incidência de doenças crônicas e melhora a qualidade de vida dos indivíduos. Conforme destaca Brandão (1984), a educação não pode ser entendida como mera transmissão de informações, mas sim como um processo contínuo de construção do conhecimento e de transformação social.

Outra dimensão relevante da educação em saúde é seu impacto na humanização do atendimento. Quando os profissionais de saúde promovem um diálogo aberto com a população, respeitando seus saberes e contextos socio-culturais, a adesão às práticas preventivas se torna mais eficaz. Em seu livro,

Gadotti (2005) argumenta que as práticas educativas devem ser pautadas pelo princípio da emancipação, permitindo que os sujeitos assumam um papel ativo na transformação de suas vidas. Assim, a abordagem educativa na saúde vai além da simples orientação e assume um caráter transformador.

Cabe destacar que o Brasil assumiu um papel pioneiro na aplicação da Educação Popular, que se consolidou como um instrumento essencial para transformar as práticas de saúde, promovendo uma abordagem mais global e participativa. Apesar de desafios e crises, a Educação Popular continua sendo relevante na construção de práticas inovadoras e na articulação entre saberes populares e científicos no cotidiano dos serviços de saúde (Vasconcelos, 2001).

Neste sentido, o presente capítulo tem a finalidade de apresentar uma breve reflexão teórica acerca da educação em saúde como ferramenta para a prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida. Para isso, as seções foram divididas de modo que possamos de maneira breve, entender as mudanças conceituais da educação em saúde; conhecer alguns intelectuais que contribuíram e contribuem para as pesquisas e práticas de educação em saúde e por fim, entender as diretrizes que norteiam as principais políticas de saúde criadas com a intenção de fortalecer e consolidar a educação em saúde como prática sistemática na realidade dos serviços de saúde.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DA TRANSMISSÃO IMPOSITIVA DE INFORMAÇÕES AO DIÁLOGO CONSTRUTOR DE CONHECIMENTOS**

As práticas de educação em saúde no Brasil assumiram diferentes configurações ao longo do tempo, refletindo os contextos econômicos, políticos e sociais de cada período histórico. Sua consolidação teve início na primeira metade do século XX, quando as ações educativas estavam fortemente associadas ao combate de epidemias e à realização de campanhas sanitárias. Essas iniciativas, muitas vezes motivadas por interesses econômicos, especialmente a proteção das exportações de café, adotavam uma abordagem verticalizada e autoritária, desconsiderando a participação popular no processo educativo (Vasconcelos, 1997).

Nesse contexto, a educação em saúde assumia um caráter normativo e fiscalizador, centrado na imposição de comportamentos considerados adequados à manutenção da saúde. A população era tratada como receptora passiva de orientações vindas de profissionais de saúde, que se colocavam como os únicos detentores do saber. Como aponta Vasconcelos (1997), essa abordagem tradicional baseava-se na transmissão impositiva de informações, com o objetivo de modificar condutas prejudiciais à saúde, sem considerar a escuta, o diálogo ou o envolvimento ativo dos sujeitos no processo educativo.

Com a chegada do século XXI, observa-se uma inflexão nesse modelo. De acordo com Lima e Costa (2005), começa a se desenhar um cenário mais promissor, caracterizado pelo esforço de superação das desigualdades sociais e do distanciamento entre os saberes acadêmicos, os serviços de saúde e a população. Nesse novo contexto, ganham força propostas voltadas à construção de práticas educativas mais dialógicas, participativas e sensíveis às realidades locais.

A educação em saúde passa, então, a ser compreendida como um processo de troca e construção coletiva de saberes, no qual o conhecimento científico dialoga com os saberes populares de maneira horizontal. Essa perspectiva valoriza o encontro entre diferentes formas de conhecimento, reconhecendo que todos os envolvidos no processo ensino-aprendizagem, tais como profissionais, usuários e comunidades, possuem experiências e saberes que, ao serem compartilhados, possibilitam a produção de novos aprendizados. Essa mudança de paradigma está profundamente alinhada à proposta de educação problematizadora elaborada por Paulo Freire (Vasconcelos, 1997).

Neste sentido, Freire (1987) reforça que a prática educativa deve partir da realidade concreta dos sujeitos, promovendo sua reflexão crítica, sua autonomia e sua atuação transformadora no mundo. Nesse modelo educacional, o educando deixa de ser um mero receptor de informações e passa a ocupar uma posição ativa no processo formativo. Estabelece-se, assim, uma relação dialógica entre educador e educando, na qual ambos aprendem e se transformam mutuamente.

A incorporação dessa abordagem no campo da saúde contribui para que os indivíduos se reconheçam como sujeitos históricos, capazes de compreender e intervir sobre os determinantes sociais que condicionam suas vidas. A educação em saúde deixa, portanto, de ser uma ferramenta de normatização de comportamentos para tornar-se uma prática emancipadora, orientada pelo diálogo, pela escuta qualificada, pelo respeito à diversidade e pelo compromisso ético-político com a transformação social (Vasconcelos, 1997).

## **INTELECTUAIS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL**

A educação em saúde no Brasil resulta de uma construção histórica permeada por influências epistemológicas e políticas que contribuíram para a consolidação de abordagens críticas, dialógicas e emancipatórias. Nesse processo, destacam-se autores e autoras que, por meio de suas trajetórias acadêmicas, militantes e institucionais, contribuíram significativamente para o desenvolvimento teórico-metodológico da área. Entre eles, figuram Paulo Freire, Carlos Rodrigues Brandão, Victor Vincent Valla, Eymard Mourão Vasconcelos e José Ivo Pedrosa.

O autor Carlos Rodrigues Brandão (1984) ressalta que o pensamento de Paulo Freire conferiu à educação um compromisso ético com os sujeitos historicamente excluídos, ao valorizar a escuta sensível, a cultura popular e o diálogo como ferramentas fundamentais de transformação social. Nessa mesma perspectiva, Vasconcelos (1997) destaca que Freire rompeu com práticas educativas impositivas e tecnocráticas, promovendo a construção coletiva do saber e reconhecendo as vivências populares como fontes legítimas de conhecimento.

Outro autor que também teve papel relevante na consolidação da educação popular no país foi Victor Vincent Valla. A vivência de Valla, marcada por um profundo contato com a realidade da pobreza e seu estranhamento como intelectual e trabalhador social, moldou sua abordagem educativa. Essa experiência conferiu autenticidade à sua prática, resultando em um conhecimento “em ato”, no qual teoria e prática se articulam de forma orgânica (Vasconcelos, Algebaile e Valla, 2008).

Na sua trajetória acadêmica também ganha destaque a liderança do Grupo de Trabalho de Educação Popular da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação (ANPED), no qual promoveu um intenso intercâmbio entre pesquisadores acerca do tema da educação popular. Desta forma, Valla contribuiu significativamente para a sistematização teórica e para a formação de lideranças comprometidas com a prática da educação popular (Vasconcelos, Algebaile e Valla, 2008).

Transpondo para a área da saúde, Vasconcelos (2001) desenvolveu a concepção de Educação Popular em Saúde como um campo político-pedagógico que valoriza o protagonismo dos sujeitos, a escuta ativa, a construção coletiva do conhecimento e a articulação com movimentos sociais. Sua abordagem amplia os canais de comunicação entre profissionais de saúde, usuários, famílias e comunidades, fortalecendo a criticidade e a capacidade organizativa popular.

Nesse mesmo campo, José Ivo Pedrosa, professor de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Piauí (UFPI), destacou-se por articular teoria e prática na promoção de ações educativas voltadas à emancipação dos sujeitos, à valorização dos saberes populares e ao fortalecimento do controle social no SUS. Foi um dos principais articuladores da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída em 2013, cuja construção contou com ampla participação de movimentos sociais, instituições de ensino e gestores públicos. Sua atuação sempre dialogou com os referenciais freirianos, pautando-se na transformação social por meio da educação crítica (Pedrosa, 2021).

Em artigo publicado em 2008, Pedrosa analisa a relação entre educação popular em saúde e gestão participativa no SUS, comparando propostas de movimentos sociais com as ações do Ministério da Saúde. O texto aponta desafios e estratégias para ampliar a participação popular nas decisões em saúde, com ênfase na necessidade de fortalecer os espaços de diálogo entre gestão pública e sociedade civil (Pedrosa, 2008).

A esse debate soma-se Eduardo Navarro Stotz (2014), que, no artigo “Educação Popular, Saúde e Democracia no Brasil”, analisa como o contro-

le social no SUS pode fortalecer a democracia. Destaca a educação popular como estratégia de mobilização e conscientização da população, favorecendo sua participação crítica e ativa na gestão da saúde pública.

O autor enfatiza o protagonismo das comunidades e dos movimentos sociais em processos participativos, como as assembleias populares, nas quais são discutidos os principais problemas de saúde dos territórios e as ações necessárias para enfrentá-los. Essas práticas promovem mobilização, reflexão e educação, contribuindo para o exercício de uma democracia mais substantiva, em contraposição aos modelos tradicionais de representação política (Stotz, 2014).

A reflexão e trajetória desses autores demonstra que a educação em saúde no Brasil é uma construção coletiva, alimentada pelo diálogo entre diferentes campos do saber, tais como a pedagogia, saúde coletiva, antropologia e filosofia, e pelas experiências concretas de luta popular. Suas obras e práticas contribuíram para a superação de modelos autoritários e tecnocráticos, promovendo abordagens mais humanizadas, participativas e transformadoras.

## **POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL**

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, e da sua regulamentação pelas LOS nº 8080/1990 e 8142/1990, a educação em saúde no Brasil passou por significativas transformações, impulsionadas por diferentes políticas públicas voltadas à democratização do saber e à valorização do protagonismo popular e profissional nos processos educativos.

Duas dessas políticas destacam-se por sua centralidade nesse processo: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). Ambas foram formuladas com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e representam estratégias fundamentais para a qualificação do cuidado e a promoção da cidadania em saúde.

No que se refere a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), esta foi instituída pela Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, posteriormente atualizada pela Portaria nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007, do Ministério da Saúde, e representa uma estratégia fundamental para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no âmbito do SUS. Inspirada nos pressupostos da aprendizagem significativa, da integração ensino-serviço-comunidade e da problemática real do trabalho, a política promove processos formativos ancorados na realidade dos territórios e das práticas cotidianas dos serviços.

Diferente das ações de capacitação pontuais e descontextualizadas, a educação permanente propõe a problematização crítica do processo de trabalho, a construção coletiva de saberes e o protagonismo dos sujeitos implicados nas práticas de cuidado. O trabalho é compreendido como espaço de aprendizagem, e o cotidiano do SUS, como campo fértil para o desenvolvimento de competências éticas, técnicas e políticas (Brasil, 2007).

A implementação da PNEPS tem incentivado a constituição de Comissões de Integração Ensino-Serviço, o fortalecimento das escolas técnicas e universidades do SUS (como a UNA-SUS e a ETSUS), além da criação de núcleos de educação permanente nos serviços de saúde. Sua contribuição para a educação em saúde reside na formação crítica dos profissionais, na valorização do diálogo entre os saberes acadêmico e prático, e na articulação entre ensino, serviço e comunidade (Brasil, 2007).

Já a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) foi instituída oficialmente por meio da Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde, mas o seu desenvolvimento encontra-se alicerçado em décadas de práticas sociais, movimentos populares e experiências de base que marcaram a construção do SUS. Inspirada nos fundamentos da educação popular freiriana, a política valoriza o diálogo, a escuta, o respeito aos saberes populares e a construção coletiva do conhecimento.

Seu processo de construção foi amplamente participativo, envolvendo gestores, trabalhadores, movimentos sociais, universidades e lideranças comu-

nitárias. A política reconhece os sujeitos sociais como protagonistas da transformação das realidades de saúde e propõe práticas educativas que promovam o empoderamento, a autonomia e a emancipação social (Brasil, 2013).

Entre seus principais princípios, destacam-se: o reconhecimento dos saberes populares; a ampliação do diálogo entre saberes e práticas; o compromisso com a transformação social; a valorização da diversidade cultural e territorial; e o fortalecimento da participação social no SUS (Brasil, 2013).

A PNEPS-SUS tem contribuído para a consolidação de práticas de educação em saúde mais críticas, dialógicas e emancipadoras, rompendo com modelos tradicionais, impositivos e centrados na culpabilização dos indivíduos. Por meio de ações como rodas de conversa, oficinas, vivências comunitárias e mobilizações territoriais, tem promovido a aproximação entre os serviços de saúde e os contextos de vida das populações (Brasil, 2013).

Ao analisar as portarias em que as políticas foram instituídas percebe-se que ambas contribuem significativamente para a superação de um modelo tradicional de educação em saúde centrado na transmissão vertical de informações. Em vez disso, propõem abordagens baseadas no diálogo, na escuta ativa, na reflexão crítica e na transformação das práticas e das realidades sociais (Brasil, 2007,2013).

Essas políticas sustentam o princípio de que a saúde é produzida no encontro entre sujeitos, em processos coletivos e culturais que exigem o reconhecimento da diversidade e da complexidade dos territórios. Assim, colocam em prática uma educação em saúde libertadora, participativa e comprometida com a equidade e a justiça social (Brasil, 2007, 2013).

Além disso, as políticas reforçam a indissociabilidade entre educação e cuidado, reconhecendo que a formação permanente dos trabalhadores e o empoderamento das comunidades são fundamentais para a consolidação do SUS enquanto sistema público, universal e de base comunitária (Brasil, 2007, 2013).

## CONCLUSÃO

A educação em saúde desempenha um papel essencial na prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida, fortalecendo a autonomia dos indivíduos na adoção de práticas saudáveis. Os profissionais da área da saúde, como agentes educadores, assumem uma função estratégica nesse processo, atuando na conscientização da população e na construção coletiva de conhecimentos relevantes para a melhoria da saúde da coletividade.

Ao reconhecer o valor da construção coletiva de conhecimentos, fomentando a autonomia dos sujeitos e articulação saúde e cidadania, autores expoentes da educação e educação em saúde pavimentaram um caminho para o desenvolvimento desta prática comprometida com a democracia, a equidade e a justiça social, princípios fundantes do SUS.

A trajetória da educação popular em saúde no Brasil foi fortemente influenciada por intelectuais comprometidos com a transformação social e a emancipação dos povos. Paulo Freire é o principal expoente desse pensamento, ao defender uma pedagogia dialógica e libertadora, baseada na escuta e na problematização da realidade. Outros autores, como Carlos Rodrigues Brandão, José Ivo Pedrosa, Eymard Mourão Vasconcelos, Victor Valla e Eduardo Stotz, contribuíram significativamente para consolidar uma abordagem crítica e comprometida com a equidade, a justiça social e os princípios do SUS. Esses intelectuais enfatizam a importância da educação como prática de liberdade e a articulação entre saúde, cultura, território e cidadania.

Para além dos estudos que foram sendo desenvolvidos, a criação de políticas públicas de saúde foi essencial para materializar as mudanças nas práticas educativas. Destas, salientamos a criação de duas políticas de relevância, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) que reforçam que as práticas de educação em saúde devem ser construídas coletivamente, considerando as particularidades das comunidades e promovendo a participação ativa dos cidadãos no processo de cuidado. Dessa maneira, a interseção entre as diretrizes das políticas e a atuação dos profissionais de saúde contribuem para fortalecer

o desenvolvimento de práticas que visam a construção de uma sociedade mais justa e equitativa em termos de acesso à saúde.

A adoção de metodologias dialógicas e o uso de tecnologias ampliam o alcance das ações educativas, tornando-as mais eficazes e acessíveis. Dessa forma, investir na capacitação dos profissionais de saúde e no fortalecimento das políticas públicas voltadas à educação em saúde é fundamental para garantir uma sociedade mais informada e saudável.

## REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. O que é educação. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 32, p. 39-41, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM, 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: seção 1, Brasília, DF, n. 160, p. 68-70, 21 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 224, p. 60, 20 nov. 2013.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LIMA, J. C. F.; COSTA, A. M. Educação em saúde: saberes em construção e práticas em (des)construção. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v. 29, n. 1, p. 25–37, 2005.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Revista APS, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul./set. 2008.

PEDROSA, J. I. DOS S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, p. e200190, 2021.

STOTZ, E. N.. Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 1475–1486, 2014.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular nos Serviços de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

VASCONCELOS, E. M.. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 5, n. 8, p. 121–126, fev. 2001.

VASCONCELOS, E.M.; ALGEBAILLE, E.; VALLA, V.V. Victor Vincent Valla: pioneiro da pesquisa e formação acadêmica no campo da educação popular e saúde. Rev. Atenção Primária à Saúde, v.11, n.3, p.326-33, 2008.

## **CAPÍTULO 2**

# **CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE PRIMEIROS SOCORROS NA OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS EM NEONATOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Leonardo Olczewski Macari

Maria Vitória Ferreira Agra de Alencar Gualter

Ananda Eloise Kos

Paôla Louise Argenta

Ana Emanuelle Batiston

Lara Rozetti da Silva

**Doi: 10.48209/978-65-5417-487-1**

## **INTRODUÇÃO**

O engasgo é uma causa importante de morbimortalidade infantil. Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, ocorreram 96.119 óbitos infantis (até 1 ano de idade) de 2021 a 2023 no Brasil. Dentre esses, 652 foram por inalação ou ingestão de alimentos causando obstrução do trato respiratório (CID-10 W79). (BRASIL,2024)

No Brasil, a aspiração de corpo estranho (ACE) destacou-se como a principal causa de óbitos por causas externas em crianças menores de 6 anos, com um total de 3.106 mortes registradas entre 2012 e 2020. Desse total, 334 casos (10,75%) ocorreram no estado do Paraná, evidenciando um relevante problema de saúde pública. (Langwinski et al.,2023)

Um corpo estranho (CE) refere-se a qualquer objeto ou substância que, por descuido, pode ser introduzido no corpo humano ou em suas cavidades. Qualquer material pode se transformar em um CE. No sistema respiratório, o risco é maior quando líquidos ou objetos são aspirados, podendo atingir os pulmões e causar infecções ou até mesmo asfixia. A ACE pode resultar na obstrução das vias aéreas (OVACE), caracterizando-se como um acidente grave e potencialmente fatal. (Teles et al., 2021)

No Brasil, a OVACE é frequente entre crianças menores de 4 anos, sendo responsável por 84% dos casos de acidentes no Brasil e de acordo com os registros do Corpo de Bombeiros do Paraná, houve um crescente número de ocorrências no período de 2010 a 2021. Nesse período, das 4.791 vítimas de acidentes atendidas por OVACE, 3.404 (71,04%) eram crianças de 0 a 4 anos, posicionando-se como a terceira principal causa de acidentes na infância. Nesse sentido, a Manobra de Heimlich destaca-se como a intervenção mais indicada nesses casos, sendo essencial o treinamento adequado para sua aplicação correta e eficaz. (Langwinski et al., 2023)

Um vasto número de registros evidencia que a maior parte das OVACES ocorrem no domicílio, em especial, na hora da amamentação, onde o bebê está aprendendo o movimento da sucção. Assim, é muito importante que a puérpera saiba agir diante de um possível engasgo por seu bebê, reconhecendo e agindo rapidamente. (SANTOS, Raul Dias dos et al., 2019)

Quando ocorre o engasgo incompleto (ou parcial), os sinais podem ser: frequência respiratória elevada, tosse e choro. No engasgo completo, a criança apresenta boca arroxeada, ausência de ar, inaptidão para tossir ou chorar, sendo necessário a realização da manobra. Desse modo, deve-se realizar a Manobra de Heimlich, apresentando o recém-nascido (RN) de bruços em cima do braço e realizando 5 compressões entre as escápulas. Após, colocar o bebê em decúbito dorsal no braço e realizar mais 5 compressões sobre o esterno, na linha mamilar. (PINHEIRO, J. et al, 2023)

A relevância deste estudo está fundamentada na elevada incidência de óbitos por obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) em crianças e lactentes. Nesse contexto, objetos como brinquedos, balões, pequenos utensílios e até mesmo alimentos podem ser aspirados, provocando uma obstrução total das vias aéreas, o que resulta em parada respiratória e, conseqüentemente, em morte. (Silva et al., 2022)

Utilizar os primeiros momentos do contato durante a amamentação é uma oportunidade valiosa para disseminar informações sobre o risco de obstrução das vias aéreas durante o aleitamento materno. A prevenção de engasgos é uma estratégia eficaz para promover uma melhor qualidade de vida e reduzir os índices de mortalidade neonatal. (Teles et al., 2021)

As orientações sobre técnicas de primeiros socorros não costumam ser rotineiramente repassadas às mães de recém-nascidos, apesar de ser fundamental que elas adquiram esse conhecimento, já que podem precisar utilizá-lo para salvar a vida de seus filhos ou de outras pessoas próximas. Considerando a importância deste tema, este artigo propõe uma pesquisa com o objetivo de avaliar o conhecimento das puérperas sobre primeiros socorros em situações de obstrução das vias aéreas por corpo estranho em neonatos. (Teles et al., 2021)

## **DESENVOLVIMENTO**

O presente artigo trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do 8º período do curso de graduação em medicina do Centro Universitário Campo Real, campus Guarapuava/PR, sobre uma atividade de educação em saúde realizada com gestantes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município. A ação educativa objetivou instruir gestantes e familiares sobre as principais medidas de prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em lactentes, de modo a fornecer orientações e sanar dúvidas dos participantes sobre o que deve ser feito na vigência de sufocamento por aspiração de corpo estranho em crianças menores de um ano de idade.

A iniciativa para a realização da atividade foi a partir da execução do trabalho de conclusão de curso (TCC) de uma das autoras, o qual tinha como objetivo principal, avaliar o conhecimento de puérperas sobre engasgo de crianças menores de um ano.

O público-alvo para a elaboração dessa ação foi um grupo de sete gestantes e seus familiares, que faziam acompanhamento pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Guarapuava/PR, e que aguardavam na fila de espera para serem atendidos. A atividade ocorreu no mês de outubro de 2024, durante a passagem dos acadêmicos pelo estágio curricular da universidade referente à Atenção Primária à Saúde (APS), sob supervisão da médica preceptora responsável pela UBS. A figura 1 ilustra o momento da apresentação dos acadêmicos e o início da atividade educativa.

Figura 1 – Apresentação dos acadêmicos



Fonte: Autores.

Os acadêmicos elaboraram e imprimiram uma cartilha, ilustrada na figura 2, contendo as principais orientações sobre as medidas de desobstrução da via aérea de lactentes. Os autores disponibilizaram a cartilha para as gestantes e familiares que aguardavam na fila de espera para o atendimento médico de pré-natal de rotina e posteriormente, explicaram e exemplificaram, com o auxílio de um boneco de simulação realística, com peso e movimento semelhante a um bebê real, o passo a passo para execução correta das manobras de desengasgo, conforme mostrado na figura 3.

Figura 2 – Cartilha de instruções de primeiros socorros no engasgo de lactentes



# Primeiros Socorros no Engasgo



**SUSPEITAR DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS QUANDO HOUVER EPISÓDIO DE ENGASGO COM TOSSE E/OU SINAIS DE SUFOCAÇÃO**

**Obstrução leve:**  
Bebê consegue tossir, emitir sons e respirar.  
**O que fazer?**

- Não realizar manobras de desobstrução
- Acalmar o bebê
- Permitir tosse forte
- Observar com atenção

**Obstrução Grave**  
Bebê tem dificuldade para respirar, não consegue tossir, chorar ou emitir som  
**O que fazer?**  
Se conseguir visualizar bem o objeto na boca, retirar com cuidado, não tentar caso não consiga ver;  
Executar as manobras de desobstrução descritas a seguir:

1) Sentar com o bebê de cabeça para baixo apoiado no antebraço, levemente inclinado para baixo, com os dedos apoiando o queixo do bebê

Realizar 5 compressões com o dorso da mão na região das costas



2) Virar o bebê, com a nuca apoiada sobre a mão, e realizar 5 compressões no peito com 2 dedos. Continuar até a criança expelir o objeto ou reagir



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Aspração de corpo estranho. São Paulo: SBP, 2014.

Material distribuído conforme Projeto de TCC – Avaliação do conhecimento de puérperas sobre prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano. Orientadores: Prof. Me. Josieli Kozak; Prof. Me. Eros Uriel Rodrigues. Alunos: Ana Emanuele Battiston; Rodrigo Vargas

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CEP - Campo Real</b><br>Endereço: Rua Comendador Norberto, 1299<br>Santa Cruz / CEP: 85015-240 – Guarapuava – PR.<br>Telefone para contato: (42) 3621-5200 ramal 197<br>Horário de atendimento: 8h às 12h e 18h às 22h | <b>CONEP</b><br>Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G,<br>Anexo B, Sala 104B / Brasília - DF / CEP: 70058-<br>900 - Brasil.<br>Telefone para contato:<br>(61) 3315-2150 e 3315-3821 | <b>DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO</b><br>Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Campo Real<br>Número do parecer: 6.415.388<br>Data da relatoria: 09/06/2024 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Autores.

Figura 3 – Uso do boneco para exemplificar as manobras de desengasgo



Fonte: Autores.

Após realizadas as orientações às gestantes e seus familiares, os acadêmicos propuseram um espaço para perguntas e questionamentos, de modo a permitir que todas as dúvidas fossem devidamente sanadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A obstrução de vias aéreas superiores na população pediátrica ocorre de forma predominante no grupo de crianças com menos de um ano de idade. Acidentes por engasgo em neonatos são causados, na maior parte das vezes, por líquidos, como por exemplo o leite materno. Dentre os fatores que explicam a maior predominância de engasgo em neonatos, podem ser descritos: a imaturidade do processo de deglutição; a maior recorrência de regurgitação do leite materno; e falhas no fechamento completo da laringe (Teles et al., 2021).

É categórico ressaltar que o conhecimento das mães e demais familiares sobre as medidas de primeiros socorros frente à obstrução de vias aéreas em lactentes é de suma importância, visto que situações de emergência podem

acontecer a qualquer momento, e em qualquer lugar, requerendo ação em tempo hábil para reverter essa condição. No entanto, estudos observacionais apontam que a maior parte das mães e responsáveis pelos lactentes nunca receberam qualquer orientação profissional sobre desobstrução de vias aéreas (Santos et al., 2024).

O desconhecimento da abordagem correta e segura frente ao engasgo de crianças menores de um ano pode ser explicado por algumas variáveis, entre elas: o baixo nível de escolaridade das mães, associado à falta de acesso à informação, dificultando o reconhecimento e a rápida tomada de decisão demandados na iminência de uma obstrução de vias aéreas (Pinheiro et al., 2021).

Durante a nossa conversa com as gestantes que participaram da atividade educativa, grande parte delas relatou o desconhecimento das medidas de primeiros socorros frente a uma situação de asfixia por corpo estranho, corroborando com os dados encontrados na literatura. Da mesma forma, as gestantes consideraram a importância do reconhecimento dos principais sinais clínicos que indicam a asfixia nos bebês, bem como a necessidade da aprendizagem de como agir frente a uma situação de emergência. Teles et al (2021) afirmam que não só a falta de informações sobre os primeiros socorros no engasgo de lactentes é preocupante, como também a disseminação de informações superficiais, e muitas vezes, incorretas, com abordagens simplificadas que mais prejudicam do que beneficiam, sob o ponto de vista educativo.

A escassez de informações sobre primeiros socorros, especialmente em relação à obstrução das vias aéreas, pode ser atribuída à falta de uma abordagem sistemática na educação das puérperas nas unidades de saúde. Segundo Lima et al. (2023), as ações educativas nas instituições de saúde, como as orientações durante o pós-parto, muitas vezes não abrangem de maneira adequada os cuidados respiratórios emergenciais. Isso pode ser agravado pela falta de acompanhamento e de reforço das informações após o parto, o que compromete a absorção e aplicação prática dos conhecimentos.

Santos e Paes (2020) e Teles et al (2021) também consideram que as ações de educação em saúde, na perspectiva do conhecimento das medidas de primeiros socorros no engasgo de lactentes, impactam significativamente na

qualidade de vida e na redução da morbimortalidade deste grupo. Por isso, o fornecimento de orientações repercute não só na troca de conhecimento entre o profissional de saúde e os pacientes, como também auxilia na reprodução e propagação de práticas positivas capazes de salvar vidas (Santos e Paes, 2020; Teles et al., 2021).

O estudo de Teles et al. (2021) destaca que, apesar da grande quantidade de informações disponíveis, há uma lacuna significativa na capacidade de os pais e responsáveis tomarem decisões rápidas e eficazes durante um incidente de asfixia.

Além de se preocupar com o treinamento de famílias e cuidadores, a educação sobre primeiros socorros deve ser uma prioridade nas instituições de saúde pública, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos centros de atendimento à saúde materno-infantil. A presença de profissionais capacitados, que possam ministrar encontros educativos, é fundamental para consolidar a importância da abordagem precoce e assertiva diante de um quadro de asfixia. A integração de ações educativas tanto no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto em campanhas de conscientização mais amplas poderia aumentar a adesão das famílias aos protocolos de atendimento adequado, garantindo que os primeiros socorros sejam realizados de forma eficaz e no tempo correto.

Outra situação apontada pelas gestantes durante a ação educativa foi sobre a importância de haver ações educativas para a promoção da saúde dos lactentes, dentro do âmbito da APS. A prática da educação permanente em saúde, dentro desse contexto, através de rodas de conversa, dinâmicas interativas, formação de grupos de gestantes e elaboração de cartilhas e panfletos com orientações, tem caráter primordial no processo de cuidado e no acompanhamento de mães e lactentes (Santos e Paes, 2020). Tais abordagens proporcionam um espaço seguro para a troca de informações e experiências, o que fortalece o entendimento das mães sobre a importância dos cuidados preventivos e emergenciais.

Capacitar as pessoas leigas sobre as manobras de desengasgo é de grande importância para salvar a vida das vítimas, pois auxiliará no socorro imediato e eficiente, evitando assim, um desfecho desfavorável. Esses ensinamentos e práticas ensinados, devem ser realizados até a chegada do suporte especializa-

do (Santos e Paes, 2020; Teles et al., 2021). No entanto, é essencial que esse treinamento seja contínuo e avaliado periodicamente, a fim de garantir que o conhecimento seja mantido e utilizado de forma eficaz.

Por fim, a disseminação de informações corretas sobre as manobras de primeiros socorros deve ser acompanhada por uma constante avaliação da eficácia das ações educativas. O feedback das puérperas, como o estudo revelou, pode ajudar a identificar as lacunas no conhecimento e a ajustar as estratégias de ensino para que sejam mais eficientes. Além disso, como sugerem Santos e Paes (2020), a criação de protocolos nacionais ou regionais para a educação sobre primeiros socorros em neonatos, com base nas melhores práticas, pode garantir uma abordagem mais uniforme e eficaz, independentemente da localidade ou da rede de atendimento. A implementação de estratégias de acompanhamento pós-capacitação, como lembretes através de plataformas digitais, pode fortalecer o processo de aprendizagem e melhorar as respostas emergenciais.

## **CONCLUSÃO**

A partir da perspectiva da educação permanente em saúde, o ensino de gestantes sobre o manejo de obstrução de vias aéreas em neonatos é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde e segurança dos recém-nascidos. Ao capacitar as gestantes com conhecimentos e habilidades práticas sobre como agir rapidamente em situações de emergência, promove-se não apenas a autonomia das mães, mas também um ambiente mais seguro para os bebês. A educação em saúde, ao abordar esses temas de forma clara e acessível, contribui para a redução de complicações e melhora os desfechos neonatais, criando uma rede de cuidados que envolve tanto o aprendizado individual quanto o fortalecimento do vínculo familiar. Esse tipo de intervenção educacional é crucial para garantir que as gestantes se sintam mais confiantes e preparadas para lidar com possíveis emergências, proporcionando um impacto positivo no cuidado neonatal.

## REFERÊNCIAS

**SILVA, João da; PEREIRA, Maria.** Conhecimento de puérperas sobre primeiros socorros frente à obstrução das vias aéreas em neonatos. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre**, v. 42, n. 2, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/xGFQBrXJcqBvpDLWtTHSz9q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2025.

SANTOS, Victória Larissa dos; PAES, Luciana Braz de Oliveira. **Avaliação do conhecimento materno sobre manobra de Heimlich: construção de cartilha educativa.** *Cuid Enferm.*, v. 14, n. 2, p. 219-225, 2020. Disponível em: <https://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.219-225.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2025

**TELES, Larissa Jardim et al.** Conhecimento de puérperas sobre primeiros socorros frente obstrução das vias aéreas em neonatos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, e201101623550, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23550>. Acesso em: 24 mar. 2025.

**LANGWINSKI, Adriano et al.** Intervenção educativa sobre obstrução das vias respiratórias para professores de educação infantil: estudo quase-experimental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 44, e20220335, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/xGFQBrXJcqBvpDLWtTHSz9q/?lang=pt>. Acesso em: [25/03/25].

SILVA, Leonardo da. **Obstrução de vias aéreas em crianças e lactentes e primeiros socorros de enfermagem.** 2022. Disponível em: <https://ri.unipac.br/repositorio/wp-content/uploads/tainacan-items/282/198968/Leonardo-da-Silva-OBSTRUCAO-DE-VIAS-AEREAS-EM-CRIANCAS-E-LACTENTES-E-PRIMEIROS-ENFERMAGEM-2022.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2025.

**SANTOS, Raul Dias dos et al.** Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular: uma análise contextualizada dos novos conceitos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 113, n. 3, p. 289-297, set. 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11303/pdf/edicao/289/>. Acesso em: 21. mar. 2025.

**PINHEIRO, J. C. E.; CARDOSO, J. C. M.; RIBEIRO, W. A.; SILVA, M. R. B.; PAIXÃO, W. H. T.; BARBOSA, k. C. V.** Conhecimento das mães no puerpério sobre a desobstrução das vias aéreas em recém-nascidos., **Global Academic Nursing Journal**, v. 4, n. 3, p. 1-6, 2023. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/263/351>. Acesso em: 20. mar. 2025.

DATASUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. Acesso em 22 de mar 2025.

## **CAPÍTULO 3**

# **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICA E CONCEITUAL NO CONTEXTO GLOBAL E BRASILEIRO**

Regiane Borges

Tiago Luan Labres de Freitas

Jussara Gue Martini

Doi: 10.48209/978-65-5417-487-2

## **INTRODUÇÃO**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) configura-se como uma abordagem educacional inovadora que tem transformado a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde em todo o mundo. Seu conceito originou-se na Europa dos anos 1930 no campo da educação de adultos, ganhando destaque nos anos 1960 como resposta às demandas de requalificação profissional impostas pelos processos de industrialização e urbanização aceleradas (JESUS; RODRIGUES, 2022). Nesse período, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) incorporou e difundiu globalmente o conceito de Educação Permanente, fundamentando-o na teoria do capital humano, que associava o desenvolvimento econômico ao investimento na qualificação da força de trabalho (DELORS, 1998).

No campo específico da saúde, a Educação Permanente em Saúde emergiu como paradigma formativo a partir da década de 1980, sendo impulsionada principalmente pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio de seu Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. No Brasil, a EPS ganhou relevância estratégica com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi institucionalizada como política de Estado em 2004, através da Portaria GM/MS nº 198, que estabeleceu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004).

A EPS diferencia-se radicalmente dos modelos tradicionais de educação continuada por seu caráter problematizador e transformador. Enquanto a educação continuada frequentemente se limita à atualização técnica verticalizada, a EPS se fundamenta na aprendizagem significativa a partir das necessidades concretas do trabalho cotidiano nos serviços de saúde (CECCIM, 2004). Nessa perspectiva, a EPS não se restringe à transmissão de conhecimentos, mas promove a reflexão crítica sobre as práticas profissionais, visando à melhoria contínua da qualidade da assistência prestada à população.

Este estudo tem como objetivo resgatar a trajetória histórica e conceitual da EPS, desde suas origens internacionais até sua consolidação como política pública no Brasil, com ênfase especial em sua aplicação no campo da enfermagem. A abordagem narrativa permite explorar de forma integrada os marcos legais, as estratégias de implementação, os desafios estruturais e as perspectivas futuras da EPS no contexto da saúde global e brasileira.

A relevância deste estudo reside na necessidade de sistematizar o conhecimento acumulado sobre a EPS, destacando seu papel estratégico na formação de profissionais de saúde comprometidos com os princípios da integralidade, equidade e humanização do cuidado. Além disso, busca-se refletir criticamente sobre os avanços e obstáculos enfrentados na implementação da PNEPS, oferecendo subsídios para o fortalecimento dessa política no âmbito do SUS. O recorte temporal abrange desde as primeiras discussões sobre Educação Permanente na Europa até as políticas mais recentes de EPS no Brasil, com destaque especial para o período pós-constituição do SUS e para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Gênese Histórica e Fundamentação Conceitual da Educação Permanente em Saúde**

#### **Origens Internacionais da Educação Permanente**

A Educação Permanente (EP) surgiu no contexto europeu das primeiras décadas do século XX, vinculada às profundas transformações socioeconômicas decorrentes da Segunda Revolução Industrial. Nesse período, a necessidade

de adaptação contínua dos trabalhadores às novas demandas produtivas levou ao desenvolvimento de estratégias educacionais específicas para a população adulta (JESUS; RODRIGUES, 2022). O conceito estava intrinsecamente associado às iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos em momentos de reestruturação produtiva e de necessidade de reposicionamento das pessoas no mercado de trabalho.

Na década de 1960, a UNESCO incorporou a EP em sua agenda global, difundindo-a como mecanismo essencial para o desenvolvimento humano e econômico. Esse processo culminou com a publicação do relatório “Aprender a Ser” em 1972, coordenado por Edgar Faure, que consolidou os princípios da aprendizagem ao longo da vida como paradigma educacional (DELORS, 1998). O relatório destacava a educação como processo contínuo e multidimensional, rompendo com a visão tradicional que limitava a aprendizagem às fases iniciais da vida.

No campo da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) passaram a defender a EP como estratégia central para a qualificação dos trabalhadores do setor. A histórica Declaração de Alma-Ata (1978) reforçou a importância da educação em saúde como pilar fundamental da atenção primária, influenciando decisivamente a adoção de políticas de EPS em diversos países (OPAS, 2019). Nesse contexto, a EPS começou a ser concebida não apenas como instrumento de capacitação técnica, mas como ferramenta para a transformação das práticas profissionais e organizacionais nos sistemas de saúde.

### **A Incorporação da EPS no Brasil: Do SUS à Política Nacional**

No Brasil, a EPS ganhou força política e conceitual com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade demandavam uma nova abordagem na formação dos profissionais de saúde. O Artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribuiu ao SUS a competência específica para “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988), estabelecendo assim as bases legais para o desenvolvimento da EPS no país.

A década de 1990 foi marcada por importantes avanços na institucionalização da EPS, com a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, que incorporaram progressivamente a EPS como eixo estruturante da formação profissional. Esse movimento culminou em 2003 com a aprovação da Resolução CNS nº 335 pelo Conselho Nacional de Saúde, que instituiu a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2004). Essa resolução representou um marco ao recomendar aos gestores do SUS em todas as esferas de governo que envidassem esforços para sua implementação, assegurando os recursos necessários e promovendo a participação das instituições de ensino.

A consolidação definitiva da PNEPS ocorreu em 2004, com a publicação da Portaria GM/MS nº 198, que definiu a EPS como: “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p. 8).

Essa definição inovadora diferenciava claramente a EPS dos modelos tradicionais de educação continuada, enfatizando a aprendizagem como processo contínuo e intrínseco ao trabalho em saúde. A política foi posteriormente reforçada e ampliada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que adequou a EPS às diretrizes do Pacto pela Saúde, enfatizando especialmente a integração entre ensino e serviço como eixo estratégico (BRASIL, 2007).

## **A Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

### **Dispositivos Institucionais e Estratégias de Implementação**

A operacionalização da PNEPS deu-se por meio de diversos dispositivos institucionais inovadores. Entre estes destacam-se os Polos de Educação Permanente em Saúde e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que tinham como objetivo principal articular de forma sistemática as instituições formadoras com os serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Os Polos de EPS foram concebidos como dispositivos de

gestão colegiada da política nas regiões do país, funcionando na perspectiva do “Quadrilátero da Formação” que integrava o sistema de saúde, os serviços de atenção, a participação social e as instituições de ensino.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS-SUS), destinando recursos financeiros específicos para ações de qualificação profissional em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2017). Esse programa tinha como objetivo geral:

“Estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho” (BRASIL, 2017, p. 10).

Um avanço significativo ocorreu em 2020 com a publicação da Portaria GM/MS nº 149, que instituiu os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) como estratégia para a implementação local da EPS (BRASIL, 2020). Esses núcleos surgiram com a função específica de planejar, organizar e fornecer apoio às ações de EPS, sendo considerados como estruturas indispensáveis em qualquer instituição de saúde que almeje oferecer atendimento seguro e de qualidade à população.

## **Desafios Estruturais na Implementação da PNEPS**

Apesar dos significativos avanços conceituais e institucionais, a implementação da PNEPS enfrentou e continua enfrentando diversos obstáculos estruturais. Gonçalves et al. (2019) identificaram como principais desafios:

1. A pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino;
2. A incipiente atuação dos gestores municipais na promoção da EPS;
3. A implantação insuficiente de CIES regionais;
4. As dificuldades na aplicação dos recursos financeiros destinados à EPS;
5. A precariedade de critérios para a construção dos projetos educativos;
6. A insuficiência de sistemas de avaliação e monitoramento das práticas de formação.

Outro desafio persistente refere-se à resistência cultural à mudança nos modelos tradicionais de educação continuada. Muitas instituições de saúde ainda mantêm práticas educativas verticais e descontextualizadas das reais necessidades do trabalho cotidiano, contrariando os princípios da EPS (BONI, 2021). Além disso, a alta rotatividade de gestores e a descontinuidade das políticas públicas em saúde têm dificultado a consolidação de processos permanentes de educação no SUS.

## **A Educação Permanente em Saúde e a Enfermagem**

### **Impacto da EPS na Prática da Enfermagem**

A enfermagem tem sido uma das áreas profissionais mais impactadas pela implementação da EPS, dada sua centralidade nos processos de cuidado e sua interface constante com os usuários do sistema de saúde. Como destacam Backes et al. (2020), os profissionais de enfermagem têm demonstrado crescente percepção da necessidade de evoluir continuamente, tanto como profissionais quanto como pessoas, buscando constantemente novos saberes e formas de associar o ser ao fazer profissional.

A EPS tem possibilitado à enfermagem superar modelos tradicionais de capacitação, promovendo espaços de reflexão crítica sobre a prática profissional e o processo de trabalho. Como afirma Freire (1996, p. 47): “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

Essa abordagem tem permitido aos enfermeiros e técnicos de enfermagem assumirem papel mais ativo e protagonista em seu próprio desenvolvimento profissional, contribuindo para a qualificação da assistência prestada aos pacientes.

### **A EPS Durante a Pandemia de COVID-19**

O contexto da pandemia de COVID-19 representou tanto um desafio quanto uma oportunidade para a EPS, especialmente no campo da enfermagem. Como destacam Oliveira (2020) e Motta et al. (2020), a pandemia impôs

a necessidade urgente de atualização constante dos profissionais da saúde, especialmente no que dizia respeito às medidas de biossegurança, manejo clínico de pacientes graves e uso adequado de equipamentos de proteção individual.

Nesse cenário crítico, a EPS mostrou-se como ferramenta essencial para o enfrentamento da crise sanitária. As ações educativas desenvolvidas incluíram:

- Capacitações sobre higienização das mãos;
- Treinamentos sobre paramentação e desparamentação;
- Simulações clínicas para manejo de pacientes críticos;
- Uso intensivo de tecnologias digitais para educação a distância.

A pandemia também evidenciou fragilidades pré-existentes na formação dos profissionais de saúde, como destacam Tocantins (2020) e Loureiro et al. (2021):

1. Deficiência na formação para o trabalho em situações de crise sanitária;
2. Insuficiência de protocolos internacionais para o atendimento em pandemias;
3. Dificuldades na adaptação rápida às novas tecnologias educacionais.

Por outro lado, a crise sanitária também gerou oportunidades importantes para a EPS, como:

1. Aceleração na adoção de modalidades de ensino a distância;
2. Desenvolvimento de novas estratégias de aprendizagem virtual (lives, webinários, plataformas digitais);
3. Maior integração entre as equipes multiprofissionais;
4. Protagonismo dos profissionais da linha de frente na construção de soluções educativas.

### **A Campanha Nursing Now e a Valorização da Enfermagem**

No contexto internacional, a campanha Nursing Now, lançada pela OMS em 2019 e implementada no Brasil pela OPAS, trouxe importante reforço à EPS na enfermagem. Como destaca a OPAS (2019), a campanha estabeleceu três metas prioritárias para o país:

1. Investimento na educação e desenvolvimento de enfermeiros com vistas a fortalecer a liderança;
2. Melhorias nas condições de trabalho dos profissionais de enfermagem;
3. Disseminação de práticas efetivas e inovadoras de enfermagem baseadas em evidências.

Essa iniciativa global reforçou a importância da EPS como estratégia para o desenvolvimento profissional contínuo da enfermagem, destacando seu papel central na transformação dos sistemas de saúde.

A trajetória da Educação Permanente em Saúde revela-se como um processo dinâmico e contínuo de construção coletiva, que vem transformando profundamente as práticas de formação e trabalho no campo da saúde. Desde suas origens internacionais até sua consolidação como política pública no Brasil, a EPS demonstrou capacidade de adaptação aos diversos contextos históricos e desafios institucionais, mantendo-se fiel aos seus princípios fundamentais de aprendizagem significativa e transformação das práticas profissionais. Os avanços alcançados, particularmente na última década, evidenciam o potencial da EPS como estratégia para a qualificação dos trabalhadores da saúde e para a consolidação dos princípios do SUS, embora persistam desafios estruturais que demandam atenção contínua.

A experiência acumulada com a implementação da PNEPS, especialmente no contexto da enfermagem e durante a crise sanitária da COVID-19, reforça a importância da EPS como eixo estratégico para o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Os aprendizados obtidos com as diversas iniciativas e dispositivos institucionais criados - desde os Polos de EPS até os NEPS - apontam para a necessidade de se manter e ampliar o investimento em políticas de educação permanente, garantindo sua sustentabilidade e efetividade a longo prazo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise apresentada demonstra que a Educação Permanente em Saúde constitui um eixo estratégico para a qualificação dos trabalhadores da saúde e a transformação das práticas assistenciais. Desde sua institucionalização como política pública no Brasil, a PNEPS tem enfrentado desafios estruturais significativos, mas também apresentado avanços importantes, especialmente no campo da enfermagem. O contexto da pandemia de COVID-19 evidenciou tanto as fragilidades quanto a resiliência da EPS, destacando sua capacidade de adaptação frente às crises sanitárias.

Para o futuro, cabe o fortalecimento dos dispositivos institucionais da EPS, maior integração entre as esferas de gestão do SUS, e a consolidação de sistemas robustos de avaliação. A EPS deve continuar sendo priorizada como política estratégica para o desenvolvimento do SUS e a qualificação permanente dos trabalhadores da saúde. Assim, a EPS dependerá fundamentalmente da capacidade de superar as fragmentações ainda existentes e de fortalecer a articulação entre todos os atores envolvidos no processo de formação e trabalho em saúde.

## REFERÊNCIAS

BONI, Fernanda Guarilha. Abordagem híbrida na educação permanente de profissionais de enfermagem sobre cessação do tabagismo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe, p. e20200183, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200183>. Acesso em: 02 jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2007. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/974/2/PORTARIA%20N%C2%BA%201.996%2C%20DE%2020%20DE%20AGOSTO%20DE%202007.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html) Acesso em: 10 jan. 2025

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 22 jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 22 jan. 2025

CECCIM, Ricardo Burg. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comunic. Saúde Educ.* 9(16):161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/> Acesso em: 04 jan. 2025

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu). 2005; 9(16):161-168. Disponível <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 04 jan. 2025.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2010. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por). Acesso em: 30 março 2025

FREIRE Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996

GONÇALVES, Cláudia Brandão; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; FRANÇA, Tania; TEIXEIRA, Carmen Fontes. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe 1, p. 12–23, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S101>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rXN9qmbtGqyp4W4Xtwnzxb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 Jan. 2025.

JESUS, Josefa Maria de; RODRIGUES, Waldecy. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, e001312201, 2022. DOI: [doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312](https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GP8Tbc45LMs-FMNvd8fbx9fz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2025.

MOTTA, Lindayane Debom; FREITAS, Aline Angeli de; JANOVÍK JÚNIOR, Ronei Xavier; BLATT, Carine Raquel; CAREGNATO, Rita Catarina Aquino. COVID-19 evidências para todos: desenvolvimento de um objeto de aprendizagem no ensino em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 42 (esp), n. e20200281, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200281>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/XFgBFhrZvRWRnrXfKLsk-CwD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

OLIVEIRA, Larissa Bertacchini de. Perspectivas e Desafios da Educação em Enfermagem. **Rev. Nursing**, v. 23, n. 271, p. 4940, 2020. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1039/1196>. Acesso em: 31 março 2025

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Organização Mundial da Saúde. Região das Américas. **Brasil adere à campanha Nursing Now para fortalecer papel de enfermeiras e enfermeiros na eliminação de barreiras ao acesso à saúde**. OPAS, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/30-4-2019-brasil-adere-campanha-nursing-now-para-fortalecer-papel-enfermeiras-e>. Acesso em: 14 fev. 2025

TOCANTINS (Estado). Secretaria da Saúde. Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde. Escola ETSUS. 2020. **A EPS e a humanização no enfrentamento à COVID-19** “produzindo redes e territórios vivos”: Planejamento, Monitoramento e Avaliação – PMA. Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/558013/>. Acesso em: 11 mar. 2025

LOUREIRO, Fernanda, SOUSA, Luís, ANTUNES, Vanessa. Use of Digital Educational Technologies among Nursing Students and Teachers: Na Exploratory Study. **Journal Pers Med**, v. 11, n. 10, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm11101010>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8541222/>. Acesso em: 31 jan 2025.

# **CAPÍTULO 4**

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO CAPS AD IV**

Ana Júlia Souza de Jesus  
Adrieli Schowantz Peixoto  
Doi: 10.48209/978-65-5417-487-3

### **EDUCAÇÃO**

A educação está presente no cotidiano da vida, desde o desenvolvimento humano e todos seus processos de maturação, mas a aquisição de conhecimento também precisa incluir a formação ética e crítica dos indivíduos como papel de mudança em seu próprio processo educacional. Nesse sentido, a educação assume sua tarefa político-pedagógica pois “se a educação não pode tudo, alguma coisa fundamental a educação pode” (Freire, 1996).

É inegável que a educação é constante e os processos de aprendizagem se fazem presentes ao longo da vida, dessa forma, no âmbito da saúde, esta representa uma estratégia fundamental para o fortalecimento dos conhecimentos que promovem o cuidado ao possibilitar a construção de saberes compartilhados entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Segundo o Caderno de Educação Popular e Saúde do Ministério da Saúde, trata-se de uma prática transversal que “proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários” (Brasil, 2007).

A educação popular em saúde é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que se consolida como um dos pilares fundamentais para o fortalecimento de práticas de cuidado que se sustenta no princípio da integralidade e da participação social

A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social”. (Brasil, 2007, p.21)

No campo da saúde mental, ela ganha contornos ainda mais complexos e potentes, sobretudo quando articulada aos princípios da reforma psiquiátrica, que propõe a substituição do modelo hospitalocêntrico, manicomial e biomédico, por uma rede de cuidados territoriais, intersetoriais e humanizados, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que será abordada novamente mais adiante.

Desde a década de 70 com a reforma sanitária e finalmente junto com a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080 formaliza o SUS como a democratização do acesso à saúde, sendo assim, o SUS atende milhões de pessoas, seja de quem depende exclusivamente dos seus serviços, o sistema oferta desde a vacinação até serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, saneamento básico, entre suas diversas atribuições, consequentemente é necessária uma grande quantidade de trabalhadores. Sendo assim, a formação acadêmica, que por vezes se concentra em lógicas neoliberais, deveria estar mais atenta às políticas públicas e aos serviços públicos.

Segundo dados levantados pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (2019) com dados do mesmo ano, no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), que é um sistema de cadastro e gestão de informações desenvolvido pelo Ministério da Saúde, afirma-se que havia registro de 2.959.427 profissionais atuando no serviço público, sendo assim, o SUS constitui um dos principais campos de empregabilidade para diversas profissões da saúde, como enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia e medicina, entre tantos outros, desde a atenção primária de saúde até os serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

## REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A partir da luta antimanicomial, que conquistou a promulgação da Lei 10.216/2001, o Brasil assume o compromisso do cuidado em liberdade de forma humanizada e territorializada, ou seja, uma nova forma de tratamento para aqueles sujeitos outrora submetidos a mortificação do “eu” em instituições totais, termo proposto por Erving Goffman (1961), para descrever instituições que controlam rigidamente a vida de seus internos, sob regras rígidas e a supervisão de uma autoridade central, negando-lhes a autonomia e a possibilidade da vida em sociedade.

Foi através do movimento dos trabalhadores em saúde mental, (MTSM) na década de 70, e dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que propuseram um modelo substitutivo ao manicômio. Este modelo assistencial conta na Portaria de Consolidação 03, Anexo V, em que está descrita a Rede de Atenção Psicossocial, rede conta com diversos dispositivos para sustentar esse cuidado de forma integrada e compartilhada. Dentre eles, estão os CAPS, serviço porta aberta, isto é, sem agendamento prévio ou encaminhamento, com equipe multidisciplinar que atende pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente.

Os CAPS se configuram como espaços privilegiados para a promoção da saúde, do cuidado em liberdade e da participação social, capacitados para atendimento de situações emergenciais e de crise do usuário do SUS, mas também como espaço de acolhimento, convivência e de contingenciar a hospitalização, visto que a ideia é priorizar o cuidado no território ao invés do modelo asilar, ao promover previsibilidade e reduzir, dentro das possibilidades, casos de crises que necessitem internações hospitalares.

Atualmente, segundo o Ministério da Saúde (Sibahi, 2024), o Brasil possui 3.019 CAPS possuindo suas especialidades, como o CAPS infanto juvenil, destinado às crianças e adolescentes e o CAPS AD (Álcool e drogas) com enfoque aos adictos. Os CAPS são classificados em I, II e III, de acordo com a quantidade populacional do município, e a quantidade de profissionais, de leitos e o tempo de funcionamento, são ordenadas conforme esta classificação, a exemplo dos CAPS III, que são 24 horas e possuem leitos para abrigamento diferente dos CAPS I e II, que funcionam apenas durante o dia.

A RAPS instituiu ainda, dispositivos para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, além de incluir em sua Rede pontos de atenção em saúde. São eles: Atenção Básica, Consultório na Rua, Centros de Convivência (CECO), CAPS em suas diferentes modalidades, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidade de Recolhimento, Serviços de Atenção em Regimento Residencial, enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, Serviço de Residenciais Terapêuticos (SRT), além das residências de caráter transitório, constituídas pelas Unidades de Acolhimento (Adulto ou Infanto-juvenil).

Outrossim, apesar de lógicas contrárias à reforma psiquiátrica, é mencionado como um serviço de Atenção em Regime Residencial as chamadas Comunidades Terapêuticas, que segundo relatório executivo realizado por pesquisadores do CEBRAP, (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) em parceria com o Conectas Direitos Humanos, entre os anos de 2017 e 2020, passaram por um grande aumento de financiamento público.

Neste cenário, em 2017, foi promulgada a portaria nº 3.588, que previa a inclusão do CAPS AD IV para municípios com mais de 500.000 habitantes com o objetivo de atender pessoas de todas as faixas etárias. No Brasil, atualmente existem apenas 3 CAPS nessa modalidade, sendo um deles em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul. Entretanto, essa portaria foi revogada pela portaria nº 757 de junho de 2023, o que lançou estas unidades, ainda em funcionamento, em um limbo legislativo uma vez que não vigora mais a legislação que os regia.

A capital sul-mato-grossense, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui 898.100 de acordo com seu último censo (2022). Conhecida como a capital morena, a cidade possui uma rede em saúde mental constituída por 4 CAPS III, 1 CAPS IJ III, 1 CAPS AD III, 1 CAPS AD-IV, 4 SRT, 1 UAA (Unidade de Acolhimento Adulto), 1 UAI (Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil), 1 ambulatório de Saúde Mental (no Centro de Espe-

cializado Municipal - CEM), equipe E-multi (antigo NASF) e o Consultório na Rua ambos ligados às unidades de saúde da família (USF) na atenção primária (APS) e as UPAs. Com relação a leitos em hospitais gerais, os 21 leitos que em 2021 foram abertos na Unidade de Saúde Mental (USM) no Hospital da Santa Casa, foram fechados em julho de 2023. Concomitante a rede, Campo Grande ainda possui leitos em hospital psiquiátrico, anteriormente denominado como sanatório Mato Grosso e inaugurado em 1966, o hospital psiquiátrico possui leitos financiados pelo SUS e oferece vagas para demandas do interior do estado e assistência privada. Além disso, Campo Grande também possui leitos no Hospital Regional apenas para casos de desintoxicação.

Dentro do dispositivo dos CAPS integra-se a estratégia do modelo do Projeto Terapêutico Singular (PTS), defendido por autores que propõem a criação de planos de cuidado personalizados para cada indivíduo, com base nas suas necessidades e na sua história de vida

[...] o singular significa que o projeto terapêutico será formulado considerando a subjetividade da pessoa e os processos de subjetivação que ela vive, e para ter possibilidade de acerto, precisa ser sempre compartilhado com ela. E como a subjetividade é dinâmica, muda conforme as experiências da pessoa em viver a vida, nas suas relações com o que lhe afetam, o PTS, por sua vez, deve ser também dinâmico, ou seja, deve mudar acompanhando os processos de subjetivação da pessoa, conforme ela muda e passa a ser uma multidão de “eus” (Slomp; Franco; Merhy, 2022, p. 73)

Assim, as contraturalidades do PTS se moldam de forma dinâmica e individual para cada sujeito, em conjunto e em rede, com um planejamento de trabalho que objetiva o cuidado em liberdade.

## **DESAFIOS DA PRÁTICA NO CAPS AD IV**

A implementação e o funcionamento do CAPS AD IV, tendo em vista o seu limbo legislativo, esbarra em dificuldades que comprometem a efetividade dos cuidados em saúde mental. Um exemplo emblemático se dá pelas instalações do prédio. O serviço funciona em um imóvel alugado, que apesar de localizado em região central, o que facilita o acesso, tem estrutura física precária, número de salas insuficiente para a realização adequada das atividades tera-

pêuticas individuais e coletivas, o que compromete a privacidade e a qualidade dos atendimentos, tanto com relação ao tempo quanto em relação a estrutura do ambiente.

Outro ponto crítico refere-se à composição da equipe multiprofissional. A equipe é formada por 6 administrativos, 2 farmacêuticos, 3 psicólogos, 1 assistente social, 1 profissional de educação física, 4 enfermeiras, 12 técnicos de enfermagem, 1 médico responsável técnico, 7 médicos ambulatoriais e 1 médico plantonista por turno para intercorrências e apoio aos abrigados. A equipe é dividida entre matutina e vespertina (turnos de 6 horas) com plantões noturnos e aos fins de semana e feriados, consistindo em 1 médico plantonista, 1 enfermeira, 3 técnicos de enfermagem, 1 administrativo e 1 profissional da equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social ou farmacêutica). Assim, observa-se que há a ausência significativa de figuras essenciais para a condução das práticas terapêuticas, como por exemplo terapeuta ocupacional (TO), oficinairos para dar apoio às oficinas terapêuticas e assistente social, tendo em vista que só há uma profissional atuando no turno vespertino. A ausência de quantitativo de profissionais dificulta a abordagem integral do cuidado, especialmente no que diz respeito à reabilitação psicossocial, ao acompanhamento psicoterapêutico e ao suporte socioassistencial dos usuários.

Dado o contexto do cenário atual da reforma psiquiátrica e da RAPS, vê-se a necessidade da formação acadêmica coerente e coesa para a consolidação das práticas antimanicomiais e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Apesar dos avanços propostos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), ainda enfrentamos críticas quanto à concretização efetiva na preparação de profissionais aptos a enfrentar os desafios da práxis. Muitos estudantes concluem seus cursos alheios aos serviços públicos de saúde e com pouca familiaridade com as dinâmicas reais do cuidado em rede.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) a formação para a área de saúde é constituída pelo quadrilátero ensino, gestão, atenção e controle social, para que a educação possa superar o domínio técnico-científico. Uma forma de superar as faltas desse processo de formação acadêmica é com a educação continuada, em que se objetiva buscar seu aprimoramento próprio, ou seja, nesse

processo contínuo de aprendizado, porém parte do desejo individual de cada profissional.

Quando já inseridos na área da saúde pública a incorporação constante de novas tecnologias e decisões exige responsabilidade ética, social e científica, sendo uma estratégia de construção de processos de aprendizado dentro do próprio trabalho a educação permanente em saúde (EPS). A EPS se pauta na aprendizagem significativa e na reflexão crítica sobre as práticas reais, com o objetivo de qualificar os profissionais e a organização do trabalho com base nas necessidades da população, promovendo mais equidade no cuidado

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática. (Ceccim e Feuerwerker, 2004, p. 59)

A EPS parte da prática para recriar a teoria, sendo assim, a formação deve ser descentralizada, transdisciplinar e orientada pelos problemas do cotidiano dos serviços. Ela contribui para a democratização institucional, o trabalho em equipe, a humanização do cuidado e o fortalecimento da gestão e do controle social

Uma formação, assim colocada, envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais em terreno e dos quadros dirigentes. As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (Ceccim e Feuerwerker, 2004, p. 50)

Os desafios se estendem também ao campo educacional entre os diferentes dispositivos do serviço. A ausência de processos sistemáticos de capacitação e atualização por parte da coordenação do serviço da rede compromete a qualificação da equipe. Isso é especialmente preocupante diante da complexidade dos casos atendidos, em que se evidenciam a necessidade de melhores articulações para o cuidado integral.

No tocante à articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), que é reconhecida como porta de entrada preferencial para o SUS, observa-se que a saúde mental ainda não é contemplada, por exemplo nos indicadores das unidades. A falta de preparo dos profissionais da APS para o manejo de casos de sofrimento psíquico e uso abusivo de substâncias compromete a rede no compromisso do cuidado em território.

Como o serviço da RAPS é um serviço de rede, ele dispõe da estratégia do matriciamento que é definido como um novo modo de produzir saúde entre duas ou mais equipes que se unem em um processo de construção compartilhada para criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para o indivíduo que assistem (BRASIL; 2011). Essa estratégia é a ponte de ligação entre os serviços, onde a equipe de referência da USF/APS e a equipe de apoio matricial do CAPS, compartilham as propostas de cuidado do sujeito. Segundo a cartilha do HumanizaSUS do Ministério da Saúde sobre equipes de referência e apoio matricial (2004)

[...] é um arranjo na organização dos serviços que complementam as equipes de referência. Já que a equipe de referência é a responsável pelos SEUS pacientes, ela geralmente não os encaminha, ela pede apoio. A quem a equipe de referência pede apoio? Tanto aos serviços de referência/ especialidades (e/ou aos especialistas isolados) quanto a outros profissionais que lidam com o doente. (Brasil, 2004, p. 11)

Nota-se que o matriciamento e o apoio matricial não são para realizarem meros encaminhamentos de papéis como são observados por vezes, são para realizarem essas interlocuções entre os serviços de modo a colocarem o tratamento mais próximo do usuário do SUS e de fortalecer o PTS de cada indivíduo de acordo com sua realidade dinâmica

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. (Brasil, 2011, p. 14)

É válido pontuar que os serviços realizados dentro CAPS (desde atendimento individual, grupos, visitas domiciliares, entre outros) são registrados no RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) de acordo com a portaria nº 854 de 2012, o matriciamento também faz parte desses registros e atualmente é o único código analisado como meta de qualidade nas unidades CAPS do município. Ainda assim, infelizmente, esta importante estratégia de cuidado por vezes não é praticada como cultura das unidades, e assim, pouco valorizada como tal no cotidiano do campo de trabalho.

Tendo em vista a lógica das equipes de referência, apontamos os agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes na APS como importantes atores na condução desta dinâmica. Eles são sujeitos do próprio território que agora assumem um lugar de proximidade do SUS dos moradores assim como observado

Não dispondo de uma formação acadêmica, nem tendo como requisito para sua atuação qualquer conhecimento técnico prévio em saúde, os Agentes Comunitários de Saúde foram a via pela qual se planejou executar parte das mudanças nos modos de se produzir saúde no país. A saúde agora *bate à sua porta*. O indivíduo que outrora era mais um morador do território é promovido a cuidador, tornando-se corresponsável pelos cuidados em saúde em um determinado recorte territorial. (Paulon; Neves, 2013, p.83)

Dessa forma, o apoio do ACS, somado aos seus olhares atentos que percorrem a cidade e detalham a singularidade do indivíduo, são valorosas ferramentas a serem utilizadas na condução do cuidado do sujeito, representando potente estratégia para o fortalecimento do território, do vínculo e da integralidade do cuidado.

Entretanto, observou-se queixa recorrente por parte dos ACS relacionada a falta no desenvolvimento das atividades e suporte educacional que o

apoio matricial fornece, isto é, por vezes se sentem desamparados com relação aos estigmas da “loucura”, da clínica dos adictos, do manejo com relação às demandas de saúde mental, aos serviços que podem ser acionados, bem como assuntos de interesse comum tal como estratégias de redução de danos, entre outros.

Para fortalecer a RAPS de forma efetiva, é necessário ampliar e qualificar o matriciamento, promovendo o compartilhamento de saberes e práticas entre os diferentes pontos da rede e fortalecendo os vínculos entre os serviços. A construção de uma rede integrada depende da corresponsabilidade entre os níveis de atenção e com a aposta na educação em saúde.

Um fator relevância que diferencia o serviço do CAPS AD IV se dá por ser campo de prática para o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM), um modelo de pós-graduação lato sensu que profissionais da área de psicologia, enfermagem e serviço social podem associar prática e teoria no seu processo de formação. A existência deste espaço de pensar sobre o processo educacional na práxis e repensar os processos de trabalho vigente, proporcionam inovação em saúde a medida em que a participação da residência fortalece o apoio para as atividades realizadas, como por exemplo no matriciamento, oficinas terapêuticas e atividades de EPS, contribuindo para o fortalecimento de práticas e produções coletivas que por vezes podem se tornar automáticas para os profissionais efetivos.

O campo prático da residência, tem pauta e tempo protegido para espaço de supervisão semanal, trabalhando teoria e suporte para a prática junto com os preceptores. Estes, são profissionais do serviço, responsáveis pelo apoio aos residentes que costuram as linhas soltas das contradições entre teoria e prática. O processo educacional formado neste espaço possibilita a conexão de olhares novos e atentos que apontam falhas, mas colaboram com ideias e aplicações práticas para que sejam feitas essas amarrações, construindo e contribuindo para a existência de um serviço coeso com as teorias propostas e as possibilidades da prática.

Dentre as diversidades de oficinas terapêuticas realizadas semanalmente por diferentes profissionais de nível superior, a unidade incentiva produ-

ções de trabalhos manuais como crochê, filtro dos sonhos, pinturas, bordados, entre tantos que são inseridos na economia solidária, que além de proporcionar a geração de renda, potencializar a reabilitação social, neste ambiente os usuários passam a ocupar espaços sociais, criando novos laços com outras instituições, pessoas e tem visibilidade externa para que a sociedade civil se aproprie do tema.

Também constitui importante foco de reflexão acerca da importância das práticas educacionais no serviço a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), unidade de acolhimento transitória ligada aos CAPS AD. Neste espaço é possível visualizar a falta de estrutura, alta rotatividade de profissionais, baixa institucionalização da prática, pouco suporte da coordenação da rede, bem como falhas no processo de seleção que incorrem em profissionais despreparados e inseguros na atuação do trabalho.

Em decorrência de queixas relacionadas à falta de proximidade entre este serviço de moradia transitória e o CAPS de referência, foi proposto pela preceptoria do CAPS AD IV a estratégia de educação permanente realizada com o apoio da RMSM. O projeto de trabalho foi elaborado e protagonizado pelos residentes que pensaram e sistematizaram estratégias de abordagem dos cuidadores para formação de vínculo que possibilitasse extrair as necessidades e dificuldades da rotina de trabalho. Os encontros foram realizados semanalmente em dois horários distintos para que as equipes do dia e da noite pudessem ser contempladas. Foram discutidos temas relevantes como fonte de EPS e de fortalecimento do vínculo entre as equipes, cuidar de quem cuida e relacionamento interpessoal. A discussão e elaboração dos temas dos encontros emergiram dos cuidadores e eram cuidadosamente estudados pelos residentes a fim de transbordarem em ações que possibilitaram melhorias reais na execução das atividades na casa.

Outra frente de desafios na prática de atuação no CAPS, podemos observar a realização das assembleias. Sabidamente conhecida como potencialidade no serviço devido a participação social que promove autonomia, chama a atenção por vezes serem conduzidas de forma pouco horizontal e de escuta. Fica evidente a necessidade de aprimoramento e conhecimento de estratégias

de aplicação desta ferramenta para delinear claramente seus objetivos para os sujeitos que a executam. Faz-se necessário que os sujeitos façam parte do processo de cuidado sendo responsabilizados, fortalecendo o vínculo e o pertencimento, de forma democrática e visando a autonomia do sujeito.

Diante do atual cenário da política pública, outro ponto a ser observado é a necessidade de políticas de expansão e fortalecimento da rede, como por exemplo, a criação de espaços de centros de convivência (CECO) de saúde mental, que oferecem atividades socioculturais e fortalecem o cuidado no território, entretanto, nas lacunas da luta antimanicomial e do cuidado em liberdade em meio a esse modelo substitutivo e de desinstitucionalização, vê-se um desmonte de serviços da RAPS, que evidencia as lógicas contraditórias que coexistem na política atual em que as prerrogativas dos cuidados em liberdade, que para além dos diagnósticos esbarram com dispositivos de silenciamento do sujeito.

## **CONCLUSÃO**

A experiência do CAPS AD IV, marcada por desafios estruturais, contradições institucionais e práticas inovadoras, revela tanto os limites quanto às potências da política pública de saúde mental do município. Frente às ameaças de retrocessos, reafirma-se a urgência de fortalecer os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, consolidando redes de cuidado sustentadas pela escuta, pela corresponsabilidade e pelo reconhecimento dos sujeitos em sua singularidade. Os serviços preconizados pelo SUS, juntamente com as práticas de matriciamento, se veem fortalecidos com o uso de ferramentas e estratégias de educação em saúde que possibilitem que o serviço não se acomode, conheçam e implementem as diretrizes da reforma cotidianamente, consolidando a RAPS e lutando por um atendimento mais digno e humanizado para os usuários em saúde mental do SUS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas diretrizes de funcionamento. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 22 de dezembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1413-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. e. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: *equipe de referência do NASF e o apoio matricial em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf). Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. *Define critérios de habilitação e financiamento para os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III e IV*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 ago. 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202012/prt0854_22_08_2012.html). Acesso em: 28 maio 2025.

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

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. Levantamento sobre o investimento em Ciências, Tecnologias e Saúde. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w-5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Força motriz do SUS. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.epsv.fiocruz.br/noticias/reportagem/forca-motriz-do-sus>. Acesso em: 25 maio 2025.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>. Acesso em: 27 maio de 2025.

GOFFMAN, E. **Manicômios Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015. 9ª Edição. Edição original, 1961.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama: Campo Grande, MS. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>. Acesso em: 25 maio 2025.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane (org.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

SIBAHI, P. **Expansão dos serviços de saúde mental ultrapassa meta prevista para 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 13 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/expansao-dos-servicos-de-saude-mental-ultrapassa-meta-prevista-para-2024>. Acesso em: 21 mar. 2025.

## **CAPÍTULO 5**

# **INOVAÇÃO NO CUIDADO RESPIRATÓRIO: PRODUÇÃO ARTESANAL DE ESPAÇADORES COMO ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DE CUSTOS**

Tayna de Oliveira Pereira

Juliana Galete

Doi: 10.48209/978-65-5417-487-4

### **INTRODUÇÃO**

As doenças respiratórias, especialmente a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a asma, são causas significativas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, resultando em altas taxas de internação e custos elevados de tratamento. O manejo farmacológico dessas condições envolve, principalmente, o uso de medicamentos inalatórios, sendo recomendada a utilização de inaladores dosimetrados com espaçadores para garantir a eficácia terapêutica. Os espaçadores oferecem diversas vantagens, como a rápida reversão do broncoespasmo, menor tempo de preparo e administração do medicamento, além de reduzir o risco de efeitos adversos. No entanto, esses dispositivos têm um custo elevado e não são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela maioria das instituições de saúde. Nesse contexto, a produção artesanal de espaçadores, utilizando materiais de baixo custo, torna-se uma estratégia essencial para promover a adesão ao tratamento, o uso correto da terapia e a redução de custos.

### **OBJETIVOS**

Apresentar a importância de práticas inovadoras para ampliar o acesso a tratamentos de qualidade.

## **DESCRIÇÃO CRÍTICA DA EXPERIÊNCIA**

Este relato foi elaborado a partir das intervenções farmacêuticas realizadas por farmacêuticos em um hospital de retaguarda em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, durante o ano de 2024. Como parte dessas intervenções, destacou-se a provisão de materiais, incluindo dispositivos que auxiliam na adesão ao tratamento. Para tal, foram identificados os pacientes em situação de vulnerabilidade social que utilizavam medicamentos inalatórios, e confeccionaram-se espaçadores artesanais utilizando materiais de baixo custo, como garrafas PET, fitas e máscaras de inalação. Além disso, foram realizadas ações de educação em saúde voltadas para pacientes, cuidadores e familiares, com o objetivo de orientar sobre o uso correto dos inaladores com espaçadores, evitar erros na técnica de administração e maximizar os benefícios associados ao tratamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A ampliação do acesso a tratamentos de qualidade é um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde globalmente. Nesse sentido, a implementação de práticas inovadoras tem se mostrado essencial para superar barreiras econômicas, logísticas e sociais que limitam o acesso aos cuidados de saúde, especialmente em populações vulneráveis. O investimento em inovação, estratégias de assistência e cuidado no SUS por parte dos profissionais de saúde é fundamental para promover a equidade em saúde, otimizar os recursos disponíveis e reduzir os custos associados aos tratamentos, contribuindo para um sistema de saúde mais eficiente e acessível.

**Palavras-chave:** Equidade em Saúde; Redução de Custos; Acesso ao Tratamento.

## **CAPÍTULO 6**

# **ENTRE CANÇÕES E SORRISOS: A POTÊNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM SAÚDE BUCAL E MUSICOTERAPIA**

Adriana de Freitas Pimentel

Eliana Lobo

Sérgio Carvalho de Araújo

Doi: 10.48209/978-65-5417-487-5

### **INTRODUÇÃO**

Este trabalho relata as experiências atuais de Educação em Saúde dentro do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE). As ações vêm sendo planejadas para atender a necessidade urgente do investimento em estratégias de educação em saúde que contemplem a promoção em saúde mental no sistema socioeducativo, pois a pós-pandemia do COVID-19, trouxe um grande aumento das manifestações de sintomas de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, comportamentos agressivos aparentemente imotivados, autolesão, ideação suicida e tentativas de suicídio, tornando a Saúde Mental prioridade nas ações propostas.

O DEGASE é um órgão vinculado à Secretaria de Estado de Educação do Estado do Rio de Janeiro, o qual tem a responsabilidade de promover a socioeducação, através da articulação com o Sistema de Garantia de Direitos e órgãos setoriais das políticas públicas e sociais, no sentido de possibilitar a construção de novos projetos de vida e de convivência comunitária e familiar; e de executar as medidas judiciais de privação e restrição de liberdade, aplicadas aos adolescentes de 12 a 18 anos de idade, que cometeram atos infracionais, sendo regido de acordo com as leis, normas e recomendações de âmbito nacional e estadual.

Nas Unidades Socioeducativas de Internação e Internação Provisória, onde os adolescentes permanecem em tempo integral, a Coordenação mantém equipes multiprofissionais de saúde integral, com responsabilidades pela atenção em saúde psicossocial; atendimento médicos e odontológicos; supervisão nutricional; cuidados em enfermagem e farmácia como orientação, administração, dispensação e armazenamento de medicamentos; rastreio de agravos transmissíveis; na perspectiva da promoção, prevenção e da vigilância em saúde no controle de agravos em integração com a rede de serviços do SUS e na execução de curativos e primeiros socorros.

Com o objetivo de fomentar as ações intersetoriais, de troca de saberes multiprofissionais em saúde, considerando o contexto amplo e complexo em que a Saúde está inserida e ainda dentro do Sistema Socioeducativo, que acarreta uma potencialidade dos desafios, o Setor de Saúde Bucal e a Divisão de Atenção Psicossocial (DIVAPS), se uniram em um Projeto de Educação em Saúde, Projeto PassaTempo, pioneiro por integrar as áreas da Odontologia e da Musicoterapia com foco na Promoção em Saúde Mental.

O Projeto Passatempo será apresentado neste capítulo, porém iniciaremos entrando em contato com conceitos básicos para delimitar o campo da socioeducação e construir um panorama em que o leitor possa caminhar, buscando compreender e refletir sobre as práticas da Saúde na Socioeducação. Pretendemos contribuir e instigar novos trabalhos e estudos a partir dessas experiências.

## **ALGUNS APONTAMENTOS**

### **Socioeducação**

O termo *Socioeducação* é amplo e está inserido em uma discussão complexa que traz à tona várias questões, como: o que é sócio-educar? à quem ou a quem se direciona esta função? (família, escola, sociedade, instituição de restrição à liberdade), qual o papel dos órgãos públicos? e das políticas públicas? Onde se insere as responsabilidades das ONGs e lideranças comunitárias, no

assunto? Importante ressaltar que o tema é multidisciplinar abrangendo áreas como a Educação, Saúde, Saúde Mental, Serviço Social, Psicologia Social, Criminologia e Políticas Públicas. No entanto, não entraremos nesta discussão por não ser o foco deste trabalho, mas consideramos trazer esses questionamentos para ampliar a perspectiva crítica que existe no contexto da socioeducação.

Dessa forma, apontamos aqui uma das maiores questões em que a socioeducação está envolvida, a violência. Para enfrentar esta problemática com relação às violências cometidas por adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, (BRASIL, 1990), como forma de assumir a responsabilidade e reinserir o indivíduo à sociedade, propõe medidas socioeducativas que podem ser de Advertência, Reparação do Dano, Prestação de Serviços à Comunidade, Liberdade Assistida, Semiliberdade e Internação em estabelecimento educacional.

Em 2012 foram estabelecidos os princípios, critérios e regras para a execução das medidas socioeducativas em todo o território brasileiro, através do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE, 2012). Uma política pública destinada à promoção, proteção e defesa dos direitos humanos e fundamentais de adolescentes responsabilizados/as pela prática de ato infracional. Como diretriz, aponta que o atendimento deve ser realizado por equipes multiprofissionais, a partir dos princípios do Sistema de Garantia de Direitos estabelecidos pelo ECA e com base também no trabalho dos Serviços Socioassistenciais do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Prevê que a comunidade socioeducativa, composta pelos profissionais e adolescentes, tenha uma gestão participativa nas deliberações, na organização e decisões a serem tomadas; orienta que seja feito um diagnóstico situacional permanente, com levantamento periódico de dados quantitativos e qualitativos; que realiza assembleias, como espaço coletivo para discussão de assuntos relevantes à vida organizacional; que sejam criadas comissões ou grupos de trabalho para solucionar questões levantadas nos diagnósticos; estabelece avaliações participativas, envolvendo a avaliação do trabalho da direção, da equipe, do funcionário e do adolescente com critérios instituídos pelo coletivo; que busque um trabalho articulado de rede interna e externa; que as equipes técnicas

sejam multidisciplinares; que se construa um projeto pedagógico norteador de todo o trabalho socioeducativo e que sejam desenvolvidas as rotinas considerando os horários de sono, refeições, higiene pessoal, cuidados com vestuário e ambiente, escola, lazer, esporte, cultura, atendimento técnico, visitas, atividades externas e oficinas.

Buscando manter o objeto de estudo neste capítulo, ressaltamos que o Sinase, traz em seu art. 12, quanto aos profissionais de saúde:

A composição da equipe técnica do programa de atendimento deverá ser interdisciplinar, compreendendo, no mínimo, profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social, de acordo com as normas de referência.

§ 1º Outros profissionais podem ser acrescentados às equipes para atender necessidades específicas do programa.

§ 2º Regimento interno deve discriminar as atribuições de cada profissional, sendo proibida a sobreposição dessas atribuições na entidade de atendimento[...]

Art. 62. As entidades que ofereçam programas de privação de liberdade deverão contar com uma equipe mínima de profissionais de saúde cuja composição esteja em conformidade com as normas de referência do SUS. [...]

Art. 64. O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial.

§ 1º As competências, a composição e a atuação da equipe técnica de que trata o **caput** deverão seguir, conjuntamente, as normas de referência do SUS e do Sinase, na forma do regulamento.

A partir desse breve panorama podemos buscar entender as bases do funcionamento da socioeducação no Brasil. No Estado do Rio de Janeiro o órgão responsável pela execução das medidas socioeducativas, como citado na introdução, é o Departamento Geral Ações Socioeducativas - DEGASE, que em seu Regimento Interno, regulamenta como direção do trabalho em saúde mental, o seguinte:

Art. 85 — Os Centros de Atendimento executores da medida socioeducativa de internação deverão ter equipe destacada de referência em saúde mental, com equipe mínima formada por profissionais das áreas de psicologia, serviço social, podendo ser complementada com profissionais das áreas de terapia ocupacional, musicoterapia, enfermagem e oficineiros, devendo ter um médico clínico ou psiquiatra de referência.

Com base nas leis e em suas diretrizes, o Degase fundamenta a necessidade e cria a Coordenação de Atenção em Saúde Integral e Psicossocial, passando a ser o único sistema socioeducativo do Brasil, que conta com uma Coordenação de Saúde. Através dela se estabeleceu os cadernos de cuidados em saúde e saúde mental, com diretrizes e protocolos em saúde, estabelecendo também como parte das equipes multiprofissionais em saúde, a Equipe de Referência em Saúde Mental (ERSM) presente em cada unidade de medida de internação e internação provisória e profissionais de referência em saúde mental nas unidades de semiliberdade. A partir dessas informações, traremos agora o tema da Educação em Saúde para o contexto da socioeducação.

## **A Educação em Saúde**

O Ministério da Saúde (MS) define educação em saúde como, um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Um conjunto de práticas 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.

A educação em saúde, segundo as orientações do MS, envolve três segmentos: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção, a promoção de saúde integral e as práticas curativas; os gestores que apoiam esses profissionais; e a população que necessita ter acesso ao conhecimento, aumentando a sua autonomia nos cuidados individual e coletivos.

A educação em saúde também é um processo político pedagógico e fomenta o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, buscando entender coletivamente a realidade de cada situação apresentada, através de estratégias transformadoras, contribuindo para que o indivíduo seja capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade, como sujeito histórico e social, que é.

O tema engloba a educação continuada com formação para qualificação dos profissionais, como cursos, simpósios, treinamentos ; a educação permanente, com a aprendizagem e reflexão crítica sobre as práticas, baseada nas

questões e problemáticas do trabalho, visando a transformação e organização do trabalho; a educação popular que valoriza os saberes da população e o diálogo com as comunidades; a educação interprofissional, quando profissionais de diferentes áreas aprendem juntos, fomentando a colaboração mútua, o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a integração entre os diferentes saberes; a educação à distância, lançando mão de novas tecnologias que permitam maior acesso à informação e à construção do conhecimento para a população; dentre outras abordagens que contribuam no compartilhamento e na geração de novos saberes em saúde.

Na socioeducação temos a regência do SINASE, como dito no item anterior. A Política através deste sistema, coloca a rede do SUS como responsável pelas ações em saúde, mas também, como diretriz, afirma que as equipes técnicas de atendimento socioeducativo devem ser interdisciplinares, compreendendo, no mínimo, profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social, com ações integradas garantindo o direito à saúde integral do/a adolescente que praticou ato infracional.

A educação em saúde no sistema socioeducativo segue os parâmetros ditados pelo Ministério da Saúde, redefinidos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), criada em 2015, que reitera a responsabilidade da rede de serviços do SUS nas ações junto ao sistema socioeducativo.

Temos no Estado do Rio de Janeiro experiências de grande relevância, com ações advindas das equipes da Atenção Básica local, porém essa não é uma realidade de todo o Estado, pela precariedade do serviço público na área da saúde, além do fato de que o tempo de permanência dos adolescentes no sistema socioeducativo varia muito, podendo ficar 45 dias ou três anos de acordo com a medida recebida pelo judiciário. Dessa forma, há uma necessidade de maior quantidade de intervenções de educação em saúde, que a rede sem a colaboração e ação conjunta do próprio sistema, não daria conta das demandas que se apresentam, considerando que a população em questão apresenta todo tipo de vulnerabilidade, necessitando de maior atenção e estratégias específicas para essa clientela.

Dessa forma, mesmo o SUS sendo o responsável pelas ações em saúde na socioeducação, no regimento interno do DEGASE, considerando as leis que o rege, e a competência do estado pela operacionalização das normas, aponta a execução de ações de saúde pelas equipes técnicas, através dos profissionais de saúde que as compõem. Neste documento, a educação em saúde é uma estratégia de prevenção e promoção de saúde, devendo ser executada pelos centros de socioeducação buscando estimular a autonomia e a construção de hábitos saudáveis para o indivíduo e a comunidade socioeducativa, no intuito de contribuir com a transformação de postura dos/das adolescentes no cuidado com sua saúde integral, dentro e fora do sistema, quando terminarem de cumprir a medida socioeducativa.

Passaremos agora ao tema Saúde Mental que embasa a prioridade das ações em saúde no Degase e, conseqüentemente, a do Projeto Passatempo.

## **A Saúde Mental**

Como sabemos, historicamente, as pessoas com transtornos mentais eram isoladas em instituições psiquiátricas, muitas vezes em condições precárias, insalubres e até mesmo cruéis. Como tratamento víamos, na maioria das vezes, a contenção física, o isolamento, o eletrochoque, a lobotomia, entre outros recursos desumanos. As denúncias e a constatação pública, de tal realidade, geraram um movimento que culminou com a Reforma Psiquiátrica. Este movimento durou anos, unindo diversos atores como pacientes, familiares, profissionais de saúde, pesquisadores, políticos, e outros, na luta pelos direitos humanos destes cidadãos estigmatizados e excluídos pela sociedade.

A desinstitucionalização, trazida pela reforma psiquiátrica, buscou substituir o modelo centrado em hospitais psiquiátricos, manicômios, por uma rede de serviços de saúde mental e o cuidado passou a ter uma perspectiva ampliada, através da atenção psicossocial. O ser humano passa a ser visto como componente somático que inclui em sua totalidade áreas interdependentes, sendo um ser bio-psico-social- espiritual.

Atualmente, a rede de serviços em atenção psicossocial, inclui: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Residências Terapêuticas (RT); Ambulató-

rios especializados; Hospitais-dia; Leitos psiquiátricos em hospitais gerais; Programas de reabilitação psicossocial; além da elaboração de projetos terapêuticos singulares, que são construídos de forma multidisciplinar incluindo as equipes da rede, atores da assistência social, familiares e o próprio paciente/cliente, visando seu protagonismo e participação no seu próprio cuidado.

Esse movimento trouxe também a territorialização do cuidado, uma estratégia que organiza os serviços de saúde mental com base no território geográfico e social onde as pessoas vivem. Mais que uma simples divisão geográfica, o território é tido como um espaço vivo, com características culturais, sociais, econômicas e relacionais próprias que influenciam diretamente na saúde mental dos indivíduos. Além disso, essa lógica facilita o acesso do paciente/cliente, aos dispositivos, para que tenha uma maior adesão ao tratamento necessário a cada caso. Toda a rede de atenção psicossocial e assistência à saúde se organiza com base nesse contexto territorial. Temos a estratégia de saúde da família, os consultórios de rua, o matriciamento em saúde mental, as ações intersetoriais que envolvem escolas, centros comunitários, instituições religiosas, ongs e outros recursos disponíveis em cada território, que venham a contribuir com a saúde integral das pessoas com transtornos mentais.

A PNAISARI, apresentada anteriormente, rege as ações em saúde dentro do sistema socioeducativo, porém existem muitos desafios para a implantação da política de saúde mental no SUS, como a persistência do modelo biomédico que ainda encontramos na prática da assistência; a humanização do cuidado que precisa ser conquistada dentre outras perspectivas que a reforma psiquiátrica trouxe, mas que ainda não está sendo operacionalizada, tendo a própria desinstitucionalização em processo de execução. Assim, implementar a PNAISARI no sistema socioeducativo, carrega as lutas da reforma psiquiátrica e da socioeducação ao mesmo tempo.

No DEGASE, a Coordenação de Atenção em Saúde Integral e Psicossocial (COOSIP), tem como um de seus maiores objetivos, a implementação da PNAISARI e criou a Divisão de Atenção Psicossocial (DIVAPS) para gerenciar as equipes de referência em saúde mental das Unidades e orientar as ações em saúde mental do Departamento.

## **A COORDENAÇÃO DE SAÚDE NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

O Degase se organiza através de coordenações e assessorias que trabalham na gestão ligadas à direção geral do Departamento Geral de Ações Socioeducativas, apoiando as tomadas de decisões e o planejamento de ações e estratégias para promover a socioeducação no Estado do Rio de Janeiro, e executar medidas judiciais de privação e restrição de liberdade, acautelando, atendendo e acompanhando os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação e semiliberdade e daqueles que se encontram em internação provisória, de acordo com as leis, normas e recomendações de âmbito nacional e estadual.

À Coordenação de Atenção em Saúde Integral e Psicossocial do Degase (COOSIP) compete a gestão de maior abrangência de serviços no Degase, a área de saúde. Constitui-se de divisões e setores de: equipe médica e de enfermagem, nutrição, farmácia, odontologia, serviço social, psicologia, musicoterapia, terapia ocupacional, atenção psicossocial, assistência à família, saúde do trabalhador e segurança do trabalho.

A Educação em Saúde é tomada como estratégia transversal, pela COOSIP, devendo todos os setores e divisões, construir pontes de ligação e vínculo com os adolescentes, diante de uma gestão próxima, acompanhando, supervisionando e orientando o trabalho das equipes que estão na ponta, diretamente em contato com os/as adolescentes em cumprimento de medida. Além disso, os setores e divisões têm o compromisso de atuar com intervenções junto às unidades e aos profissionais, seja em ação direta com os/as adolescentes e/ou em treinamentos direcionados aos profissionais para que eles desenvolvam as ações de educação em saúde nos centros de socioeducação.

Dessa forma, daremos continuidade a esta escrita com a apresentação dos setores que se integraram para que o Projeto PassaTempo fosse possível.

## **Setor de Saúde Bucal**

Como vimos acima, o setor de saúde bucal faz parte da COOSIP. O objetivo da odontologia dentro do sistema socioeducativo no estado do Rio de Janeiro é garantir os direitos a uma saúde plena, contextualizando a situação transitória da passagem do adolescente pelo sistema socioeducativo, como uma porta de entrada aos seus direitos como cidadão ao atendimento pelo SUS, inicialmente pela Atenção Básica, ou primária.

A percepção atual do conceito de saúde ampliada, gradativamente se incorpora as diversas especialidades médicas, enxergando a figura do paciente/indivíduo como um ser complexo, com seus diversos sistemas orgânicos interdependentes, tanto no aspecto colaborativo para uma boa saúde, quanto para o aspecto do adoecimento e suas consequências.

A Odontologia, como parte integrante desse processo em desenvolvimento, enxerga o adolescente em cumprimento de medida, um ser em condição de extrema vulnerabilidade psicossocial, que em muitos casos repetidos, não tinha a rotina do autocuidado e nem a informação correta de como fazê-lo, salientando que a consulta em serviços odontológicos, seja na forma pública ou privada, também não permeia o cotidiano dessa população.

Em conformidade com o nosso público-alvo e as suas identificadas necessidades, a Saúde Bucal dentro do DEGASE atua na prevenção e na reabilitação desse indivíduo, procurando desenvolver na consciência do adolescente, a real necessidade de sua preservação saudável, a partir da Educação em Saúde; de Ações coletivas de Saúde; consultas clínicas individuais; articulação com a Rede de saúde territorial para os casos mais complexos; desenvolvimento de projetos intersetoriais, como o caso do PASSATEMPO, em que a multidisciplinaridade e seus saberes, constroem uma abordagem diferenciada e multifacetada de percepções e possibilidades dessa almejada saúde para além da doença.

## **Divisão de Atenção Psicossocial - Setor de Musicoterapia e Terapia Ocupacional**

A Divisão de Atenção Psicossocial (DIVAPS) é o setor do Degase, ligado à Coordenação de Atenção à Saúde Integral e Psicossocial (COOSIP), que tem como objetivo o fomento das ações da Saúde Mental com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), além do gerenciamento das categorias profissionais de Musicoterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.

Orienta, organiza, monitora e qualifica as ações realizadas por todos (as) profissionais que compõem as Equipes de Referência em Saúde Mental na Socioeducação, tanto nas unidades de internação, internação provisória quanto nas unidades de semiliberdade. Quanto aos profissionais de Terapia Ocupacional e Musicoterapia, é responsável por prover a lotação de pessoal, qualificação e a supervisão técnica, primando pela ética profissional e o bom desempenho do serviço. Falaremos neste momento, da Musicoterapia, que faz parte do Projeto Passatempo, elucidando sua atuação no sistema socioeducativo.

A musicoterapia, está presente no Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro, há mais de 25 anos e ocupa importância única na socioeducação, sendo uma modalidade terapêutica, regulamentada, que se utiliza da música como instrumento de intervenção, apoiando-se em técnicas e metodologias próprias diante de arcabouço teórico, sendo reconhecida como disciplina científica.

A musicoterapia é uma profissão de saúde, e tem como objetivo promover a saúde, o bem-estar e auxiliar no tratamento e na reabilitação de diversas condições clínicas. Na socioeducação, a musicoterapia tem como principais objetivos:

Promover o desenvolvimento socioemocional; Estimular habilidades sociais; Construir identidade e autoestima; Reduzir comportamentos disruptivos; Desenvolver habilidades cognitivas; Ressignificar experiências; Fortalecer vínculos; Promover protagonismo; Facilitar a reinserção social, preparando os jo-

vens para o retorno ao convívio familiar e comunitário através de experiências positivas e transformadoras e oferecer novas perspectivas.

A musicoterapia na socioeducação atua como uma ferramenta poderosa para a humanização do atendimento e para a construção de projetos de vida que se afastem da violência e da criminalidade.

## **Ações Coletivas em Saúde - Multidisciplinaridade**

A multidisciplinaridade e a intersetorialidade são fundamentais dentro da complexidade da socioeducação, sendo uma diretriz do trabalho pela Coordenação de Atenção em Saúde Integral e Psicossocial. As ações integradas envolvem diferentes profissionais que contribuem com seus saberes específicos para atender às múltiplas necessidades dos adolescentes.

A perspectiva multidisciplinar permite visão integral do adolescente, considerando aspectos biopsicossociais em vez de focar apenas no ato infracional; contribui para a complementaridade de saberes trazendo olhares diferentes para a compreensão dos casos; promove a continuidade do cuidado, facilitando a transição entre diferentes serviços e o acompanhamento pós-medida; potencializa resultados através de intervenções coordenadas que tendem a ser mais eficazes do que as isoladas e essa lógica aplicada a educação em saúde traz a oportunidade para trabalhar diversos temas sobre o autocuidado e cidadania, considerando as vulnerabilidades presente.

A rede interna e externa ao Degase, se articulam para o apoio mútuo às ações em saúde, incluindo a educação em saúde. Dessa forma, visamos uma maior abrangência de atendimento aos adolescentes. Geralmente estas intervenções acontecem com planejamento, em reuniões prévias, buscando suprir uma demanda específica. Porém, temos na realidade da socioeducação do Rio de Janeiro, um acúmulo de necessidades apontadas pelos/as adolescentes e direção das unidades de internação.

Ações em função das campanhas de vacinação, testagem de infecções sexualmente transmissíveis, ações preventivas e restauradoras atraumáticas, educação em saúde bucal, campanhas de aplicação tópica de fluoretos, entre outras.

Tais atividades são desenvolvidas pelos próprios servidores do setor de saúde do DEGASE, sob a forma de mutirão, ou em parceria com os serviços de rede dos municípios em que haja uma Unidade socioeducativa em seu território, respeitando a PNAISARI. A participação de Universidades e Institutos de Pesquisa científica, podem ocorrer em uma extensão dessas ações, ampliando a capacidade de atendimento, com a possibilidade de alcançar os familiares dos adolescentes, assim como aos próprios servidores da Instituição.

## **PROJETOS**

A Divisão de Farmácia, a Divisão de Atenção Psicossocial e o setor de Saúde Bucal têm se articulado como parceiros na construção e realização de Projetos, em prol da promoção em saúde mental, e utilizado a Educação em Saúde, como estratégia de ação.

A preferência em desenvolver as ações para os cuidados em saúde mental, se dá pela maior vulnerabilidade que os adolescentes com transtornos mentais apresentam, diante das dificuldades do autocuidado e da higiene do ambiente, além da necessidade de prevenir acometimentos em saúde mental, criando espaços para expressão, troca, canalização das energias psíquicas, oportunizar a convivência etc. É importante ressaltar que os grupos de adolescentes que participam dessas iniciativas, são montados preferencialmente com adolescentes que estão inseridos na atenção psicossocial, acrescidos de outros adolescentes que não estão inseridos. Porém, nem todos os Projetos visam somente os adolescentes, alguns tem o objetivo de treinar e preparar os profissionais das unidades socioeducativas, para que estes desenvolvam as atividades propostas, com os adolescentes internados. Dessa forma, acreditamos que as equipes técnicas das unidades, também estejam sendo qualificadas, agregando toda a comunidade socioeducativa nas iniciativas e conhecimentos ligados à Educação em Saúde.

As atividades trabalham a integração dos profissionais e socioeducandos, trazendo à tona a necessidade do rompimento de estigmas, preconceitos e exclusões que ainda permeiam o dia-a-dia da pessoa com transtorno de saúde mental. Vamos apresentar de forma breve alguns destes Projetos:

- **Projeto Desmedica** - Com o objetivo de conscientizar os/as adolescentes e profissionais, sobre a importância do uso racionalizado de medicamentos, em uma tentativa de romper com o sistema biomédico e a medicalização do sofrimento.

- **Projeto Papoterapia** - Com o objetivo de conscientizar os/as adolescentes sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Conta com atividade de roda de conversa, disponibilizando materiais de resina que ilustram os órgãos genitais e materiais pedagógicos que exploram as percepções sensoriais trazendo uma educação em saúde, através de estímulos que facilitam o aprendizado dos conteúdos explicitados.

- **Projeto de promoção de saúde integral e prevenção do suicídio** - Projeto que prevê a valorização das boas práticas de educação em saúde e promoção de saúde mental nas unidades socioeducativas no Degase.

## Projeto Passatempo



Com a proposta de desenvolvermos atividades de Educação em Saúde, com uma abordagem mais próxima da adolescência e que agregasse conhecimento, expressão e reflexão, foi criado, em 2023, o Projeto Passatempo. Nele o Setor de Saúde Bucal propunha uma nova forma de conhecer as patologias mais comuns na cavidade oral, a cárie e a doença periodontal. A reflexão sobre o tempo em que essas duas situações clínicas podem se manifestar no organismo leva ao fator tempo e a individualidade da resposta de cada organismo. A atuação da Musicoterapia surge nesse contexto promovendo a percepção subjetiva do tempo, a partir da música, trabalhado o autocuidado, a importância da harmonia e do bem estar individual

e coletivo, refletindo sobre a relação entre o tempo, as escolhas de vida e o que sentimos diante de suas consequências.

## **Objetivos**

O Projeto Passatempo tem como objetivo geral promover a saúde integral, por meio da Educação em Saúde, com foco na promoção da saúde mental.

Tem a intenção de apresentar aos adolescentes conhecimentos básicos sobre a doença cárie e a doença periodontal; orientar os(as) adolescentes sobre os meios de promoção da saúde e prevenção das doenças mais comuns na cavidade oral; perceber a individualidade do tempo e de como os problemas evoluem de forma diferente para cada indivíduo; perceber o que seria o “tempo bom” e o “tempo ruim”, em uma similaridade com situações de prazer e desprazer no cotidiano; Perceber a relatividade do tempo, a sensação do passar das horas de acordo com o que se faz delas; refletir sobre um melhor aproveitamento do tempo em seu dia a dia; perceber como a utilização do tempo está atrelada a sua saúde mental; desenvolver o senso crítico voltado às suas escolhas e consequências e propiciar a vivência do protagonismo instigando a autonomia e a autoestima.

## **Metodologia**

Os métodos escolhidos para a intervenção foram a exposição dialogada, roda de conversa, promovendo o diálogo, a troca de experiências e a reflexão em grupo. Contamos também com o método de recriação e improvisação de musicoterapia, executado pela musicoterapeuta da unidade socioeducativa ou pela musicoterapeuta da Divisão de Atenção Psicossocial, responsável pela categoria no Degase.

A abordagem é multiprofissional, com integração de saberes, agregando os profissionais presentes no momento em que o Projeto está sendo executado na unidade, qualificando as equipes para que deem continuidade à discussão do tema, ao término do Projeto. Esses profissionais geralmente são terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, pedagogos.

O grupo é aberto, ou seja, é formado no momento da atividade, podendo sair ou entrar durante a execução do trabalho. É prioritariamente composto por adolescentes que estão inseridos no cuidado a atenção psicossocial, somando-se a estes, adolescentes que não estão inseridos neste cuidado específico, até completar 10 adolescentes por grupo, além dos profissionais da unidade que estejam participando.

A atividade é realizada em um dia da semana, combinado previamente com todos os integrantes e adolescentes, com duração de aproximadamente 60 minutos. O conteúdo sobre saúde bucal conta com materiais pedagógicos de resina, com a ilustração anatômica da cavidade oral, ampulhetas com tempos de duração diferentes. A musicoterapia utiliza os instrumentos musicais e convida os participantes a exploração sonora dos seus próprios corpos.

A musicoterapia proporciona a vivência do tempo sem perder a utilização da música em sua forma terapêutica, trabalhando o ritmo e suas nuances no tempo musical. Une a sensação prática da passagem dos minutos, com a expressão emocional potencializando a reflexão proposta. A metodologia adotada visa contribuir de maneira dinâmica e sensível, com as ações de promoção da saúde e saúde mental, que já são realizadas nas unidades do Departamento.

## **Desenvolvimento**

**I - Alinhamento com a Unidade** - Nesta etapa escolhemos inicialmente a Unidade Socioeducativa que será contemplada. A escolha é feita através da análise das condições locais, considerando a demanda pela promoção em saúde mental e agenda das próprias unidades, que geralmente contam com muitas atividades diversificadas, como escola, cursos profissionalizantes e atendimentos técnicos.

Após definir, entramos em contato com a direção da Unidade Socioeducativa para apresentar a Projeto e marcar uma data possível para a realização do mesmo, ressaltando a importância da equipe de referência em saúde mental e da equipe técnica terem autonomia para indicar adolescentes acompanhados e não acompanhados pela saúde mental, para formar o grupo de até 10 adolescentes.

## **II - Atividade de campo**

- ❖ Preparação do ambiente com materiais de exposição, como maquetes educativas, instrumentos musicais e o banner do Projeto, com o desenho gráfico de uma ampulheta, representando o tempo;
- ❖ Roda de apresentação: Tanto os profissionais que estão conduzindo o Projeto Passatempo quanto os adolescentes se apresentam para o grupo;
- ❖ Leitura do termo de compromisso pactuando as regras de convivência e sigilo, adequando à necessidade de cada grupo e unidade socioeducativa específica;
- ❖ Os condutores da atividade entregam aos adolescentes uma embalagem com uma surpresa dentro, uma pequena ampulheta com diferentes durações do tempo e um item comestível, como um chocolate, por exemplo;
- ❖ Inicia-se com os adolescentes comendo o chocolate, e logo em seguida, o condutor pergunta, quanto tempo leva para surgir a cárie ou a doença periodontal, depois de comer um doce? Essa pergunta inicia uma série de reflexões sobre o tempo. Tempo de resposta do organismo, o tempo de cada um, o prazer que se tem ao comer o chocolate e a consequência deste para a saúde, se não tiver o autocuidado, e ainda traz a reflexão sobre a percepção diferenciada do tempo quando temos prazer e desprazer;
- ❖ Ao longo da roda de conversa com recursos variados, podendo incluir vídeos educativos, maquetes seriadas, fotos, todo conteúdo de saúde bucal é colocado, como as doenças orais, a fisiologia, meios de contaminação.
- ❖ Após esse momento a musicoterapeuta conduz as vivências musicoterápicas inserindo os ritmos internos dos adolescentes, enquanto seres musicais, tendo os elementos da música, presentes em seu organismo; ressalta e valoriza a individualidade trazendo a autonomia e o protagonismo em suas escolhas e formas de fazer uso do tempo. A abordagem visa refletir sobre a aplicação das reflexões na vida prática, em se estar no mundo.
- ❖ Após a vivência, a musicoterapeuta traz a música “O Relógio” de Vinicius de Moraes, trabalhando a letra e os elementos musicais de forma

individualizada, considerando a função terapêutica de cada instrumento musical, o perfil de cada adolescente, o simbolismo de cada timbre de acordo com a reflexão que está sendo feita, resgatando falas manifestadas pelos adolescentes durante a roda de conversa. Essa etapa muda de acordo com a necessidade do grupo, dependendo dos conteúdos internos que os adolescentes expressarem durante a atividade.

- ❖ Ao término há uma avaliação verbal, através de perguntas direcionadas aos participantes sobre como estão se sentindo, como foi para cada um a sua participação e encerramos com uma devolutiva para o grupo, de um resumo breve das percepções e dos resultados obtidos na atividade.

### **Avaliação:**

Percebemos uma boa receptividade por parte da Direção da Unidade, assim como os servidores da mesma. Os adolescentes participantes demonstraram interesse, curiosidade e aparente reflexão sobre os temas propostos. De início meio tímidos, mas aos poucos, iam se soltando e participando. Durante a explicação e desenvolvimento da dinâmica do tempo, ficaram em silêncio, respondendo às questões trazidas e na terceira fase, com todos tocando seus instrumentos musicais, puderam se expressar e refletir com mais liberdade e observamos um desdobramento positivo de todo o processo.

Ao repensar suas rotinas, os jovens são incentivados a desenvolver hábitos que contribuam positivamente para seu desenvolvimento pessoal e suas relações sociais.

### **Conclusão:**

Observamos que os objetivos do Projeto foram alcançados, através das respostas e falas dos adolescentes durante todo o trabalho.

A Musicoterapia une a educação em Saúde ao cuidado em Saúde Mental, proporcionando reflexões sobre as consequências dos atos e escolhas para a sua saúde mental. Proporciona sentir o tempo, de forma a estimular outros aspectos cognitivos, possibilitando os adolescentes se perceberem emocionalmente, dentro do contexto temporal, tanto individual quanto coletivamente.

É possível através da escuta qualificada identificar questões trazidas pelos adolescentes que podem ser trabalhadas no momento da atividade e também pelos técnicos que acompanham a medida e pela equipe de referência em saúde mental. Com isso, conseguimos o desenvolvimento de uma atividade que conjuga a construção do conhecimento, através da educação em saúde com a promoção do pensamento reflexivo, em um exercício de autopercepção da saúde.

Através da vivência musicoterapêutica, puderam se expressar e refletir com mais liberdade e desenvoltura, trazendo o protagonismo e provocando o indivíduo a entrar em ação, construindo uma harmonia coletiva, uma unidade rítmica e melódica, unindo as características individuais na convivência coletiva.

Dessa forma, observamos um desdobramento positivo e harmonioso de todo o processo, nos apontando caminhos possíveis para novas experiências e ressignificações dos espaços de Educação em Saúde, incluindo a promoção em Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

AMIN, A.; KOENSEN, S.; ALLEY, S. Health education for adolescents: A review of literature. *Health Education Journal*, v. 76, n. 3, p. 323-325, 2017.

SANTOS, Anne Caroline de Almeida. “Socioeducação”: Colocando o conceito entre aspas. 1. ed. Curitiba: Appris, 2021.

BENELLI, S. J. Entidades assistenciais socioeducativas: a trama institucional. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

BRASIL. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Lei Federal nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jan. 2012. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAISARI: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: instrutivo para a implantação da PNAISARI [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

DEGASE. Parâmetros para a criação dos Regimentos Internos dos Centros de Atendimento Socioeducativo de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade do Degase. Rio de Janeiro: DEGASE, 2018.

GOLEMAN, Daniel. Inteligência Emocional: A Teoria Revolucionária que redefina o que é ser inteligente. 8. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

SANTOS, Rosângela de Lima. Inteligência Emocional na Adolescência: Como estimular um adolescente a desenvolver habilidades socioemocionais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SILVA, A. M. F.; LOPES, E. C. P. Educação de adolescentes em conflito com a lei: desafios e perspectivas. Revista de Educação Popular, v. 1, n. 2, p. 56-57, 2017.

## **CAPÍTULO 7**

# **CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA RESIDÊNCIA EM FISIOTERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Isabela Bozelli

Andréia Caroline Fernandes Salgueiro

Doi: 10.48209/978-65-5417-487-6

### **INTRODUÇÃO**

A Fisioterapia é uma profissão de nível superior cuja formação contempla competências para a atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde e em todas as fases do ciclo de vida. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Fisioterapia estabelecem que a formação do fisioterapeuta deve ser direcionada para o exercício profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na atenção integral à saúde e no desenvolvimento de estratégias voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, visando a qualificação do cuidado (DCNs, 2002). Dessa forma, a inserção do fisioterapeuta no SUS exige não apenas conhecimento técnico e científico, mas também a capacidade de conceber e aplicar estratégias que favoreçam positivamente a mudança do perfil de cuidado à saúde (BIM et al. 2021).

Neste contexto, a educação em saúde configura-se como um instrumento fundamental para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Trata-se de um processo que visa o compartilhamento de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e competências, e a modificação de atitudes, com o intuito de capacitar os indivíduos a tomarem decisões informadas sobre sua própria saúde. Este processo, pode ser trabalhado de diferentes formas, de acordo com o resultado que se deseja alcançar, o tema a ser explorado, e o público ao qual essa temática se destina.

Tradicionalmente, a Educação em Saúde adota um modelo pedagógico no qual o profissional de saúde assume o papel de educador, define as temáticas a serem abordadas, e “transmite” verticalmente informações de forma estruturada à população. Essa “transmissão” pode ocorrer por meio de campanhas com calendário pré-definido ou com temas que emergem das necessidades dos serviços de saúde, por meio de palestras ou elaboração e disponibilização de materiais educativos. Contudo, essa concepção, apesar de amplamente utilizada, não favorece a efetiva participação da população, o que fez emergir a lógica da Educação Popular em Saúde.

A Educação Popular em Saúde propõe uma abordagem dialógica e participativa, na qual a construção do conhecimento ocorre de maneira compartilhada entre profissionais de saúde e usuários do sistema (RIBEIRO, 2013). Fundamentada nos princípios da equidade, da participação social e da valorização dos saberes populares, essa estratégia busca não apenas informar, mas também empoderar os indivíduos e comunidades, promovendo uma visão crítica dos determinantes sociais da saúde (RIBEIRO, 2013). Diferentemente da educação em saúde tradicional, a educação popular em saúde não se baseia exclusivamente na transmissão unidirecional do conhecimento, mas na interação e no compartilhamento de experiências, reconhecendo a importância dos saberes empíricos na construção de práticas de cuidado mais humanizadas e contextualizadas.

Além da educação voltada para a população, existe a necessidade da educação dos próprios profissionais da saúde, que deve ser direcionada para a resolução dos problemas do cotidiano dos serviços, conhecida como Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS se refere a um processo educativo contínuo voltado para a qualificação dos profissionais da área, com o propósito de aprimorar a prática assistencial e a organização dos serviços de saúde. A EPS é uma construção coletiva, em equipe, tendo características, objetivos e métodos diferentes da Educação Continuada, que é um processo individual.

Conforme estabelecido pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a EPS deve ocorrer “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”, tendo como eixo central a problematização das práticas cotidianas, a reflexão crítica sobre os desafios da assistência e a reformulação de processos

de trabalho. Dessa forma, a EPS contribui para a consolidação de equipes mais preparadas e para a efetivação de modelos de atenção voltados à integralidade do cuidado (PNEPS, 2004).

Com base no exposto, o presente relato de experiência tem como objetivo descrever o processo de construção de estratégias de Educação em Saúde, Educação Popular em Saúde e Educação Permanente em Saúde no contexto de um Programa de Residência em Fisioterapia. A vivência relatada buscou não apenas instrumentalizar os residentes para o desenvolvimento de ações educativas em saúde, mas também fomentar a reflexão crítica sobre a importância dessas abordagens na Promoção da Saúde e na qualificação da assistência fisioterapêutica no SUS.

## **MÉTODOS**

Este relato de experiência foi desenvolvido no contexto da componente curricular “Estratégias de Educação em Saúde”, ofertada no âmbito do Programa de Residência em Reabilitação Física da Universidade Estadual do Norte do Paraná. A componente curricular, com carga horária total de 30 horas, teve como participantes quatro residentes fisioterapeutas (todos R1), vinculados às áreas de Ortopedia, Neurologia e Fisioterapia Cardiorrespiratória.

As atividades foram conduzidas por meio de encontros presenciais e orientações mediadas por tecnologias digitais de comunicação, com momentos síncronos e assíncronos. A proposta pedagógica foi fundamentada na Metodologia da Problemática e na elaboração de produtos educativos contextualizados às realidades de atuação dos residentes.

O conteúdo programático foi organizado em três eixos estruturantes — Educação em Saúde, Educação Popular em Saúde e Educação Permanente em Saúde —, os quais foram abordados de forma articulada às vivências assistenciais nos diferentes níveis de atenção. A Tabela 1 apresenta a descrição das atividades desenvolvidas.

**Tabela 1.** Atividades desenvolvidas na componente curricular  
“Estratégias de Educação em Saúde”

| <b>Temática / Conteúdo</b>                                                                | <b>Descrição da Atividade Realizada</b>                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Introdução à componente curricular                                                        | Apresentação dos objetivos, metodologia e critérios de avaliação; discussão inicial sobre o papel da educação em saúde.                                                                           |
| Ações fisioterapêuticas na educação em saúde nos diferentes níveis de atenção             | Reflexão sobre a atuação da fisioterapia na educação em saúde no contexto hospitalar, ambulatorial e na atenção primária.                                                                         |
| Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde                                             | Discussão participativa e reflexiva sobre os dois conceitos, possíveis estratégias e impactos.                                                                                                    |
| Discussão de artigos científicos                                                          | Leitura e análise crítica de artigos para identificar estratégias de educação em saúde e educação popular em saúde.                                                                               |
| Educar para a Saúde como estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos | Discussão participativa e reflexiva sobre o papel central da educação para a promoção da saúde e prevenção de enfermidades.                                                                       |
| Estratégias de Educação em Saúde para a atenção em nível hospitalar                       | Produção de materiais voltados às áreas de Fisioterapia em Ortopedia, Fisioterapia em Neurologia e Fisioterapia Respiratória.                                                                     |
| Estratégias de Educação Popular em Saúde para a atenção primária                          | Planejamento de práticas de educação popular em saúde baseadas em temas relevantes para a realidade local: Cultura da Paz; Envelhecimento Saudável; Prevenção do Tabagismo; Alimentação Saudável. |
| Fundamentos da Educação Permanente em Saúde (EPS)                                         | Abordagem teórica sobre a PNEPS; Discussão sobre a EPS nos diferentes níveis de atuação.                                                                                                          |
| Educação Permanente x Educação Continuada                                                 | Análise crítica das diferenças entre esses conceitos.                                                                                                                                             |
| Atividade avaliativa individual                                                           | Redação dissertativa sobre EPS x Educação Continuada e o papel da universidade neste contexto.                                                                                                    |
| Atividade avaliativa em grupo                                                             | Criação de proposta de uma ação de EPS com base em necessidades identificadas em um dos cenários de prática em equipe, de escolha dos residentes.                                                 |

Fonte: Autores

Os critérios de avaliação utilizados ao longo da componente curricular envolveram a participação nas discussões e a realização efetiva das atividades propostas. Como instrumentos de registro, utilizaram-se produções escritas, entrega digital de documentos de texto e materiais elaborados durante os encontros.

## **RESULTADOS**

O objetivo principal deste relato foi descrever o processo de construção e aplicação de estratégias de Educação em Saúde, Educação Popular em Saúde e Educação Permanente em Saúde no contexto de um Programa de Residência em Fisioterapia. Neste contexto, inicialmente, foi incitada a reflexão sobre a prática do ato de educar para a saúde na Fisioterapia. Além disso, os residentes foram convidados a observar os ambientes em que estavam diariamente inseridos, como: enfermarias hospitalares e UTI, ambulatório de fisioterapia, unidades básicas de saúde e atendimentos domiciliares, fomentando o desenvolvimento de um olhar investigativo, para identificar problemas e buscar soluções.

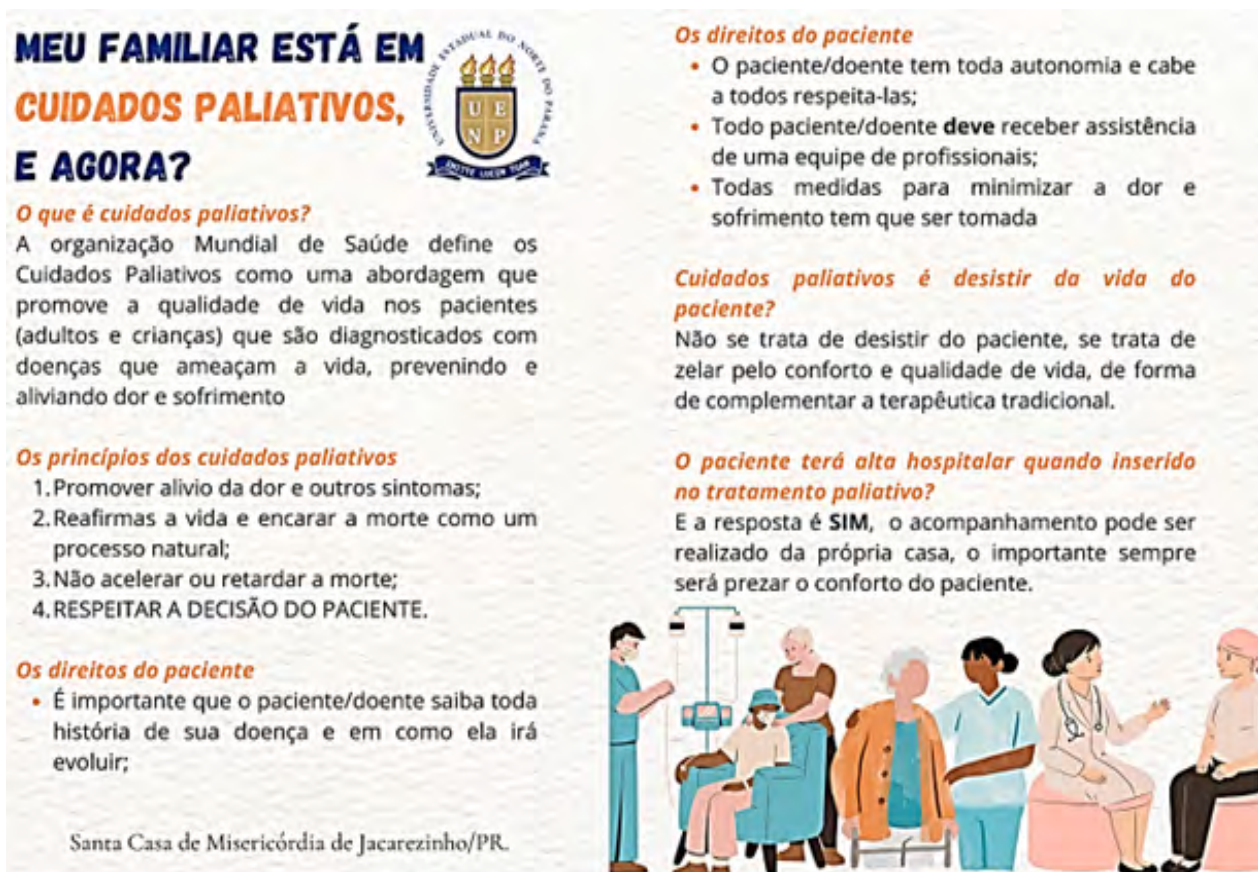
Assim, emergiram as estratégias para Educação nos diferentes níveis e se utilizando de diferentes métodos para o exercício do ato de educar. Para a estratégia de Educação em Saúde, foram confeccionados materiais educativos em formato de cartilhas e folders, os quais foram elaborados pensando na alta de pacientes hospitalizados. Essa estratégia foi escolhida para o contexto hospitalar, considerando que estes pacientes estariam por pouco tempo sob os cuidados da fisioterapia e que necessitavam receber orientações para os cuidados em domicílio, mesmo que no momento da alta hospitalar o fisioterapeuta não estivesse presente.

Idealmente, foi considerado que o fisioterapeuta deveria entregar os materiais confeccionados diretamente para os pacientes e acompanhantes no intuito de garantir a compreensão das orientações. Por outro lado, considerando que o hospital não conta com fisioterapeutas em período integral, se considerou que, na ausência do fisioterapeuta, o material deveria fazer-se autoexplicativo. Assim, optou-se pela utilização de uma linguagem coloquial, rica em ilustrações e informações (Figuras 1, 2, 3 e 4).

As temáticas escolhidas pelos residentes e elencadas como mais urgentes no âmbito do serviço hospitalar por eles desenvolvido, foram:

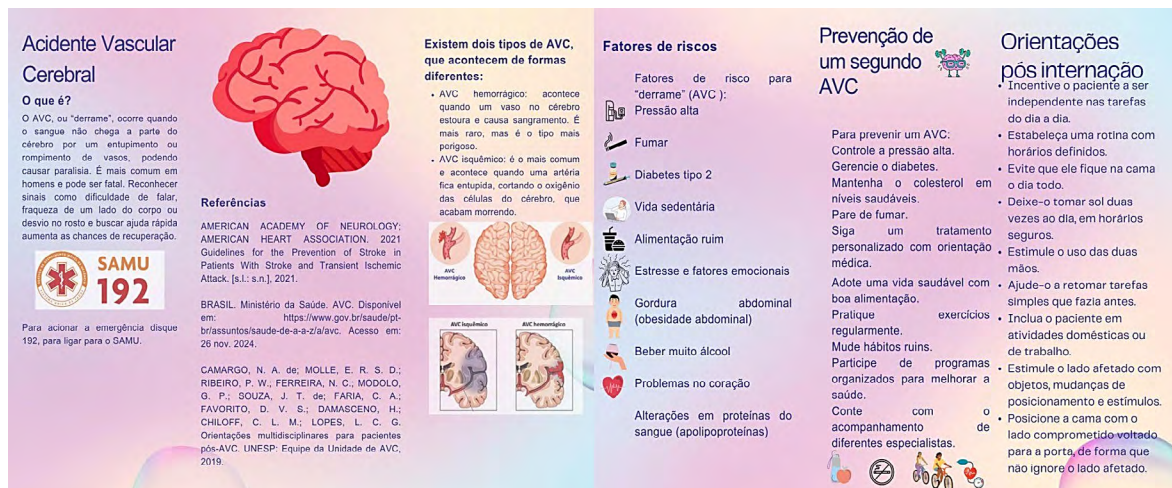
i) cartilha sobre Cuidados Paliativos (Figura 1), temática escolhida pelo residente da fisioterapia cardiotorrespiratória e atuante na Unidade de Terapia Intensiva. A cartilha objetivou orientar acerca do que são os cuidados paliativos e quais os direitos dos pacientes em cuidados paliativos.

**Figura 1** - Cartilha sobre cuidados paliativos



Fonte: arquivo da docente  
(material elaborado pelo residente, não foram alterados conteúdo ou escrita).

ii) Cartilha sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC), temática escolhida pela residente da fisioterapia em neurologia. A cartilha visou esclarecer o que é o AVC, suas causas, prevenção e orientações pós alta hospitalar (Figura 2).

**Figura 2 - Cartilha sobre AVC**

Fonte: arquivo da docente (material elaborado pela residente, não foram alterados conteúdo ou escrita).

iii) Cartilhas sobre pós-operatório de fratura de fêmur e pós-operatório de fraturas de punho e dedos (Figuras 3 e 4). Dois residentes da área de Ortopedia elencaram as fraturas supracitadas por serem as mais comuns no serviço atendido. De fato, o hospital onde são desenvolvidas as atividades deste programa de residência, é referência locorregional em cirurgias ortopédicas e recebe pacientes de diversas cidades da região, que ficam internados por poucos dias antes da cirurgia e recebem alta hospitalar rapidamente após a cirurgia, necessitando de orientações para os cuidados pós-operatórios.

**Figura 3 - Cartilha sobre fratura de punho e dedos**

Fonte: arquivo da docente (material elaborado pela residente, não foram alterados conteúdo ou escrita).

**Figura 4 - Cartilha sobre fratura de fêmur**



Fonte: arquivo da docente  
(material elaborado pelo residente, não foram alterados conteúdo ou escrita).

No âmbito das estratégias de Educação Popular em Saúde, cada residente elaborou um planejamento fundamentado em temáticas definidas a partir da observação das necessidades emergentes em espaços de Atenção Primária em Saúde. Foram elencados os seguintes elementos para a elaboração das estratégias: temática, público participante, local e método a ser utilizado. O objetivo foi formular estratégias com potencial para incentivar a adesão do público participante, de acordo com suas características, especificidades e cultura. As estratégias originalmente formuladas foram pensadas e apresentadas de forma descritiva e detalhada pelos residentes. O resumo das estratégias formuladas está organizado na Tabela 2.

**Tabela 2.** Estratégias de Educação Popular em Saúde

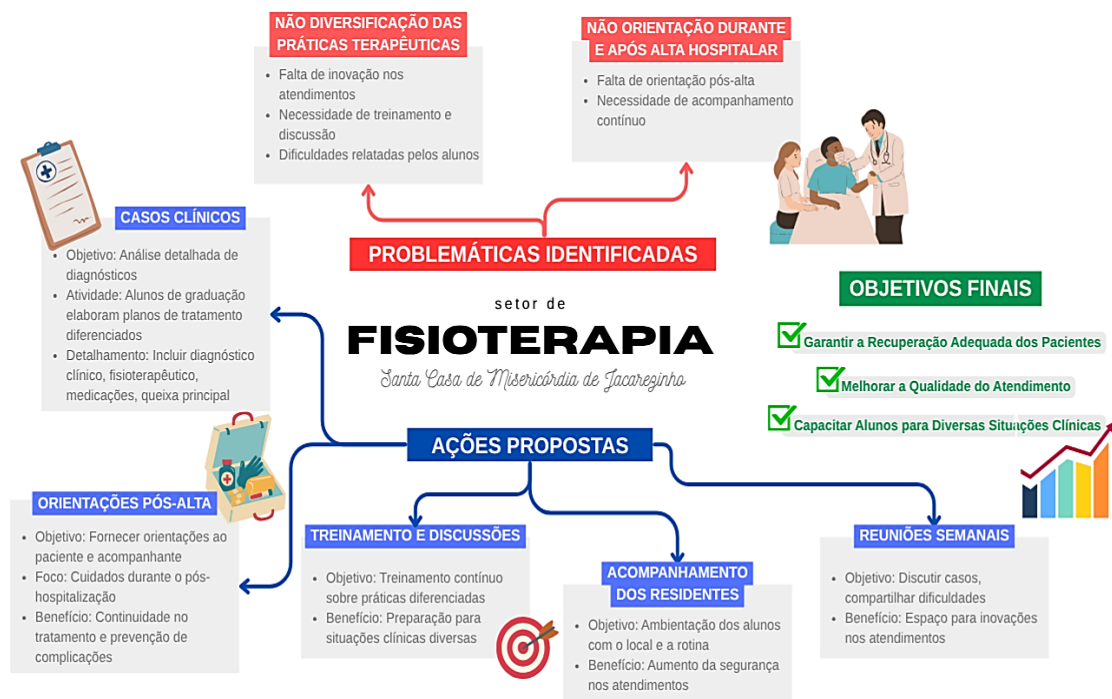
| <b>Tema</b>    | <i>Cultura da Paz</i>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <i>Envelhecimento saudável</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <i>Prevenção de Tabagismo</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <i>Alimentação Saudável</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Público</b> | Jovens<br>(14 - 18 anos)                                                                                                                                                                                                                                                                  | Idosos<br>(60+)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Jovens<br>(14 - 18 anos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Jovens adultos<br>(14 - 35 anos)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Local</b>   | Escola de ensino médio                                                                                                                                                                                                                                                                    | UBS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Escola de ensino médio                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Escolas, universidades, igrejas, empresas do território                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Método</b>  | Associação de diversas estratégias, que incluem: roda de conversa, recursos visuais (slides e imagens) e dinâmica em grupo (corrente da paz). Sendo abordados os temas:<br>1. Diálogo, empatia e complexidade<br>2. Escuta empática<br>3. Saúde emocional<br>4. Comunicação não violenta. | Composição de um grupo fixo de idosos, realizando semanalmente rodas de conversa mediadas pelos profissionais da saúde. Sendo abordados os temas:<br>1. Atitude não tem idade<br>2. Como manter-se atento à saúde?<br>3. Alimentação saudável<br>4. Sono<br>5. Acidentes domésticos<br>6. Exercício físico<br>7. Espiritualidade. | Roda de conversa abordando tópicos distintos relacionados ao tabagismo:<br>1. Dialogar sobre o conhecimento a respeito do cigarro<br>2. Conhecer o contato dos participantes com o tabaco<br>3. Problematicar sobre os efeitos fisiológicos do cigarro convencional e eletrônico<br>4. Quiz de perguntas e respostas sobre o tema. | Associação de diversas estratégias, que incluem: roda de conversa, recursos visuais, definição de conceitos, rodada de jogos (quiz/ montagem de uma refeição ideal/ preparação de receitas) e dinâmicas em grupo, em que cada participante define uma meta realista para melhorar seus hábitos alimentares. |

Fonte: Autores

Para abordar as estratégias de Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada, foram primeiramente definidos cada um dos conceitos e depois identificadas as diferenças entre eles, sendo identificado o próprio programa de residência como um mecanismo de educação continuada. Por fim, em uma atividade em grupo, os residentes elencaram temáticas que poderiam ser foco da Educação Permanente em Saúde nos serviços atendidos, considerando as equipes envolvidas nos serviços.

Entretanto, estabeleceram como prioridade inicial, uma estratégia de educação permanente para a própria equipe de fisioterapia, sem incluir a equipe multiprofissional na estratégia. A justificativa para a proposta, foi a possibilidade de incluir os estagiários do quinto ano da fisioterapia, que compartilham os mesmos espaços de prática, e abordar questões e problemáticas identificadas inicialmente na própria equipe de fisioterapia, para apenas posteriormente trazer a discussão para a equipe multiprofissional. A estratégia está apresentada em formato de mapa mental.

**Figura 5 - Estratégia de Educação Permanente em Saúde**



Fonte: arquivo da docente  
(material elaborado pelo residente, não foram alterados conteúdo ou escrita).

## DISCUSSÃO

O desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas ao exercício da Educação em Saúde desde a graduação, é fundamental para que os profissionais da área incorporem, de forma permanente, práticas educativas em seu cotidiano de trabalho, considerando todos os níveis de atenção. Este compromisso alinha-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que de-

fende uma assistência integral, humanizada e centrada no usuário do sistema, sendo imperioso o fortalecimento das práticas educativas durante a formação destes profissionais (PAIM et al., 2011; CECCIM & FERLA, 2008; REGO et al., 2020). Na fisioterapia, esse preparo permite ao estudante assumir também a função de educador em saúde, e de incentivador da promoção da saúde, em consonância com os preceitos da atenção integral (REGO et al., 2020).

A compreensão e o engajamento do usuário nessas práticas são fundamentais para a efetividade das ações em saúde. A literatura indica que a compreensão do paciente sobre seu papel no plano terapêutico torna-o corresponsável pela própria saúde, contribuindo para a prevenção de doenças, o controle e redução de complicações de condições pré-existentes, a identificação precoce de situações de risco e a disseminação do conhecimento adquirido em sua comunidade (MUSCAT et al., 2020; WANG et al., 2023). Esta postura ativa transforma o usuário em um agente social de promoção da saúde, possibilitando impactos individuais e coletivos (BRASIL, 2012; MUSCAT et al., 2020).

Nesse contexto, fora dos muros acadêmicos, do ponto de vista do usuário do sistema, deve-se considerar o início da Educação em Saúde ainda durante a infância, visto que a construção de conhecimentos sobre autocuidado e cuidado coletivo durante esta fase contribui para a formação de cidadãos mais conscientes, responsáveis e comprometidos com a saúde pública (FERRER et al., 2021). Assim, as práticas educativas realizadas nas escolas, como por exemplo, as estratégias de educação popular em saúde sobre “Cultura da Paz” e “Prevenção de Tabagismo”, especialmente estruturadas de forma dialógica, interativa e contextualizada, valorizando os conhecimentos prévios dos sujeitos e estimulando a participação ativa, são potencialmente mais efetivas do que abordagens meramente expositivas.

De fato, já é conhecido que a mera transmissão vertical de conhecimentos, a simples elaboração de cartilhas ou materiais impressos diversos, sem o diálogo, a interação, a troca de significados e de experiências, não se constitui em estratégia efetiva para mudar hábitos e atitudes (O'TOOLE et al., 2018). Dessa forma, em contrapartida às estratégias de educação em saúde verticais, surgem as intervenções educativas horizontalizadas e dialógicas, como a edu-

cação popular em saúde, que reconhecem e valorizam os conhecimentos prévios dos sujeitos e estimulam a formação crítica, ativa e atuante, responsabilizando as pessoas pela própria saúde e saúde de suas comunidades.

Além dos benefícios sociais e individuais da manutenção da saúde em longo prazo, os investimentos em promoção da saúde refletem em uma economia significativa para o sistema de saúde quando pensamos em custos de tratamento, internações hospitalares e procedimentos clínicos complexos. De fato, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos geram custos substancialmente menores quando comparados aos gastos relativos ao tratamento de doenças e suas complicações, especialmente na alta complexidade (MENDES et al., 2017). Assim, a adoção sistemática de estratégias educativas não apenas melhora a qualidade de vida dos indivíduos, mas contribui para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, minimizando a sobrecarga sobre os serviços de média e alta complexidade (MENDES et al., 2017; FERRER et al., 2021).

Por fim, destaca-se a relevância da Educação Permanente em Saúde como eixo estruturante para o progresso dos processos de trabalho em saúde. A EPS se configura como um processo coletivo no cotidiano dos serviços e visa a transformação das práticas, respondendo às necessidades reais observadas pela equipe (CECCIM & FERLA, 2008). No entanto, sua implementação ainda enfrenta desafios, principalmente no que se refere a valorização e ao reconhecimento da necessidade desta prática (REGO et al., 2020). Em contrapartida, a educação continuada, embora tenha um caráter mais individualizado e desvinculado do contexto do serviço, é frequentemente mais valorizada pelos profissionais, sendo realizada independentemente da sobrecarga de trabalho (TORRES & COSTA, 2016). Deve-se reforçar que ambas são essenciais e complementam-se: enquanto a educação continuada qualifica tecnicamente o profissional, a EPS fortalece a prática coletiva da equipe multiprofissional, aprimorando o cuidado ofertado no SUS (CECCIM & FERLA, 2008; REGO et al., 2020).

Por fim, considerando os tópicos abordados até aqui, entende-se que as atividades desenvolvidas pelos residentes em reabilitação física para a componente curricular de Estratégias de Educação em Saúde contribuíram para o

conhecimento dos residentes acerca dos conceitos e diferenças nas abordagens, qualificando-os profissionalmente para o exercício do ato de educar para a saúde. Ademais, espera-se que a divulgação das práticas aqui descritas, por meio deste relato de experiência, incentive o reconhecimento da relevância das ações de formar “Profissionais da Saúde Educadores”, atentos às causas sociais e aos temas emergentes do trabalho na Saúde, motivando-os a implementá-las em seus distintos campos de atuação. A replicação destas estratégias, alinhadas às demandas específicas de cada contexto, fortalece a promoção da saúde, o empoderamento social e a construção de práticas mais integradas e resolutivas no âmbito coletivo.

## CONCLUSÃO

Educar para a saúde é uma estratégia específica de promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos, que busca, a partir do compartilhamento de conhecimentos e informações, desenvolver habilidades para estimular mudanças comportamentais e capacitar indivíduos a fazer escolhas de saúde conscientes. Essa estratégia tem por objetivos compartilhar conhecimentos, capacitar para o desenvolvimento de habilidades necessárias para o autocuidado e para o cuidado da coletividade, modificando comportamentos não saudáveis.

De fato, são características da educação em saúde, o foco na comunicação, a atuação multidisciplinar (educar para a saúde é tarefa de todos os profissionais da saúde, individual e coletivamente), e a ênfase na corresponsabilização e no empoderamento sobre as questões de saúde nos serviços e territórios. Neste contexto, as possibilidades de atuação do fisioterapeuta são inúmeras, e vão desde abordagens em consultas individuais até abordagens coletivas. Além disso, a educação em saúde deve ser transversal a todas as ações de saúde e deve acontecer mesmo quando a doença já está instalada, no intuito de evitar agravos e necessidade de encaminhamento para outros níveis de atenção.

Assim as atividades aqui propostas buscaram integrar teoria e prática, respeitando os princípios da indissociabilidade entre ensino, serviço e comunidade. As estratégias propostas estimularam a autonomia, a reflexão crítica e a capacidade propositiva dos residentes frente aos desafios cotidianos da atenção à saúde no SUS.

## REFERÊNCIAS

BIM, A. et al. Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. **Fisioterapia em Movimento**, 2021.

BRASIL. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 2002**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2012. p. 13–18, 24–29, 33–41.

BRASIL. Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde e o SUS: em busca de uma política de educação permanente para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 167–176, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100020>

FERRER, A. L. S.; LARocca, L. M.; MENDES, T. A.; CHAVES, M. M. N. Educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde: revisão integrativa da produção científica brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, e310302, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310302>

MENDES, E. V. et al. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1281–1289, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.00222017>

MUSCAT, D. M.; SONG, W. et al. Health literacy strengths and limitations among rural and urban populations: A systematic review. **Public Health**, v. 177, p. 160–170, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.08.011>

O'TOOLE, J. G. et al. Health literacy and health education in schools: A systematic review. **Health Education & Behavior**, v. 45, n. 3, p. 441–452, 2018. <https://doi.org/10.1177/1090198117749119>

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PEDUZZI, F.; AGRELI, D. Trabalho em equipe e a prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2018.

RIBEIRO, K. S. Q. S. Fisioterapia e Educação Popular em Saúde: mudança epistemológica e reorientação da prática. In: BISPO JÚNIOR, J. P. (org.). **Fisioterapia e saúde coletiva: reflexões, fundamentos e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2013.

REGO, G. G.; LEMOS, A. C. S. et al. Educação Permanente em Saúde: desafios e potencialidades segundo trabalhadores da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190686, 2020. <https://doi.org/10.1590/interface.19068>

SCHMITT, A. B. et al. Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde. **Revinter**, 2020.

TORRES, R. A.; COSTA, M. V. Educação continuada e educação permanente em saúde: desafios e perspectivas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 473–483, 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0221>

WANG, L.; LI, X.; et al. Effects of health literacy interventions on self-care and health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Patient Education and Counseling**, v. 106, n. 3, p. 479–490, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.09.013>

# **CAPÍTULO 8**

## **SAÚDE EM AÇÃO: DESCOMPLICANDO OS CONCEITOS BÁSICOS DO SUS**

Victor Henrique Laranja Borges Taquary

Camila Ferreira Puntel

Cláudio Claudino da Silva Filho

Crhis Netto de Brum

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Daniela Savi Geremia

**Doi: 10.48209/978-65-5417-487-7**

### **INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base do Sistema Único de Saúde (SUS) e representa a principal estratégia para a organização e o fortalecimento da saúde pública no Brasil. Compreender seus conceitos básicos e sua aplicação prática é fundamental para profissionais e estudantes que desejam atuar nessa área, contribuindo para a promoção da saúde e a redução das desigualdades sociais. Foi com esse propósito que o *Podcast* Saúde em Ação, projeto extensionista da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, lançou seu primeiro episódio, intitulado “Conceitos Básicos e Introdução”, com a participação de um professor de saúde pública.

O *Podcast* “Saúde em Ação” surge como uma iniciativa alinhada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 por meio da Portaria GM/MS nº 198, que visa promover a formação e o desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde (Brasil, 2004). A PNEPS busca qualificar os trabalhadores do SUS para atender às demandas da população de forma eficiente e humanizada, utilizando espaços e ferramentas educativas, como as Instituições de Ensino Superior (IES). Nesse contexto, a UFFS, por meio do Programa *Saúde em Ação: Integrando Educação e Serviços para a Promoção da Cidadania*, criou o *podcast* como um instrumento inovador para

integrar ensino, pesquisa e extensão, promovendo a formação de gestores, profissionais e conselheiros de saúde.

A extensão, segundo Miguel (2023), além de ser uma forma de compartilhar o conhecimento produzido na universidade, ainda promove um diálogo transformador entre estudantes, professores e sociedade, ampliando a formação dos alunos, fortalecendo a cidadania e criando um espaço de aprendizado mútuo, ao integrar diferentes saberes para solucionar problemas reais. Para os estudantes, isso significa uma formação próxima da realidade profissional; para a universidade, reforça seu compromisso social; e, para a comunidade, representa um meio de amenizar ou solucionar problemas cotidianos. O *Podcast* Saúde em Ação exemplifica essa integração, ao unir teoria e prática em discussões que visam fortalecer a APS e promover a saúde como direito de todos.

O primeiro episódio do *podcast*, gravado em 4 de outubro de 2024 na Sala de *Podcast* da Incubadora de Negócios (INNE) da UFFS, teve como objetivo esclarecer conceitos fundamentais da saúde pública e da APS, além de fomentar reflexões sobre o papel da saúde como direito e a organização dos sistemas locais de saúde. O professor entrevistado, com sua experiência na área, conduziu uma discussão rica e abrangente, abordando temas como a definição de saúde, os determinantes sociais, a prevenção e promoção da saúde, e as funções estratégicas da APS.

A disponibilização dos episódios em plataformas digitais e a divulgação pelos canais oficiais da UFFS e das regionais de saúde ampliam o alcance do projeto, garantindo que as discussões cheguem a um público diversificado e interessado em fortalecer a saúde pública no Brasil.

Neste capítulo, os principais tópicos abordados durante o episódio, destacando a importância dos conceitos discutidos para a prática profissional na APS. Desde a definição ampliada de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) até os desafios do financiamento do SUS, passando pelos determinantes sociais da saúde e pela resolutividade da APS, o episódio oferece uma visão abrangente e crítica sobre os pilares que sustentam a saúde pública no Brasil.

O episódio convida os ouvintes a refletirem sobre o papel dos profissionais de saúde na construção de um sistema mais justo e eficiente, capaz de responder às necessidades da população de forma integral e equitativa. Ao unir teoria e prática, o *Podcast* Saúde em Ação se consolida como uma ferramenta valiosa para a formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS e com a promoção da saúde como direito de todos.

## **DOS BASTIDORES À PRODUÇÃO: METODOLOGIAS PARA UM PODCAST EDUCATIVO**

O projeto “Saúde em Ação: Integrando educação e serviços para a promoção da cidadania”, aprovado e registrado na UFFS sob o número EXT-2024-0052, teve como objetivo geral desenvolver a formação e qualificação de gestores, gerentes, profissionais de saúde e conselheiros para a atuação na saúde pública e na gestão dos serviços e sistemas, com foco em suprir as demandas dos municípios do Grande Oeste Catarinense no que se refere à qualificação dos processos de trabalho e à multiplicação de atores sociais comprometidos com o fortalecimento do SUS. Este capítulo também é articulado ao projeto de pesquisa PES-2023-0505, pois atende ao objetivo específico de propor um conjunto de estratégias para atender a necessidades formacionais e informacionais nas práticas de profissionais de saúde.

Para alcançar esse objetivo, o projeto adotou o *podcast* como ferramenta educacional, valorizando suas características únicas de acessibilidade, flexibilidade e amplo potencial de alcance, especialmente em regiões onde a comunicação digital pode facilitar o acesso à informação e à formação continuada de profissionais e atores sociais envolvidos na saúde pública. Esta mídia digital, que segundo Coradini, Borges e Dutra (2020) representa uma evolução das tecnologias de comunicação educacional, mostrou-se particularmente adequada para nossos objetivos de capacitação profissional. Como destacam os autores, essa ferramenta permite a distribuição de arquivos de vídeo em formatos digitais, sendo especialmente valiosa na educação em saúde por facilitar o aprendizado à distância - aspecto crucial para nossos públicos-alvo (profissionais da APS e estudantes), que frequentemente dispõem de tempo limitado para formação continuada.

As vantagens do formato - flexibilidade de acesso (podendo ser ouvido em dispositivos móveis durante deslocamentos ou intervalos de trabalho), possibilidade de arquivamento (o conteúdo pode ser revisitado conforme a necessidade de cada ouvinte) e relativa facilidade de produção - alinharam-se perfeitamente às demandas identificadas pelos Conselhos Municipais de Saúde. Conforme Coradini, Borges e Dutra (2020), o sistema de distribuição característico dos *podcasts* permite que o conteúdo seja disponibilizado de forma eficiente, enquanto a integração com materiais complementares enriquece o potencial formativo dos episódios

Inicialmente, a abordagem e definição do tema foi oriunda de demandas dos conselhos municipais de saúde dos municípios integrantes da Região de Saúde onde a UFFS/Campus Chapecó se insere e da Comissão de Integração Ensino-Serviço regional. Essas demandas destacaram a necessidade de discutir conceitos básicos e essenciais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), visando capacitar profissionais e estudantes para atuação qualificada na APS.

A equipe do projeto foi composta por: Coordenador da ação (docente responsável), Equipe de produção/áudio e edição (discentes do curso de medicina e membros da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva) e convidados com experiências práticas e/ou acadêmicas na área. A abordagem é interdisciplinar, contando com a presença de profissionais de diferentes áreas da saúde e da gestão pública.

A roteirização foi definida a partir de tópicos centrais, levantamento de materiais de apoio, estruturação do roteiro com introdução, desenvolvimento e encerramento com projeção de tempo para cada intervenção, por fim a formulação de perguntas para os convidados. Neste episódio, a seleção do convidado considerou a sua prévia experiência de carreira em áreas como a APS. As perguntas foram:

1. O que é saúde e o que é doença?
2. Qual a diferença entre prevenção e promoção da saúde?
3. Quais as estratégias para a promoção da saúde nos serviços públicos?
4. O que são determinantes sociais?
5. Qual a importância da família na atenção primária e como os profissionais de saúde podem fortalecer esse vínculo?

6. Sabe-se que a saúde é um direito previsto na Constituição, mas ele é de fato aplicado?
7. Sobre a Atenção Primária, o que ela compreende?
8. Quais são os atributos da Atenção Primária à Saúde?
9. Sabe-se que um bom investimento público traz resultados positivos para a saúde, qual a sua visão sobre isso?
10. A partir dos conceitos debatidos anteriormente, como funciona a resolutividade na APS?

A gravação se deu em espaço adequado com isolamento acústico e equipamentos de áudio de qualidade, com uso de microfones direcionais e foram realizados testes de som e ajustes técnicos. A gravação ocorreu no dia 04 de outubro de 2024, na Sala de *Podcast* da Incubadora de Negócios (INNE) da UFFS, campus Chapecó, com duração de 38 minutos. Em seguida, procedeu-se a edição para cortes, melhor fluidez e coesão, além da revisão final do episódio.

A partir de todo processo, a equipe planejou as formas de divulgação e distribuição digital nas plataformas *Spotify*® e *Deezer*®, site da universidade, coordenadorias regionais de saúde e redes sociais da ação extensionista. De mais a mais, foi organizada a divulgação prévia com *teasers* e materiais complementares (artigos, referências). O projeto encontra-se em fase de finalização e foi iniciada a divulgação dos produtos por meio do link: <https://open.spotify.com/show/4Xhw2i2RWki80YeoJJGgjJ?si=0645d9490bbe430>. Além disso, já conta com planejamento para avaliação e interações com os ouvintes/participantes via formulário *online*.

Quanto aos aspectos éticos, este estudo trata do relato de experiência dos autores, portanto não prescindo de aprovação ética. Os resultados e a discussão deste estudo podem ser apresentados em dois pontos principais oriundos da ação. O primeiro ponto aborda a fundamentação teórica que embasou a elaboração do episódio, evidenciando os conceitos essenciais discutidos e sua relevância para a formação em saúde pública. O segundo ponto refere-se ao diálogo estabelecido durante o episódio e aos impactos observados, tanto no processo formativo dos estudantes envolvidos quanto na perspectiva dos ouvintes, destacando reflexões, aprendizagens e desafios identificados no desenvolvimento do *podcast*.

## **BASES TEÓRICAS PARA COMPREENDER A SAÚDE PÚBLICA E A APS**

O episódio “Conceitos Básicos e Introdução” do *Podcast Saúde em Ação* oferece uma base fundamental para entender a saúde pública contemporânea, com ênfase especial na Atenção Primária à Saúde (APS) e na formação de profissionais preparados para responder às complexas demandas sociais. O professor apresentou a clássica definição da OMS (1946) que conceitua saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, destacando como essa visão ampliada - que considera fatores sociais, culturais e ambientais - é crucial para compreender as persistentes desigualdades em saúde no Brasil.

Nesse contexto, a APS emerge como eixo estruturante do sistema de saúde. Starfield (2002) caracteriza a APS pelo seu papel coordenador do cuidado, sustentado por quatro atributos essenciais: primeiro contato (acesso como porta de entrada do sistema); longitudinalidade (vínculo contínuo entre profissionais e usuários); integralidade (resposta abrangente às necessidades); e coordenação (articulação entre serviços). Como demonstram Giovanella e Mendonça (2014), a experiência brasileira com a Estratégia Saúde da Família comprova o potencial transformador da APS, mesmo em cenários de restrição orçamentária.

Esta discussão se conecta diretamente com a análise dos determinantes sociais da saúde desenvolvida por Marmot (2005). Fatores como renda, educação, condições de habitação e acesso a serviços básicos exercem influência decisiva sobre as condições de saúde, exigindo respostas intersetoriais coordenadas. Aqui, a APS se revela estratégica ao integrar ações de saúde com políticas sociais mais amplas. No entanto, como alerta Paim (2011), o subfinanciamento crônico do SUS cria uma contradição entre seus princípios universais e a realidade de sua implementação.

Essa contradição remete ao processo histórico da reforma sanitária brasileira, analisado por Paim (2008). Nascido no contexto da redemocratização, o movimento sanitário articulou lutas por direitos sociais com a transformação do sistema de saúde, culminando na criação do SUS pela Constituição de 1988. Mais que uma mudança setorial, tratou-se de um projeto de reforma social ba-

seado em equidade, integralidade e participação popular - cujos desafios de implementação permanecem atuais.

O *podcast* Saúde em Ação complementa esta reflexão ao reforçar três eixos interligados:

(1) a concepção ampliada de saúde - A concepção ampliada de saúde vai além da ausência de doenças. Na Saúde Coletiva, esse conceito é expandido para incluir os determinantes sociais, culturais e econômicos que impactam a saúde (renda, moradia, educação, trabalho, saneamento), a ideia de que saúde é produzida nas relações sociais, não apenas nos serviços de saúde e um olhar integral para o ser humano.

(2) o papel central da APS com seus atributos essenciais - A APS é considerada o eixo estruturante do SUS por ser o primeiro contato da população com o sistema de saúde. Ela organiza e coordena o cuidado sendo porta de entrada do usuário no sistema de saúde, garantindo atendimento próximo e ágil, com acompanhamento contínuo ao longo do tempo e criando confiança entre profissional e usuário. Além disso, tem capacidade de atender a todas as necessidades de saúde do usuário ou encaminhar de forma adequada e ainda, faz a articulação entre diferentes serviços de saúde, evitando fragmentação (Starfield, 2002).

(3) a influência dos determinantes sociais – Os determinantes sociais da saúde são condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo: Condições socioeconômicas (renda, escolaridade, emprego), Ambiente físico (moradia, saneamento básico, água potável), Fatores sociais e comunitários (apoio social, cultura), Acesso a serviços de saúde e qualidade desses serviços. Esses fatores moldam o padrão de saúde das populações. Por exemplo, comunidades sem saneamento têm mais doenças infecciosas; populações pobres têm maior risco de doenças crônicas e menor acesso ao tratamento adequado.

Embora a Estratégia Saúde da Família (ESF) tenha demonstrado avanços concretos na ampliação do acesso e na melhoria dos indicadores de saúde, persistem desafios significativos para sua consolidação plena. Um dos principais entraves é o subfinanciamento crônico do SUS, que limita recursos essenciais para garantir infraestrutura adequada, equipes completas e condições de tra-

balho que favoreçam a qualidade do cuidado. Além disso, há uma necessidade urgente de formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS, capazes de atuar de forma interdisciplinar, com visão ampliada de saúde e sensibilidade às demandas sociais e comunitárias. Esses desafios evidenciam a distância entre os ideais do sistema e sua implementação cotidiana, reforçando a importância de iniciativas educativas, como o *podcast* Saúde em Ação, que contribuem para a construção de saberes críticos e transformadores na saúde coletiva (WHO, 1978; Geremia, 2020).

Assim, a reforma sanitária brasileira e as discussões contemporâneas revelam tanto conquistas quanto obstáculos na construção de um sistema de saúde verdadeiramente universal. Seu pleno desenvolvimento continua dependendo de mobilização social e vontade política para superar as barreiras estruturais que persistem três décadas após sua criação.

## **REFLEXÕES COMPARTILHADAS: O QUE O EPISÓDIO NOS ENSINOU**

O diálogo perpassou desde os conceitos básicos de saúde pública até os desafios contemporâneos da APS. Foram abordados temas como a definição de saúde, os determinantes sociais, a prevenção e promoção da saúde, e as funções estratégicas da APS. A discussão também destacou a importância da integração entre ensino, pesquisa e extensão para a formação de profissionais capacitados e sensíveis às demandas sociais.

Um dos pontos altos foi a reflexão sobre a elevada resolutividade da APS, capaz de resolver a maioria das demandas de saúde sem necessidade de encaminhamento a especialistas, especialmente quando conta com infraestrutura adequada e processos de trabalho organizados (Pires et al., 2023). A experiência brasileira com a ESF foi apresentada pelo professor convidado como um exemplo bem-sucedido de como investimentos na APS podem gerar resultados significativos em termos de promoção da saúde e redução de desigualdades, mesmo diante dos desafios do subfinanciamento do SUS.

Quando comparado a sistemas de saúde de outros países, o desempenho nacional mostra-se importante para a manutenção da qualidade de vida dos brasileiros. Outro exemplo da importância da atenção básica fortalecida

é o *National Health Service* (NHS) do Reino Unido. O NHS demonstra resolutividade semelhante à brasileira, apoiada em equipes multiprofissionais, autonomia da enfermagem e sistemas de informação robustos, que permitem desde consultas rápidas até o gerenciamento de condições crônicas com eficiência (Norman, 2019).

Por outro lado, a ausência de uma Atenção Primária à Saúde consolidada nos Estados Unidos compromete significativamente a resolutividade do sistema, conforme demonstra Liberato (2021). Enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro estrutura-se na Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo central, o modelo norte-americano caracteriza-se pela fragmentação e ênfase em serviços especializados e emergenciais, com cobertura populacional limitada. Essa lacuna resulta em elevados custos hospitalares, subutilização de ações preventivas e dificuldades no manejo de doenças crônicas. O SUS, mesmo com restrições orçamentárias, assegura acesso universal e ações preventivas, contrastando com a exclusão de milhões no sistema americano, particularmente imigrantes e populações de baixa renda, o que amplia iniquidades e sobrecarrega serviços de urgência (Liberato, 2021).

A experiência brasileira evidencia o papel estratégico da APS para a resolutividade e equidade em saúde. Enquanto a ESF atua na promoção, prevenção e tratamento precoce, reduzindo hospitalizações evitáveis e custos sistêmicos, os Estados Unidos da América (EUA), pela dependência de seguros privados, apresentam barreiras ao acesso a cuidados básicos. Ressalta-se que essa dinâmica força pacientes a postergar atendimentos devido a custos proibitivos, agravando quadros clínicos. A pandemia de COVID-19 expôs tais fragilidades, com os EUA registrando elevada mortalidade evitável, enquanto o SUS, mesmo com desafios, demonstra a capacidade da APS em integrar vigilância em saúde, ações comunitárias e atendimento humanizado (Liberato, 2021). Esses contrastes reforçam a APS como pilar indispensável para sistemas universais eficientes.

Figura 1 - Registros da gravação do Episódio 01 - Conceitos Básicos



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2025).

## O QUE MUDOU? PERCEPÇÕES DO *PODCAST* SAÚDE EM AÇÃO

O episódio “Conceitos Básicos e Introdução” foi significativo para estudantes, docentes, profissionais de saúde e o público em geral. Para os estudantes, o processo de produção do episódio foi uma oportunidade de aprendizado ativo, exigindo pesquisa, análise crítica e aprofundamento em fontes e dados de saúde pública. Para os docentes, o *podcast* representou uma forma de disseminar conhecimento para além das salas de aula, destacando o poder da comunicação na transformação da compreensão sobre temas importantes.

Para os profissionais de saúde, o conteúdo do episódio proporcionou uma reflexão crítica sobre a prática profissional na APS, destacando a importância de uma abordagem preventiva e promotora de saúde. Para o público em geral, o episódio contribuiu para uma melhor compreensão dos conceitos básicos de saúde pública e do papel do SUS na garantia do direito à saúde.

Apesar dos desafios técnicos enfrentados durante a produção, como a adaptação às ferramentas de gravação, o uso do *podcast* como ferramenta de ensino mostrou-se uma estratégia eficaz para promover um ambiente de aprendizagem dinâmico e interativo. A possibilidade de alcançar um público amplo

ampliou o impacto do programa, reforçando a importância da integração entre teoria e prática na formação de profissionais de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O episódio “Conceitos Básicos e Introdução” do *Podcast* Saúde em Ação abordou temas fundamentais para a compreensão da saúde pública e da Atenção Primária à Saúde (APS), destacando a importância de conceitos como a definição ampliada de saúde, os determinantes sociais, a prevenção e promoção da saúde, e os atributos da APS. A discussão reforçou o papel estratégico da APS como ordenadora do sistema de saúde e sua capacidade de resolver a maior parte das demandas de saúde, mesmo diante dos desafios do subfinanciamento do SUS.

A formação de profissionais na APS foi destacada como um pilar essencial para a melhoria da qualidade do atendimento e a resolutividade dos serviços de saúde. Quando os profissionais compreendem os conceitos básicos de saúde pública e se engajam em práticas alinhadas aos princípios do SUS, passam a atuar de maneira mais integrada e sensível às necessidades reais da comunidade. Isso contribui para a consolidação de um sistema de saúde mais acessível, equitativo e centrado no cuidado integral.

A experiência de produção desse episódio demonstrou como a extensão universitária pode ser uma ferramenta poderosa para aproximar a academia da sociedade e fortalecer a gestão da saúde pública. O *podcast*, ao levar informações acessíveis e baseadas em evidências para estudantes, profissionais da saúde e a comunidade em geral, amplia o alcance do conhecimento e estimula a reflexão crítica sobre a prática profissional e as políticas públicas de saúde. Além disso, a produção do episódio permitiu aos estudantes vivenciar um aprendizado prático e interdisciplinar, integrando teoria e prática de forma dinâmica.

Apesar das contribuições do episódio, é importante reconhecer que a abordagem de conceitos gerais, ainda que necessária para uma introdução ao tema, traz consigo algumas limitações. A natureza introdutória do conteúdo pode, por vezes, esbarrar em generalizações que não capturam a comple-

xidade real do SUS e da APS no território brasileiro. Além disso, a discussão sobre determinantes sociais da saúde, quando não vinculada a exemplos concretos (como o impacto da falta de saneamento básico em comunidades periféricas), pode tornar-se abstrata, dificultando a compreensão de suas implicações práticas.

Outra limitação percebida nas vivências estudantis refere-se ao desafio de aproximar teoria e prática. Embora o discurso acadêmico valorize princípios como integralidade e equidade, a realidade de muitos profissionais da APS é marcada por jornadas intensas, condições de trabalho nem sempre adequadas e demandas por produtividade que acabam dificultando a plena concretização desses ideais (Geremia, 2020; Silva e Venturini, 2022).

Essas lacunas, contudo, não invalidam as potências da abordagem geral, mas antes ressaltam seu caráter estratégico como fundamento para o diálogo em saúde coletiva. A acessibilidade dos conceitos amplos se revela essencial para democratizar o conhecimento, permitindo que estudantes, profissionais e a comunidade em geral compartilhem uma linguagem comum sobre saúde pública. A capacidade de integração teórica possibilita articular temas aparentemente distintos - como determinantes sociais, organização da APS e princípios do SUS - em uma compreensão sistêmica do cuidado em saúde. Mais que isso, essa generalização inicial cumpre papel pedagógico crucial: ao estabelecer bases conceituais sólidas, cria as condições necessárias para futuros aprofundamentos temáticos, onde as complexidades e contradições do sistema possam ser discutidas com maior rigor e contextualização.

Por fim, espera-se que o episódio tenha contribuído para ampliar a compreensão sobre os conceitos básicos de saúde pública e sua aplicação na APS, reforçando a importância da formação de profissionais capacitados e comprometidos com os princípios do SUS. Ao estimular a reflexão sobre temas como os determinantes sociais da saúde, a resolutividade da APS e o direito à saúde, o *podcast* busca inspirar uma atuação mais crítica e transformadora, tanto no âmbito individual quanto coletivo, fortalecendo o SUS e promovendo a saúde como um direito de todos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Art. 196. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: out. 2024.

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 para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

CORADINI, N. H. K.; BORGES, A. F.; DUTRA, C. E. M. Tecnologia educacional Podcast na Educação Profissional e Tecnológica. **Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar**, Mossoró, v. 6, n. 16, p. 221-225, abr. 2020. Acesso em 18 de mai. de 2025.

GEREMIA, Daniela Savi. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. Editorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(1), e300100, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. (2014). Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

LIBERATO, C. C. G. O Sistema de Saúde Americano, construído como “colcha de retalhos”. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 51093-51104, maio 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n5-485.

MARMOT, M. (2005). Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, 365(9464), 1099-1104.

MIGUEL, J. C. A curricularização da extensão universitária no contexto da função social da universidade. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 19, n. 50, p. e11534, 2023. DOI: 10.22481/praxisedu.v19i50.11534. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/11534>. Acesso em: 10 fev. 2025.

NORMAN, A. H. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da OMS, 1946**. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção primária à saúde**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 15 ago. 2024

PAIM, Jairnilson Silva et al. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books .

PIRES, R. C. C. et al. Avaliação da resolutividade na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa sobre os atendimentos através da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 1, p. 47-69, 2023.

SILVA, R.A.R; VENTURINI, T. (Orgs). **Pesquisas, Vivências e Práticas de Educação em Saúde na Escola**. Chapecó: Ed. UFFS, 2022. (Coleção Ensino de Ciências).

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Genebra: WHO, 1978.

## **CAPÍTULO 9**

# **SAÚDE EM AÇÃO: A DINÂMICA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

José Renan Gonçalves Mendes  
Graciela Soares Fonsêca  
Thiego da Silva Socoloski  
Larissa Hermes Thomas Tombini  
Alexia Tailine Etges  
Daniela Savi Geremia  
**Doi: 10.48209/978-65-5417-487-8**

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem passado por profundas transformações, impulsionadas pelos impactos da pandemia de coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19), pela crise de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas novas demandas epidemiológicas, como o aumento das doenças crônicas, a alta de atendimentos por condições agudas e o envelhecimento populacional (Geremia, 2020). Nesse contexto, a atuação multiprofissional emerge como estratégia fundamental para qualificar o cuidado, ampliar o acesso e promover a saúde de forma integral e contínua.

A integração de equipes multiprofissionais na APS tem se consolidado como uma abordagem indispensável à promoção da saúde coletiva e à melhoria dos desfechos clínicos. Ao reunir profissionais de diferentes áreas do conhecimento, esse modelo favorece uma atenção mais abrangente, resolutiva e centrada nas necessidades da população (Oliveira, 2024). Com base nessa perspectiva, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 635/2023, as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), configurando um novo arranjo organizacional que mantém semelhanças com os antigos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), ao mesmo tempo em que incorpora tecnologias e inovações.

As eMulti têm como principais objetivos a ampliação do escopo das práticas em saúde, o fortalecimento da capacidade resolutiva da APS e a integração entre ações de assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação. Essas diretrizes indicam um avanço em direção a um modelo de cuidado mais integral, articulado e sustentado na colaboração entre os diferentes saberes profissionais (Júnior e Almeida, 2023). No entanto, a implementação desse modelo ainda enfrenta barreiras importantes, como a resistência à mudança, a indefinição de papéis profissionais, dificuldades de comunicação e a escassez de recursos destinados ao matriciamento e ao apoio às equipes (Tomazinho, 2025).

A análise dos fatores facilitadores e obstáculos à integração multiprofissional configura-se, portanto, como uma ação estratégica para o aprimoramento dos modelos de cuidado. Compreender essas dinâmicas é essencial não apenas para subsidiar políticas públicas, mas também para orientar intervenções que fortaleçam a prática colaborativa e assegurem uma assistência qualificada, segura e centrada no usuário.

A promoção da saúde, como uma diretriz estratégica do SUS, ultrapassa a dimensão biomédica do cuidado e propõe ações voltadas à ampliação da autonomia dos sujeitos, ao fortalecimento dos vínculos comunitários e à transformação dos determinantes sociais da saúde (Buss e Carvalho, 2009; Malta et al, 2018). Trata-se de um processo que exige escuta qualificada, planejamento territorial e articulação entre diferentes saberes e setores e, sua efetivação depende diretamente de práticas colaborativas e interdisciplinares na APS.

Justamente por esse potencial articulador e transformador, a promoção da saúde foi escolhida como tema central de um dos episódios do projeto “*Podcast Saúde em Ação*”. O episódio buscou explorar como a atuação integrada das equipes multiprofissionais pode fortalecer o cuidado ampliado, refletindo sobre experiências concretas de promoção da saúde no território. A abordagem interprofissional foi discutida como elemento-chave para o enfrentamento das desigualdades, a qualificação do cuidado e o fortalecimento do SUS.

Diante desse cenário, este capítulo apresenta uma experiência extensionista desenvolvida por estudantes, docentes e profissionais de saúde vinculados à Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), por meio do projeto “*Pod-*

*cast* Saúde em Ação”, aprovado e registrado sob o número EXT-2024-0052. O projeto teve como objetivo promover a formação e qualificação permanente de gestores, profissionais da saúde e conselheiros para atuação na APS, respondendo às demandas dos municípios do oeste catarinense por melhorias nos processos de trabalho e fortalecimento das ações interprofissionais.

O uso do *podcast* como metodologia ativa de aprendizagem permitiu a abordagem de conteúdos relevantes à prática em saúde de forma acessível, reflexiva e compatível com as novas formas de ensino e extensão digital. Os episódios, organizados de forma temática, buscaram fomentar o debate crítico sobre políticas públicas, conceitos-chave da APS, educação permanente e experiências práticas dos territórios.

Este capítulo relata, especificamente, o episódio dedicado à temática da Promoção da Saúde e da atuação das Equipes Multiprofissionais, trazendo a contribuição de uma docente universitária e de um profissional de saúde atuante na APS. Por meio de suas experiências, são discutidos os conceitos, desafios e potenciais da abordagem interprofissional na consolidação de um cuidado ampliado e humanizado no SUS.

## **ROTEIRIZAR O CUIDADO: A METODOLOGIA POR TRÁS DAS VOZES**

O projeto intitulado “Saúde em Ação: Integrando educação e serviços para a promoção da cidadania”, devidamente aprovado e registrado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) sob o número EXT-2024-0052, teve como finalidade principal contribuir para a formação e aperfeiçoamento de gestores, coordenadores, profissionais de saúde e conselheiros, visando fortalecer sua atuação na saúde pública e na gestão dos serviços e sistemas de saúde. A iniciativa foca na resposta às demandas identificadas nos municípios da região do Grande Oeste Catarinense, especialmente no que diz respeito à qualificação dos processos de trabalho e à formação de agentes sociais comprometidos com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Este capítulo também está vinculado ao projeto de pesquisa PES-2023-0505, uma vez que contribui para o alcance do objetivo específico de propor estratégias que atendam às necessidades formativas e informacionais dos profissionais de saúde em sua prática cotidiana.

O objetivo de gravação deste *podcast* foi levantar a discussão sobre a Promoção de Saúde e o papel essencial da Equipe Multiprofissional dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na APS. O *podcast* buscou abordar, de forma prática e acessível, as diversas questões que envolvem a promoção da saúde, a integração de diferentes profissionais e a importância de uma abordagem integral no cuidado ao usuário.

A gravação ocorreu na Sala de *Podcast* da Incubadora de Negócios (INNE) da UFFS, *campus* Chapecó, que foi escolhida por sua infraestrutura adequada, com isolamento acústico e equipamentos de áudio de alta qualidade. A equipe de produção fez ajustes técnicos e testes de som para garantir que o áudio fosse claro e profissional. A gravação foi planejada para durar aproximadamente 30 minutos, buscando manter a atenção do público e ao mesmo tempo transmitir informações de maneira clara e eficaz.

O tema foi selecionado com base nas necessidades de ampliar o debate sobre a Promoção de Saúde e a atuação das equipes multiprofissionais, áreas essenciais para a eficácia da APS no SUS. A escolha dos convidados, levou em consideração a experiência de ambos nas áreas de saúde coletiva e com práticas integradas de saúde. Um dos convidados com enfoque acadêmico e sua prática na saúde pública, e o outro com sua experiência prática em educação física e saúde coletiva, trouxeram uma visão abrangente sobre como a atuação multiprofissional impacta o cuidado à saúde no SUS.

A estrutura do episódio foi planejada de forma a garantir um fluxo contínuo e enriquecedor de informações. Iniciamos com a introdução do tema, seguida por perguntas direcionadas aos convidados. As perguntas foram pensadas para estimular a reflexão sobre a Promoção de Saúde, abordando desde as barreiras e avanços nas políticas de saúde até as práticas cotidianas que promovem a saúde na APS. O episódio também explorou questões práticas, como o impacto da integração entre diferentes profissionais de saúde e como isso afeta a qualidade do cuidado oferecido aos usuários. As perguntas foram formuladas para abordar os seguintes tópicos principais:

1. Definição e importância da Promoção de Saúde no SUS.
2. Como a atuação multiprofissional contribui para a promoção da saúde na APS.

3. Barreiras e avanços nas políticas públicas de promoção de saúde.
4. Estratégias eficazes para envolver a comunidade nas ações de saúde.
5. Desafios para a colaboração entre profissionais de diferentes áreas.
6. O futuro da promoção de saúde e do trabalho multiprofissional no SUS.

A equipe de produção foi composta por docentes, discentes do curso de medicina e membros da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LASC). Todos participaram ativamente da organização do conteúdo e da gravação. A roteirização foi estruturada em três partes: introdução, desenvolvimento e encerramento. A introdução contextualizou o tema e apresentou os convidados, o desenvolvimento trouxe as perguntas para os entrevistados e o encerramento fez um resumo das discussões e projeções para o futuro.

A produção também envolveu a elaboração de materiais de apoio, como artigos e referências, para enriquecer o conteúdo e apoiar o entendimento do público-alvo. Os convidados foram selecionados com base na relevância de suas experiências práticas e acadêmicas, garantindo que o episódio tivesse uma visão rica e multifacetada sobre o tema.

## **Público-alvo e impacto esperado**

O *podcast* é direcionado a profissionais de saúde da APS, como médicos, enfermeiros, dentistas, profissionais de educação física e outros membros das equipes multiprofissionais, além de estudantes de cursos de saúde. O objetivo é ampliar o conhecimento sobre a promoção de saúde, fortalecer a compreensão sobre o trabalho em equipe e incentivar práticas integradas que melhorem a qualidade de vida da população atendida pelo SUS. Espera-se que o conteúdo inspire e contribua para a qualificação desses profissionais.

O episódio será disponibilizado em plataformas de *streaming*, como *Spotify* e *Deezer*, além do site oficial da universidade. A divulgação será feita por meio das redes sociais da UFFS e dos canais oficiais de comunicação do projeto, como o Instagram e as coordenadorias regionais de saúde. Além disso, a equipe de produção organizará uma divulgação prévia do episódio com teasers, artigos e materiais complementares para aumentar o engajamento com o público-alvo.

Após a publicação do *podcast*, será realizada uma avaliação contínua do impacto do episódio. Isso será feito por meio de interações com os ouvintes, utilizando formulários online para coletar feedbacks sobre o conteúdo, a relevância das discussões e a aplicabilidade das práticas discutidas. Esse processo permitirá que a equipe refine futuros episódios e continue a promover a troca de conhecimentos.

Figura 1 - Registros da gravação do Episódio 03 - Promoção de Saúde e Equipe Multiprofissional



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2025).

## **PROMOÇÃO DA SAÚDE: DE UM CONCEITO AO CONVITE À AUTONOMIA**

### **Promoção de Saúde: Conceitualização**

A promoção da saúde é um processo que busca capacitar indivíduos e comunidades para que tenham maior controle sobre os determinantes sociais, econômicos e ambientais que afetam sua saúde, promovendo não apenas a ausência de doença, mas o bem-estar integral. Essa abordagem foi consolidada na Carta de Ottawa, de 1986, que define a promoção da saúde como uma estratégia que ultrapassa os serviços de saúde e envolve a criação de políticas públicas saudáveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Trata-se de uma concepção ampliada de saúde, que reconhece que o processo saúde-doença está intrinsecamente ligado a fatores históricos, sociais,

culturais e políticos, exigindo ações intersetoriais e participativas. A promoção da saúde, portanto, configura-se como uma prática ética e política, comprometida com a equidade, a justiça social e os direitos humanos (Czeresnia, 2003; Buss, 2000).

Diferente da prevenção de doenças, que se concentra na redução de riscos e na detecção precoce de enfermidades, a promoção da saúde tem um foco mais amplo e proativo. Ela busca transformar as condições de vida e trabalho, estimular a participação social e incentivar a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, prática de atividades físicas, vínculos sociais saudáveis e acesso à educação e moradia digna.

Além disso, a promoção da saúde incorpora o princípio da autonomia dos sujeitos, entendendo que a participação ativa da população nos processos de cuidado e decisão é fundamental para a sustentabilidade das ações em saúde. Isso implica reconhecer os saberes populares, valorizar a cultura local e fortalecer o protagonismo comunitário na construção de ambientes saudáveis (Paim, 2006, Czeresnia, 2003).

Por exemplo, ações como a implantação de hortas comunitárias, programas de educação em saúde nas escolas ou grupos de apoio à saúde mental são formas práticas de promoção da saúde. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essa abordagem está presente em diversas políticas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que orienta as ações intersetoriais voltadas à melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

A PNPS, atualizada em 2020, reforça a promoção da equidade, a transversalidade das ações e o compromisso com os determinantes sociais da saúde, reafirmando o território como espaço de construção do cuidado e da cidadania (Brasil, 2020).

A Carta de Ottawa (1986) estabelece um marco importante na promoção da saúde, enfatizando a necessidade de ações que criem condições para que os indivíduos e comunidades possam controlar e melhorar sua saúde. A carta destaca as condições sociais, econômicas e ambientais como determinantes chave para a saúde, incorporando um modelo de saúde que vai além da ausência de doenças, promovendo bem-estar e qualidade de vida (Lamarca, 2024).

Nesse contexto, a promoção da saúde deve ser entendida como um processo dinâmico, plural e relacional, no qual diferentes sujeitos (Estado, comunidade, profissionais de saúde e movimentos sociais), compartilham responsabilidades e constroem coletivamente estratégias para transformar realidades e reduzir iniquidades.

## **INTERPROFISSIONALIDADE: QUANDO OS SABERES SE ENCONTRAM**

As equipes multiprofissionais na APS desempenham um papel fundamental na abordagem integral e humanizada dos cuidados. Elas são compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, profissionais de educação física, entre outros, que trabalham de forma colaborativa, cada um com sua expertise, para atender às necessidades dos usuários de forma integral.

A implementação de abordagens integradas apresenta desafios, como a coordenação entre os diferentes profissionais, a resistência à mudança por parte de alguns membros da equipe ou dos próprios usuários, e a escassez de recursos. Além disso, o conceito de trabalho multiprofissional se diferencia do interprofissional, sendo que no primeiro, os profissionais trabalham de maneira paralela, enquanto no segundo, há uma integração mais profunda, com troca constante de informações e tomada de decisões compartilhadas (Jesus, 2025).

A transição do modelo biomédico, que se foca na cura da doença, para um modelo centrado na integralidade do cuidado, busca considerar o usuário como um todo, levando em conta não só a patologia, mas também os aspectos psicossociais e ambientais, promovendo uma abordagem mais holística e preventiva (Almeida, 2022).

## **PROMOÇÃO QUE PREVINE, CUIDA E SUSTENTA O SUS**

A promoção de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem um impacto direto na redução de custos e na diminuição da sobrecarga do sistema. Ao investir na prevenção de doenças e na promoção de comportamentos saudáveis, o SUS consegue reduzir a demanda por tratamentos complexos e de alta comple-

xidade, o que gera uma economia significativa para o sistema público de saúde. Além disso, promove o autocuidado, empoderando os indivíduos a gerenciar sua saúde de maneira mais eficaz (Ribeiro, 2024).

A educação em saúde desempenha um papel central na promoção da qualidade de vida, uma vez que informa e sensibiliza as pessoas sobre hábitos saudáveis, prevenindo doenças e melhorando o bem-estar. Além disso, ao engajar a comunidade nas ações de promoção da saúde, fortalece-se a rede de apoio e os vínculos sociais, fundamentais para o processo de cuidados em saúde (Ribeiro, 2024).

Quadro 1 - Síntese com alguns elementos-chave para a Promoção da Saúde

| Elemento                                    | Descrição                                                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Determinantes sociais da saúde</b>       | Condições sociais, políticas, econômicas e ambientais que influenciam o processo saúde-doença    |
| <b>Autonomia e participação comunitária</b> | Capacitação dos sujeitos para atuarem ativamente na gestão da própria saúde e do coletivo        |
| <b>Ações intersetoriais</b>                 | Integração de políticas públicas e setores diversos para abordar as causas estruturais da saúde  |
| <b>Valorização dos saberes populares</b>    | Reconhecimento das culturas locais e saberes tradicionais na construção de ambientes saudáveis   |
| <b>Promoção do bem-estar integral</b>       | Foco no equilíbrio físico, mental, social e ambiental, além da ausência de doenças               |
| <b>Redução das iniquidades em saúde</b>     | Compromisso ético e político com a justiça social e equidade no acesso e nos resultados em saúde |

Fonte: Os autores (2025).

## TERRITÓRIO QUE FALA: SAÚDE COM VOZ COMUNITÁRIA

### Engajamento Comunitário

O envolvimento da comunidade na promoção da saúde é essencial para a sustentabilidade e eficácia das políticas públicas. A participação ativa dos cidadãos nos cuidados com a saúde não apenas melhora os resultados, mas também fortalece o sentimento de pertencimento e de responsabilidade coletiva. O diálogo constante entre profissionais de saúde e usuários do SUS é fundamental para adaptar as estratégias de promoção de saúde às realidades locais e às necessidades específicas da população (Rocha, 2024).

A qualificação contínua dos profissionais para o trabalho em equipe e para a promoção de saúde na APS é uma necessidade constante, pois permite a atualização das práticas, o aprimoramento das habilidades de comunicação e o desenvolvimento de uma abordagem mais eficaz e integrada.

Para que as ações de promoção da saúde sejam realmente efetivas, é fundamental que elas dialoguem com a realidade local e com os interesses da comunidade. Atividades construídas a partir da escuta qualificada dos usuários, respeitando saberes populares, tradições culturais e dinâmicas sociais, tendem a gerar maior engajamento e adesão. Por isso, iniciativas como rodas de conversa, grupos de caminhada, oficinas de alimentação saudável com receitas regionais ou práticas integrativas como o uso de plantas medicinais, por exemplo, fortalecem os vínculos entre equipe de saúde e comunidade. Além disso, favorecem a construção de um cuidado mais humanizado, participativo e centrado nas reais necessidades da população.

Promover atividades que façam sentido para a comunidade local é um dos pilares para o sucesso das ações em saúde, especialmente no contexto da APS. Quando as práticas são pensadas a partir das vivências, valores e interesses da população, tornam-se mais significativas e eficazes. É nesse interím, que a apropriação coletiva dessas ações fortalece o protagonismo comunitário e estimula uma participação ativa e contínua nos processos de cuidado, pois os usuários sentem-se parte do processo (OPAS, 2018; Brasil, 2020).

Nessa perspectiva reforça a lógica do território vivo e usado: “O território usado é o chão mais a identidade. É o território que contém a marca dos interesses, das paixões, das ações humanas” (Santos, 2006, p. 63). É a partir desse engajamento comunitário no território que os sujeitos não são apenas receptores de serviços, mas coconstrutores de soluções, se estabelecem estratégias que integram saberes locais, linguagem acessível e espaços de escuta qualificada não apenas promovem a saúde, mas também fortalecem a cidadania e a autonomia dos sujeitos em seus contextos cotidianos.

## FUTUROS POSSÍVEIS

Nos próximos anos, espera-se um fortalecimento das estratégias de promoção da saúde, com foco no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e na melhoria das condições de vida. O uso da tecnologia, como as plataformas digitais de educação em saúde e monitoramento de condições de saúde, deverá crescer, proporcionando novas formas de engajamento e acompanhamento dos usuários.

Contudo, as mudanças políticas podem ter um impacto significativo na continuidade e expansão das estratégias de promoção da saúde. Alterações nas políticas públicas de saúde, principalmente em tempos de instabilidade política, podem afetar o financiamento e a implementação de programas de promoção da saúde, exigindo adaptação constante das práticas e das abordagens para garantir a continuidade das ações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem multiprofissional na APS tem se consolidado como um elemento essencial para fortalecer a promoção da saúde e aprimorar a qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS). O episódio do *podcast Saúde em Ação* proporcionou uma discussão aprofundada sobre esse tema, trazendo reflexões relevantes acerca dos impactos positivos da interdisciplinaridade no cuidado aos usuários e os desafios que ainda precisam ser superados para sua implementação efetiva.

Ao longo da gravação, os especialistas convidados ressaltaram que a promoção da saúde vai além da simples prevenção de doenças, envolvendo uma abordagem mais ampla e proativa, focada no empoderamento dos indivíduos e comunidades para que possam assumir um papel ativo na melhoria de suas condições de vida. Nesse sentido, a atuação conjunta de diferentes profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, permite uma atenção mais integral e humanizada, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos usuários.

A interdisciplinaridade no cuidado à saúde se traduz em inúmeros benefícios, tanto para os profissionais quanto para os usuários do sistema. A troca de conhecimentos entre diferentes áreas possibilita um atendimento mais completo e resolutivo, garantindo que as necessidades dos usuários sejam atendidas de maneira holística. Além disso, essa forma de trabalho contribui para a redução da fragmentação dos serviços, tornando o acompanhamento mais eficiente e promovendo melhores resultados clínicos e sociais.

Entretanto, apesar dos avanços e dos benefícios evidenciados, a implementação de equipes multiprofissionais ainda enfrenta desafios significativos. A resistência à mudança por parte de alguns profissionais e gestores, a falta de clareza na definição de papéis e responsabilidades dentro da equipe, e as dificuldades de comunicação interpessoal são alguns dos principais obstáculos identificados. Muitas vezes, o modelo tradicional de assistência à saúde, baseado em uma abordagem mais individualizada e centrada no médico, dificulta a adoção de uma cultura verdadeiramente colaborativa.

Outro fator que influencia a efetividade do trabalho multiprofissional é a necessidade de um suporte estrutural e organizacional adequado. A falta de investimentos em capacitação e formação continuada pode limitar o potencial das equipes, dificultando a implementação de práticas interdisciplinares que realmente tragam benefícios à população. Dessa forma, torna-se fundamental que políticas públicas sejam desenvolvidas e aprimoradas para garantir condições favoráveis ao fortalecimento dessa abordagem dentro do SUS.

Além das questões organizacionais e estruturais, a participação ativa da comunidade é um elemento-chave para o sucesso das estratégias de promoção da saúde. O envolvimento dos usuários do SUS nas ações de cuidado não só aumenta a adesão às práticas preventivas e terapêuticas, mas também contribui para o desenvolvimento de uma consciência coletiva sobre a importância da saúde como um direito de todos. Portanto, é essencial que os profissionais da APS estabeleçam uma comunicação eficaz com a população, promovendo educação em saúde e incentivando práticas que fortaleçam o autocuidado.

Diante desse cenário, conclui-se que a integração multiprofissional na APS representa um caminho promissor para a promoção da saúde e para a qua-

lificação da assistência prestada no SUS. Para que esse modelo de cuidado seja cada vez mais consolidado e sustentável, é imprescindível que sejam desenvolvidas estratégias voltadas para a superação dos desafios identificados. Investir na capacitação contínua dos profissionais, no aprimoramento das políticas públicas e na criação de espaços que favoreçam a prática colaborativa são ações indispensáveis para fortalecer o sistema de saúde e garantir um atendimento mais eficiente, humanizado e centrado nas reais necessidades da população.

O *podcast Saúde em Ação* contribuiu significativamente para esse debate ao trazer especialistas qualificados para compartilhar suas experiências e conhecimentos sobre o tema. A continuidade dessa discussão, por meio de novas edições do *podcast* e de outras iniciativas acadêmicas e extensionistas, será essencial para sensibilizar profissionais e gestores sobre a importância da abordagem multiprofissional e da promoção da saúde no contexto da APS. Assim, espera-se que os aprendizados gerados a partir desse episódio possam inspirar mudanças positivas e contribuir para a construção de um sistema de saúde mais acessível, resolutivo e equitativo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNP – 3. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023.** Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Diário Oficial da União 2023; 23 maio.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>

BUSS, P.M; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Cien Saude Colet** 2009; 14(6): 2305-2316.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39–53.

DA ROCHA, Cínthia Maria Costa Gomes et al. Educação em saúde na comunidade ação multidisciplinar: relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2821-2829, 2021.

DE JESUS, Lucilene Santos et al. Integração de equipes multidisciplinares na Atenção Primária à Saúde: desafios e oportunidades. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 25, p. e19564-e19564, 2025.

DE MIRANDA RIBEIRO, Gilberto; GOMES, Buso; DE SOUZA BERETTA, Regina Célia. A educação popular em saúde na articulação com a promoção da saúde: Revisão integrativa. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 10, n. 1, p. 784-809, 2024.

DE OLIVEIRA, Gabriel Gomes et al. A colaboração multidisciplinar nas redes de cuidados: o papel dos profissionais de saúde na integração do atendimento. **ARACÊ**, v. 6, n. 4, p. 12870-12881, 2024.

GEREMIA, Daniela Savi. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2020. UERJ. DOI: 10.1590/S0103-73312020300100. Acesso em: 28 jul. 2025

JÚNIOR, J.P.B; ALMEIDA, E.R. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 39 (10) • 2023 • <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>

LAMARCA, Edmir Vicente et al. Acerca das pesquisas em promoção da Saúde e Educação Ambiental. **Revista Científica Cleber Leite**, v. 1, n. 1, p. E0002023-1-8, 2024.

LÁZARO, Robson dos Santos et al. Gestão em saúde e o uso de metodologias ativas na Atenção Primária à Saúde (APS). *IOSR Journal of Business and Management*, v. 26, n. 9, ser. 12, p. 47-52, set. 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.

PAIM, J. S. Uma análise a partir da reforma sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772004.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2025.

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

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

TOMAZINHO, Raiane Corrêa et al. Desafios E Perspectivas Da Equipe Multiprofissional No Modelo Da Saúde Da Família. **Cognitus Interdisciplinary Journal**, v. 2, n. 1, p. 350-359, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ottawa Charter for Health Promotion**. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>. Acesso em: 28 jul. 2025.

## CAPÍTULO 10

### **PODCAST SAÚDE EM AÇÃO: EXPERIÊNCIA DO EPISÓDIO SOBRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Ana Cristina Almeida Dias  
Camila Ferreira Puntel  
Larissa Hermes Thomas Tombini  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Eleine Maestri  
Daniela Savi Geremia  
**Doi: 10.48209/978-65-5417-487-A**

#### **INTRODUÇÃO**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implantada em 2004 por intermédio da Portaria GM/MS nº 198, exprime uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) direcionada para a formação e o progresso contínuo de profissionais atuantes na atenção à saúde. A PNEPS é um acontecimento marcante na estruturação de processos educativos que anseiam à qualificação de trabalhadores da saúde, a fim de atender, de modo frutífero, demandas nesse sentido. Para viabilizar essa política, espaços e artifícios são adotados, sendo as Instituições de Ensino Superior (IES) um notável canal (Brasil, 2018a).

Visando a satisfazer essa condição, a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó em Santa Catarina concebeu, em 2024, o Programa *Saúde em Ação: Integrando Educação e Serviços para a Promoção da Cidadania*, cujo objetivo principal é desenvolver a formação e qualificação de gestores, gerentes, profissionais de saúde e conselheiros para atuação na saúde pública e gestão dos serviços e sistemas, de forma a suprir demandas dos municípios do grande oeste catarinense quanto à qualificação dos processos de trabalho e na multiplicação de atores sociais para o SUS.

Sob o escopo deste programa originou-se o *Podcast Saúde em Ação*, projeto que visa a unir, de forma sinérgica, ensino, pesquisa e extensão. No decor-

rer de seus episódios, o podcast busca atingir profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de discussões acerca de temáticas relevantes à prática laboral, com o intuito de propiciar uma qualificação mais alinhada às necessidades habituais do trabalho em saúde.

O projeto, de caráter prioritariamente extensionista, de igual modo representa uma excelente oportunidade de aprendizado prático para os estudantes, integrando-se à construção de um conhecimento mais aplicável e sensível às demandas sociais e de saúde. O programa e o projeto/podcast, portanto, estão em conformidade com a Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que estabelece as diretrizes para a curricularização da extensão no Brasil (Brasil, 2018b).

A extensão universitária apresenta-se como um processo de origem educativa, dinâmico e que promove a associação entre o ensino e a vivência da realidade, conforme proposto no planejamento pedagógico de cada curso. Na esfera da saúde, as técnicas e métodos utilizados têm como finalidade ampliar a aplicação do conhecimento do discente, podendo estabelecer inclusive um diálogo com a comunidade, além de ser empregada na formação de profissionais e respaldada pelos princípios do SUS (Santana *et al.*, 2021).

Como mencionado, o *Podcast Saúde em Ação* aborda, em cada episódio, temas recorrentes no cotidiano dos profissionais da APS. O episódio em questão, com foco na Vigilância em Saúde, possui relevância significativa. A Vigilância em Saúde envolve um conjunto de ações sistemáticas e conectadas que se propõem a monitorar e proteger a saúde da população. Inclui desde a vigilância epidemiológica até o controle de riscos ambientais, transitando por ações de vigilância sanitária e da saúde do trabalhador, todas focadas em uma perspectiva abrangente da saúde coletiva (Brasil, 2010).

A escolha deste tema se deve à sua importância, uma vez que é fundamental compreender que as ações de vigilância não se limitam a um único setor ou especialidade, mas envolvem todos os profissionais de saúde e são essenciais para a organização do sistema, atuando como uma ferramenta estratégica de promoção da saúde (Brasil, 2010).

Neste episódio, foram abordados aspectos conceituais e históricos da Vigilância em Saúde, como se deu a evolução de ações nesse setor e a metodolo-

gia e ferramentas que possibilitaram as práticas. Adicionalmente, foi explorada a dualidade entre os desafios e avanços na área, apontando para as novas perspectivas de articulação e integração intra e interinstitucional da vigilância em saúde com a atenção básica e demais setores promotores (ou não) de saúde das populações. O episódio procura não apenas esclarecer e aprofundar o conhecimento sobre a Vigilância em Saúde, mas igualmente estimular uma reflexão crítica sobre seu exercício no panorama atual, destacando como esse recurso é essencial para a organização e fortalecimento do SUS e para a garantia da saúde populacional.

## **QUANDO A VOZ É EXTENSÃO: A CONSTRUÇÃO DE UM PODCAST SOBRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Este capítulo trata de um relato de experiência, de estudantes e docentes, no planejamento e organização da produção de um *podcast* como parte do projeto de extensão universitária “Saúde em Ação”, aprovado no Edital nº 287/GR/UFFS/2023 - edital de fluxo contínuo para registro de ações de extensão e de cultura na UFFS e registrado sob o número EXT-2024-0052 - SAÚDE EM AÇÃO: INTEGRANDO EDUCAÇÃO E SERVIÇOS PARA A PROMOÇÃO DA CIDADANIA. No relato da gravação do episódio do *podcast* foi abordado o tema da Vigilância em Saúde. Para além do processo estruturante do *podcast*, este texto busca o desenvolvimento e ampliação do debate sobre a Vigilância em Saúde em seus múltiplos aspectos.

O *podcast* é voltado para profissionais de saúde da APS e estudantes interessados na área. Assim, este capítulo também se relaciona ao projeto de pesquisa PES-2023-0505, ao colaborar com a construção de estratégias voltadas para suprir lacunas formativas e informacionais nas práticas dos profissionais de saúde.

Inicialmente, a abordagem e definição do tema teve origem em demandas dos conselhos de saúde dos municípios integrantes da Região de Saúde onde a UFFS/Campus Chapecó se insere e da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) regional. O episódio gravado aborda questões fundamentais da Vigilância em Saúde, com ênfase em seu caráter amplo de atuação, o qual evoluiu ao longo dos anos.

A equipe do projeto foi composta por: Coordenador da ação (docente responsável), Equipe de produção/áudio e edição (discentes do curso de medicina e membros da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva) e convidados com experiências práticas e/ou acadêmicas na área. A abordagem é interdisciplinar, contando com a presença de profissionais de diferentes áreas da saúde e da gestão pública.

A roteirização foi definida a partir de tópicos centrais, levantamento de materiais de apoio, estruturação do roteiro com introdução, desenvolvimento e encerramento com projeção de tempo para cada intervenção e, por fim, a formulação de perguntas para os convidados. Neste episódio, a seleção da convidada considerou a sua prévia experiência de carreira em áreas como a APS e a Vigilância em Saúde. As perguntas foram:

1. O que é Vigilância em Saúde e qual é a sua importância para o sistema de saúde?
2. Você poderia nos falar sobre as diferentes áreas que a Vigilância em Saúde abrange, como a epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador?
3. Um dos grandes desafios da saúde pública são as doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes e a hipertensão. Como a vigilância auxilia na identificação dos fatores de risco e no controle dessas doenças?
4. Sabemos que as visitas domiciliares são uma ferramenta importante de atenção na APS. Qual o impacto dessas visitas na identificação de riscos e na promoção de saúde junto à comunidade?
5. A vacinação é uma das formas mais eficazes de prevenção de doenças. Poderia nos contar sobre a relevância da avaliação contínua da caderneta de vacinação durante as visitas e atendimentos nas UBS?
6. Outro aspecto relevante da vigilância é representado pelas causas externas, como violência e acidentes de trânsito, por exemplo. Você poderia explicar como o sistema atua na coleta de dados e monitoramento desses eventos?
7. No caso de óbitos maternos e infantis, ou outros de interesse da saúde pública, como ocorrem as investigações para identificar as causas e tomar medidas preventivas?

8. E, para finalizar, quais são os maiores desafios que vocês enfrentam no campo da vigilância e como esses desafios impactam a atuação nas unidades de saúde? A gravação se deu em espaço adequado com isolamento acústico e equipamentos de áudio de qualidade, com uso de microfones direcionais e foram realizados testes de som e ajustes técnicos. A gravação ocorreu no dia 25 de outubro de 2024, na Sala de *Podcast* da Incubadora de Negócios (INNE) da UFFS, *campus* Chapecó, com duração de 30 minutos. Em seguida, procedeu-se a edição para cortes, melhor fluidez e coesão, além da revisão final do episódio.

A partir de todo processo, a equipe planejou as formas de divulgação e distribuição digital nas plataformas *Spotify* e *Deezer*, *site* da universidade, coordenadorias regionais de saúde e redes sociais da ação extensionista. Além disso, foi organizada a divulgação prévia com *teasers* e materiais complementares (artigos, referências). O projeto encontra-se em fase de finalização da etapa produtiva para dar início à divulgação dos produtos, mas já conta com planejamento para avaliação e interações com os ouvintes/participantes por meio de formulário *online*.

Por tratar-se de relato de experiência dos autores vinculado a um projeto de extensão, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, porém ressalta-se que todos os cuidados éticos cabíveis às ações interpessoais foram tomados, a exemplo do respeito à vontade expressa do entrevistado.

## PANORAMA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Do latim *vigilare*, o termo “vigiar” significa fazer o controle, a fiscalização, a verificação de controlar (Vigiar, 2025). De maneira histórica, a expressão “vigilância em saúde” esteve muito atrelada a essa definição, sendo, por conseguinte, compreendida pela realização de atividades voltadas à atenção aos doentes e para o controle da disseminação de doenças. Todavia, para além disso, na atualidade tal conceito ampliou-se para outros campos, estando por sua vez relacionado à rearticulação de saberes e de práticas, de maneira a alinhar-se diretamente com os princípios do Sistema Único de Saúde (Silva *et al.*, 2022).

Portanto, nacionalmente entende-se que:

A vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Brasil, 2013, Cap.1, Art.2º).

A Política Nacional de Atenção Básica frisa que, para a obtenção de efeitos produtivos acerca da demanda populacional no quesito saúde, faz-se necessária a integração entre vigilância em saúde e atenção básica, de modo a considerar fatores de risco, danos e determinantes sociais, assim como levar em conta a integralidade do processo (Brasil, 2017). Os profissionais devem compreender a interação entre problemas de saúde e seus determinantes. Na vigilância, essa abordagem pode ser realizada por meio de mudanças nas práticas profissionais, tais como a atuação em rede, que incentiva os trabalhadores a expandirem sua visão além das doenças e a buscarem constantemente novas formas de atuação com base em responsabilidades compartilhadas entre as equipes (Silva *et al.*, 2022).

A vigilância em saúde é compreendida pelas seguintes esferas: vigilância e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária (Brasil, 2010).

A partir da 21ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1968, a expressão “vigilância epidemiológica” passou a abarcar não apenas doenças transmissíveis, mas doenças de interesse para a saúde pública como um todo (Ayres *et al.*, 2017). Com metas e ações previstas para o período de 2021 a 2030, o Ministério da Saúde do Brasil apresenta, alinhado às principais políticas nacionais e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (Plano de DANT). Este plano visa a fortalecer a abordagem sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as violências e os acidentes, atuando de forma integrada nas esferas federal, estadual, municipal e no Distrito Federal (Brasil, 2021).

As DCNT, como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, têm suas origens em uma série de fatores relacionados às condições de vida dos indivíduos. Logo, entre as ações do Plano de DANT destacam-se, no eixo da Vigilância em Saúde: elaborar proposta de monitoramento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias nos diferentes níveis de atenção do SUS; subsidiar a inclusão de medidas de pressão arterial e dislipidemia nas pesquisas de base populacional; elaborar e implementar o monitoramento do diabetes mellitus (DM) nos diferentes níveis de atenção do SUS (Brasil, 2021).

Os agravos não transmissíveis (violências e acidentes) também fazem parte do cenário de morbimortalidade da população. Mortes por violência estão fortemente relacionadas às desigualdades sociais, que podem ser determinadas pelo gênero, pela raça/cor da pele, pela classe social e pelo nível de escolaridade. Em 2006, iniciou-se a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), com dois componentes principais: a Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada, integrada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan), e a Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito) (Brasil, 2021).

A vigilância dos óbitos materno, infantil e fetal é também uma das responsabilidades da vigilância epidemiológica, desempenhando um papel crucial no cuidado à saúde da mulher e da criança. Essa vigilância contribui para melhorar o registro de óbitos, orienta ações de intervenção para a prevenção de novos casos e fornece informações sobre o contexto social e econômico das famílias enlutadas. Além disso, avalia os serviços de saúde e apoia o processo formativo contínuo dos profissionais envolvidos, por meio de ações de sensibilização e análise de óbitos (Bittencourt; Dias; Wakimoto, 2013).

A vacinação atua como uma ação de vigilância tanto passiva, com a demanda espontânea nas salas de vacina, quanto ativa, por meio da busca de indivíduos não vacinados. O Sistema de Vigilância em Imunizações é um sistema nacional descentralizado, responsável por garantir a eficácia da imunização de toda a população, levando em conta as especificidades dos grupos-alvo, as indicações clínicas e as estratégias de prevenção e controle de doenças, conforme o contexto epidemiológico (Silva *et al.*, 2021).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) desenvolve ações de vigilância epidemiológica na gestão do Sistema Único de Saúde, as quais se referem a: coletar, processar, analisar e interpretar dados; propor medidas de prevenção e de controle; avaliar a eficácia e a efetividade de medidas adotadas e divulgar informações (Ayres *et al.*, 2017).

Sendo um dos fatores integrantes da Vigilância em Saúde, a Vigilância em Saúde Ambiental é compreendida pelo somatório de ações voltadas para a percepção dos aspectos condicionantes do meio ambiente relacionados à saúde humana. Além disso, possui como propósito detectar formas de prevenir e controlar os fatores de risco ambientais associados a doenças e agravos (Rohlfs *et al.*, 2011).

No campo salutar, o território está para além de uma simples demarcação fronteiriça em um determinado espaço, de maneira a constituir-se como um fator-chave na organização e conexão dos elementos da saúde (Bernardes; Nunes, 2018). A catalogação do território emerge como uma técnica fundamental para a vigilância e como um suporte indispensável para a formulação de políticas de saúde, as quais devem se basear nas especificidades dos processos territoriais a fim de atender as particularidades da população (Cardoso; Costa; Da Silva, 2020).

As ações intersetoriais precisam ser politicamente articuladas e acordadas para enfrentar os determinantes sociais que impactam a saúde das comunidades assistidas, reconhecendo a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pelo conhecimento profundo das necessidades locais através das visitas domiciliares (Silva *et al.*, 2022). Já a integração dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) à vigilância em saúde ocorreu no final dos anos 90, com a Portaria GM/MS nº 1.399, de 15/12/1999, destacando o papel dos municípios na execução das políticas de controle de endemias. A reorganização das ações de vigilância em saúde na Atenção Básica exige a qualificação contínua dos profissionais ACE, da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das equipes gestoras (Almeida; Cavalcante; De Miranda, 2020).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

Tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento de ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012, Art. 2º).

A vigilância sanitária, constituída por ações de regulação, possui como finalidade prevenir e eliminar perigos que possam acometer a população no que diz respeito à produção e à utilização de produtos de interesse da saúde, bem como da situação de seus ambientes. No Brasil, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, é considerada como um “divisor de águas”, sendo, portanto, um momento de primordial importância no país em termos de vigilância, uma vez que introduziu o debate de necessidades relacionadas à regulação sanitária dentro do panorama interno (Silva; Costa; Lucchese, 2018).

A vigilância em saúde no Brasil enfrenta desafios complexos, especialmente devido à fragmentação entre os diferentes setores e à dificuldade de integrar de forma eficaz a atenção básica com as ações de vigilância. A articulação entre as áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, do trabalhador e sanitária é essencial para uma atuação mais integrada (Teixeira, 2022). A Política Nacional de Vigilância em Saúde tem sido fundamental para promover uma abordagem mais coordenada, integrando as ações de vigilância e reconhecendo a importância de trabalhar de forma conjunta para enfrentar os desafios sociais que afetam a saúde da população (Okumoto; Brito; Garcia, 2018).

A vigilância em saúde no Brasil continua a evoluir, lidando com desafios operacionais e estruturais, mas também conquistando importantes avanços na integração e articulação entre as diversas áreas e níveis de gestão. O fortalecimento dessas iniciativas é fundamental para garantir que o sistema de saúde seja cada vez mais equitativo e capaz de atender às necessidades da população de maneira eficaz (Teixeira *et al.*, 2018).

## **INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Guiadas pelas questões norteadoras do *podcast*, estabeleceu-se diálogos que perpassaram as concepções de vigilância em saúde ao longo da história até o entendimento atual e os desafios impostos por essa construção no processo de trabalho dos profissionais. Além disso, abordou-se a importância da vigilância em saúde e seus campos de atuação que, ainda que com focos distintos, devem articular-se em ações de efetiva ‘vigilância em saúde’ para promover a saúde pública.

A construção do campo da Vigilância em Saúde no Brasil, como citado, reflete um processo histórico de avanço nas políticas públicas de saúde, marcado por mudanças conceituais e estruturais, fortalecidas pela institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). As abordagens atuais tratam da vigilância em saúde (VS) como um conjunto de ações articuladas sob a ótica da integralidade do cuidado. Neste sentido é considerada a intersecção entre os determinantes sociais e os processos de saúde-doença encontrando, na articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), campo fértil para resultados efetivos em saúde das populações.

Ainda que recomendada e orientada pelas políticas públicas, a integração VS e APS constitui um dos desafios mais relevantes para a gestão do SUS. Ainda que a APS, principal porta de entrada do sistema, desempenhe papel fundamental na detecção precoce de doenças, na prevenção e promoção da saúde, a fragmentação das ações e a dificuldade na utilização de sistemas de informação de forma integrada são desafios recorrentes, comprometendo, por vezes, a tomada de decisões e a obtenção de resultados positivos em saúde. Da mesma forma, ações em vigilância desconectadas das necessidades locais restringem a produção e promoção da saúde das populações.

Como exemplo de integração entre VS e APS e contribuições entre estes importantes campos da saúde coletiva, pode-se citar o monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão. Estudos como o Vigitel e a Pesquisa Nacional de Saúde fornecem dados essenciais para a formulação de estratégias preventivas. Do mesmo modo, as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a ende-

mias são ferramentas potentes para a identificação de riscos e vulnerabilidades, fortalecendo a integração entre Vigilância em Saúde e APS na prática cotidiana.

Outro eixo fundamental da Vigilância em Saúde é a investigação de óbitos maternos e infantis. Comitês municipais e estaduais desempenham um papel crucial na análise desses eventos, permitindo a identificação de falhas nos serviços de saúde e a implementação de medidas corretivas. De forma semelhante, o monitoramento das causas externas, como violência e acidentes de trânsito, permite a formulação de políticas públicas direcionadas à prevenção de agravos e à promoção da segurança populacional.

Apesar dos avanços, a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária ainda enfrenta desafios estruturais e operacionais, sobre os quais o Ministério da Saúde se debruça e oferece diretrizes para superação e aprimoramento. Aspectos como a territorialização, a organização do processo de trabalho das equipes e o uso de sistemas de informação são fundamentais para qualificar essa integração. Da mesma forma, o trabalho conjunto entre as equipes de saúde da família e os núcleos de vigilância tem potencial para transformar o cuidado em saúde, tornando-o mais resolutivo e adequado às necessidades da população.

O convite à escuta dos profissionais a esta temática buscou, acima de tudo, despertar para o avanço na integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em cada território. Integrar VS e APS significa consolidar uma assistência mais efetiva, equitativa e centrada na prevenção e promoção da saúde, alinhada aos princípios e diretrizes do SUS.

## **APRENDER, COMUNICAR, IMPACTAR**

O episódio de Vigilância em Saúde visa a significativos impactos para os estudantes e docentes participantes da atividade, assim como para os profissionais e demais consumidores da informação. O processo criativo de produção do episódio é visto como agregante, uma vez que desde a etapa de preparação é exigido um zelo por parte dos envolvidos a fim de ter-se como produto uma discussão enriquecedora. Para tanto, é necessário um aprofundamento em fontes, relatórios e dados de saúde pública, o que por conseguinte contribui para o

aprimoramento de habilidades de pesquisa e análise crítica, indicando para um aprendizado ativo.

Já em relação aos docentes, não somente a coordenadora do projeto, mas também os professores convidados, assim como os demais profissionais atuantes na saúde pública que foram entrevistados, observa-se que o podcast despon-ta a oportunidade de disseminar um conhecimento que estes possuem para além do espaço acadêmico, fazendo com que o ensino não se limite às salas de aula, o que ressalta o poder da comunicação para transformar a compreensão sobre temas importantes como a Vigilância em Saúde.

Em relação aos profissionais e à população em geral espera-se que o con-teúdo do episódio leve até eles uma melhor sensibilização e um melhor en-tendimento sobre a Vigilância em Saúde, superando os enfoques superficiais e proporcionando um conhecimento mais aprofundado e crítico sobre o tema.

No percurso, desafios foram evidentes, mas também se enxerga as poten-cialidades provenientes do projeto. Houve obstáculos principalmente de ori-gem técnica, tais como adaptar-se às ferramentas de gravação, todavia, o uso do podcast como ferramenta de ensino proporcionou um ambiente de apren-dizagem dinâmico e interativo, de tal forma que a possibilidade de disseminar o conhecimento sobre Vigilância em Saúde para um público maior ampliou o impacto do programa.

Figura 1 - Registros da gravação do Episódio 05 - Vigilância em Saúde



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2025).

## CONCLUSÃO

O programa e o podcast “Saúde em Ação” incorporam-se aos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) e às diretrizes da curricularização da extensão no Brasil, pois ambos priorizam a formação dos estudantes, a formação de profissionais e o envolvimento da comunidade em práticas de saúde, por meio de um enfoque participativo e educativo. É esperado um significativo impacto social dessas ações, pois busca-se integrar os conhecimentos adquiridos na universidade com as demandas locais.

Entender a Vigilância em Saúde – tema do episódio em questão – é um processo fértil, tendo em vista que se torna construtivo compreender a sua complexidade no contexto da organização e fortalecimento da saúde pública, dado seu caráter de abrangência. Ao se familiarizar com esse entendimento, os profissionais da Atenção Primária à Saúde tornam-se mais aptos a trabalhar com as mais diversas questões de enfrentamento no Sistema Único de Saúde no país.

A convidada pôde enriquecer essa discussão por meio de seus apontamentos, os quais nortearam a produção deste capítulo. O processo de produção do episódio, envolvendo uma equipe interdisciplinar e a participação de uma especialista com vasta experiência acadêmica, reflete o caráter colaborativo e integrador das políticas educacionais da saúde.

Marcos históricos relevantes são lembrados, evidenciando que as ações de vigilância evoluíram ao longo dos anos. Inicialmente, focadas apenas em áreas como o controle de doenças transmissíveis e a análise da mortalidade, essas atividades passaram a incluir, posteriormente, questões como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os agravos, a saúde ambiental e do trabalhador. Foram necessárias importantes pesquisas, bancos de dados e ações territoriais para tornar essas mudanças possíveis.

Atualmente, o grande impasse está relacionado à necessidade iminente de uma maior articulação entre as diferentes áreas que compõem a Vigilância em Saúde e a sua integração com a Atenção Básica, o que por sua vez alinha-se aos princípios de descentralização do SUS, que visam fortalecer as capacidades dos municípios e das regiões para que possam atuar de maneira mais autônoma

e adaptada às realidades locais. Essa conexão é essencial para garantir um fluxo de informações e ações mais eficiente, permitindo uma resposta mais rápida e coordenada frente aos diversos problemas de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wêslley Natam Martins; CAVALCANTE, Luisa Macedo; DE MIRANDA, Tarsila Karla Santana. **Educação permanente como ferramenta de integração entre agentes de saúde e de endemias**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 33, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/408/40863235010/40863235010.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

AYRES, Andréia Rodrigues Gonçalves; et al. Vigilância epidemiológica. In: GONDIM, Gracia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys. **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 157-192. (Volume 1). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39902/T%E9cnico%20de%20Vigil%E2ncia%20em%20Sa%FAde%20-%20Vigil%E2ncia%20epidemiol%F3gica.pdf;jsessionid=FB4D2069E76471C3D132D1E64456F096?sequence=2>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BERNARDES, Anita Guazzelli; NUNES, João Arriscado. **Território e sistemas vitais na saúde**. Revista Polis e Psique, v. 8, n. 2, p. 46-66, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2018000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 fev. 2025.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. In: **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. 2013. p. 268-268. Disponível em: [https://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro\\_texto.pdf](https://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro_texto.pdf). Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Série Pactos pela Saúde v.13. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_vigilancia\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf). Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html). Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº7, de 18 de dezembro de 2018.** Brasília: Ministério da Educação, 18 dez. 2018. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=104251-rces007-18&category\\_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=104251-rces007-18&category_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 12 fev. 2025.

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. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acesso em: 17 fev. 2025.

CARDOSO, Aline Fernanda; COSTA, Valéria Aparecida Moreira; DA SILVA, Cássio Alexandre. **A importância do território em ações de vigilância em saúde.** Cerrados, v. 18, n. 2, p. 50-68, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/veste/Downloads/Dialnet-AImportanciaDoTerritorioEmAcoesDeVigilanciaEmSaude-7826052.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

OKUMOTO, Osnei; BRITO, Sônia Maria Feitosa; GARCIA, Leila Posenato. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, n. 3, p. e2018318, 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v27n3/2237-9622-ess-27-03-e2018318.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

ROHLFS, Daniela Buosi; et al. **A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil**. Cad. Saúde Colet., v. 19, n. 4, p. 391-398, 2011. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4306319/mod\\_resource/content/2/Texto%202.%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20Ambiental.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4306319/mod_resource/content/2/Texto%202.%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20Ambiental.pdf). Acesso em: 15 fev. 2025.

SANTANA, Regis Rodrigues et al. **Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde**. Educação & Realidade, v. 46, p. e98702, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/qX3KBJghtJpHQrDZz-G4b8XB/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SILVA, Aline Almeida da et al. **Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa Nacional de Imunizações-Módulo Registro do Vacinado, Brasil, 2017**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, p. e2019596, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2021.v30n1/e2019596/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SILVA, Claudia Maria Scheffel Corrêa da et al. **Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma scoping review**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 29, p. 604-615, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Q4NyX8hsH9XNR8VBqNGHV9r/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SILVA, José Agenor Alvares Da; COSTA, Ediná Alves; LUCCHESI, Geraldo. **SUS 30 anos: Vigilância Sanitária**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1953–1961, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1953-1961>. Acesso em: 15 fev. 2025.

TEIXEIRA, C. F. S. **Desafios da Vigilância em Saúde no momento atual**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 31, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/rYthhyZSMY7NmyTKKkpt8TK/?format=pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

TEIXEIRA, M. G. et al. **Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas**. Ciência Saúde Coletiva, v. 23, n. 6: p. 1811-1818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FxcSJBQq8G7CNSxhTyT7Qbn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2025.

**VIGIAR**. In: Dicio: DICIO, Dicionário Online de Português. 7Graus, 2025. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/vigiar/>. Acesso em: 15 fev. 2025.

## CAPÍTULO 11

### **PODCAST COMO PRÁTICA EDUCATIVA: PROMOVENDO A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NO SUS**

Camila Ferreira Puntel  
Ana Cristina Almeida Dias  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Cláudio Claudino da Silva Filho  
Larissa Hermes Thomas Tombini  
Daniela Savi Geremia  
**Doi: 10.48209/978-65-5417-487-B**

#### **INTRODUÇÃO**

O *Podcast* Saúde em Ação é uma das atividades desenvolvidas pelo Saúde em Ação: Integrando Educação e Serviços para a Promoção da Cidadania, um programa de extensão da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó-SC, que busca unir ensino, pesquisa e extensão para promover a formação de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). O programa surge como uma resposta à necessidade de atender à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), reforçando a importância da qualificação contínua dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e a articulação entre universidade e serviços de saúde (Brasil, 2018).

A proposição do programa se fundamenta em duas abordagens complementares: o processo formativo de ensino e a educação permanente em saúde, ambos essenciais para a consolidação de práticas qualificadas no SUS. Além disso, as ações desenvolvidas estão articuladas com a II Conferência de Ensino, Pesquisa e Extensão (II COEPE/UFFS), destacando a relevância da extensão universitária na formação acadêmica e no fortalecimento do SUS (Geremia, 2018).

Dessa forma, o objetivo do programa foi desenvolver a formação profissional e qualificação de gestores, gerentes, profissionais de saúde e conselheiros.

ros para atuação na saúde pública e na gestão dos serviços e sistemas, visando suprir as demandas dos municípios do grande oeste catarinense no que diz respeito à melhoria dos processos de trabalho e à multiplicação de atores sociais para o SUS.

A curricularização da extensão é uma estratégia para aproximar a universidade da realidade social que a cerca, possibilitando que os estudantes vivenciem, desde o início da graduação, experiências práticas relacionadas à sua formação acadêmica. No Brasil, essa diretriz foi formalizada pela Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em cumprimento ao Plano Nacional de Educação (PNE) 2014–2024. De acordo com a Resolução, ao menos 10% da carga horária dos cursos de graduação deve ser destinada a atividades de extensão (Brasil, 2015).

Com isso, as universidades passaram a reavaliar suas práticas extensionistas, que até então eram desenvolvidas principalmente por meio de projetos e programas de extensão, os quais eram desenvolvidos com bolsistas e voluntários, o que não proporciona a experiência extensionista a todos os estudantes (Imperatore, Pedde, s/d). Portanto, a inserção da extensão no currículo dos cursos fortalece a formação acadêmica ao permitir que os estudantes participem de projetos com impacto social e práticas realistas, compreendendo melhor os desafios e necessidades da comunidade.

A extensão, segundo Miguel (2023), além de ser uma forma de compartilhar o conhecimento produzido na universidade, ainda promove um diálogo transformador entre estudantes, professores e sociedade, ampliando a formação profissional em saúde, fortalecendo a cidadania e criando um espaço de aprendizado mútuo, ao integrar diferentes saberes para solucionar problemas reais. Para os estudantes, significa uma formação mais rica e próxima da realidade profissional, enquanto que, para a universidade, reforça seu compromisso social ao contribuir com a comunidade com possibilidade de amenização e ou solução de questões envolvidas no seu cotidiano.

A escolha do tema “Participação Social no SUS” para este episódio do *Podcast Saúde em Ação* está diretamente relacionada à sua relevância para o fortalecimento da democracia e da cidadania no Brasil. Para aprofundar essa

discussão, o episódio contou com a participação de uma professora com experiência teórica e prática na área. A participação social permite que a população tenha voz ativa nas decisões sobre saúde, contribuindo para que o SUS atenda as necessidades da população. Esse processo tem origem na luta pela Reforma Sanitária Brasileira, consolidada na Constituição Federal de 1988, que reconhece, em seu artigo 6º, a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Assim, debatendo essa temática, o *podcast* busca difundir conhecimento e incentivar a mobilização social em defesa de um sistema de saúde universal, equitativo, integral e participativo.

No SUS, segundo a Lei nº 8.142/1990, a participação social ocorre principalmente por meio dos conselhos de saúde, instâncias consultivas e deliberativas responsáveis pelo controle social das políticas públicas de saúde. Os conselhos são compostos por representantes de usuários (50%), trabalhadores da saúde (25%) e gestores e prestadores de serviços (25%), garantindo que diferentes partes da sociedade participem do planejamento e fiscalização das ações do SUS, promovendo maior transparência e efetividade na formulação de políticas de saúde. Tal como os conselhos, as conferências de Saúde, realizadas em todas as esferas de governo (municipal, estadual e federal), são dispositivos de participação social reguladas pela mesma lei já citada.

Para os futuros profissionais da área da saúde, compreender a importância da participação social é fundamental, pois possibilita uma atuação mais consciente, crítica e alinhada aos princípios do SUS. Dessa forma, a formação acadêmica deve incentivar a participação em espaços deliberativos, reforçando o compromisso dos profissionais com a promoção da equidade e da justiça social na saúde pública.

O episódio do *Podcast* Saúde em Ação teve como objetivo explicar, de forma prática e acessível, os principais conceitos sobre a participação social no SUS. Durante a conversa, foram abordados os mecanismos que permitem a atuação da comunidade nos espaços de controle social, como os conselhos e as conferências de saúde, além da forma como essa participação influencia diretamente a formulação e a implementação de políticas públicas mais alinhadas às reais necessidades da população. Ao discutir esses aspectos, o episódio buscou

não apenas informar, mas também estimular a conscientização e o engajamento da sociedade na defesa do SUS, reforçando a importância da participação cidadã na construção de um sistema de saúde mais justo e democrático.

## **CAMINHOS DA PRODUÇÃO: RELATO DO PROCESSO METODOLÓGICO**

Este capítulo trata de um relato de experiência, de estudantes e docentes, no planejamento e organização da produção de um *podcast* como parte do projeto de extensão universitária “Saúde em Ação: Integrando Educação e Serviços para a Promoção da Cidadania”, aprovado e registrado e registrado na UFFS sob o número EXT-2024-0052. No relato da gravação desse episódio, o tema da participação social na saúde é abordado. Para além do processo estruturante do *podcast*, este texto busca o desenvolvimento e ampliação do debate sobre a participação social na saúde, de tal maneira que é voltado a profissionais de saúde da APS e estudantes interessados na área.

Este capítulo também se relaciona ao projeto de pesquisa PES-2023-0505, ao colaborar com a construção de estratégias voltadas para suprir lacunas formativas e informacionais nas práticas dos profissionais de saúde.

Cabe explicitar que a produção do *podcast* visava fomentar a participação social em saúde por meio de educação permanente e o engajamento por meio de mídia digital, oportunizando aprendizado por meio visual (vídeo), áudio (som) e leitura (texto). Esse processo ocorreu entre maio de 2024 e maio de 2025, contemplando etapas de planejamento, roteirização, gravação, edição e divulgação.

Inicialmente, a abordagem e definição do tema originaram-se de demandas dos conselhos municipais de saúde e da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). O episódio em foco aborda a importância da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a formação dos conselhos de saúde, conferências e estratégias de engajamento comunitário. A abordagem foi interdisciplinar, contando com convidados de diferentes áreas da saúde e da gestão pública.

A equipe do projeto foi composta por: Coordenador da ação (docente responsável), equipe de produção/áudio e edição (discentes do curso de medicina

e membros da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva - LASC) e convidados com experiências práticas e/ou acadêmicas na área.

A roteirização foi definida a partir de tópicos centrais, levantamento de materiais de apoio, estruturação do roteiro com introdução, desenvolvimento e encerramento com projeção de tempo para cada intervenção e, por fim, a formulação de perguntas a serem direcionadas para os convidados. Neste episódio, a seleção da convidada considerou o fato de ter sido representante do conselho municipal de saúde e atuar na área acadêmica em ensino, pesquisa e extensão com a saúde coletiva. As perguntas foram:

1. Você poderia nos explicar o que significa participação social em saúde e qual é o papel dela na construção do SUS?
2. Na sua experiência, como você enxerga o envolvimento da comunidade na tomada de decisões sobre políticas de saúde?
3. Como o processo de participação social impacta a criação de políticas públicas mais eficazes e alinhadas às necessidades reais da população?
4. Você poderia compartilhar conosco alguns desafios encontrados para envolver e engajar a comunidade nas discussões sobre saúde? Como esses desafios podem ser superados?
5. Do ponto de vista acadêmico, quais você acredita serem as principais barreiras para a participação social no SUS? O que poderia ser feito para superá-las?
6. Em sua visão, quais estratégias têm sido mais eficazes para aumentar a participação ativa dos cidadãos nos conselhos de saúde?
7. Como você vê o papel dos conselhos e conferências de saúde no fortalecimento da participação social? Você acredita que há um impacto direto na qualidade dos serviços de saúde?
8. Para concluir, olhando para o futuro, como você acredita que a participação social pode evoluir no Brasil e contribuir para um SUS mais democrático e participativo?

A gravação do episódio ocorreu em ambiente adequado, com isolamento acústico e equipamentos de áudio de qualidade, incluindo microfones direcio-

nais. Foram realizados testes de som e ajustes técnicos prévios para garantir a clareza e a fidelidade da gravação. A atividade foi realizada no dia 26 de novembro de 2024, na Sala de Podcast da Incubadora de Negócios (INNE) da UFFS – Campus Chapecó, com duração aproximada de 30 minutos. Após a gravação, foi realizada a edição do áudio, com cortes pontuais, ajustes para maior fluidez e coesão do conteúdo, além de uma revisão final do episódio.

Com o episódio finalizado, a equipe organizou estratégias de divulgação e distribuição digital por meio das plataformas Spotify e Deezer, do site institucional da universidade, das coordenadorias regionais de saúde e das redes sociais vinculadas à ação extensionista. Também foram produzidos materiais de divulgação prévios, como teasers e conteúdos complementares (artigos, referências e indicações de leitura). O projeto de extensão encontra-se atualmente na fase de finalização dos relatórios, e a divulgação dos produtos já foi iniciada por meio do *link*: <https://open.spotify.com/show/4Xhw2i2RWki80YeoJJGgjJ?si=0645d9490bbe430>. Além disso, está previsto um processo avaliativo, com coleta de interações e feedbacks de ouvintes e participantes por meio de formulário online.

No que diz respeito aos aspectos éticos, trata-se de um relato de experiência dos próprios autores sobre o processo de produção do podcast, o que dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, destaca-se que todos os cuidados éticos pertinentes foram observados durante as etapas do projeto, especialmente no que tange ao respeito aos participantes e à integridade dos conteúdos apresentados.

## **RESULTADOS/DISCUSSÕES**

### **Participação Social no SUS: Conceitos, Estruturas e Desafios**

O SUS foi consolidado com a Constituição Federal de 1988, resultado de um longo processo de mobilização social iniciado na Reforma Sanitária da década de 1970. Essa construção se fortaleceu por meio de Congressos, Conferências Nacionais de Saúde e ações populares, com destaque para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, um marco na definição dos prin-

cípios que orientam o SUS, pois defendeu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O SUS foi criado na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), como uma política de Estado, ou seja, um direito de todos constitucionalmente garantido.

Entre os princípios fundamentais que fundamentam o SUS estão: a **universalidade**, que visa a garantir atendimento a todas as pessoas em território nacional, sem discriminação; a **integralidade**, que almeja assegurar serviços em todo o ciclo vital, desde cuidados básicos até procedimentos de alta complexidade; e a **equidade**, que visa a reduzir desigualdades e oferecer assistência à saúde conforme as necessidades de cada indivíduo.

Quanto às diretrizes organizativas, o SUS tem como modelo prioritário as redes de atenção e serviços de saúde, estas organizadas com base na hierarquização e regionalização dos serviços, que estruturam o atendimento em saúde distribuídos em diferentes pontos de atenção, no intuito de garantir atenção descentralizada. Outra diretriz essencial para a organização e funcionamento do sistema é a participação social, instituída por meio da Lei nº 8.142/1990.

Essa estrutura garante a participação da população na implementação do SUS, permitindo sua influência na definição de políticas e prioridades, além de possibilitar a fiscalização da gestão do sistema, o que fortalece a transparência e o controle social. Dessa forma, o SUS se consolida como um sistema de saúde complexo e bem planejado, assegurando o atendimento integral à população e o cumprimento dos princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

A regulamentação do SUS se deu principalmente com a publicação da Lei nº 8.080/1990, que estabeleceu a estrutura organizacional do sistema, detalhando seus princípios, objetivos e a forma como os serviços de saúde devem ser prestados em todo o território nacional. Paralelamente, a Lei nº 8.142/1990 dispôs sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e sobre a participação da sociedade na gestão do SUS. Foi determinada a formação de instâncias colegiadas do SUS por meio de Conferências e Conselhos de Saúde em cada esfera da gestão (federal, estadual e municipal), garantindo que usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços tenham voz e poder na tomada de decisões.

De forma permanente e deliberativa, os conselhos de saúde atuam na formulação das melhores estratégias, bem como no controle da implementação e execução de políticas de saúde. Já as Conferências de saúde são realizadas a cada quatro anos, ocasiões em que representantes da sociedade avaliam o funcionamento do SUS e propõem diretrizes para seu aprimoramento, afirmando a participação social como um dos pilares da gestão democrática da saúde pública no Brasil (Brasil, 1990).

A participação social no SUS é um mecanismo democrático consultivo e deliberativo, que permite que a população atue ativamente em todas as etapas do processo de construção das políticas de saúde, desde a formulação e implementação até a execução, monitoramento e avaliação dessas políticas (Brasil, 2014). Tal participação ocorre por meio de uma estrutura que envolve usuários do sistema de saúde, gestores, profissionais da saúde e prestadores de serviços, assegurando que diferentes perspectivas sejam consideradas na tomada de decisões (Brasil, 1990c). Para que essa participação seja efetiva, é fundamental que os representantes conheçam a realidade da população que representam, garantindo que as ações desenvolvidas atendam às necessidades concretas da comunidade e promovam a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Apesar de sua relevância para a consolidação do SUS, a participação social ainda enfrenta diversos desafios que comprometem sua efetividade. Entre os principais obstáculos, destaca-se a dificuldade de garantir uma participação social efetiva, bem como a complexidade das informações debatidas nos conselhos de saúde. Esse cenário pode limitar a atuação dos representantes da sociedade civil, especialmente quando a linguagem utilizada não é acessível ao público em geral. Diante disso, o Ministério da Saúde recomenda que os conselhos de saúde atentem à adequação da linguagem utilizada, de modo a garantir maior clareza e facilitar a compreensão das orientações e decisões compartilhadas com a população.

Além disso, a falta de divulgação e transparência sobre o funcionamento dos conselhos e seu impacto na gestão da saúde faz com que muitos usuários desconheçam esses espaços de participação (Brasil, 2014, Saliba *et al.*, 2009). A ausência de informações acessíveis reduz o envolvimento da população e

dificulta a construção de um controle social mais representativo, democrático e realmente atuante como apoio às políticas públicas.

Um dos desafios estruturais para o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) reside na formação acadêmica e profissional dos futuros trabalhadores da saúde. Apesar de o ensino superior abordar os princípios doutrinários e organizativos do SUS, há uma lacuna persistente na incorporação crítica da participação social como um componente fundante da política pública de saúde. Segundo Feuerwerker (2002), a formação em saúde ainda se mantém alheia aos processos de gestão setorial e impermeável à lógica do controle social, perpetuando um modelo conservador, centrado na doença, na especialização tecnológica e nos procedimentos técnico-assistenciais.

Essa dissociação entre teoria e prática limita a constituição de sujeitos políticos capazes de atuar de forma articulada com os princípios democráticos do SUS. Para que novos profissionais se tornem efetivos aliados na consolidação do controle social, é necessário promover vivências e reflexões que estimulem a participação desde a graduação, como o acompanhamento dos conselhos de saúde, fóruns de usuários e conferências. Mais do que formar técnicos habilitados, trata-se de formar cidadãos críticos, comprometidos com a equidade, a justiça social e os direitos coletivos. Além disso, esses profissionais devem assumir um papel ativo na promoção da cidadania em saúde, ampliando o conhecimento da população sobre seus direitos, fomentando o protagonismo dos usuários e contribuindo para a democratização das práticas e políticas do sistema (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Reforçar a participação da sociedade é fundamental para assegurar que o SUS permaneça como um sistema público eficiente, inclusivo e voltado aos princípios da democracia. Para isso, segundo Saliba *et al.* (2009), é essencial investir na formação contínua dos conselheiros de saúde, capacitando-os a compreender e participar de forma qualificada e crítica das discussões e decisões que impactam a saúde coletiva. Apesar de a Resolução nº 453/2012 estabelecer como funções dos conselhos de saúde a deliberação, elaboração, apoio e promoção de ações de educação permanente para o fortalecimento do controle social, aproximadamente 40% dos conselhos ainda não realizam essas atividades (Silva et al. 2020).

A ausência de processos sistemáticos de educação permanente compromete a qualificação das discussões e deliberações nesses espaços, pois a formação contínua é importante para que conselheiros e participantes compreendam plenamente seu papel, ampliem seus conhecimentos sobre o SUS e atuem de maneira crítica e transformadora. Além disso, é necessário ampliar a divulgação de informações sobre o papel dos conselhos de saúde e a importância da participação popular nesses espaços. Quando os cidadãos conhecem seus direitos e entendem como podem contribuir para a formulação e fiscalização das políticas públicas, passam de usuários do sistema a agentes transformadores da realidade, fortalecendo tanto o controle social quanto a gestão participativa.

## **Extensão e Participação Social: Os impactos do episódio no ensino e na prática profissional**

A extensão universitária exerce papel essencial na formação acadêmica ao promover a articulação entre ensino, pesquisa e sociedade, possibilitando a construção coletiva do conhecimento por meio de uma relação mútua, dialógica e transformadora entre estudantes, professores, serviços e a comunidade. Nesse sentido, o episódio do *Podcast Saúde em Ação* que abordou a temática da participação social no SUS, gerou impactos significativos nos diferentes públicos envolvidos.

Para a professora convidada, o episódio representou uma oportunidade de compartilhar sua trajetória acadêmica e profissional, bem como suas vivências na área, reforçando a participação social como um dos pilares estruturantes do SUS. Como profissional atuante no tema e coordenadora geral do projeto extensionista, o convite possibilitou ampliar o alcance desse conhecimento, levando informações qualificadas a um público mais amplo, além de abordar os desafios, as oportunidades e a relevância de uma sociedade participativa para a garantia de uma gestão democrática da saúde. Dessa forma, a participação no *podcast* contribuiu para sensibilizar a comunidade sobre a importância do controle social, ampliando o acesso a reflexões críticas sobre o papel da cidadania no fortalecimento do sistema público de saúde.

Para os estudantes, a participação no projeto representou uma oportunidade formativa significativa, permitindo o desenvolvimento de habilidades

comunicacionais, críticas e reflexivas, além de ampliar seus conhecimentos sobre um tema fundamental para o exercício profissional na área da saúde. Essa vivência contribuiu para a formação de profissionais mais comprometidos com os princípios do SUS e com a defesa do direito à saúde, demonstrando o papel essencial da extensão universitária como articuladora entre teoria e prática.

Para os estudantes diretamente envolvidos na gravação e produção do episódio, a experiência foi enriquecedora em múltiplos aspectos. Desde a organização do roteiro até a gravação final, foi necessário um trabalho estruturado e colaborativo, que incentivou a pesquisa aprofundada sobre o tema e a capacidade de sintetizar informações de maneira clara, acessível e didática. Além disso, o processo demandou o desenvolvimento de habilidades de oratória, escrita acadêmica, organização, trabalho em equipe e comunicação institucional e interpessoal. O contato com diferentes setores da universidade, como a equipe do INNE, possibilitou um aprendizado prático sobre a produção de conteúdos digitais, além de autoaprendizagem para o uso estratégico de plataformas de divulgação, ampliando competências importantes para a atuação profissional no contexto atual de saúde digital.

Figura 1 - Registros da gravação do Episódio 06 - Participação social



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2025).

Outro ponto relevante foi a oportunidade de aprofundamento teórico sobre a participação social no SUS, tema essencial na formação em saúde. A experiência possibilitou aos estudantes compreenderem, de forma mais concreta, o funcionamento dos conselhos e conferências de saúde, a importância do controle social e o papel do envolvimento popular na defesa e no fortalecimento do SUS, formando profissionais mais críticos, preparados e comprometidos com a gestão democrática da saúde. Além disso, a produção do episódio estimulou a autonomia na busca por referências científicas confiáveis e na elaboração de materiais educativos voltados a diferentes públicos, reafirmando o potencial da extensão universitária como promotora de formação integral, cidadã e transformadora.

Por fim, em relação ao público ouvinte, espera-se que o conteúdo produzido tenha contribuído para o esclarecimento de conceitos fundamentais relacionados à participação social, ampliando a compreensão sobre os espaços e mecanismos de controle social previstos no SUS. O episódio buscou, ainda, incentivar a atuação cidadã, estimulando o interesse e o engajamento dos ouvintes nos processos de discussão, formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde em seus territórios.

Almeja-se que, ao acessarem informações qualificadas, os ouvintes e participantes sejam mobilizados a refletir criticamente sobre seu papel como sujeitos de direitos, reconhecendo a indissociabilidade entre a participação popular e o fortalecimento do sistema público de saúde no Brasil. Desse modo, a divulgação do conteúdo busca não apenas transmitir conhecimento, mas também fomentar uma formação cidadã ampliada, contribuindo para a construção de uma sociedade mais consciente, atuante e comprometida com a defesa do direito universal à saúde.

Os impactos esperados do episódio são relevantes, sobretudo considerando que o público-alvo abrange trabalhadores da APS, estudantes da área da saúde, conselheiros e demais interessados no tema. Entre os principais benefícios, destaca-se a disseminação de informações confiáveis e atualizadas sobre a participação social no SUS, com o objetivo de esclarecer conceitos fundamentais e fomentar a apropriação crítica desse conhecimento por profissionais e usuários do sistema.

O episódio apresentou sugestões atualizadas de leituras e marcos legais, possibilitando que os ouvintes/participantes aprofundem sua compreensão sobre o tema e encontrem referências sólidas para subsidiar suas práticas, estudos e engajamento na área da saúde. Contudo, destaca-se como impacto relevante o incentivo à participação ativa em conselhos e conferências de saúde, reforçando o papel estratégico da população na defesa do SUS. Espera-se, assim, que os ouvintes/participantes se tornem multiplicadores desse conhecimento em seus contextos de trabalho, estudo e convivência.

Dessa forma, é esperado que o episódio contribua para uma maior compreensão sobre os processos decisórios na saúde pública e sobre como a participação popular pode influenciar diretamente a qualidade, a resolutividade e a equidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Assim, o *podcast* não apenas informa, mas também motiva a comunidade acadêmica, profissional e a sociedade em geral a exercer um papel mais ativo na construção de um sistema de saúde público, universal, democrático e socialmente transformador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O episódio do ***Podcast Saúde em Ação sobre Participação Social no SUS*** abordou conceitos fundamentais com destaque à importância da atuação consultiva e deliberativa da população na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde. Foram discutidos os espaços de controle social, como os conselhos e conferências de saúde, sua estrutura e alguns desafios enfrentados para garantir uma participação efetiva. Somado a isso, ressaltou-se a necessidade de educação permanente dos conselheiros, da ampliação da divulgação sobre o funcionamento dos conselhos e do incentivo à atuação ativa dos profissionais, comunidade e acadêmicos de saúde nesses espaços de fortalecimento do SUS.

A formação de profissionais na APS desempenha um papel essencial na melhoria do atendimento e na resolutividade dos serviços de saúde, impactando diretamente na qualidade de vida da população. Quando os profissionais compreendem a importância da participação social e se engajam no controle social, têm possibilidade de atuar de maneira mais integrada e alinhada às necessida-

des reais da comunidade, contribuindo para a consolidação de um sistema de saúde mais acessível e equitativo. Assim, reforça-se a relevância de incluir e fortalecer essa temática na formação acadêmica e nas ações de educação permanente, preparando os profissionais para atuarem de forma crítica e comprometida com os princípios do SUS.

A experiência de produção deste episódio evidenciou o potencial formativo da extensão universitária como estratégia para estreitar os vínculos entre a academia e a sociedade, ao mesmo tempo em que contribui para o fortalecimento da gestão participativa na saúde pública. Ao disseminar informações acessíveis, baseadas em evidências e referenciadas em marcos legais e conceituais, o podcast amplia o alcance do conhecimento e promove a reflexão crítica entre estudantes, profissionais de saúde e conselheiros. Espera-se, com isso, que o episódio tenha contribuído para aprofundar a compreensão sobre a relação indissociável entre a participação social e o fortalecimento do SUS, incentivando o engajamento da população nos espaços deliberativos e colaborando para o aprimoramento contínuo do sistema.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A., KANTORSKI, L., & TAVARES, J. L. (1995). Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. **Revista Brasileira De Enfermagem**, 48(4), 329–340. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671995000400003>

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. 4 ed. São Paulo, SP: Saraiva. 1990.

BRASIL, **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990** dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990b Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

BRASIL, **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990** dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990c Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Presidência da República. Plano Nacional de Educação PNE 2014-2024. Linha de Base. Brasília, DF: Presidência da República/DIREC, 2015. Disponível em: [https://download.inep.gov.br/plano\\_nacional\\_de\\_educacao\\_pne\\_2014\\_2024\\_linha\\_de\\_base](https://download.inep.gov.br/plano_nacional_de_educacao_pne_2014_2024_linha_de_base). Acesso em: 01 set. 2023.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** 14,1. Jun 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em 28 de jul de 2025.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec, 2002.

GEREMIA, Daniela Savi; SINIGOSKI, Eliane Vilma Simon; SLONGO, Ione Inês Pinsson; KONZEN, José Oto; DAMBROS, Marlei (Orgs.). **O Ensino, a Pesquisa, a Extensão e a Cultura na perspectiva de uma Universidade Popular: II Conferência de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFFS (COEPE).** Chapecó: Série Memória, 2018. Disponível em: Acesso em: 28 jul. 2025.

IMPERATORE, S. L. B., PEDDE, V. **“Curricularização” da extensão universitária no brasil: questões estruturais e conjunturais de uma política pública.** Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC), s/d. Disponível em: [curricularizacaodaextensao.ifsc.edu.br/files/2016/06/1\\_Artigo\\_Curricularizaca\\_da\\_Extensao\\_Universitaria\\_no\\_Brasil.pdf](http://curricularizacaodaextensao.ifsc.edu.br/files/2016/06/1_Artigo_Curricularizaca_da_Extensao_Universitaria_no_Brasil.pdf)

MIGUEL, J. C. A curricularização da extensão universitária no contexto da função social da universidade. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 19, n. 50, p. e11534, 2023. DOI: 10.22481/praxisedu.v19i50.11534. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/11534>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SALIBA, N. A., MOIMAZ, S. A. S., FERREIRA, N. F., & CUSTÓDIO, L. B. de M.. (2009). Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista De Administração Pública**, 43(6), 1369–1378. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000600007>

SILVA, R. C. C.; NOVAIS, M. A. P.; ZUCCHI, P. Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the Unified Health System. **Clinics**, v. 75, e1443, 2020.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

Alessandra Regina Müller Germani

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (1995-1999), Especialização em Docência na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2014-2015), Mestrado em Enfermagem - Área de Concentração Saúde, Sociedade e Filosofia pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2000-2002), Doutorado em Extensão Rural - Área de Concentração Extensão Rural e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural (PPGExR), da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2015 - 2019). Atuei como Diretora das Ações em Saúde no município de Restinga Sêca/RS (1999) e Diretora de Saúde Coletiva no município de Santa Maria/RS (2001-2002). Na docência atuei como Professora Substituta no Curso de Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (1999-2001); Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago/RS (2002-2004) e Campus de Frederico Westphalen/RS (2002 - 2010), Professora Colaboradora no Curso de Pós-graduação - Especialização em Saúde Coletiva, no Centro Universitário Franciscano - UNIFRA/RS (2007-2010); Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS Campus Chapecó/SC (2010-2013).

## **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**

### **Adriana de Freitas Pimentel**

Musicoterapeuta, Sanitarista/FioCruz, Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/UFRJ - Diretora da Divisão de Atenção Psicossocial durante a sua criação - 2022/2024 - Responsável pela supervisão da categoria profissional de Musicoterapia no Degase.

E-mail: [adrianapimentel@novodegase.rj.gov.br](mailto:adrianapimentel@novodegase.rj.gov.br)

### **Adrieli Schowantz Peixoto**

Enfermeira pela UEM, mestre pela UFMS, Responsável Técnica do serviço de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial de Campo Grande- MS e Preceptora do Programa Multiprofissional em Saúde Mental da SESAU.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2476748234857665>

E-mail: [a.schowantz@gmail.com](mailto:a.schowantz@gmail.com)

### **Alessandra Regina Müller Germani**

Professora do Magistério Superior na Área de Saúde Coletiva e Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Passo Fundo/RS. Doutora em Extensão Rural pelo Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7022-8543>

E-mail: [alessandragermani@hotmail.com](mailto:alessandragermani@hotmail.com)

### **Ana Júlia Souza de Jesus**

Psicóloga pela UFMS, residente no Programa Multiprofissional em Saúde Mental da SESAU/CG. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3649397453305191>

E-mail: [souzadejesus.ana@gmail.com](mailto:souzadejesus.ana@gmail.com)

### **Andréia Caroline Fernandes Salgueiro**

Pós-doutorado em Educação em Ciências, Doutora e Mestre em Bioquímica, Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal do Pampa, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5529127283220286>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4770-2379>

E-mail: [acfsalgueiro@gmail.com](mailto:acfsalgueiro@gmail.com)

### **Ana Emanuelle Batiston**

Acadêmica do 9º período de Medicina, Centro Universitário Campo Real, Guarapuava/PR. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2047597701459879>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5583-4792>

E-mail: [batistonana@gmail.com](mailto:batistonana@gmail.com)

**Ananda Eloise Kos**

Acadêmica do 9º período de Medicina, Centro Universitário Campo Real, Guarapuava/PR. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5028270403565456>  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9441-8818>  
E-mail: [anandakos@hotmail.com](mailto:anandakos@hotmail.com)

**Alexia Tailine Etges**

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, bolsista Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5678116547864408>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1783-5763>  
E-mail: [alexiatail.etges@gmail.com](mailto:alexiatail.etges@gmail.com)

**Ana Cristina Almeida Dias**

Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5679455447986605>  
Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6999-317X>  
E-mail: [anacristina.dias@estudante.uffs.edu.br](mailto:anacristina.dias@estudante.uffs.edu.br)

**Camila Ferreira Puntel**

Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da UFFS.  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9038942907363009>  
Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-5206-7023>  
E-mail: [camila.puntel@estudante.uffs.edu.br](mailto:camila.puntel@estudante.uffs.edu.br)

**Cláudio Claudino da Silva Filho**

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem e Pós-Doutorando em Serviço Social com Bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital 20/2024. . Professor da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó-SC.  
E-mail: [claudio.filho@uffs.edu.br](mailto:claudio.filho@uffs.edu.br)  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5961-9815>

**Crhis Netto de Brum**

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFS, Enfermeira.  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2609280427499024>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2970-1906>  
[crhis.brum@uffs.edu.br](mailto:crhis.brum@uffs.edu.br)

**Daniela Savi Geremia**

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFS. Pós-Doutoranda em Enfermagem com Bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital 25/2025.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3277507536699605>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2259-7429>

E-mail: [daniela.geremia@uffs.edu.br](mailto:daniela.geremia@uffs.edu.br)

**Eleine Maestri**

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFS, Enfermeira.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2703462931660328>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0409-5102>

E-mail: [eleine.maestri@uffs.edu.br](mailto:eleine.maestri@uffs.edu.br)

**Eliana Lobo**

Musicoterapeuta e Assistente Social, especialista em Violência/Fiocruz, Terapeuta de Família/ITF/RJ, Psicomotricista Relacional/IRM, Mestre em Desenvolvimento Humano/Universidade Técnica de Lisboa, Coordenadora de Saúde Integral e Psicossocial do Departamento Geral de Ações Socioeducativas - Degase. E-mail: [coosip@novodegase.rj.gov.br](mailto:coosip@novodegase.rj.gov.br)

**Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira**

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPA, Enfermeira.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7459094802051187>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8206-4950>

E-mail: [glendaf@ufpa.br](mailto:glendaf@ufpa.br)

**Graciela Soares Fonseca**

Professora do curso de graduação em medicina e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFS , cirurgiã-dentista.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3937345322057124>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9506-0409>

E-mail: [graciela.fonseca@uffs.edu.br](mailto:graciela.fonseca@uffs.edu.br)

**Isabela Bozelli**

Residente do Programa de Residência em Reabilitação Física da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Jacarezinho-PR, Bacharel em Fisioterapia pela UENP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3385508910767451>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1056-5278>

E-mail: [isabela.bozelli@discente.uenp.edu.br](mailto:isabela.bozelli@discente.uenp.edu.br)

**Jussara Gue Martini**

Enfermeira, Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: jussarague@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2629-293X>

**Juliana Galete**

Farmacêutica do Hospital São Julião, Campo Grande - MS, Brasil.

E-mail: julianagalete@hotmail.com

**José Renan Gonçalves Mendes**

Acadêmico do curso de graduação em medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Lattes: [lattes:https://lattes.cnpq.br/1213839041296689](https://lattes.cnpq.br/1213839041296689)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3509-3424>

E-mail: jose.mendes@estudante.uffs.edu.br

**Larissa Hermes Thomas Tombini**

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFS, Enfermeira.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9937438472616272>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6699-4955>

E-mail: larissa.tombini@uffs.edu.br

**Lara Rozetti da Silva**

Médica, residente em Pediatria pelo Hospital São Vicente, preceptora do Centro Universitário Campo Real, Guarapuava/PR.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4899715134660139>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7762-5450>

E-mail: lararozetti.s@gmail.com

**Leonardo Olczewski Macari**

Acadêmico do 9º período de Medicina, Centro Universitário Campo Real, Guarapuava/PR. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4586060408565337>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0100-8900>

E-mail: leonardoolczevskimacari@hotmail.com

**Maria Vitória Ferreira Agra de Alencar Gualter**

Acadêmica do 9º período de Medicina, Centro Universitário Campo Real, Guarapuava/PR. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4840646850137602>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9797-380X>

E-mail: vitoria.faa@hotmail.com

**Paôla Louise Argenta**

Acadêmica do 9º período de Medicina, Centro Universitário Campo Real, Guarapuava/PR. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3385803027068232>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4362-1551>

E-mail: [paolalargenta@gmail.com](mailto:paolalargenta@gmail.com)

**Regiane Borges**

Enfermeira pela Univali, Mestranda Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde Hospital Doutor Waldomiro Colautti - Ibirama/SC. E-mail: [enf\\_regi@hotmail.com](mailto:enf_regi@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1391-5405>

**Sérgio Carvalho de Araújo**

Odontólogo, Pós-graduado em Ortopedia Funcional dos Maxilares e Ortodontia Fixa e em Neuropsicologia aplicada à Educação; Docência pela Universidade Cândido Mendes. Responsável pelo Setor de Odontologia do Degase. E-mail: [sergioaraujo@novodegase.rj.gov.br](mailto:sergioaraujo@novodegase.rj.gov.br)

**Tayna de Oliveira Pereira**

Farmacêutica Residente em Cuidados Continuados e Integrados pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande - MS, Brasil.

E-mail: [taynadeop@hotmail.com](mailto:taynadeop@hotmail.com)

**Tiago Luan Labres de Freitas**

Enfermeiro, Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

E-mail: [tiagolabres@hotmail.com](mailto:tiagolabres@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1391-8593>

**Thiego da Silva Socoloski**

Educador Física da Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde no município de Chapecó/SC.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0092627028686736>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1942-5482>

E-mail: [tsocoloski@gmail.com](mailto:tsocoloski@gmail.com)

**Valéria Silvana Faganello Madureira**

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFS, Enfermeira.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9623451079604206>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7990-3613>

E-mail: [valeria.madureira@uffs.edu.br](mailto:valeria.madureira@uffs.edu.br)

**Victor Henrique Laranja Borges Taquary**

Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da UFFS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7936934349588675>

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-0062-8735>

E-mail: [victor.taquary@estudante.uffs.edu.br](mailto:victor.taquary@estudante.uffs.edu.br)

ARCO  
EDITORES

ALESSANDRA REGINA MÜLLER GERMANI  
Organizadora

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PRÁTICAS, DESAFIOS E INOVAÇÕES NO  
ENSINO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

