# Vigilância em Saúde e Atenção Primária

## Elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável

2° Edição

VOL. 3 Integração Vigilância em Saúde e Atenção Primária



Secretaria da Saúde

GOVERNO DE PERNAMBUCO

Advances in Science

# Vigilância em Saúde e Atenção Primária

## Elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável

2ª Edição

Vol. 3 Integração Vigilância em Saúde e Atenção Primária

Secretaria da Saúde
GOVERNO DE PERNAMBUCO
Advances in Science

2026

**Governo do Estado de Pernambuco**
Raquel Teixeira Lyra Lucena

**Vice-governadora do Estado de Pernambuco**
Priscila Krause Branco
**Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco**
Zilda do Rego Cavalcanti
**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária**
Renan Carlos Freitas da Silva
**Diretor Geral de Vigilância em Saúde e Atenção Primária**
Antonio Flaudiano Bem Leite
**Diretor Geral de Informações e Vigilância Epidemiológica**
José Lancart de Lima
**Diretor Geral de Vigilância Ambiental**
Eduardo Augusto Duque Bezerra
**Diretora Geral de Laboratório de Saúde Pública de Pernambuco (LACEN-PE)**
Keilla Maria Paz e Silva
**Diretora Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA)**
Karla Freire Baeta
**Diretora Geral de Atenção Primária**
Mariana Alves Lemos
**Diretora Geral de Políticas Estratégicas**
Alexciane Priscila da Silva
**Diretor Geral de Atenção à Saúde Prisional**
Jonatan Barros Willian Sobral Barros da Silva

**Gerente da I Regional de Saúde**
Thaís Neves Gomes

**Gerente da II Regional de Saúde**
Isabel Helena de Souza Leal Costa

**Gerente da III Regional de Saúde**
Joyce Catarina Lopes de Morais

**Gerente da IV Regional de Saúde**
Letícia Hayanne de Oliveira Galvão

**Gerente da V Regional de Saúde**
Cleide dos Santos Batista

**Gerente da VI Regional de Saúde**
Bruno Souza de Lima

**Gerente da VII Regional de Saúde**
Maria Auxiliadora de Sá Magalhães Santos

**Gerente da VIII Regional de Saúde**
Ana Célia de Almeida Carvalho

**Gerente da IX Regional de Saúde**
Fernando Antônio Parente de Melo

**Gerente da X Regional de Saúde**
Mary Delanea Sousa Pinheiro dos Santos

**Gerente da XI Regional de Saúde**
Karla Milene Souza Lima Cantarelli

**Gerente da XI Regional de Saúde**
Camilla de Sena Guerra Bulhões

2026 – Secretaria Estadual de Saúde/PE - Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

**Organizadores**
Antonio Flaudiano Bem Leite
Letícia Moreira Silva
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos
Renan Carlos Freitas da Silva

**Elaboração, distribuição de informações**
Secretaria Estadual de Saúde/PE

**Coordenação Editorial**
Juliana Ramos de Andrade

**Capa**
André Felipe da Silva

**Revisão Textual**
Antonio Flaudiano Bem Leite
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos
Letícia Moreira Silva

**Projeto Gráfico e Diagramação**
Henrique Conceição

Endereço
Rua Vinte e Quatro de Agosto, 214,
Santo Amaro, 50040-190, Recife-PE

E-mail
sevsapsespe@gmail.com

Digital no Brasil/Printed in Brazil

P452 Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Vigilância em saúde e atenção primária : elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável. v 3, Integração vigilância em saúde e atenção primária / organizadores: Antonio Flaudiano Bem Leite...[et al.]. - 2. ed. - Recife: Advances in Science, 2026.
334 p. : il., color. ; 16 x 23 cm.

ISBN físico: 978-65-85710-23-7
ISBN digital: 978-65-85710-24-4
DOI da publicação digital: 10.37085/bookAS.15

1.Saúde Sustentável. 2.Saúde – atenção primária. 3.Educação em saúde. I. Título. II. Leite, Antonio Flaudiano Bem (org.).

CDD 613
CDU 613.9-055

Juliana Nolêto Costa – CRB 4 - 1767/P

# APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

## A INTEGRAÇÃO COMO MÉTODO DE GESTÃO, CUIDADO E INTELIGÊNCIA EM SAÚDE

**Zilda do Rego Cavalcanti**
*Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco*

O Volume 3 da 2ª Edição da Série - **Vigilância em saúde e atenção primária : elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável** - corresponde ao eixo **Integração Vigilância em Saúde e Atenção Primária** da coletânea. Ele reúne capítulos que demonstram, em diferentes escalas e experiências, como a articulação entre vigilância, cuidado, gestão, território, educação permanente, inovação digital e regionalização pode qualificar a resposta do SUS.

O primeiro conjunto de textos aborda experiências de formação e reorganização dos processos de trabalho. A capacitação em Saúde Única para ACS e ACE, a integração ensino-serviço no LACEN-PE, a qualificação de profissionais para administração da vacina BCG, as ações de educação permanente, os planos municipais de educação permanente e as experiências de territorialização com geotecnologias demonstram que integrar exige aprendizagem, diálogo e construção coletiva de competências.

Outro núcleo trata da vigilância aplicada a populações, territórios e agravos prioritários. São discutidas experiências relacio-

nadas à violência contra a mulher, óbitos, vacinação, agrotóxicos, IST, população privada de liberdade, saúde do trabalhador da limpeza urbana, territórios de risco, zoonoses em ambiente escolar, crise sanitária envolvendo bebidas contaminadas e análise situacional de doenças e agravos prioritários. Esses capítulos reforçam a necessidade de transformar informação epidemiológica em ação territorial.

O volume também apresenta experiências de inovação organizacional e digital. A coordenação digital da Rede AVC, a telerregulação, a telepsiquiatria, a teleneurocirurgia e o monitoramento do transporte inter-hospitalar demonstram como recursos tecnológicos podem ampliar acesso, apoiar decisões clínicas, qualificar fluxos assistenciais e reduzir desigualdades regionais quando articulados a uma lógica pública de cuidado.

A integração entre Vigilância e Atenção Primária aparece ainda em experiências comunitárias e intersetoriais, como o Pit Stop do CTA Moreno, o Grupo Viver Mais, ações em territórios quilombolas, VER-SUS, educação em saúde em unidades de saúde da família, intersetorialidade dos agentes de endemias e estratégias escolares para prevenção de zoonoses. Esses capítulos mostram que o território é simultaneamente espaço de risco, cuidado, aprendizagem e produção de vínculos.

A presença do capítulo sobre o Centro de Inteligência em Saúde de Pernambuco confere ao volume uma dimensão estratégica. O CIS-PE é apresentado como dispositivo técnico-político-organizacional voltado à integração de dados, produção de análises, apoio à decisão e reorganização da capacidade institucional da SES-PE. Sua inserção no volume reforça a ideia de que a integração entre vigilância e atenção primária precisa ser sustentada por governança, interoperabilidade, cultura analítica, segurança da informação e articulação regional.

Este Volume 3 da coletânea funciona como síntese aplicada. Ele conecta o diagnóstico e a proteção coletiva do Volume 1 com a equidade e o cuidado territorial do Volume 2, demonstrando que

a transformação institucional depende da capacidade de articular informação, serviços e sujeitos.

Sua leitura deve orientar gestores, trabalhadores, pesquisadores e equipes técnicas interessados em compreender como a integração pode deixar de ser apenas um princípio normativo e se converter em método concreto de gestão, cuidado e inteligência em saúde.

# PREFÁCIO

## INTEGRAR PARA DECIDIR, DECIDIR PARA CUIDAR

**Renan Carlos Freitas da Silva**
*Secretário Executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária*

O terceiro volume da 2ª Edição da Série - **Vigilância em saúde e atenção primária : elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável** - consolida o percurso iniciado nos volumes anteriores da coletânea. Depois de apresentar a Vigilância em Saúde como base de análise e proteção coletiva, e de aprofundar a Atenção Primária e as políticas transversais como território de cuidado e equidade, este volume assume o desafio mais estratégico da obra: integrar.

A integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde não é apenas uma diretriz administrativa. Ela representa uma mudança de racionalidade na gestão do SUS. Significa superar a separação entre quem identifica riscos e quem acompanha pessoas; entre quem produz dados e quem organiza o cuidado; entre quem monitora eventos e quem está cotidianamente no território. Integrar é reconhecer que a saúde pública opera melhor quando informação, cuidado, território, planejamento e decisão fazem parte de um mesmo circuito institucional.

Os capítulos deste volume 3 demonstram essa necessidade por diferentes caminhos. Há experiências de Saúde Única com agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias; integração ensino-serviço no LACEN-PE; enfrentamento da violência contra a mulher; fortalecimento das práticas de discussão de óbito; planejamento estratégico intersetorial; qualificação de coberturas vacinais; vigilância de populações expostas a agrotóxicos; qualificação da vacina BCG; testagem itinerante e aconselhamento; rastreamento de IST em população privada de liberdade; coordenação digital da Rede AVC; educação permanente; telerregulação; telepsiquiatria; teleneurocirurgia; transporte inter-hospitalar; geotecnologias; vigilância ambiental escolar; crise de bebidas alcoólicas contaminadas por metanol; e análise situacional de doenças e agravos prioritários.

Esse conjunto revela que a integração não é um conceito abstrato. Ela se materializa em fluxos, protocolos, capacitações, painéis, reuniões, busca ativa, comunicação interinstitucional, regulação, educação em saúde, tecnologias digitais, pactuação regional, ações intersetoriais e presença territorial. Cada capítulo mostra, a seu modo, que os problemas sanitários contemporâneos não cabem em áreas estanques.

O destaque conferido ao Centro de Inteligência em Saúde de Pernambuco, ao planejamento estratégico e à análise situacional reforça uma dimensão essencial deste volume: a necessidade de transformar dados em decisão. A integração entre Vigilância e Atenção Primária só se sustenta quando os produtos de informação são incorporados às rotinas de gestão, quando os alertas encontram canais de resposta, quando os territórios participam da interpretação dos indicadores e quando a regionalização orienta a ação pública.

Este volume 3 também evidencia a centralidade da educação permanente. A integração não se decreta apenas por normas. Ela precisa ser aprendida, experimentada e incorporada ao processo de trabalho. Por isso, as experiências formativas com ACS, ACE,

profissionais da enfermagem, equipes de vigilância, trabalhadores da APS, residentes e gestores são parte fundamental da consolidação institucional proposta pela obra.

No percurso dos três volumes, este terceiro assume caráter de síntese e projeção. Ele recupera a densidade analítica do Volume 1 e a dimensão territorial e equitativa do Volume 2, articulando-as em uma agenda de gestão integrada. Ao fazê-lo, aponta para um SUS pernambucano menos fragmentado, mais inteligente, mais regionalizado e mais capaz de responder com oportunidade aos desafios sanitários.

A integração aqui proposta não elimina as especificidades técnicas da Vigilância ou da Atenção Primária. Ao contrário, fortalece ambas. A vigilância ganha capacidade de incidência quando se aproxima do cuidado. A Atenção Primária ganha potência resolutiva quando se conecta aos sistemas de informação, aos alertas epidemiológicos, à análise de risco e às estratégias de vigilância territorial.

Este terceiro volume, portanto, não encerra a coletânea apenas no sentido editorial. Ela faz parte da Série iniciada em 2025 e que está na agenda institucional. Mostra que o futuro da SEVSAP e do SUS em Pernambuco dependerá da capacidade de integrar saberes, serviços, dados, trabalhadores, regiões e políticas. Integrar para decidir. Decidir para cuidar. Cuidar para proteger a vida em sua complexidade territorial, social e humana.

# LISTA DE AUTORES

LISTA DE AUTORES

**Ademilton Macário Lima Júnior**
Centro de Vigilância em Saúde de Tupanatinga, Tupanatinga, Pernambuco, Brasil

**Adrielly Moreira da Silva**
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Airton Bezerra de Almeida**
Secretaria Municipal de Saúde de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Airton Rodrigo Portela Cabral**
Secretaria Municipal de Saúde de Moreno, Moreno, Pernambuco, Brasil

**Amanda Alves da Silva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Ana Célia de Almeida Carvalho**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil

**Ana Cristina Veiga Silva**
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Ana Cyntia Rabêlo e Silva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Ana Tereza Alves de Sá Silva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Antonio Flaudiano Bem Leite**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Bárbara Vitória Maciel Silva**
Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

**Beatriz Andrade de Araújo**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Bianca Larissa Marques dos Santos**
Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil

**Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro**
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Bruno de Sá Concerva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Camila Caroline da Silva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Camila Mesquita Soares**
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Camila Nóbrega Damasceno**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Carina Lucena Mendes Marques**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Cindy Avani Silva Ceissler**
Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

**Cinthya Laryssa da Silva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Limoeiro, Pernambuco, Brasil

**Cláudia Marques Batista**
Laboratório Central de Saúde Pública "Dr. Milton Bezerra Sobral", Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Claudio Roberto Gomes Galvão**
Secretaria de Saúde e Bem-Estar de Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

**Daniele Saara dos Santos de Lima**
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

**Daniella Oliveira Albuquerque Lins**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Djannyra Cláudia Vieira de Souza Santos**
Secretaria Municipal de Saúde de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Edson Gomes Lopes**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Eduarda Vitória Barbosa de Oliveira**
Centro Universitário UniFBV Wyden, Recife, Pernambuco, Brasil

**Elizangela Araujo de Melo Pereira Silva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Limoeiro, Pernambuco, Brasil

**Erlene Roberta Ribeiro dos Santos**
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Everson Sercundes de Lira**
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Fabíola Maria Ramos da Silva**
Laboratório Central de Saúde Pública "Dr. Milton Bezerra Sobral", Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Felipe Maia Tardieux**
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Fernanda Caroline Santos Sena**
Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

**Gabriela Ayres Fragoso Nascimento**
Laboratório Central de Saúde Pública "Dr. Milton Bezerra Sobral", Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Giovanna Maria Vasconcelos Dias Moura**
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

**Girleney dos Santos Leandro Torres**
Secretaria Municipal de Saúde de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Giselly Poliany de Souza Tavares**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Glebson Costa Alves**
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

**Glívia Maria Barros Delmondes**
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Hellen Viana Matias**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Igor Morgano Miguel dos Santos**
Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil

**Íris Fernandes da Cruz**
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

**Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense**
Instituto Federal de Pernambuco, Abreu e Lima, Pernambuco, Brasil

**Isabel Helena de Souza Leal Costa**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Limoeiro, Pernambuco, Brasil

**Janaina Ferreira da Silva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Janeclécia dos Santos Alves**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Jéssica de Andrade Gomes Silva**
Laboratório Central de Saúde Pública "Dr. Milton Bezerra Sobral", Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Joanna Beatriz de Oliveira Silva**
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

**José Cláudio Bezerra Junior**
Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasul

**José Helton de Vasconcelos Arcoverde**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Juliana dos Santos Cabral**
Centro Universitário UniFBV Wyden, Recife, Pernambuco, Brasil

**Juliana Rafaela Andrade da Silva**
Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

**Kadidja Fernanda dos Santos Martins**
Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

**Kalliny Mirella Gonçalves Barbosa**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil

**Karla Millene Sousa Lima Cantarelli**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Keilla Maria Paz e Silva**
Laboratório Central de Saúde Pública "Dr. Milton Bezerra Sobral", Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo**
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Laura Chrystinne da Silva**
Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil

**Letícia Moreira Silva**
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

**Luana Beserra da Silva**
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Luanna Gressa Soares de Melo**
Unidade Pernambucana de Atenção Especializada, Carpina, Pernambuco, Brasil

**Luciana Cristiane Santos Mandu**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Luciano da Silva Medeiros Junior**
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil

**Magda Gomes da Silva Costa**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Maria Eduarda Freires Leite**
Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil

**Maria Elissiany de Azevedo Silva Cavalcanti**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Maria José Mourato Cândido Tenório**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Maria Simone Gomes de Lima**
Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

**Mariana Alves Lemos**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Mariana Siqueira do Amaral Alves**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Marta Tenório Batista de Souza**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Mércia Maria Rodrigues Alves**
Secretaria Municipal de Saúde de Moreno, Moreno, Pernambuco, Brasil

**Miqueline Correia de Melo**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Moara Maria Silva Cardozo**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil

**Monik Silva Duarte**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Nycolle Beatriz Aguiar da Silva**
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

**Pamella Ramony Domingos Patriota**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Paula Moniele Marins Gondim**
Unidade Pernambucana de Atenção Especializada, Carpina, Pernambuco, Brasil

**Pedro Carlos Silva de Aquino**
Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

**Pedro Jorge da Silva Matos**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Pollyana Perez Santiago**
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

**Priscilla Maria de Melo Valentim**
Secretaria Municipal de Saúde de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Rafaella Almeida dos Santos**
Secretaria Municipal de Saúde de Venturosa, Venturosa, Pernambuco, Brasil

**Ramon Nascimento da Silva**
Secretaria Municipal de Saúde de Moreno, Moreno, Pernambuco, Brasil

**Renan Carlos Freitas da Silva**
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, Recife, Pernambuco, Brasil

**Renata Cristina Malaquias de Santana Silva**
Centro Universitário UniFBV Wyden, Recife, Pernambuco, Brasil

**Rodrigo Cardoso dos Santos**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Silvana Paulo Bezerra**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

**Sílvia Camêlo de Albuquerque**
Secretaria Municipal de Saúde de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Stwisson Shelton de Eloi Lima**
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Thais Felipe da Silva**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

**Thiago das Virgens Santos**
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil

**Vitória Brenda de França Cunha**
Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

**Zelma de Fátima Chaves Pêssoa**
Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

# SUMÁRIO

SUMÁRIO

29 A SAÚDE ÚNICA NO CONTEXTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS: EXPERIÊNCIA DE CAPACITAÇÃO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE
*Claudio Roberto Gomes Galvão, Hellen Viana Matias*

41 PENSAR PARA INTEGRAR, INTEGRAR PARA DECIDIR: COMPLEXIDADE, MUDANÇA ORGANIZACIONAL E SUSTENTABILIDADE DO CENTRO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO
*Antonio Flaudiano Bem Leite, Renan Carlos Freitas da Silva, Erlene Roberta Ribeiro dos Santos*

51 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS: EXPERIÊNCIA NO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO (2022–2026)
*Jéssica de Andrade Gomes Silva, Cláudia Marques Batista, Fabíola Maria Ramos da Silva, Gabriela Ayres Fragoso Nascimento, Keilla Maria Paz e Silva*

61 REDE DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
*Janeclécia dos Santos Alves, José Helton de Vasconcelos Arcoverde, Luciana Cristiane Santos Mandu, Ana Cyntia Rabêlo e Silva, José Cláudio Bezerra Junior*

75 MUDANÇA PARADIGMÁTICA DO PENSAMENTO INSTITUCIONAL E SUSTENTABILIDADE DO CENTRO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO: MÚLTIPLAS INTELIGÊNCIAS, RELIGAÇÃO DOS SABERES E PRODUÇÃO DE INTELIGÊNCIA NO SUS
*Antonio Flaudiano Bem Leite, Renan Carlos Freitas da Silva, Erlene Roberta Ribeiro dos Santos*

89 FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS DE DISCUSSÃO DE ÓBITO: CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA XI REGIÃO DE PERNAMBUCO
*Silvana Paulo Bezerra, Amanda Alves da Silva, Maria José Mourato Cândido Tenório, Karla Millene Sousa Lima Cantarelli, Maria Eduarda Freires Leite*

97 PLANEJAR PARA TRANSFORMAR: A EXPERIÊNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO INTERSETORIAL E INTEGRADO
*Renan Carlos Freitas da Silva, Beatriz Andrade de Araújo, Leticia Moreira Silva, Erlene Roberta Ribeiro dos Santos, Antonio Flaudiano Bem Leite*

113 VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A AGROTÓXICOS EM PERNAMBUCO: TERRITÓRIO, CUIDADO E INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE
*Daniella Oliveira Albuquerque Lins, Janaina Ferreira da Silva, Camila Nóbrega Damasceno, Camila Caroline da Silva, Pollyana Perez Santiago*

121 QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM PARA ADMINISTRAÇÃO DA VACINA BCG NA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
*Maria Elissiany de Azevedo Silva Cavalcanti, Edson Gomes Lopes, Pamella Ramony Domingos Patriota, Marta Tenório Batista de Souza, Giselly Poliany de Souza Tavares*

127 PIT STOP DO CTA MORENO: ESTRATÉGIA ITINERANTE DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO PARA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
*Mércia Maria Rodrigues Alves, Airton Rodrigo Portela Cabral, Ramon Nascimento da Silva*

133 COMUNICAÇÃO INTERINSTITUCIONAL: ESTRATÉGIA PARA A OTIMIZAÇÃO DO APROVEITAMENTO DE OFERTAS EM UMA UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UPAE)
*Isabel Helena de Souza Leal Costa, Cinthya Laryssa da Silva, Paula Moniele Marins Gondim, Luanna Gressa Soares de Melo, Elizangela Araujo de Melo Pereira Silva*

141 RASTREAMENTO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: EXPERIÊNCIA DE AÇÕES EM UMA UNIDADE PRISIONAL NO SERTÃO DO VALE DO SÃO FRANCISCO, PERNAMBUCO
*Thiago das Virgens Santos, Kalliny Mirella Gonçalves Barbosa, Ana Célia de Almeida Carvalho*

149 A COMISSÃO MUNICIPAL DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
*Cindy Avani Silva Ceissler, Fernanda Caroline Santos Sena, Adrielly Moreira da Silva, Nycolle Beatriz Aguiar da Silva, Zelma de Fátima Chaves Pêssoa*

163 DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS EM PERNAMBUCO: ANÁLISE SITUACIONAL, GOVERNANÇA REGIONAL E USO ESTRATÉGICO DE EVIDÊNCIAS NA ARTICULAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA
*Antonio Flaudiano Bem Leite, Beatriz Andrade de Araújo, Carina Lucena Mendes-Marques, Felipe Maia Tardieux,Renan Carlos Freitas da Silva*

179 GRUPO VIVER MAIS E O FORTALECIMENTO DAS REDES TERRITORIAIS DE CUIDADO À PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
*Luana Beserra da Silva, Bárbara Vitória Maciel Silva, Ana Tereza Alves de Sá Silva, Stwisson Shelton de Eloi Lima*

189 TERRITÓRIO E ORGANIZAÇÃO COLETIVA DE MULHERES: REFLEXÕES SOBRE GESTÃO E SAÚDE NO CONTEXTO QUILOMBOLA
*Miqueline Correia de Melo, Camila Mesquita Soares, Vitória Brenda de França Cunha*

199 TERRITORIALIZAR PARA COMPREENDER: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (VERSUS) EM RECIFE NA FORMAÇÃO PARA EQUIDADE E PRÁTICAS ANTIDISCRIMINATÓRIAS EM SAÚDE
*Joanna Beatriz de Oliveira Silva, Luciano da Silva Medeiros Junior, Íris Fernandes da Cruz*

207 VIGILÂNCIA DO ÓBITO NA GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COM METODOLOGIAS ATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES
*Stwisson Shelton de Eloi Lima, Luciana Cristiane Santos Mandu, Thais Felipe da Silva, Ana Tereza Alves de Sá Silva, Mariana Siqueira do Amaral Alves*

217 INTERSETORIALIDADE E ATUAÇÃO DOS AGENTES DE ENDEMIAS NA VIGILÂNCIA AMBIENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM TRÊS MUNICÍPIOS DA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
*Girleney dos Santos Leandro Torres, Ademilton Macário Lima Júnior, Luciana Cristiane Santos Mandu, Sílvia Camêlo de Albuquerque, Rafaella Almeida dos Santos*

229 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE LIMPEZA URBANA: TESTAGEM MASSIVA, DESCENTRALIZAÇÃO DA PEP E LOGÍSTICA REVERSA DE PERFUROCORTANTES EM ARCOVERDE-PE
*Girleney dos Santos Leandro Torres, Airton Bezerra de Almeida, Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense, Djannyra Cláudia Vieira de Souza Santos, Priscilla Maria de Melo Valentim*

237 ELOS DE CUIDADO EM TERRITÓRIOS DE RISCO: A INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO BÁSICA NA REALIDADE DE JARDIM MONTE VERDE
*Daniele Saara dos Santos de Lima, Igor Morgano Miguel dos Santos, Bianca Larissa Marques dos Santos, Laura Chrystinne da Silva, Glebson Costa Alves*

243 TELERREGULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UM NÚCLEO ESTADUAL EM PERNAMBUCO
*Bruno de Sá Concerva, Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro, Moara Maria Silva Cardozo, Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo, Glívia Maria Barros Delmondes*

253 TELEPSIQUIATRIA E BUSCA ATIVA DE USUÁRIOS EM FILA DE ESPERA: UMA EXPERIÊNCIA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SUS
*Bruno de Sá Concerva, Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo, Glívia Maria Barros Delmondes, Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro, Moara Maria Silva Cardozo*

261 TELENEUROCIRURGIA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA REDE ASSISTENCIAL E SUSTENTABILIDADE DO SUS: A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO
*Moara Maria Silva Cardozo, Bruno de Sá Concerva, Ana Cristina Veiga Silva, Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo,Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro*

273 MONITORAMENTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR NA REGULAÇÃO ESTADUAL: QUALIFICAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS E USO RACIONAL DE RECURSOS NO SUS
*Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo, Everson Sercundes de Lira, Glívia Maria Barros Delmondes, Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro, Moara Maria Silva Cardozo*

281 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO E FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
*Eduarda Vitória Barbosa de Oliveira, Juliana dos Santos Cabral, Renata Cristina Malaquias de Santana Silva*

289 QUALIFICA APS: ESTRATÉGIA ESTADUAL PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO EM PERNAMBUCO
*Rodrigo Cardoso dos Santos, Mariana Alves Lemos, Renan Carlos Freitas da Silva, Magda Gomes da Silva Costa, Pedro Jorge da Silva Matos*

297 TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM APLICAÇÃO DE GEOTECNOLOGIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
*Pedro Carlos Silva de Aquino, Maria Simone Gomes de Lima*

307 ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE
*Cindy Avani Silva Ceissler, Kadidja Fernanda dos Santos Martins, Juliana Rafaela Andrade da Silva, Fernanda Caroline Santos Sena, Zelma de Fátima Chaves Pêssoa*

315 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR COMO ESTRATÉGIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DE ZOONOSES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
*Giovanna Maria Vasconcelos Dias Moura*

323 FORTALECIMENTO DA GESTÃO TERRITORIAL DO SUS POR MEIO DA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DA ESTRATÉGIA AFORSA
*Miqueline Correia de Melo, Beatriz Andrade de Araújo, Monik Silva Duarte, Carina Lucena Mendes Marques, Letícia Moreira Silva*

# 03
# INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA



# 01 A SAÚDE ÚNICA NO CONTEXTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS: EXPERIÊNCIA DE CAPACITAÇÃO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE

Claudio Roberto Gomes Galvão[1]
Hellen Viana Matias[2]

[1]Secretaria de Saúde e Bem-Estar de Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap1

**RESUMO**

A abordagem de Saúde Única (One Health) trata da integração entre saúde humana, animal e ambiental, reconhecendo que esses sistemas são interdependentes e fundamentais para o enfrentamento de problemas complexos em saúde pública. Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) desempenham papel estratégico na vigilância em saúde, na prevenção de doenças e na articulação entre serviços e comunidade. O presente estudo teve como objetivo analisar a aplicação da abordagem da Saúde Única no contexto de atuação dos ACS e ACE do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, por meio da implementação de uma capacitação voltada para esses profissionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e

aplicada, desenvolvida a partir de revisão bibliográfica, documental e da execução de uma intervenção formativa com carga horária de 20 horas. Participaram da capacitação 150 profissionais da rede municipal de saúde, sendo 116 ACS e 34 ACE. A formação foi estruturada em quatro módulos temáticos envolvendo conceitos de Saúde Única, zoonoses, impactos ambientais, vigilância epidemiológica, saneamento básico, educação em saúde e intersetorialidade. Os resultados demonstraram fortalecimento do trabalho integrado entre ACS e ACE, ampliação da compreensão sobre os determinantes ambientais da saúde e melhoria das práticas educativas e preventivas nos territórios. Conclui-se que a capacitação contribuiu significativamente para o fortalecimento da vigilância em saúde e para a qualificação profissional, evidenciando a relevância da formação continuada como estratégia de consolidação da Saúde Única na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde única, Agente comunitário de saúde, Agente de combate às endemias, Educação em saúde, Saúde coletiva

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os desafios relacionados à saúde pública tornaram-se cada vez mais complexos em razão do aumento das doenças emergentes e reemergentes, das mudanças climáticas, da degradação ambiental e da intensificação das interações entre seres humanos, animais e meio ambiente[1-3]. Nesse cenário, a abordagem da Saúde Única (One Health) ganhou destaque ao propor uma compreensão integrada entre saúde humana, animal e ambiental, reconhecendo a interdependência desses fatores na prevenção e controle de agravos à saúde[4,5].

A pandemia da COVID-19 reforçou mundialmente a necessidade de estratégias integradas para o enfrentamento de problemas sanitários globais. Além disso, doenças zoonóticas como raiva, leptospirose, dengue e gripe aviária evidenciam a importância da articulação entre vigilância em saúde, educação ambiental e par-

ticipação comunitária[2,6]. Estudos apontam que aproximadamente 75% das doenças infecciosas emergentes possuem origem animal, o que demonstra a relevância da adoção de políticas públicas fundamentadas na Saúde Única[2,3].

No contexto brasileiro, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) assumem papel essencial na Atenção Primária à Saúde e nas ações de vigilância epidemiológica[7,8]. Esses profissionais atuam diretamente nos territórios, desenvolvendo atividades educativas, preventivas e de monitoramento, além de estabelecerem vínculo permanente com a população[7,9]. Sua inserção comunitária favorece a identificação precoce de riscos ambientais e sanitários, tornando-os atores estratégicos para implementação da abordagem da Saúde Única[5,10].

Apesar da relevância dessas categorias profissionais, ainda são limitadas as iniciativas de formação continuada voltadas especificamente para a integração entre saúde humana, animal e ambiental no cotidiano dos ACS e ACE[5,11]. Nesse sentido, a presente pesquisa buscou analisar a aplicação prática do conceito de Saúde Única a partir da realização de uma capacitação direcionada aos agentes do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

O estudo teve como objetivo contribuir para o fortalecimento das práticas de vigilância, promoção e prevenção em saúde, estimulando a atuação integrada dos profissionais e ampliando a compreensão sobre os determinantes ambientais e zoonóticos que impactam a saúde coletiva.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, desenvolvida no município de Vitória de Santo Antão, localizado na Zona da Mata do estado de Pernambuco, Brasil. O estudo buscou compreender a incorporação dos princípios da Saúde Única na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, associando análise teórica e intervenção prática[12,13].

A pesquisa envolveu levantamento bibliográfico e documental em bases científicas, legislações e diretrizes nacionais e internacionais relacionadas à Saúde Única, vigilância em saúde e educação permanente[14,15]. Também foram utilizados documentos institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde Animal (WOAH)[6,3].

O público-alvo foi composto por ACS e ACE vinculados à rede municipal de saúde de Vitória de Santo Antão. Participaram da capacitação 150 profissionais, sendo 116 ACS e 34 ACE, selecionados mediante adesão voluntária ao convite realizado pela Diretoria de Atenção Primária em Saúde do município.

A intervenção formativa foi realizada presencialmente no Teatro Silogeu, entre os dias 02 e 23 de setembro de 2025, com carga horária total de 20 horas distribuídas em quatro módulos temáticos:

1. Introdução à Saúde Única;
2. Saúde Humana, Animal e Ambiental;
3. Práticas de Prevenção e Controle;
4. Intersetorialidade e Trabalho Comunitário.

A metodologia pedagógica priorizou metodologias ativas de ensino-aprendizagem, incluindo estudos de caso, rodas de conversa, palestras dialogadas e atividades práticas voltadas à realidade territorial dos participantes[11-13].

A avaliação ocorreu de forma qualitativa, considerando participação, interação, percepção dos profissionais e relatório emitido pela Diretoria de Atenção Primária em Saúde sobre os impactos da formação no processo de trabalho das equipes.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A capacitação demonstrou resultados positivos no fortalecimento das práticas de Saúde Única entre os ACS e ACE do município. A participação ativa dos profissionais evidenciou interesse pela temática e reconhecimento da importância da integração en-

tre saúde humana, animal e ambiental no cotidiano da Atenção Primária[1,4].

Figura 1. Abertura da Capacitação.




Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O primeiro módulo possibilitou a compreensão conceitual da Saúde Única e sua relação com doenças zoonóticas e problemas ambientais presentes no território. Os participantes identificaram situações práticas relacionadas à dengue, leptospirose, raiva e COVID-19, compreendendo a necessidade de respostas intersetoriais e integradas[2,6,3].

No segundo módulo, foram discutidos os impactos ambientais na saúde pública e os riscos relacionados às zoonoses e à resistência antimicrobiana. As discussões favoreceram a ampliação do olhar crítico dos profissionais sobre fatores ambientais associados à proliferação de doenças e às vulnerabilidades sociais[1,3,16].

O terceiro módulo destacou a vigilância epidemiológica, o controle de vetores, o saneamento básico e as ações educativas como estratégias fundamentais para prevenção de agravos[9,14]. Os

participantes compartilharam experiências territoriais e elaboraram propostas de intervenção comunitária voltadas à melhoria das condições ambientais e sanitárias.

No quarto módulo, a discussão sobre intersetorialidade fortaleceu a compreensão acerca da necessidade de articulação entre diferentes setores, como saúde, meio ambiente, educação e vigilância sanitária[14,6]. A construção coletiva de planos de ação estimulou o protagonismo dos agentes e o desenvolvimento de estratégias locais de promoção da saúde.

Figura 2. Quarto módulo da capacitação.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

As metodologias ativas utilizadas durante a formação contribuíram significativamente para o engajamento dos participantes. As rodas de conversa permitiram troca de experiências entre ACS e ACE, favorecendo o fortalecimento do trabalho em equipe e a construção coletiva do conhecimento[11-13].

Além disso, a participação de especialistas convidados vinculados à UFRPE e à Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária

enriqueceu os debates, promovendo aproximação entre academia, gestão e serviços de saúde.

Figura 3. Encerramento da capacitação com participação das coordenações da APS e Vigilância Ambiental do município e o Prof. Dr. Luiz Maia do programa de Mestrado Profissional em Saúde Única da UFRPE.



Fonte: APS - Vitória de Santo Antão, 2025.

Segundo avaliação da Diretoria de Atenção Primária em Saúde do município, a capacitação promoveu melhoria na comunicação entre as equipes, fortalecimento das ações preventivas e maior integração entre atenção básica e vigilância em saúde.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos confirmam a relevância da formação continuada como estratégia para fortalecimento das práticas de Saúde Única na Atenção Primária[5,11]. A experiência demonstrou que os ACS e ACE possuem papel estratégico na identificação de riscos ambientais, na educação em saúde e na vigilância de zoonoses, especialmente por sua proximidade com as comunidades[7,17,18].

A abordagem integrada proposta pela Saúde Única favorece respostas mais eficazes aos desafios contemporâneos da saúde pública[4,5,10]. Estudos apontam que a fragmentação das ações entre setores dificulta o enfrentamento de agravos complexos, tornando indispensável a articulação intersetorial entre saúde humana, animal e ambiental[1,6,3].

A capacitação também evidenciou a importância das metodologias participativas no processo formativo. O uso de estudos de caso, rodas de conversa e atividades práticas favoreceu aprendizagem significativa e contextualizada, aproximando o conteúdo científico das realidades vivenciadas pelos profissionais[11-13].

Outro aspecto relevante refere-se ao fortalecimento da vigilância em saúde nos territórios. A atuação integrada entre ACS e ACE amplia a capacidade de monitoramento de riscos e potencializa ações educativas junto à população[7,15,17]. Essa integração contribui para o desenvolvimento de estratégias preventivas mais eficientes e sustentáveis.

A inexistência de iniciativas consolidadas de capacitação em Saúde Única voltadas especificamente para ACS e ACE reforça o caráter inovador da experiência desenvolvida em Vitória de Santo Antão. Dessa forma, o projeto apresenta potencial de replicabilidade em outros municípios brasileiros, podendo contribuir para consolidação de políticas públicas de educação permanente em saúde[11,14].

Além disso, a aproximação entre universidade, gestão municipal e serviços de saúde fortaleceu a produção de conhecimento aplicado e a construção de soluções alinhadas às necessidades locais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de capacitação em Saúde Única realizada com Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias do município de Vitória de Santo Antão demonstrou que a formação continuada constitui importante ferramenta de fortalecimento da vigilância em saúde e da promoção da saúde coletiva[5,11].

A abordagem integrada entre saúde humana, animal e ambiental possibilitou aos profissionais ampliar sua compreensão sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, favorecendo práticas mais interdisciplinares e territorializadas[1,4,10].

Os resultados evidenciaram fortalecimento da integração entre ACS e ACE, melhoria das estratégias educativas e maior articulação entre atenção básica e vigilância em saúde[7,15,17]. Ademais, a utilização de metodologias ativas favoreceu participação, reflexão crítica e construção coletiva do conhecimento[12,13].

Conclui-se que a incorporação dos princípios da Saúde Única na formação desses profissionais contribui significativamente para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para construção de territórios mais saudáveis e sustentáveis[3,6,14].

A experiência também apresenta potencial para replicação em outros municípios, consolidando-se como modelo inovador de educação permanente voltado à promoção da Saúde Única na Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS


1. Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, et al. The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead. Front Vet Sci. 2018;5:14. doi:10.3389/fvets.2018.00014.
2. Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL, Daszak P. Global trends in emerging infectious diseases. Nature. 2008;451(7181):990-993. doi:10.1038/nature06536 https://doi.org/10.1038/nature06536
3. World Organisation for Animal Health. One Health approach. Paris: WOAH; 2024. Disponível em: https://www.woah.org/en/what-we-do/global-initiatives/one-health/
4. Mackenzie JS, Jeggo M. The One Health Approach—Why Is It So Important? Trop Med Infect Dis. 2019;4(2):88. doi:10.3390/tropicalmed4020088.
5. Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, et al. The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead. Front Vet Sci. 2018;5:14. doi:10.3389/fvets.2018.00014.

6. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Educação em saúde e participação social: estratégias de integração comunitária. Brasília: OPAS/OMS; 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt

7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do agente de combate às endemias. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_agente_combate_endemias.pdf.

8. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Diário Oficial da União. 2006 out 6. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm

9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br

10. Lerner H, Berg C. A Comparison of Three Holistic Approaches to Health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health. Front Vet Sci. 2017;4:163. doi:10.3389/fvets.2017.00163.

11. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65. doi:10.1590/S0103-73312004000100004.

12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 70. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019. Disponível em: https://www.gruporecord.com.br/produto/pedagogia-do-oprimido/.

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2012. Disponível em: https://www.huciteceditora.com.br.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf.

16. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763.

17. Morosini MVGC, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde Debate. 2018;42(spe1):261-274. doi:10.1590/0103-11042018S117.

18. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(5):1637-1646. doi:10.1590/1413-81232015215.17112015.

# 02 PENSAR PARA INTEGRAR, INTEGRAR PARA DECIDIR: COMPLEXIDADE, MUDANÇA ORGANIZACIONAL E SUSTENTABILIDADE DO CENTRO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO

Antonio Flaudiano Bem Leite[1]
Renan Carlos Freitas da Silva[2]
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos[3]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap2

**RESUMO**

A gestão pública em saúde ainda opera, com frequência, sob padrões fragmentados de organização da informação, baixa articulação entre áreas e temporalidade reativa da decisão, o que compromete a capacidade institucional de antecipar riscos, coordenar respostas e sustentar processos de inovação. Este capítulo analisa o Centro de Inteligência em Saúde de Pernambuco (CIS-PE) como dispositivo técnico-político-organizacional voltado à reorganização da capacidade decisória da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Trata-se de ensaio teórico-prático, de base documental e análise institucional reflexiva, fundamentado em documentos institucionais do CIS-PE e em referenciais sobre pensamento complexo, transdisciplinaridade, gestão da mudança,

cultura organizacional, transformação digital, governança de dados e inteligência artificial em saúde pública. Argumenta-se que a sustentabilidade do CIS-PE depende menos da mera incorporação tecnológica e mais da mudança da racionalidade gerencial que estrutura o cotidiano da gestão. O Centro é interpretado como mediação entre dados, análise, monitoramento e decisão, com potencial para integrar vigilância, atenção primária, assistência, regulação, gestão, território e resposta a emergências. Os resultados analíticos indicam sete condições críticas de sustentabilidade: institucionalização normativa, governança legitimada, equipes multidisciplinares, cultura analítica, interoperabilidade segura, incorporação dos produtos de inteligência às rotinas decisórias e articulação regional. Conclui-se que consolidar o CIS-PE significa afirmar uma nova gramática de gestão no SUS pernambucano: menos segmentada e tardia, mais integrada, territorializada, ética, prospectiva e orientada por evidências.

**Palavras-chave:** Pensamento complexo, Inteligência em saúde, Gestão em saúde, Governança da informação, Transformação digital em saúde

## INTRODUÇÃO

O esgotamento de modelos fragmentados de gestão em saúde não se manifesta apenas na dificuldade de coordenar serviços, integrar bases informacionais ou responder oportunamente às crises. Ele se revela, em nível mais profundo, na insuficiência de uma forma de pensar que separa o que, no plano real, comparece de maneira interdependente: vigilância e atenção primária, assistência e regulação, território e decisão, informação e ação, monitoramento e governo. O problema, portanto, não reside somente na ausência de ferramentas sofisticadas, mas na persistência de uma racionalidade que reduz a complexidade sanitária a segmentos administrativos justapostos.

Essa crítica adquire densidade epistemológica no pensamento complexo. Morin[1] mostra que os modos simplificadores de conhecimento tendem a mutilar o real quando isolam fenômenos de seus contextos, interações, retroações e incertezas. Moraes[2] reforça que a epistemologia da complexidade exige reorganizar o pensamento e religar saberes fragmentados, condição decisiva para compreender sistemas vivos, mutáveis e multidimensionais.

No campo da saúde pública, essa perspectiva permite interpretar a gestão como prática situada em ambientes de alta interdependência, nos quais dados, fluxos, atores e decisões se afetam reciprocamente. É nesse quadro que o Centro de Inteligência em Saúde de Pernambuco (CIS-PE) se torna relevante. Conforme sua minuta de regimento interno, o Centro é uma instância técnico-estratégica da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco destinada a integrar dados, produzir análises e apoiar decisões baseadas em evidências, observando princípios de interoperabilidade, tempestividade, transparência, rastreabilidade, ética, segurança da informação e cooperação intersetorial[3]. Sua finalidade não se limita à visualização de indicadores: trata-se de organizar capacidade analítica para qualificar o governo do SUS estadual.

Este capítulo tem por objetivo analisar o CIS-PE como expressão de mudança paradigmática na gestão pública em saúde, discutindo as condições necessárias para seu fortalecimento e sustentabilidade. Sustenta-se a hipótese de que a consolidação do Centro depende da substituição gradual de padrões fragmentados, lineares e reativos por uma racionalidade complexa, integrada, colaborativa, territorializada e orientada por evidências.

## METODOLOGIA

Este capítulo caracteriza-se como ensaio teórico-prático, de base documental e análise institucional reflexiva, voltado à compreensão do CIS-PE como dispositivo técnico-político-organizacional de transformação da gestão pública em saúde. A escolha desse delineamento decorre da natureza do objeto: uma inovação

institucional em processo de implantação, cuja análise exige articular referenciais teóricos, documentos institucionais, fundamentos normativos e interpretação crítica da experiência concreta de gestão.

O corpus documental foi composto por documentos institucionais relacionados à criação, implantação, organização e sustentabilidade do CIS-PE, incluindo minuta de regimento interno, apresentação técnico-institucional, registros de estruturação organizacional, definição de núcleos temáticos, produtos estratégicos, fluxos de governança, diretrizes de interoperabilidade, segurança da informação, gestão de dados e apoio à decisão[3,4]. Também foram mobilizados documentos nacionais e internacionais sobre saúde digital, inteligência artificial, governança de dados, emergências em saúde pública e mudança organizacional[5-11].

As fontes foram selecionadas por pertinência temática, relevância institucional, atualidade, aderência conceitual e capacidade explicativa. A análise foi conduzida por leitura crítico-interpretativa, organizada em eixos: fragmentação da racionalidade gerencial; religação de saberes; CIS-PE como mediação entre informação e decisão; governança de dados; interoperabilidade; cultura analítica; regionalização; e incorporação dos produtos de inteligência aos circuitos decisórios da SES-PE.

Como limitação, o estudo não apresenta avaliação empírica dos efeitos do CIS-PE sobre indicadores epidemiológicos, assistenciais, operacionais ou financeiros. Também não foram realizadas entrevistas sistemáticas, grupos focais, observação participante formal ou análise quantitativa de séries temporais. Trata-se de análise situada, vinculada ao estágio atual de implantação e institucionalização do Centro.

Ferramentas de inteligência artificial generativa, quando utilizadas, restringiram-se ao apoio à organização argumentativa, revisão de linguagem e sistematização preliminar de ideias. Todo o conteúdo foi criticamente revisado pelos autores, que assumem responsabilidade integral pela originalidade, acurácia, validade das

interpretações, adequação das referências e conclusões. A IA não foi utilizada como autora, coautora, produtora de dados primários ou geradora autônoma de resultados.

## RESULTADOS EMPÍRICOS ANALÍTICOS

A análise indica que a fragmentação do cotidiano da gestão em saúde não é apenas efeito da complexidade administrativa do SUS. Ela deriva de um padrão de racionalidade que naturaliza a separação entre campos, competências, sistemas e fluxos decisórios. Nesse ambiente, a vigilância tende a ser tratada como domínio informacional especializado; a assistência, como resposta operacional às demandas instaladas; a regulação, como gerenciamento de pressões de acesso; e o território, como recorte descritivo mais do que categoria de inteligência. O resultado é um modelo que registra muito, articula pouco, monitora tardiamente e antecipa insuficientemente.

O CIS-PE emerge como resposta institucional a esse limite. Seu desenho propõe integrar áreas finalísticas, analisar tendências, classificar painéis e dashboards estratégicos, apoiar a interpretação dos dados e constituir uma inteligência única para o sistema estadual, articulando atenção primária, vigilância, assistência, regulação, gestão e municípios[4]. A apresentação técnico-institucional do Centro explicita o problema atual como combinação de dados fragmentados, planejamento reativo, baixa integração entre áreas e dificuldade de antecipar crises[4].

Nessa perspectiva, o CIS-PE opera como mediação entre mudança de pensamento e mudança de prática. O dado deixa de ser registro passivo, acumulado em sistemas paralelos e consultado episodicamente, para ser incorporado a um ciclo institucional de integração, análise, interpretação, monitoramento, comunicação e decisão. Essa passagem aproxima o Centro das diretrizes contemporâneas de transformação digital em saúde, que exigem cooperação multissetorial, interoperabilidade, ética, segurança da informação e fortalecimento da capacidade estatal[8,9].

A experiência analisada também evidencia que a inteligência em saúde não nasce apenas de algoritmos ou painéis. Charles et al.[10] demonstram que soluções de inteligência artificial dependem da organização do percurso dos dados ao longo da jornada de cuidado, com identificação de pontos críticos de coleta, qualidade, padronização e uso. Para o CIS-PE, isso significa transformar interações assistenciais, epidemiológicas, territoriais e gerenciais em processos consistentes de produção de dados confiáveis. A tabela 1 sintetiza os principais problemas identificados, seus fundamentos teóricos, implicações gerenciais, expressão no CIS-PE e condições de sustentabilidade.

Tabela 1. Síntese analítico-institucional das condições de sustentabilidade do CIS-PE

| Problema | Fundamento teórico | Implicação gerencial | Expressão no CIS-PE | Condição de sustentabilidade |
|---|---|---|---|---|
| **Fragmentação entre áreas e sistemas** | Pensamento complexo: religação dos saberes | Perda de visão sistêmica e baixa coordenação | Integração entre governança de dados, análises, sala de situação e território | Governança transversal e fluxos interáreas |
| **Dissociação entre dado, análise e decisão** | Informação ganha sentido quando contextualizada | Acúmulo de dados sem inteligência acionável | Painéis, alertas, relatórios, modelagens e briefings executivos | Uso rotineiro dos produtos analíticos |
| **Planejamento reativo e tardio** | Estratégia em contexto de incerteza | Decisão sob pressão e baixa antecipação | Monitoramento em tempo real e inteligência preditiva | Revisão periódica de riscos e cenários |
| **Fragilidade na governança da informação** | Ética, transparência, rastreabilidade e proteção de dados | Baixa confiança e risco informacional | Núcleo de Governança de Dados e Interoperabilidade | Padrões, metadados, auditoria e conformidade legal |
| **Resistência organizacional à mudança** | Mudança como processo cultural, técnico e político | Inovação percebida como externa ou episódica | Comitê de trabalho, coordenação e base normativa | Comunicação, participação e educação permanente |
| **Baixa articulação regional** | Complexidade territorial e transdisciplinaridade | Decisão central pouco aderente ao território | Apoio analítico às regiões e municípios | Capilarização regional e pactuação interfederativa |
| **Insuficiência de capacidades analíticas** | Aprendizagem institucional contínua | Dependência de poucos atores e baixa sustentabilidade | Perfis profissionais em operação, análise, modelagem e governança | Equipes estáveis, multidisciplinares e qualificadas |

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em documentos institucionais do CIS-PE e referenciais teóricos analisados.

## DISCUSSÃO

A criação do CIS-PE representa uma inflexão importante, mas sua sustentabilidade não decorrerá automaticamente do ato normativo que o institui. Arranjos inovadores em saúde pública tendem a fragilizar-se quando permanecem dependentes de conjunturas, lideranças específicas ou adesões episódicas. A primeira condição de fortalecimento é, portanto, a institucionalização normativa e política. A existência de regimento, definição de competências, princípios operacionais e vinculação formal cria base de legitimidade e reduz o risco de o Centro ser percebido como iniciativa paralela ou transitória[3].

A segunda condição é uma governança clara e efetivamente legitimada. Centros de inteligência fracassam quando acumulam capacidade técnica, mas permanecem afastados dos lugares em que a decisão se constrói. É necessário que o CIS-PE esteja integrado aos circuitos estratégicos da SES-PE, preservando consistência técnica e utilidade política. Isso supõe fluxos definidos, pactuação de prioridades, interlocução com áreas finalísticas e reconhecimento institucional do Centro como apoio estruturante, e não apenas fornecedor eventual de painéis.

A terceira condição é a constituição de equipes estáveis, multidisciplinares e escalonadas. A inteligência em saúde exige perfis diversos: epidemiologia, estatística, saúde pública, geografia, ciência de dados, tecnologia da informação, gestão, comunicação técnica e análise territorial. Kisil[6] assinala que mudanças institucionais duradouras exigem preparação de recursos humanos, desenvolvimento de competências gerenciais, descentralização, avaliação e capacidade de sustentar o processo no tempo. Santos et al.[7] reforçam que a mudança só adquire efetividade quando conduzida de forma holística, com comunicação prévia, inclusão dos atores afetados e manejo das resistências organizacionais.

A quarta condição é a consolidação de uma cultura analítica. Tal exigência vai além do treinamento instrumental para

uso de sistemas e dashboards. Trata-se de produzir mudança no modo como a organização interroga a realidade, lê indicadores, compreende tendências e utiliza evidências na rotina decisória. Mannion[5] adverte que transformações culturais em saúde não se realizam por tentativas simplistas de engenharia organizacional de cima para baixo; elas exigem sensibilidade à complexidade, às camadas culturais e às relações reais de trabalho.

A quinta condição é a interoperabilidade com qualidade e segurança. A minuta do regimento do CIS-PE atribui ao Núcleo de Governança de Dados e Interoperabilidade a função de definir padrões, dicionários, metadados, qualidade, integração, versionamento de bases, gestão de acesso e trilhas de auditoria[3]. Essa orientação converge com a OPAS, que recomenda estratégias de inteligência artificial e transformação digital baseadas em princípios de proteção de dados, integridade científica, transparência, equidade e supervisão humana[8,9]. Sem governança robusta, a promessa da inteligência converte-se em risco de opacidade, baixa confiabilidade ou vulnerabilidade informacional.

A sexta condição é a incorporação dos produtos do CIS-PE às rotinas decisórias. Painéis, alertas, boletins, modelagens e relatórios só adquirem sentido institucional quando atravessam reuniões de monitoramento, briefings executivos, planejamento regional, gestão de crises, pactuação interfederativa e avaliação de políticas. O Guia para elaboração de planos de contingência reforça que preparação e resposta a emergências exigem implementação efetiva, treinamento, simulação, monitoramento e revisão contínua[11]. Essa lógica é igualmente aplicável à inteligência em saúde: produzir informação não basta; é preciso convertê-la em prática de governo. Por fim, a sétima condição é a articulação regional e interfederativa. O CIS-PE só se tornará eixo estruturante se ampliar a capacidade concreta de vigilância, atenção primária, assistência, regulação, planejamento e apoio aos municípios. A inteligência em saúde, para ser pública e sistêmica, precisa combinar centralidade analítica com capilaridade territorial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CIS-PE não deve ser lido como simples modernização tecnológica da gestão pública em saúde. Sua potência estratégica reside em reorganizar as mediações entre dado, interpretação, monitoramento e decisão, deslocando o centro de gravidade da gestão de uma lógica fragmentada e tardia para uma lógica integrada, analítica e prospectiva.

A tese central deste capítulo pode ser reiterada em termos precisos: fortalecer e sustentar o CIS-PE significa transformar a racionalidade gerencial que ainda separa o que precisa operar conjuntamente. Não se trata apenas de instalar estruturas, desenvolver produtos ou agregar ferramentas; trata-se de afirmar outra gramática de governo, na qual inteligência em saúde seja componente constitutivo da capacidade estatal.

O pensamento complexo oferece aqui mais do que repertório conceitual; oferece critério de leitura institucional. Ele permite compreender que a saúde pública não pode ser governada por linearidades excessivas, compartimentos estanques e respostas retardatárias. Ao mesmo tempo, a literatura da mudança organizacional recorda que novas estruturas não se consolidam apenas por sua racionalidade interna, mas por sua capacidade de produzir legitimidade, aprendizagem e incorporação cotidiana.

Nessa convergência entre complexidade, mudança organizacional, transformação digital e governança da informação, o CIS-PE aparece como potencial estruturante de uma nova forma de gestão no SUS pernambucano. Seu êxito dependerá da permanência dessa convergência. Se a inteligência produzida se converter em uso cotidiano, se a governança dos dados se tornar confiança institucional, se a análise se integrar ao território e se a decisão reconhecer a complexidade como condição de governo, então o CIS-PE deixará de ser apenas arranjo em implementação para tornar-se institucionalidade efetiva. É nessa passagem que se decide sua sustentabilidade histórica.

## REFERÊNCIAS


1. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5a ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
2. Moraes MC. Edgar Morin e a epistemologia da complexidade. The Especialist. 2025;46(2):34-50. doi:10.23925/2318-7115.2025v46i2e74510.
3. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Inteligência em Saúde de Pernambuco - CIS-PE: regimento interno (minuta). Recife: SES-PE; 2025.
4. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Inteligência em Saúde de Pernambuco - CIS-PE: apresentação técnico-institucional. Recife: SES-PE; 2026.
5. Mannion R. Making culture change happen. Cambridge: Cambridge University Press; 2022. doi:10.1017/9781009236935.
6. Kisil M, Pupo TRGB. Gestão da mudança organizacional: para gestores municipais de serviços de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. Série Saúde & Cidadania; v. 4.
7. Santos LCB, Silva JR, Arruda LM, Ribeiro RV, Caldeira VMM. Gestão da mudança e seu impacto nas organizações. Revista Ilustração. 2024;5(1):209-216.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Inteligência artificial: 8 princípios orientadores da transformação digital do setor da saúde. Washington, DC: OPAS; 2023.
9. Organización Panamericana de la Salud. Reunión sobre la transformación digital del sector de la salud en la Región de las Américas: Ciudad de Panamá, 14 al 16 de noviembre del 2022. Washington, DC: OPS; 2023. OPS/EIH/IS/23-0008.
10. Charles C, Tulloch C, McNaughton M, Hosein P, Hambleton IR. Data journey map: a process for co-creating data requirements for health care artificial intelligence. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:e107. doi:10.26633/RPSP.2024.107.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. Guia para elaboração de planos de contingência. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

# 03 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS: EXPERIÊNCIA NO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO (2022–2026)

Jéssica de Andrade Gomes Silva
Cláudia Marques Batista
Fabíola Maria Ramos da Silva
Gabriela Ayres Fragoso Nascimento
Keilla Maria Paz e Silva

Laboratório Central de Saúde Pública "Dr. Milton Bezerra Sobral", Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap3

**RESUMO**

A formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) exige estratégias capazes de aproximar os estudantes da realidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, a integração ensino-serviço representa importante ferramenta para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e críticas voltadas às necessidades da população. O presente estudo teve como objetivo analisar a experiência de estagiários no Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco (LACEN/PE), entre os anos de 2022 e 2026. Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise de dados secundários obtidos por meio do formulário institucional de avaliação de estágio (FOR nº 259). Participaram da pesquisa 52 estagiários de cursos técnicos e

de graduação vinculados a instituições públicas e privadas. Foram analisadas questões relacionadas às orientações institucionais, à qualidade da preceptoria e à recomendação da instituição como campo de estágio. Os resultados demonstraram elevado nível de satisfação entre os participantes, com 98,1% de avaliações positivas quanto às orientações recebidas e à preceptoria desenvolvida no serviço. Além disso, todos os participantes afirmaram que recomendariam a instituição para outros estudantes. Os achados evidenciam o potencial do laboratório de saúde pública como cenário estratégico de aprendizagem, fortalecendo a articulação entre formação e prática profissional. A experiência de estágio no LACEN/PE contribuiu positivamente para a formação em saúde e para o fortalecimento de práticas alinhadas aos princípios do SUS.

**Palavras-chave:** Estágio supervisionado, Preceptoria, Saúde pública

## INTRODUÇÃO

A formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda representa um desafio para consolidar um modelo de atenção alinhado às necessidades da população. Nesse contexto, a integração entre processos formativos e a realidade dos serviços assume relevância para o desenvolvimento de competências técnicas, críticas e ético-políticas, especialmente em cenários reais do SUS[1].

A integração ensino-serviço é amplamente reconhecida como estratégia norteadora da formação em saúde, ao promover a articulação entre instituições de ensino, serviços e comunidade, favorecendo a construção do conhecimento a partir das demandas do território e contribuindo para a formação de profissionais mais preparados para atuarem de forma resolutiva no SUS. Evidências recentes também apontam que essa articulação melhora a qualidade da atenção à saúde e fortalece práticas mais contextualizadas[2,3].

O estágio supervisionado, por sua vez, constitui um dispositivo pedagógico fundamental nesse processo, ao possibilitar a conexão entre teoria, prática e a vivência do cotidiano dos serviços[4].

Além de favorecer o desenvolvimento de competências profissionais, fortalece a identidade profissional dos estudantes[5].

Os serviços de saúde assumem, assim, papel fundamental como espaços formadores[6]. Entre esses, os laboratórios de saúde pública ocupam posição relevante no âmbito da Vigilância em Saúde, desempenhando funções essenciais no diagnóstico, monitoramento e controle de agravos[7]. A inserção de estudantes nesses ambientes amplia as possibilidades de aprendizagem, ao permitir o contato com processos técnicos especializados e com a organização dos serviços, contribuindo para uma formação mais integrada às demandas do SUS.

Contudo, a avaliação da experiência dos estagiários representa uma ferramenta importante para a qualificação tanto da formação quanto dos serviços. A análise da satisfação dos estudantes pode fornecer subsídios fundamentais para a identificação de potencialidades e fragilidades nos processos formativos, contribuindo para o aprimoramento das práticas institucionais e para o fortalecimento da integração ensino-serviço[1].

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a experiência de estagiários no laboratório central de saúde pública de Pernambuco, no período de 2022 a 2026, sob a perspectiva da integração ensino-serviço na formação de profissionais para o SUS.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento retrospectivo, baseado na análise de dados secundários provenientes do formulário institucional padrão FOR nº 259 – Ficha de Avaliação do Estágio pelo Estagiário, recomendado pela Instrução Interna de Trabalho nº 00IT12011 – Estágio Curricular Obrigatório (Revisão 03, de 29/04/2023)[8], aplicado no período de 2022 a 2026 no laboratório central de saúde pública de Pernambuco.

A população do estudo foi composta por estagiários de cursos técnicos e de graduação vinculados a instituições de ensino

públicas e privadas, que realizaram atividades no período analisado. A amostra incluiu todos os participantes que responderam ao instrumento ao final do estágio, caracterizando amostragem por conveniência, sendo excluídos formulários incompletos.

O FOR nº 259 contempla variáveis relacionadas ao perfil dos estagiários e à avaliação da experiência de estágio. Para este estudo, foram analisadas especificamente três questões relacionadas à percepção dos participantes sobre as orientações institucionais, a preceptoria recebida e a recomendação da instituição como campo de estágio:

1. As informações recebidas sobre normas internas, estrutura organizacional e funcionamento da instituição foram adequadas?
2. A preceptoria que lhe foi prestada na instituição foi adequada?
3. Você indicaria essa instituição para um (a) colega de curso cumprir suas horas de estágio?

A análise dos dados quantitativos foi realizada por estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas e as respostas discursivas, quando presentes, foram submetidas à análise de conteúdo temática.

O estudo utilizou dados secundários anonimizados, garantindo a confidencialidade das informações, em conformidade com os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde[9].

## RESULTADOS

Participaram do estudo 52 estagiários vinculados ao Laboratório de Saúde Pública no período de 2022 a 2026. Destes, 33 (63,5%) eram provenientes do ensino superior e 19 (36,5%) do ensino técnico. Em relação à natureza das instituições de ensino, observou-se predominância de estudantes oriundos de instituições privadas, correspondendo a 30 (57,7%) participantes, enquanto 22 (42,3%) pertenciam a instituições públicas (Tabela 1).

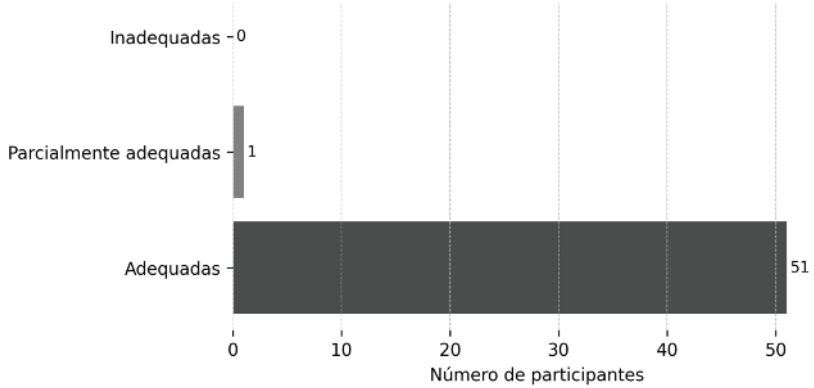
Tabela 1. Caracterização dos estagiários participantes do estudo. Pernambuco, 2022–2026

| Variável | n | % |
|---|---|---|
| **Nível de formação** | | |
| Ensino superior | 33 | 63,5 |
| Ensino técnico | 19 | 36,5 |
| **Instituição de ensino** | | |
| Pública | 22 | 42,3 |
| Privada | 30 | 57,7 |
| **Total** | 52 | 100 |

Legenda: n: número absoluto e %: porcentagem. Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Os resultados referentes à avaliação das informações institucionais demonstraram elevado grau de satisfação dos estagiários. Para a questão relacionada às orientações sobre normas internas, estrutura organizacional e funcionamento da instituição, 51 (98,1%) participantes consideraram as informações adequadas, enquanto apenas 1 (1,9%) avaliou-as como parcialmente adequadas. Não houve registros de avaliações negativas (Figura 1).

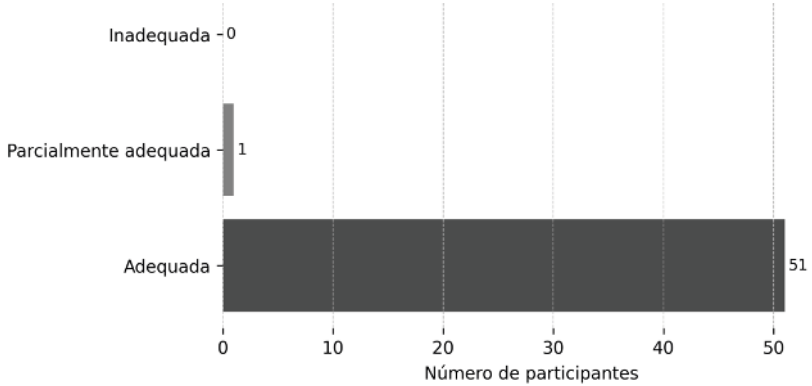
Figura 1. Avaliação das informações institucionais.




Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Resultados semelhantes foram observados quanto à preceptoria oferecida pela instituição. A maioria dos participantes, correspondendo a 51 (98,1%), considerou a preceptoria adequada, enquanto 1 (1,9%) avaliou-a como parcialmente adequada. Nenhum participante classificou a preceptoria como inadequada. (Figura 2).

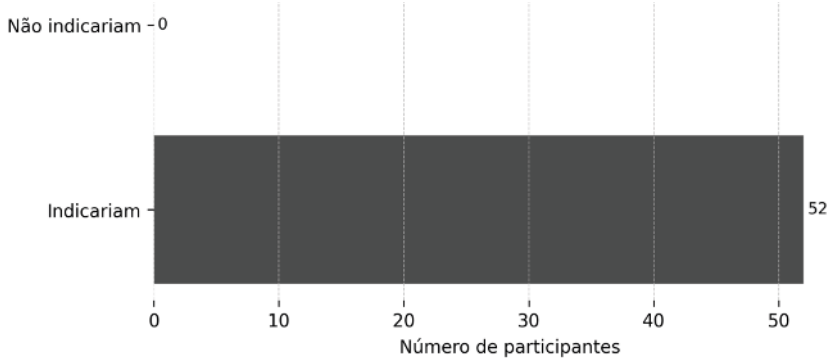
Figura 2. Avaliação da preceptoria.




Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Além disso, todos os participantes (100%) afirmaram que indicariam a instituição para colegas realizarem estágio curricular, evidenciando elevado nível de satisfação geral com a experiência formativa desenvolvida no serviço (Figura 3).

Figura 3. Indicação da instituição como campo de estágio.




Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Os achados reforçam a relevância da integração ensino-serviço como estratégia de qualificação da formação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A elevada aprovação relacionada às orientações institucionais e à preceptoria sugere que o serviço analisado apresenta organização compatível com processos formativos estruturados, favorecendo a inserção dos estudantes no cotidiano do trabalho em saúde.

## DISCUSSÃO

A literatura aponta que experiências de estágio desenvolvidas em serviços do SUS contribuem significativamente para o fortalecimento de competências técnico-científicas e para a compreensão ampliada das práticas em saúde, aproximando os estudantes das necessidades reais da população e das dinâmicas institucionais do sistema público de saúde[10]. Nesse contexto, a preceptoria assume papel central, funcionando como elemento mediador entre teoria e prática e favorecendo processos de aprendizagem mais críticos e reflexivos.

Os resultados encontrados também corroboram com estudos recentes que evidenciam associação positiva entre acompanhamento qualificado dos preceptores e maior satisfação dos estudantes durante o estágio supervisionado[1,2]. A atuação da preceptoria em ambientes de saúde pública favorece não apenas a aprendizagem técnica, mas também o desenvolvimento de habilidades interpessoais, éticas e organizacionais necessárias à atuação profissional no SUS[11].

Outro aspecto relevante refere-se à totalidade de participantes que indicariam a instituição para outros estudantes. Esse resultado pode refletir a consolidação do laboratório como espaço formador, capaz de proporcionar experiências significativas de aprendizagem e integração com os processos de Vigilância em Saúde. Estudos demonstram que ambientes de prática bem estruturados fortalecem o vínculo entre instituições de ensino e serviços de saúde, contribuindo para a formação de profissionais mais preparados para responder às demandas do SUS[3,5].

A predominância de estudantes oriundos de instituições privadas evidencia ainda o papel dos serviços públicos de saúde como campos estratégicos de formação para diferentes segmentos educacionais. Essa característica reforça a importância das parcerias interinstitucionais no fortalecimento da integração ensino-serviço e na ampliação das oportunidades de formação prática em saúde pública[6].

De modo geral, os resultados evidenciam que a experiência de estágio no laboratório analisado contribuiu para a formação dos estudantes, fortalecendo a articulação entre formação e prática profissional e consolidando o laboratório de saúde pública como espaço estratégico para o desenvolvimento de competências alinhadas aos princípios e diretrizes do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste estudo demonstram que o estágio desenvolvido no laboratório de saúde pública em Pernambuco contribuiu positivamente para a formação dos estudantes, evidenciando a relevância da integração ensino-serviço no fortalecimento da formação para o SUS. A elevada satisfação dos participantes quanto às orientações institucionais, à preceptoria e à recomendação da instituição reforça o papel do serviço como espaço fundamental de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

Além disso, os achados destacam a importância dos laboratórios de saúde pública como cenários formativos capazes de aproximar os estudantes das práticas da Vigilância em Saúde e das demandas do SUS. Por fim, o estudo contribui para o fortalecimento das discussões sobre qualificação dos estágios e integração entre instituições de ensino e serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Mattos LS, Matos HGC, Covas NCM, Lopes AC. Organização da integração ensino-serviço no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. 2023.

2. Schaefer FM, Mascarello SB, Machado AR, Hoelscher BR, Madureira VSF, Tombini LHT. Integração ensino-serviço e a educação permanente em saúde. Semin Ensino Pesqui Ext. 2024.

3. Silva Filho CC, Dal Prá KR, Larentes GF, Barimacker SV, Tombini LHT, Vendruscolo C. Integração ensino-serviço-comunidade e a formação para o SUS: revisão integrativa. 2025.

4. Zabalza MA. O estágio e as práticas em contextos profissionais na formação universitária. 1. ed. São Paulo: Cortez; 2014.

5. Pimenta SG. O estágio na formação de professores: unidade teoria e prática? 11. ed. São Paulo: Cortez; 2012.

6. Rodrigues AP, Dalbello-Araújo M, Lazarini WS. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. Interface (Botucatu). 2024;28:e230381. doi:10.1590/interface.230381.

7. Carvalho JPP. A organização dos laboratórios de saúde pública do Brasil. Rev Saude Publica. 1976;10(4):345-353. doi:10.1590/S0034-89101976000400008.

8. Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco. Instrução Interna de Trabalho nº 00IT12011: estágio curricular obrigatório. Rev. 03, 29 abr 2023. Recife: LACEN-PE; 2023.

9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf

10. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (Rio J). 2004;14(1):41-65. doi:10.1590/S0103-73312004000100004.

11. Paula GB, Toassi RFC. Papel e atribuições do preceptor na formação dos profissionais da saúde em cenários de aprendizagem do SUS. 2021.

# 04 REDE DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Janeclécia dos Santos Alves[1]
José Helton de Vasconcelos Arcoverde[1]
Luciana Cristiane Santos Mandu[1]
Ana Cyntia Rabêlo e Silva[1]
José Cláudio Bezerra Junior[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap4

**RESUMO**

Identificar os dispositivos/serviços da rede enfrentamento à violência contra a mulher na VI Região de Saúde. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários dos 13 municípios da VI Região de Saúde, obtidos em bases públicas oficiais, incluindo Coordenadoria da Mulher, Tribunal de Justiça de Pernambuco, Secretaria de Defesa Social, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Secretaria Nacional de Assistência Social. Foram identificados serviços especializados e não especializados na Região. Entre os especializados, identificou-se uma Delegacia Especializada da Mulher em Arcoverde, uma Casa da Mulher Brasileira, um Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Buíque e nove Coordenadorias da Mulher distribuídas na região. Além de fragilidades

relacionadas à concentração dos serviços especializados em municípios de porte populacional maior, que dificultam o acesso de mulheres residentes em localidades mais distantes. Embora a região possua dispositivos de assistência e proteção, ainda são necessários investir na descentralização dos serviços, no fortalecimento das políticas públicas e qualificação da rede de atenção às mulheres em situação de violência.

**Palavras-chave:** SUS, Violência contra a mulher, Saúde Pública, Intersetorialidade

## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e de violação de direitos humanos, produzindo impactos físicos, psicológicos e sociais na vida da mulher[1]. Trata-se de um fenômeno social complexo, presente em diferentes contextos sociais, manifestando-se de diversas formas, física, psicológica, sexual, moral ou patrimonial[2].

No Brasil, entre 2012 e 2022, as mulheres representaram 60,1% das vítimas de violência, destacando-se os casos de violência sexual, psicológica e física. No mesmo período, aproximadamente 48.289 mulheres foram assassinadas[3].

No contexto brasileiro, a Lei Maria da Penha consolidou o reconhecimento das diferentes formas de violência contra a mulher, definindo-as como violação de direitos humanos e estabelecendo mecanismos de proteção e assistência às vítimas[4]. Nas últimas décadas, o Brasil apresentou avanços importantes no enfrentamento da violência contra a mulher, especialmente com criação de serviços especializados, como a Delegacia de Defesa da Mulher, centros de referências, Casa abrigo entre outros organismos[5].

A rede de enfrentamento à violência contra a mulher é composta por serviços de saúde, assistência social, justiça e segurança pública, organizados em serviços especializados e não especializados[6]. Os serviços não especializados, como Atenção Básica,

hospitais, Centros de Referência de Assistência Social, Centros de Referência Especializados de Assistência Social e Delegacias comuns, geralmente constituem a porta de entrada das mulheres na rede de atendimento[7].

Nesse contexto, o trabalho em rede é fundamental, para garantir atendimento integral e humanizado às vítimas, fortalecendo as ações de prevenção, proteção e enfrentamento da violência8. Além disso, exige dos profissionais conhecimento sobre os fluxos de atendimento e articulação entre os serviços, possibilitando suporte adequado às mulheres em situação de vulnerabilidade[9]. Assim, este estudo tem como objetivo identificar os principais serviços da rede de enfrentamento à violência contra a mulher na VI Região de Saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado como Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes. O estudo foi desenvolvido no período de outubro a dezembro de 2025, com informações dos 13 municípios a VI Região de Saúde: Arcoverde, Buíque, Custódia, Inajá, Ibimirim, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa, com o objetivo de identificar os dispositivos/serviços da rede de enfrentamento à violência contra a mulher existentes na região.

A pesquisa utilizou dados secundários de domínio público, obtidos por meio de levantamento documental e consulta a bases institucionais oficiais, visando identificar os serviços especializados e não especializados destinados ao atendimento de mulheres em situação de violência. As fontes de informação consultadas incluíram: a Coordenadoria Estadual da Mulher, o Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE), a Secretaria de Defesa Social de Pernambuco (SDS-PE), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), além

de legislações, documentos técnicos e normativas relacionadas à Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

A identificação dos dispositivos e serviços da rede foi orientada pelas diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e no modelo de organização da rede intersetorial de atenção às mulheres em situação de violência. Os serviços foram classificados em especializados e não especializados, conforme preconizado pela política nacional.

A coleta dos dados ocorreu mediante busca sistemática nas plataformas institucionais, utilizando termos relacionados aos serviços da rede de enfrentamento à violência contra a mulher. Após a identificação dos dispositivos, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel®, contendo informações referentes ao município, tipo de serviço, classificação (especializado ou não especializado), esfera de atuação e distribuição territorial.

As variáveis analisadas incluíram município de localização, tipo de dispositivo/serviço, classificação do serviço (especializado ou não especializado), esfera de atuação, existência do equipamento no território, quantidade de dispositivos por município e distribuição territorial da rede. Para os serviços especializados, investigou-se a presença de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Centros Especializados de Atendimento à Mulher, Casas Abrigo, Coordenadorias da Mulher, Juizados especializados e serviços de atenção integral às mulheres em situação de violência. Para os serviços não especializados, foram analisados equipamentos da Atenção Primária à Saúde, hospitais, unidades mistas, CRAS, CREAS e delegacias comuns.

Para análise dos dados, empregou-se estatística descritiva simples, por meio de frequências absolutas e relativas, possibilitando a caracterização quantitativa da rede de enfrentamento à violência contra a mulher na VI Região de Saúde. Os resultados foram apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura científica e das políticas públicas nacionais relacionadas à temáticas.

Foram adotados como critérios de inclusão os dispositivos e serviços localizados nos municípios da VI Região de Saúde, oficialmente

instituídos, em funcionamento e identificáveis nas fontes públicas consultadas. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados serviços sem confirmação documental, equipamentos desativados, registros duplicados ou informações insuficientes que impossibilitassem sua verificação institucional.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente em dados secundários, públicos e de livre acesso, sem envolvimento direto de seres humanos, entrevistas, aplicação de instrumentos ou utilização de informações individualizadas e identificáveis, o estudo dispensa apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme previsto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e exclui da necessidade de submissão investigações que utilizam informações de acesso público, nos termos da legislação vigente.

Ainda assim, foram respeitados os princípios éticos da pesquisa científica, assegurando-se rigor metodológico, fidedignidade das informações, transparência na descrição das fontes consultadas e utilização responsável dos dados, preservando a integridade institucional e evitando interpretações que possam gerar estigmatização dos territórios ou dos serviços analisados.

## RESULTADOS

O mapeamento dos serviços e equipamentos existentes na VI Região de Saúde permitiu identificar os dispositivos disponíveis no território (Tabela 1). No que se refere aos serviços especializados, observou-se presença de uma Delegacia Especializada da Mulher (DEAM) na Região, especificamente no município de Arcoverde.

Verificou-se que a oferta de serviços especializados se encontra concentrada em determinados municípios, especificamente em Arcoverde (Tabela 1), o que pode dificultar o acesso das mulheres residentes nos demais municípios da região. Em relação ao Fóruns de Comarca sem denominação (Vara Única), foram identificados cinco municípios da VI Região de Saúde com essa estrutura, corresponde a 38,4% do total de municípios, conforme dados do Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE).

Tabela 1. Serviços especializados da rede de apoio e enfrentamento à violência contra a mulher na VI Região de Saúde

| Serviços especializados | Nº (n=18) | Localidade |
|---|---|---|
| Delegacia Especializada da Mulher | 1 | Arcoverde |
| Casa da Mulher brasileira | 1 | Arcoverde |
| Centro Especializado de Atendimento à Mulher | 1 | Buíque |
| Fórum da Comarca de Sem Denominação Vara Única | 5 | Ibimirim, Inajá, Pedra, Tacaratu, Venturosa |
| Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher | - | Não identificado |
| Casa Abrigo | - | Não identificado |
| Casas de Acolhimento Provisório | - | Não identificado |
| Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns | - | Não identificado |
| Coordenadoria da Mulher | 9 | Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Manari, Pedra, Jatobá, Petrolândia, Tupanatinga |
| Serviços de Atenção Integral à Saúde de Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual | 1 | Hospital Regional Ruy de Barros Correia |

Fonte: Elaborado a partir de dados da Coordenadoria da Mulher. Tribunal de Justiça de Pernambuco/TJPE. Secretaria de Defesa Social de Pernambuco. Secretaria Nacional de Assistência Social. SNAS.

No município de Buíque, identificou-se a existência de serviço especializado voltado ao atendimento de mulheres. Além disso, verificou-se a existência de coordenadoria da mulher nos municípios de Buíque, Pedra, Tupanatinga, Custódia, Ibimirim, Manari, Jatobá, Petrolândia, Sertânia e Tupanatinga, abrangendo 69,2% dos municípios da VI Região de Saúde. Destaca-se ainda, o Hospital Regional Ruy de Barros Correia, localizado em Arcoverde, referência regional para o atendimento de saúde às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Quanto aos demais serviços especializados da rede (Tabela 1), como Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Casa Abrigo e Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns, não foram identificadas informações

públicas suficientes permitisse confirmar sua nos municípios da região.

No que se refere aos serviços não especializados (Tabela 2), verificou-se a presença de delegacias comuns em todos os treze municípios da VI Região de Saúde. Além disso, foram identificados serviços de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e Unidades Mistas, bem como equipamentos da assistência social, incluindo Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Serviços especializados da rede de apoio e enfrentamento a violência contra a mulher na VI Região de Saúde

| **Serviços Não especializados** | **Nº (n=228)** | **Localidade** |
|---|---|---|
| Centro de Referência em Assistência social - CRAS | 17 | Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa |
| Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS) | 13 | Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa |
| Hospitais | 09 | Arcoverde, Buíque, Custódia, Inajá, Jatobá, Pedra, Petrolândia, Tupanatinga. |
| Unidades Mistas | 4 | Ibimirim, Manari, Tacaratu e Venturosa |
| Unidades Básicas de Saúde/Equipes de Saúde da Família | 172 | Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa |
| Delegacias Comuns | 13 | Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa |

Fonte: Elaborado a partir de dados da Coordenadoria da Mulher. Tribunal de Justiça de Pernambuco/TJPE. Secretaria de Defesa Social de Pernambuco. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Cadastro Nacional de Saúde- CNES, 2025.

Observou-se que todos os municípios da VI Região de Saúde possuem serviços hospitalares e de Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, da presença de unidades hospitalares correspondeu a 69,2%, verificou-se também a presença de Unidades Mistas 30,8% dos municípios da região.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Entre elas, destaca-se a utilização de dados secundários, os quais podem apresentar inconsistências nas notificações, a incompletude das informações ou erros de registro. Outro fator a ser considerado, é a própria natureza das violências, principalmente a psicológica/moral, que muitas vezes não é notificada, o que dificulta uma análise mais abrangente.

Além disso, a limitação quanto a algumas variáveis sociodemográficas e contextuais presentes nas fichas de notificação, uma vez que muitos registros apresentam campos ignorados ou em branco, aspecto evidenciado nos achados desse estudo. Apesar dessas limitações, o estudo pode contribuir para a compreensão VCM na VI Região de Saúde, além de oferecer subsídios para novas investigações sobre esse agravo.

## DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que a rede de enfrentamento à violência contra a mulher na VI Região de Saúde apresenta uma organização marcada pela presença de serviços especializados e não especializados, porém com distribuição desigual entre os municípios.

Observou-se uma concentração dos dispositivos especializados em alguns municípios, especialmente Arcoverde, o que pode dificultar o acesso das mulheres residentes em localidades mais distantes. Resultado semelhante foi identificado em estudo realizado na região Nordeste, no qual os serviços especializados estavam concentrados em municípios de maior porte populacional, exigindo o deslocamento das vítimas em busca de atendimento e proteção[10].

A existência de uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) na região (7,7%) demonstra uma limitação da

rede especializada. As DEAMs são reconhecidas como dispositivos essenciais no acolhimento, registro das ocorrências e encaminhamento das mulheres aos demais serviços da rede de proteção6. Entretanto, a ausência desse serviço em grande parte dos municípios dificulta o acesso das vítimas. Além disso, a inexistência identificada de Casas abrigos, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e Núcleos de Atendimento à Mulher nas delegacias comuns evidencia fragilidades estruturais da rede.

Outro achado relevante, refere-se à presença de Coordenadorias da Mulher em um número significativo de municípios (69,2%). Esses dispositivos desempenham papel estratégico na formulação e articulação de políticas públicas voltadas à promoção dos direitos das mulheres[11]. No entanto, a ausência desses serviços (30,8%) pode comprometer o planejamento local das ações e a articulação entre os diferentes setores envolvidos na assistência às vítimas.

No âmbito da saúde, destaca-se a importância do Hospital Regional Ruy de Barros Correia como referência para o atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Os serviços hospitalares são fundamentais para garantir acolhimento, atendimento emergencial, profilaxias para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), contracepção de emergência e encaminhamentos necessários à continuidade do cuidado[12]. Apesar disso, a concentração desse atendimento em um único município pode representar barreiras geográficas e assistenciais para as mulheres residentes em territórios mais distantes da VI Região de Saúde.

Nesse contexto, estratégias de descentralização do cuidado tornam-se necessárias, como a implantação de Salas Lilás nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses espaços foram instituídos com a finalidade de ofertar acolhimento humanizado, sigiloso e seguro para as mulheres, adolescentes e crianças em situação de violência, fortalecendo a integralidade da assistência e ampliando o acesso ao cuidado em saúde[13]. Assim, a implementação desses dispositivos nos municípios da região pode contribuir

para qualificar o atendimento e reduzir a revitimização das usuárias durante a assistência.

No que se refere aos serviços não especializados, verificou-se a presença de equipamentos de Atenção Primária à Saúde (APS), CREAS, CRAS, hospitais ou Unidades Mistas e delegacias comuns em todos os municípios. Esses serviços representam importantes portas de entradas para a identificação, acolhimento e encaminhamentos das mulheres em situação de violência. Estudos apontam que APS possui papel estratégico no reconhecimento precoce da violência, devido à proximidade com as famílias e o vínculo com a comunidade[14]. Além disso, os serviços de assistência social exercem função essencial no acompanhamento das vítimas e no fortalecimento da rede de proteção.

No entanto, a efetividade da rede não depende apenas dos serviços, mas também da articulação entre eles. Dados da literatura demonstram fragilidades na integração intersetorial, na comunicação entre os dispositivos e na divulgação dos fluxos de atendimento, fatores que dificultam a continuidade do cuidado e a proteção integral das mulheres[15].

Ressalta-se que à limitação de informações públicas sobre dispositivos da rede de enfrentamento violência contra a mulher. Essa ausência de dados sistematizados dificulta o conhecimento da rede e compromete o planejamento de políticas públicas. Além disso, a subnotificação e incompletude das informações relacionadas à violência contra a mulher permanecem como desafios importantes para os sistemas de informação em saúde. Estudos afirmam que esses fatores reduzem a visibilidade do problema e dificultam a formulação de ações estratégicas de enfrentamento baseadas na realidade local[16].

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Destacando-se a utilização de dados secundários, os quais podem apresentar inconsistências ou incompletude das informações. Apesar dessas limitações, o estudo pode contribuir para o conhecimento acerca da estrutura da rede de

enfrentamento à violência contra a mulher no território da VI Região de Saúde, além de fornecer subsídios para futuras pesquisas sobre a temática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou a presença da rede de enfrentamento a violência contra a mulher, com serviços especializados e não especializados na VI Região de Saúde. Dispondo de serviços importantes, como saúde, assistência social, justiça e segurança pública. Entretanto, observou-se concentração dos serviços especializados em Arcoverde, a exemplo da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, revelando desigualdade no acesso ao atendimento especializado por mulheres na região.

Assim, destaca-se a necessidade de descentralização dos serviços especializados, fortalecimento da articulação entre os setores e a qualificação da rede de atendimento para garantir uma assistência integral e humanizada às mulheres em situação de violência.

## REFERÊNCIAS


1. Caus ECM, Andrade JA, John KG, Wojciechowski M, Munhoz P. Estudo comparativo das notificações da violência contra a mulher antes e durante a pandemia da COVID-19 no Planalto Norte Catarinense. Saúde Meio Ambient. 2021;10:102-117. doi: 10.24302/sma.v10.3442.
2. Belloli MG, Santos VKA, De Bortoli CFC. Estudo retrospectivo do perfil dos casos de violência contra a mulher. J Nurs Health. 2024;14(2):e1426804. doi: 10.15210/jonah.v14i2.26804.
3. Cerqueira D, et al. Atlas da violência 2024. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2024. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031.
4. Kataguiri LGK, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro SS. Caracterização da violência sexual em um estado da região Sudeste do Brasil. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20180183.doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0183.

5. Coelho AFM, Medeiros RRP, Albuquerque LSS, Oliveira IF, Costa MCR, Silva LGS. Violência contra a mulher: uma análise das notificações no estado da Paraíba. Nursing (São Paulo). 2021;24(283):6806-6815. doi: 10.36489/nursing.2021v24i283p6808-6817.

6. Brasil. Câmara dos Deputados. Procuradoria da Mulher. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 2011. Available from: https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/secretarias/secretaria-da-mulher/procuradoria-da-mulher-1/como-buscar-ajuda-em-caso-de-violencia/conheca-a-rede-que-atua-no-enfrentamento-e-na-prevencao-a-violencia.

7. Brasil. Câmara dos Deputados. Procuradoria da Mulher. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 2022. Available from: https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/secretarias/secretaria-da-mulher/procuradoria-da-mulher-1/como-buscar-ajuda-em-caso-de-violencia/conheca-a-rede-que-atua-no-enfrentamento-e-na-prevencao-a-violencia.

8. Aguiar JM, Schraibera LB, Pereira S, Gragliaa CGV, Kalichmana BD, Reis MS, et al. Atenção Primária à Saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. Saúde Soc. 2023;32(1):e220266pt. doi: 10.1590/S0104-12902023220266pt.

9. Alcântara PPT, Carneiro FF, Pessoa VM. Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. Cien Saude Colet. 2024;29:e08992023.

10. Lopes SJB, Leonardo GMN. Rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Cad ESP. 2023;17. doi: 10.54620/cadesp.v17i1.1002.

11. Baptista VF. "Se te agarro com outro, te mato! Te mando algumas flores e depois escapo": cenários da violência contra a mulher na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Rev Bras Estud Popul. 2022;39:e0202. doi: 10.20947/S0102-3098a0202.

12. Teixeira FF, Gomes BS, Oliveira VV, Leite RV. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. Saúde Soc. 2023;32(3):e220253pt. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220253pt.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Guia técnico para implementação das Salas Lilás no SUS: atenção à saúde de mulheres, adolescentes e crianças em situação de violência doméstica, intrafamiliar e se-

xual [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_tecnico_implementacao_salas_lilas.pdf.

14. Gonsalves E, Schraiber LB. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. Saúde Debate. 2021;45(131):958-969. Available from: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6147.

15. Santo JDLB, Santos CVM. Considerações sobre a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Contexto Saúde. 2020;20(40). doi: 10.21527/2176-7114.2020.40.139-148.

16. Silva NAL, Oliveira E, Lemos N, Trindade F. Caracterização da violência à mulher por meio da notificação compulsória em Lajeado-RS. Destaques Acad. 2022;14(3). doi: 10.22410/issn.2176-3070.v14i3a2022.3210.

# 05 MUDANÇA PARADIGMÁTICA DO PENSAMENTO INSTITUCIONAL E SUSTENTABILIDADE DO CENTRO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO: MÚLTIPLAS INTELIGÊNCIAS, RELIGAÇÃO DOS SABERES E PRODUÇÃO DE INTELIGÊNCIA NO SUS

Antonio Flaudiano Bem Leite[1]
Renan Carlos Freitas da Silva[2]
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos[3]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap5

**RESUMO**

A crescente complexidade da gestão pública em saúde exige modelos institucionais capazes de transformar dados fragmentados em inteligência oportuna, contextualizada e útil à decisão. No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, o Centro de Inteligência em Saúde de Pernambuco (CIS-PE) emerge como instância técnico-estratégica voltada à integração de dados, produção de análises, qualificação da informação e apoio à tomada de decisão baseada em evidências. O objetivo deste capítulo é analisar como a passagem de uma lógica fragmentada, setorial e reativa para uma racionalidade integrada, interdisciplinar, transdisciplinar e orientada por evidências influencia a integração de equipes, a reorganização dos processos de trabalho e a produção

de inteligência em saúde no CIS-PE. Trata-se de estudo de caso institucional, de abordagem qualitativa, documental e analítico-reflexiva, estruturado como ensaio técnico-científico com base empírica institucional. O corpus incluiu documentos institucionais, minutas normativas, proposta de regimento interno, materiais de planejamento, fluxos de trabalho, produtos de inteligência, materiais formativos e referenciais teóricos sobre pensamento complexo, inteligências múltiplas, Educação Permanente em Saúde, saúde digital e governança de dados. A análise foi orientada pelas categorias paradigma, pessoas, processos, dados, produtos, decisão e sustentabilidade. Os achados indicam que a sustentabilidade do CIS-PE requer linguagem comum, pactuação de papéis, ritos de governança, fluxos formalizados, revisão colegiada, formação permanente, governança de dados, comunicação qualificada e uso efetivo dos produtos de inteligência pela gestão. Conclui-se que o CIS-PE deve ser compreendido como dispositivo institucional de transformação cultural, cognitiva, técnica e ética da gestão pública em saúde.

**Palavras-chave:** Inteligência em saúde, Gestão em saúde, Tomada de decisão, Educação permanente em saúde, Sistema único de saúde

## INTRODUÇÃO

Os sistemas públicos de saúde são atravessados por problemas cada vez mais complexos, interdependentes e instáveis. Emergências sanitárias, transições demográficas e epidemiológicas, mudanças climáticas, desigualdades territoriais, pressão sobre a rede de serviços e exigência de transparência desafiam modelos tradicionais de gestão baseados em informação tardia, setores isolados e decisões predominantemente reativas.

Nesse cenário, a inteligência em saúde deve ser compreendida como processo institucional de transformar dados dispersos em conhecimento situado, validado, comunicável e acionável. No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE),

o CIS-PE surge como resposta técnico-estratégica para integrar dados, qualificar análises e apoiar decisões baseadas em evidências. Sua sustentabilidade, contudo, não depende apenas de infraestrutura tecnológica, painéis, dashboards ou sala de situação, mas de mudança paradigmática no pensamento institucional cotidiano.

A tese deste capítulo é que o CIS-PE se sustenta quando desloca a gestão de uma racionalidade fragmentada, setorial, disciplinar e reativa para uma racionalidade integrada, interdependente, colaborativa, interdisciplinar, transdisciplinar e orientada por evidências. Essa mudança implica religar áreas técnicas, bases de dados, sujeitos, territórios, riscos, responsabilidades e decisões.

O pensamento complexo de Morin[1] contribui para compreender esse deslocamento ao destacar as cegueiras paradigmáticas, a fragmentação disciplinar, a falsa racionalidade e a necessidade de conhecimento pertinente, capaz de contextualizar, reconhecer incertezas e religar saberes. A teoria das inteligências múltiplas de Gardner[2] amplia essa compreensão ao evidenciar que equipes de inteligência em saúde dependem de competências lógico-analíticas, espaciais, linguísticas, interpessoais, intrapessoais, naturalistas/ecossistêmicas e ético-institucionais. A Educação Permanente em Saúde (EPS) permite converter esse referencial em aprendizagem situada no trabalho, orientada por problemas reais e melhoria contínua[3-5].

No campo da saúde digital, documentos da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde indicam que iniciativas digitais exigem governança, interoperabilidade, ética, segurança da informação, proteção de dados, capacidade técnica e uso responsável da inteligência artificial[6-10]. Assim, a transformação digital em saúde não se realiza pela tecnologia isolada, mas pela articulação entre processos, competências, cultura institucional e uso efetivo da informação no ciclo decisório.

O problema de pesquisa que orienta este capítulo é: como a mudança paradigmática do pensamento institucional, incorporada às práticas cotidianas do CIS-PE, influencia a integração de

equipes, a reorganização dos processos de trabalho e a produção de inteligência em saúde orientada à decisão? O objetivo geral é analisar essa mudança no processo de implementação e sustentabilidade do CIS-PE.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso institucional, de abordagem qualitativa, documental e analítico-reflexiva, estruturado como ensaio técnico-científico com base empírica institucional. O caso analisado corresponde ao processo de concepção, implantação, implementação progressiva e sustentabilidade do CIS-PE, no âmbito da SES-PE.

O corpus documental foi composto por apresentação institucional do CIS-PE; minutas normativas e proposta de regimento interno; documentos de planejamento e organização técnico-operacional; fluxos de trabalho e propostas de gestão de demandas; produtos de inteligência, painéis, relatórios, briefings e materiais de sala de situação; proposta formativa vinculada à inteligência em saúde pública aplicada à gestão estratégica e apoio à decisão no SUS; quadros conceituais sobre pensamento complexo, inteligências múltiplas, religação dos saberes, EPS, governança de dados e sustentabilidade institucional; e referenciais bibliográficos e normativos sobre pensamento complexo, inteligências múltiplas, EPS, saúde digital, governança de dados e uso ético de inteligência artificial.

Foram incluídos documentos com relação direta com a formulação, organização, governança, funcionamento, produção técnica, formação de equipe e sustentabilidade institucional do CIS-PE. Foram excluídos materiais duplicados, versões preliminares sem contribuição analítica adicional e documentos sem pertinência direta com os objetivos do estudo.

A análise ocorreu em três movimentos: leitura documental do corpus; categorização temática orientada pelas dimensões paradigma, pessoas, processos, dados, produtos, decisão e sustentabi-

lidade; e interpretação analítico-reflexiva articulando evidências documentais, experiência institucional situada e literatura. Para evitar superinterpretação, os achados foram classificados como achados documentais, inferências analítico-reflexivas e recomendações técnico-institucionais.

O estudo não envolveu coleta direta de dados pessoais, entrevistas ou intervenção com participantes, utilizando exclusivamente documentos institucionais, materiais técnicos e referências bibliográficas. Reconhece-se a necessidade de reflexividade, pois parte dos autores possui inserção institucional no processo analisado. Ferramentas de inteligência artificial generativa foram utilizadas apenas como apoio linguístico, organizativo e de normalização, sem substituir análise científica, autoria, validação ou responsabilidade intelectual dos autores[13].

## RESULTADOS

A análise evidenciou que a sustentabilidade do CIS-PE depende de sete dimensões interdependentes. A primeira é o paradigma: dados isolados não produzem inteligência, pois indicadores apenas ganham sentido quando relacionados ao território, à rede assistencial, à vigilância, à APS, à regulação, à sazonalidade, à capacidade de resposta e ao processo decisório. Essa perspectiva traduz o conhecimento pertinente como prática institucional, conforme sintetizado na Tabela 1.

Tabela 1. Matriz analítico-conceitual do conhecimento pertinente, contextualização e religação dos saberes aplicada ao CIS-PE

| Saber/princípio | Definição aplicada | Aplicabilidade prática no CIS-PE | Produto ou efeito esperado |
|---|---|---|---|
| **Conhecimento pertinente** | Capacidade de transformar dados em conhecimento útil, contextualizado e orientado a problemas reais. | Qualificar previamente a pergunta decisória antes da produção de painéis, boletins, alertas ou relatórios. | Produtos analíticos mais úteis, compreensíveis e acionáveis. |

Continuação da Tabela 1.

| Saber/princípio | Definição aplicada | Aplicabilidade prática no CIS-PE | Produto ou efeito esperado |
|---|---|---|---|
| **Contextualização dos dados** | Inserção dos indicadores em seu contexto epidemiológico, territorial, assistencial, social, ambiental e temporal. | Interpretar variações de indicadores considerando sazonalidade, território, rede de serviços, vulnerabilidades e capacidade de resposta. | Análises situacionais com menor risco de interpretação isolada ou equivocada. |
| **Relação parte-todo** | Compreensão de que cada indicador expressa parte de um sistema mais amplo. | Relacionar dados de vigilância, APS, assistência, regulação, laboratório, território e gestão. | Leitura integrada dos problemas prioritários de saúde. |
| **Multidimensionalidade** | Reconhecimento de que problemas de saúde possuem dimensões biológicas, sociais, ambientais, territoriais, organizacionais e políticas. | Incorporar variáveis sociais, climáticas, assistenciais, epidemiológicas e territoriais nas análises. | Mapas de risco, matrizes de vulnerabilidade e relatórios integrados. |
| **Complexidade** | Capacidade de compreender interações, incertezas, retroalimentações e efeitos não lineares. | Construir cenários de risco e resposta considerando incertezas, tendências e capacidade institucional. | Alertas, cenários prospectivos e recomendações estratégicas. |
| **Religação dos saberes** | Integração de conhecimentos antes separados por áreas, disciplinas ou sistemas. | Promover análise conjunta entre epidemiologia, estatística, TI, vigilância, APS, assistência, regulação, planejamento e comunicação. | Produtos de inteligência com validação multidisciplinar e maior legitimidade institucional. |
| **Integração dado-análise-decisão** | O dado só gera valor público quando analisado, comunicado e incorporado ao processo decisório. | Transformar bases dispersas em sínteses executivas com achados, riscos, implicações e recomendações. | Briefings executivos, notas técnicas, painéis interpretativos e encaminhamentos monitorados. |
| **Aprendizagem institucional** | Capacidade de revisar métodos, produtos e fluxos a partir do uso real das informações. | Avaliar periodicamente quem utilizou o produto, para qual decisão, com que efeito e quais ajustes são necessários. | Melhoria contínua, auditoria de produtos e repositório institucional vivo. |
| **Ética da informação** | Uso responsável dos dados, com finalidade pública, proteção, rastreabilidade, segurança e equidade. | Definir níveis de acesso, classificação da informação, metadados, trilhas de auditoria e critérios de divulgação. | Governança ética de dados e aumento da confiança institucional. |

Fonte: Elaborado pelos autores com base nas análises documentais.

A segunda dimensão refere-se às pessoas. Uma equipe multiprofissional não se torna integrada apenas por reunir especialistas. A produção de inteligência coletiva exige linguagem comum, pactuação de papéis, matriz de responsabilidades, revisão por pares, confiança institucional e capacidade de reconhecer limites. A Tabela 2 explicita como diferentes inteligências/competências podem ser organizadas para gerar produtos de inteligência úteis ao CIS-PE.

Tabela 2. Matriz de inteligências múltiplas, competências institucionais e produtos de inteligência no CIS-PE

| Inteligência/ competência | Definição aplicada ao CIS-PE | Aplicabilidade prática | Produtos ou instrumentos esperados |
|---|---|---|---|
| **Inteligência lógico-analítica** | Capacidade de raciocinar com dados, indicadores, hipóteses, séries históricas, padrões e cenários. | Analisar tendências, sazonalidade, riscos, limiares, correlações e projeções. | Notas analíticas, modelagens, matrizes de risco, estimativas e painéis de indicadores. |
| **Inteligência espacial/ visual** | Capacidade de representar informações em mapas, painéis, fluxos, diagramas e visualizações territoriais. | Qualificar a leitura regionalizada de riscos, vulnerabilidades, eventos e capacidade de resposta. | Mapas temáticos, dashboards, infográficos, mapas de calor e visual analytics. |
| **Inteligência linguística** | Capacidade de traduzir análises complexas em linguagem clara, técnica, institucional e orientada à decisão. | Produzir sínteses executivas, alertas, boletins, notas técnicas e comunicação de risco. | Briefings executivos, relatórios interpretativos, informes estratégicos e recomendações. |
| **Inteligência interpessoal** | Capacidade de dialogar, pactuar, negociar, escutar e construir confiança entre áreas e sujeitos institucionais. | Superar silos, articular áreas técnicas, pactuar fluxos e fortalecer governança colaborativa. | Matriz RACI, mapa de atores, pactos operacionais e calendário de ritos. |
| **Inteligência intrapessoal** | Capacidade de autocrítica, reconhecimento de limites, revisão de vieses e aprendizagem com erros. | Apoiar revisão colegiada, auditoria de produtos, análise de gargalos e melhoria contínua. | Checklist de qualidade, plano de melhoria, relatório de lições aprendidas. |
| **Inteligência naturalista/ ecossistêmica** | Capacidade de reconhecer relações entre saúde, território, ambiente, clima, mobilidade e vulnerabilidade social. | Integrar variáveis climáticas, ambientais, territoriais e epidemiológicas em análises de risco. | Mapas de vulnerabilidade, boletins clima-saúde, alertas ambientais e análises territoriais. |

Continuação da Tabela 2.

| Inteligência/ competência | Definição aplicada ao CIS-PE | Aplicabilidade prática | Produtos ou instrumentos esperados |
|---|---|---|---|
| **Inteligência ética e institucional** | Capacidade de orientar o uso da informação por princípios de finalidade pública, proteção de dados, transparência e equidade. | Definir regras de acesso, classificação da informação, segurança, rastreabilidade e divulgação responsável. | Protocolo de governança ética, matriz de acesso, repositório auditável e trilhas de auditoria. |
| **Inteligência colaborativa** | Capacidade coletiva de combinar saberes técnicos, experiências práticas e responsabilidades compartilhadas. | Organizar oficinas, rodas de análise, simulações, mentorias e revisão por pares. | Produtos validados coletivamente, fluxos pactuados e comunidade de prática. |
| **Inteligência decisória** | Capacidade de transformar evidências em prioridades, alternativas, recomendações e encaminhamentos. | Apoiar gestores com cenários, classificação de risco, sínteses executivas e monitoramento de resposta. | Matriz de decisão, sala de situação, briefings, alertas e registro de encaminhamentos. |
| **Inteligência pedagógico-formativa** | Capacidade de aprender no trabalho, formar multiplicadores e transformar prática em conhecimento institucional. | Estruturar Educação Permanente em Saúde, trilhas formativas e projetos integradores. | Curso de aperfeiçoamento, oficinas, repositório formativo e formação de multiplicadores. |

Fonte: Elaborado pelos autores com base nas análises documentais.

A terceira dimensão é o processo de trabalho. A minuta de regimento interno prevê fluxo formalizado de recepção e qualificação da demanda, análise de viabilidade e priorização, execução, validação, entrega, registro e arquivamento no repositório institucional. Esse desenho reduz o risco de demandas avulsas, urgências permanentes e produtos sem rastreabilidade.

A quarta dimensão é a governança de dados. A inteligência em saúde depende de dados disponíveis, oportunos, comparáveis, seguros e interpretáveis. Portanto, o CIS-PE deve manter dicionários, metadados, critérios de qualidade, versionamento, gestão de acesso, trilhas de auditoria e protocolos de publicação e compartilhamento.

A quinta dimensão é a transformação dos produtos em ciclo de inteligência. Painéis, boletins, alertas, mapas, notas técnicas e

briefings não devem ser avaliados apenas pela quantidade produzida, mas por sua capacidade de responder a perguntas decisórias, explicitar método e limitações, orientar recomendações e gerar encaminhamentos monitoráveis.

A sexta dimensão é a decisão. A inteligência só se completa quando chega ao processo decisório com linguagem executiva, síntese, oportunidade, classificação de risco, visualização adequada e recomendação explícita.

A sétima dimensão é a sustentabilidade: institucionalizar ritos, calendário, EPS, avaliação de uso, revisão de produtos, atualização tecnológica, memória institucional e adaptação às incertezas.

Tabela 3. Modelo Integrado de Mudança Paradigmática para Sustentabilidade do CIS-PE

| Dimensão | Situação tradicional | Mudança paradigmática necessária | Prática estruturante no CIS-PE | Produto esperado | Indicador de acompanhamento |
|---|---|---|---|---|---|
| **Paradigma** | Fragmentação setorial, leitura isolada de problemas e reação tardia. | Passagem para pensamento complexo, contextualizado e interdependente | Rodas de análise intersetorial, perguntas decisórias e leitura integrada de cenários. | Análises situacionais integradas. | Proporção de produtos com análise contextual e multidimensional. |
| **Pessoas** | Equipe justaposta, com baixa pactuação de papéis e linguagem técnica pouco compartilhada. | Constituição de equipe integrada, colaborativa e orientada por múltiplas competências. | Matriz de responsabilidades, pactos operacionais e revisão por pares. | Equipe de inteligência com papéis claros. | Participação de áreas/núcleos nos produtos e ritos de governança. |
| **Processos** | Demandas dispersas, informais e pouco rastreáveis. | Fluxo pactuado de demanda, priorização, validação, entrega e avaliação. | POP de gestão de demandas, checklist de qualidade e registro institucional. | Ciclo de produção padronizado. | Tempo médio de resposta e proporção de demandas registradas e finalizadas. |
| **Dados** | Bases isoladas, baixa interoperabilidade e metadados insuficientes. | Governança interoperável, segura, rastreável e orientada à finalidade pública. | Dicionários, metadados, controle de acesso, trilhas de auditoria e versionamento. | Repositório confiável de bases, indicadores e painéis. | Proporção de bases com metadados, validação e responsável técnico. |
| **Produtos** | Relatórios pontuais, dashboards sem interpretação e baixa conexão com decisão. | Produtos de inteligência como ciclo de análise, comunicação e recomendação. | Templates de briefing, boletim, alerta, nota técnica, mapa e painel interpretativo. | Produtos acionáveis e validados. | Proporção de produtos com recomendação, limitação metodológica e registro de uso. |

Continuação da Tabela 2.

| Dimensão | Situação tradicional | Mudança paradigmática necessária | Prática estruturante no CIS-PE | Produto esperado | Indicador de acompanhamento |
|---|---|---|---|---|---|
| **Decisão** | Uso ocasional da informação, sem registro de encaminhamentos. | Incorporação da inteligência ao ciclo decisório e à gestão de resposta. | Briefings executivos, sala de situação, matriz de decisão e acompanhamento de encaminhamentos | Decisões mais oportunas e documentadas. | Número de decisões/encaminhamentos apoiados por produtos do CIS-PE. |
| **Sustentabilidade** | Dependência de infraestrutura, pessoas-chave ou esforços pontuais. | Institucionalização cotidiana, aprendizagem permanente e melhoria contínua. | Plano de EPS, calendário de ritos, auditoria de produtos e avaliação de uso. | CIS-PE como prática institucional estável. | Regularidade dos ritos, ações formativas e ciclos de melhoria implementados. |

Fonte: Elaborado pelos autores com base nas análises documentais.

## DISCUSSÃO

A análise indica que o CIS-PE representa mais que inovação tecnológica. Trata-se de experiência de reorganização paradigmática da gestão pública em saúde, na qual dados, tecnologias, pessoas, processos e decisões precisam ser religados. À luz de Morin[1], a fragmentação institucional pode ser compreendida como cegueira paradigmática: cada área enxerga parte do problema, mas a decisão pública demanda recomposição do todo.

A interdisciplinaridade aparece como condição operacional da inteligência em saúde. Não se trata de discurso abstrato, mas de método de trabalho: reunir saberes, construir linguagem comum, validar produtos, explicitar incertezas e transformar evidências em recomendações. A transdisciplinaridade amplia esse movimento ao reconhecer que problemas sanitários atravessam fronteiras entre vigilância, APS, assistência, regulação, território, clima, ambiente, comunicação e gestão[11].

A teoria das inteligências múltiplas ajuda a evitar a redução da equipe de inteligência a perfis exclusivamente quantitativos ou tecnológicos[2]. No CIS-PE, a qualidade da decisão depende tanto da análise de dados quanto da interpretação epidemiológica, da visualização espacial, da comunicação executiva, da pactuação entre áreas, da ética da informação e da aprendizagem institucional.

A EPS é a estratégia que transforma conceitos em prática. A mudança paradigmática não ocorre por decreto ou treinamento isolado; ela se produz em oficinas, simulações, estudos de caso, revisão colegiada, comunidades de prática, análise de eventos críticos e melhoria contínua[3-5].

A governança de dados também precisa ser compreendida como dimensão técnica, institucional e ética. Normas, padrões, interoperabilidade e segurança são indispensáveis, mas insuficientes se não houver clareza sobre finalidade, acesso, validação, publicação, responsabilidade e uso decisório da informação[6-10]. O risco contrário é a tecnificação da inteligência: produzir painéis sem decisão, dashboards sem interpretação e relatórios sem consequência institucional.

Assim, o CIS-PE deve ser concebido como centro de inteligência pública em saúde: uma instância de integração entre dados, pessoas, saberes, processos, tecnologias e decisões. Sua sustentabilidade dependerá de institucionalização cotidiana, ritos de governança, formação permanente, memória técnica e avaliação do uso produtos de inteligência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do CIS-PE representa oportunidade estratégica para qualificar a gestão pública em saúde no SUS estadual. A mudança necessária consiste em deslocar a instituição de uma lógica fragmentada, setorial e reativa para uma racionalidade integrada, interdependente, interdisciplinar, transdisciplinar e orientada por evidências.

O CIS-PE deve ser compreendido como dispositivo institucional de mudança cultural, cognitiva, técnica e ética. Cultural, porque desafia silos e estimula colaboração; cognitiva, porque reorganiza modos de pensar problemas; técnica, porque estrutura dados, métodos, produtos e fluxos; e ética, porque exige responsabilidade pública no uso da informação.

Como contribuição, este capítulo preserva e sistematiza três quadros analíticos: a matriz de conhecimento pertinente e religação

dos saberes; a matriz de inteligências múltiplas e competências institucionais; e o modelo integrado de mudança paradigmática para sustentabilidade do CIS-PE. Recomenda-se que estudos futuros avaliem empiricamente os efeitos da implementação do CIS-PE sobre oportunidade das decisões, uso dos produtos de inteligência, integração entre áreas, qualidade dos dados e resultados sanitários prioritários.

## REFERÊNCIAS


1. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO; 2000 [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000124303_por
2. Gardner H. Estruturas da mente: a teoria das inteligências múltiplas. Porto Alegre: Artmed; 1994.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65 [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/
5. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
6. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924
7. Organización Panamericana de la Salud. La inteligencia artificial en la salud pública. Washington, DC: OPS; 2021 [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/53887
8. Organización Panamericana de la Salud. Reunión sobre la transformación digital del sector de la salud en la Región de las Américas: Ciudad de Panamá, del 14 al 16 de noviembre del 2022. Washington, DC: OPS; 2023 [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57294

9. Charles C, Tulloch C, McNaughton M, Hosein P, Hambleton IR. Data journey map: a process for co-creating data requirements for health care artificial intelligence. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2025 [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/62773

10. Organização Pan-Americana da Saúde. Inteligência artificial. Washington, DC: OPAS; 2023 [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/59555

11. Nicolescu B. O manifesto da transdisciplinaridade. São Paulo: Triom; 1999.

12. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Minuta de Regimento Interno do Centro de Inteligência em Saúde de Pernambuco - CIS-PE. Recife: SES-PE; 2025. Documento institucional.

13. Uso da inteligência artificial na elaboração de artigos científicos. Editorial. 2025. Documento fornecido pelos autores.

# FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS DE DISCUSSÃO DE ÓBITO: CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA XI REGIÃO DE PERNAMBUCO

Silvana Paulo Bezerra[1]
Amanda Alves da Silva[1]
Maria José Mourato Cândido Tenório[1]
Karla Millene Sousa Lima Cantarelli[1]
Maria Eduarda Freires Leite[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap6

**RESUMO**

Segundo os instrumentos norteadores, a investigação dos óbitos vai muito além do preenchimento de fichas, é um processo que possibilita prevenir que novos óbitos ocorram por causas evitáveis. Este estudo objetiva descrever a capacitação técnica e operacional de profissionais da APS e Vigilância Epidemiológica da XI Região de Pernambuco, visando fortalecer e conferir eficácia às discussões de óbitos na localidade. Trata-se de um relato de experiência qualitativo que descreve capacitações realizadas com profissionais da APS e Vigilância em 08 dos 10 municípios da XI Região de Saúde de Pernambuco. As capacitações tiveram uma duração média de 4h em cada município. Ao todo, participaram 384 pessoas de 08 dos 10 municípios e o público-alvo foi compos-

to majoritariamente por profissionais ACS (58,5%), enfermeiros (15,1%) e AISAN (12,2%). As ações integraram as equipes e sensibilizaram os profissionais, transformando a discussão do óbito em espaço de educação permanente e protagonismo profissional.: O debate evidenciou que 90% dos óbitos analisados eram evitáveis, revelando lacunas críticas na rede e consolidando a educação permanente como ferramenta essencial para a gestão em saúde pública. Contudo, observou-se baixa representatividade de médicos (5,7%) e técnicos de enfermagem (1%), além da ausência de categorias essenciais como dentistas. Essa capacitação fortaleceu a saúde pública regional ao utilizar a educação permanente para qualificar a investigação e discussão de óbitos evitáveis. Portanto, é fundamental manter o suporte institucional para que essa prática de análise crítica se torne sustentável e permanente na gestão da saúde da XI Regional.

**Palavras-chave:** Vigilância em saúde, Discussão de óbito, Atenção primária à saúde, Educação continuada, Regionalização da saúde

## INTRODUÇÃO

Entre 2017 e 2022, Pernambuco registrou 467 óbitos maternos (51,8% durante a pandemia)[1], 18.810 óbitos fetais entre 2010 e 2021[2] e 15.811 óbitos neonatais entre 2009 e 2020, com taxa de mortalidade neonatal de 9,52 por mil nascidos vivos[3]. Esse cenário exige que a análise de óbitos identifique falhas na rede, monitore indicadores e subsidie políticas públicas baseadas em evidências.

Segundo os instrumentos norteadores[4], a investigação dos óbitos vai muito além do preenchimento de fichas, é um processo que possibilita prevenir que novos óbitos ocorram por causas evitáveis.

No contexto do SUS, a análise do óbito deve transcender o caráter administrativo e consolidar-se como aprendizado clínico-educativo focado na evitabilidade, dependendo da integração entre Vigilância Epidemiológica e APS, sendo essencial para investigar causas de óbito e avaliar a integralidade do cuidado na população adscrita[5].

Na XI Região de Saúde de Pernambuco, investigações frágeis ocultam vulnerabilidades locais, exigindo padronização e fortalecimento das ações de vigilância regionalizadas[6]. Este estudo descreve a capacitação técnica da APS e Vigilância na região, visando melhorar a eficácia das discussões de óbito.

## METODOLOGIA

Relato de experiência qualitativo e descritivo sobre estratégias para qualificar as discussões de óbito na XI Região de Saúde de Pernambuco, por meio de intervenção técnico-pedagógica focada na educação continuada das equipes de saúde[7].

As capacitações ocorreram entre setembro e outubro de 2025, com duração média de 4h por município, abrangendo profissionais da APS e Vigilância de 10 municípios da XI Regional (PE). Baseada em diretrizes ministeriais[4,6,8,9], a metodologia utilizou recursos audiovisuais sobre quatro eixos: instrumentação técnica, grupos de trabalho, avaliação assistencial e integração territorial entre Vigilância-APS.

O estudo ocorreu na XI Região de Saúde de Pernambuco, que abrange 12.258,4 km² (12,5% do território estadual) e abriga 241.142 habitantes (2,5% da população total do estado), com densidade demográfica de 19,6 habitantes[8].

Este relato utilizou registros documentais (listas de presença e relatórios) e observações de campo. A análise confrontou os desafios relatados com a literatura sobre vigilância de óbitos maternos, infantis e fetais[9,10], respeitando os preceitos éticos e o sigilo dos dados.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

As capacitações atuaram como catalisador para a integração intra-setorial, rompendo entraves comunicacionais entre a vigilância epidemiológica e a atenção primária. Ao todo, participaram 384 pessoas de 08 dos 10 municípios (Tabela 1).

Tabela 1. Número de participantes por município, entre setembro e outubro de 2025

| Municípios | Nº de participantes |
|---|---|
| Betânia | 25 |
| Calumbi | 28 |
| Floresta | 74 |
| Itacuruba | 23 |
| Carnaubeira da Penha | 80 |
| Santa Cruz da Baixa Verde | 22 |
| São José do Belmonte | 57 |
| Serra Talhada | 75 |
| **Total** | **384** |

Fonte: XI GERES (2025).

O público-alvo foi composto majoritariamente por profissionais das classes: ACS (58,5%), enfermeiros (15,1%) e AISAN (12,2%), como está apresentado abaixo (Tabela 2).

Tabela 2. Número de participantes por categoria profissional dos oito municípios, entre setembro e outubro de 2025

| Categorias profissionais | Nº de profissionais |
|---|---|
| Agente Comunitário de Saúde (ACS) | 225 |
| Médico | 22 |
| Enfermeiro | 58 |
| Coordenação da atenção primária municipal | 06 |
| Coordenação da vigilância epidemiológica municipal | 04 |
| Coordenação de promoção à saúde | 01 |
| Digitador do Sistema de Informação sobre Mortalidade | 03 |
| Técnica da vigilância epidemiológica municipal | 05 |
| Técnica da vigilância epidemiológica hospitalar (VEH) | 03 |
| Técnico de enfermagem | 04 |
| Técnica do Mãe coruja | 01 |

Continuação Tabela 2.

| Categorias profissionais | Nº de profissionais |
|---|---|
| Técnico da Vigilância sanitária | 01 |
| Técnico Auxiliar Bucal | 01 |
| Auxiliar administrativo | 01 |
| Agente Indígena de Saneamento (AISAN) | 47 |
| Estudantes de Medicina | 02 |
| **Total** | **384** |

Fonte: XI GERES (2025).

Durante os encontros, observou-se uma mudança de paradigma. A discussão de óbito deixou de ser vista como um processo punitivo ou meramente estatístico, consolidando-se como espaço de educação permanente.

O esclarecimento sobre a composição dos GTs engajou os participantes, evidenciou o papel de cada membro na reconstrução da assistência e ampliou o protagonismo profissional, resultando na adesão voluntária de médicos e enfermeiros e na sensibilização dos ACS sobre sua relevância no território.

Na instrumentação técnica, o foco recaiu sobre o preenchimento qualificado de fichas, prontuários e cadernetas, para que o nexo causal entre o óbito e as condições de vida seja devidamente estabelecido.

A intervenção integrou Vigilância e APS ao desconstruir a exclusividade da Vigilância na investigação de óbitos, consolidando um fluxo de comunicação mais ágil e transparente, essencial para a retroalimentação do sistema de saúde local.

## DISCUSSÃO

Nas capacitações, os GTs evidenciaram a urgência da evitabilidade: 90% dos casos analisados foram considerados evitáveis pelos próprios profissionais, revelando lacunas críticas na rede de cuidados regional. Esse cenário reitera estudos[11,12] que apontam que a maior parte dos óbitos maternos e fetais no estado ocorre

por causas evitáveis, sendo a XI Região a de maiores taxas de mortalidade fetal evitável entre 2010 e 2017.

Os relatos reforçaram que a evitabilidade está atrelada à atuação profissional, à eficácia do pré-natal e à prontidão da rede em oferecer diagnóstico e suporte de alta complexidade, corroborando estudos[13] que demonstram que a redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) exige capacitação para diagnóstico precoce de vulnerabilidade e acionamento de medidas preventivas.

A participação de todos os profissionais da assistência nas discussões de óbito dos GTs é fundamental, pois esses espaços funcionam como ferramenta pedagógica e de gestão[14]. A discussão sobre a repercussão territorial, especialmente nos óbitos distantes da residência, corrobora estudo[15] que afirma que o aumento da distância percorrida eleva o risco de morte e a RMM.

Contudo, observou-se baixa representatividade de médicos (5,7%) e técnicos de enfermagem (1%), além da ausência de categorias essenciais como dentistas. Ainda assim, profissionais antes alheios ao processo, como agentes de endemias, demonstraram interesse em colaborar com as estratégias de evitabilidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciativa na XI Regional de Pernambuco fortaleceu a educação continuada e qualificou os processos de discussão de óbitos maternos, infantis e fetais. Além disso, a integração entre Vigilância e APS demonstrou ser a melhor estratégia para identificar falhas na rede, unindo o rigor técnico dos dados a uma abordagem humanizada voltada ao monitoramento dos óbitos.

Em suma, a formação técnica mostrou-se indispensável para enfrentar a evitabilidade e as desigualdades regionais. Portanto, é fundamental manter o suporte institucional para que essa prática de análise crítica se torne sustentável e permanente na gestão da saúde da XI Regional.

## REFERÊNCIAS


1. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Antonino VCS, Medeiros ZM. Vigilância do óbito infantil no Recife, Pernambuco: operacionalização, potencialidades e limites. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(2):413-24. doi: https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200019.
2. Santos LM, Aquino TIS, Soares MQ, Bevilacqua PD. Vigilância do óbito como instrumento de gestão na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Rev Gestão Enferm. 2021;2(2):1-15.
3. Sousa NFC. Padrão espacial, tendência temporal e preditores da mortalidade neonatal no estado de Pernambuco [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2023. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/53847/1/TESE%20Nayara%20Francisca%20Cabral%20de%20Sousa.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf
5. Gonçalves TF, Oliveira TSO, Oliveira IL, Silva FL, Brabo RCG, Rodrigues KJS, et al. Vigilância do óbito na atenção primária à saúde: revisão de escopo. Revista FT. 2023; 27(122). doi: 10.5281/zenodo.7927291.
6. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Protocolo Geral da Vigilância do Óbito. Portal CIEVS; [s.d.]. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Protocolo%20Geral%20da%20Vigil%C3%A2ncia%20do%20%C3%93bito.pdf
7. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Rev Práxis Educ. 2021;17(48):1-19. doi: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010.
8. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Mapa da Saúde da XI Região de Saúde de Pernambuco. 2. ed. Recife: SES-PE; 2022. Disponível em: https://esppe.saude.pe.gov.br/mod/folder/view.php?id=28486
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Vigilância dos Óbitos MIF, Maternos, Fetais e Infantis: Informe Epidemiológico n. 1. Recife: SES-PE; 2023. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Vigilância%20do%20óbito_1º%20Informe.pdf

12. Canuto IMB, Macêdo VC, Frias PG, Oliveira C, Bonfim CV. Perfil epidemiológico, padrões espaciais e evitabilidade da mortalidade fetal em Pernambuco. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE001355. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO001355

13. Pompermayer RCL. Saúde da mulher: mortalidade materna, fatores de risco e visão profissional [dissertação]. Vitória: Emescam; 2011. Disponível em: https://emescam.br/wp-content/uploads/2021/02/71_raquel_coutinho_l_pompermayer.pdf

14. Araújo CRC, Sales LMGC, Dias MSA, Dorneles JA, Pinto JR, Rocha LGA. Evitabilidade do óbito materno, fetal e infantil: a experiência do comitê de mortalidade em Sobral-CE. SANARE Rev Políticas Públicas. 2022;21(2):110-6. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1670/845/5662

15. Dantas Junior AB, Bezerra AB, Nobrega AA, Rabello DL, Lobo AP, Maciel EL, et al. Desigualdades regionais, étnico-raciais e territoriais no Brasil, 2018 a 2023: distância entre a residência e o local dos óbitos maternos. Rev Panam Salud Publica. 2025;49:e77. doi: 10.26633/RPSP.2025.77

# 07 PLANEJAR PARA TRANSFORMAR: A EXPERIÊNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO INTERSETORIAL E INTEGRADO

Renan Carlos Freitas da Silva[1]
Beatriz Andrade de Araújo[1]
Leticia Moreira Silva[2]
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos[3]
Antonio Flaudiano Bem Leite[1]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap7

**RESUMO**

O planejamento em saúde constitui função estratégica da gestão do Sistema Único de Saúde e requer articulação entre análise situacional, pactuação política, programação operativa e monitoramento contínuo. Este capítulo tem por objetivo relatar a experiência da Oficina de Avaliação 2025 e Planejamento Anual de Saúde 2026 da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária de Pernambuco (SEVSAP), destacando sua contribuição para o fortalecimento da governança interna, da integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária e da organização do planejamento institucional. Trata-se de relato de experiência, de natureza descri-

tiva e analítico-reflexiva, elaborado a partir da sistematização de documentos institucionais e dos produtos da oficina, com destaque para a Nota Técnica nº 01/2026, o Relatório da Oficina de Planejamento 2026, o Despacho 6 e a planilha 5W2H consolidada pelas diretorias. A oficina foi realizada em Gravatá/PE, nos dias 29 e 30 de janeiro de 2026, com carga horária de 16 horas e participação de 22 representantes da gestão. Foram utilizadas metodologias participativas e ferramentas de planejamento, incluindo análise situacional, matriz SWOT, matriz GUT, técnica SMART, 5W2H, trabalhos em minigrupos, pactuação coletiva e validação final. A experiência possibilitou identificar fragilidades e potencialidades institucionais, pactuar eixos estratégicos, estruturar ações prioritárias por diretoria e consolidar responsabilidades, prazos, metas, produtos e indicadores. A articulação entre a planilha 5W2H e um painel em Power BI ampliou a capacidade de visualização e acompanhamento das ações pactuadas, reforçando o monitoramento do planejamento. Conclui-se que a oficina constituiu dispositivo relevante para qualificar o planejamento participativo, fortalecer a cultura de acompanhamento institucional e ampliar a capacidade de decisão orientada por prioridades, metas e resultados.

**Palavras-chave:** Planejamento em saúde, Vigilância em saúde, Atenção primária à saúde, Gestão em saúde, Governança

## INTRODUÇÃO

O planejamento em saúde ocupa posição central na condução do Sistema Único de Saúde (SUS), seja por seu caráter de função gestora indelegável, seja por sua capacidade de articular necessidades de saúde, prioridades institucionais. O planejamento em saúde ocupa posição central na condução do Sistema Único de Saúde (SUS), seja por seu caráter de função gestora indelegável, seja por sua capacidade de articular necessidades de saúde, prioridades institucionais, programação de ações e monitoramento de resultados[1,2]. Em sua perspectiva estratégica, o planejamento

ultrapassa a dimensão meramente formal dos instrumentos normativos e se vincula à produção de decisões capazes de orientar a ação pública de maneira participativa, territorializada e coerente com os problemas e demandas do sistema[3-5].

No contexto pernambucano, as diretrizes do Plano Estadual de Saúde 2024-2027 reafirmam a centralidade da Atenção Primária em Saúde, o fortalecimento das ações estratégicas de Vigilância em Saúde e a qualificação dos processos de governança e gestão participativa como eixos estruturantes da política estadual de saúde[6,7].

Tal orientação exige que os espaços institucionais de planejamento produzam não apenas alinhamento interno, mas também integração entre áreas técnicas, capacidade de análise situacional e tradução operativa das prioridades pactuadas.

Foi nesse contexto que a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária de Pernambuco (SEVSAP) realizou, nos dias 29 e 30 de janeiro de 2026, a Oficina de Avaliação 2025 e Planejamento Anual de Saúde 2026, concebida como espaço de avaliação, pactuação e organização das ações a serem desenvolvidas no exercício subsequente[8,9].

A iniciativa também dialogou com demanda institucional expressa, que orientou as diretorias da SEVSAP a elaborarem a avaliação das ações de 2025 e o PTA 2026, contendo ações, metas, entregas, cronograma, responsáveis e meios de verificação, no âmbito do TC106/TA5 da OPAS/OMS[10-12].

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e analítico-reflexiva, elaborado a partir da sistematização do processo de realização da Oficina de Avaliação 2025 e Planejamento Anual de Saúde 2026 da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária de Pernambuco (SEVSAP). Para a construção deste texto, foram utilizados como fontes documentais principais a Nota Técnica nº 01/2026, o Relatório da Oficina de Planejamento 2026 e o Despacho 6, que orientou as diretorias da

SEVSAP quanto à avaliação das ações de 2025 e à elaboração do Plano de Trabalho Anual (PTA) 2026, com definição de ações, metas, entregas, indicadores, cronograma, responsáveis e meios de verificação.

A oficina foi realizada nos dias 29 e 30 de janeiro de 2026, no município de Gravatá/PE, com carga horária total de 16 horas e participação de 22 representantes da gestão, incluindo secretário executivo, diretores, gerentes, coordenadores, pontos focais de planejamento e consultoria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Seu objetivo foi promover o planejamento estratégico participativo da SEVSAP, articulando avaliação do período anterior, análise situacional, pactuação de eixos estratégicos, definição de metas, indicadores, cronograma e mecanismos de acompanhamento para o exercício de 2026.

Do ponto de vista metodológico, a oficina foi estruturada com base em metodologias participativas e ferramentas de planejamento estratégico, conforme explicitado na Nota Técnica nº 01/2026. Foram utilizadas análise situacional, matriz SWOT, matriz GUT, técnica SMART para definição de metas, ferramenta 5W2H para estruturação das ações, trabalhos em minigrupos por eixo estratégico, apresentação em plenária, pactuação coletiva e validação final. Essa combinação metodológica buscou assegurar que o processo de planejamento não se limitasse à formulação abstrata de intenções, mas permitisse a tradução dos desafios institucionais em ações programadas, com clareza quanto aos objetivos, responsáveis, prazos, produtos e indicadores.

A operacionalização da oficina ocorreu em dois movimentos complementares. No primeiro dia, priorizou-se o alinhamento institucional e a construção dos subsídios técnicos necessários ao planejamento, com discussão sobre missão, visão, valores, portfólio anual da SEVSAP, instrumentos de gestão e planejamento macro da SES, seguida da aplicação da matriz SWOT e da tabela GUT. No segundo dia, o foco concentrou-se na elaboração do planejamento operacional, por meio da aplicação do 5W2H, consi-

derando a técnica SMART para formulação de metas, a construção de ações prioritárias por eixo/setor, sua apresentação em plenária e a pactuação final dos encaminhamentos para 2026.

Como produto estruturante desse processo, utilizou-se a planilha 5W2H da oficina, preenchida pelas diretorias com base nas orientações metodológicas previamente disponibilizadas. Esse instrumento consolidou as propostas setoriais em formato operacional, articulando problemas priorizados, ações estratégicas, responsáveis, prazos, metas, indicadores e entregáveis. Complementarmente, o processo passou a dialogar com um painel dinâmico em Power BI, incorporado como recurso de visualização e acompanhamento das informações consolidadas. No escopo deste capítulo, o painel é compreendido como instrumento complementar de apoio ao monitoramento do planejamento, sem substituir a centralidade da planilha 5W2H e dos documentos institucionais que formalizam as decisões pactuadas.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A oficina consolidou-se como espaço de integração entre gestão estratégica, coordenação técnica e planejamento operacional no âmbito da SEVSAP. Sua realização respondeu à necessidade institucional de alinhar as ações das diretorias às diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, aos instrumentos formais de planejamento do SUS e às cooperações técnicas vigentes, especialmente aquelas vinculadas à OPAS. Ao reunir diferentes níveis da gestão em um mesmo ambiente de pactuação, o processo fortaleceu a articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária e ampliou a capacidade institucional de análise e programação das ações para 2026.

No primeiro dia, a oficina foi iniciada com acolhimento e dinâmica de integração, incluindo um painel de palavras voltado à apresentação dos participantes e à sistematização de expectativas em relação ao encontro. Em seguida, houve abertura institucional e exposição do portfólio anual da SEVSAP, com destaque para as

principais entregas e frentes de atuação, Relatório Anual de Gestão, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), prestação de contas e recursos vinculados à OPAS. Esse momento teve função importante de alinhamento político-institucional, ao mesmo tempo em que permitiu aos participantes situar o planejamento anual no interior da agenda estratégica mais ampla da Secretaria Executiva.

A etapa seguinte concentrou-se na análise situacional, com introdução conceitual e metodológica à matriz SWOT e à tabela GUT. O trabalho dos grupos resultou em um diagnóstico institucional que evidenciou, entre as fortalezas, a compreensão do território, a cooperação entre atores e redes, o engajamento das equipes, a qualificação técnica e a capacidade de resposta em situações críticas. Entre as fraquezas, destacaram-se falhas de comunicação e articulação com as GERES, insuficiência de recursos tecnológicos, fragilidade dos vínculos profissionais, excesso de burocracia e baixa eficiência da comunicação institucional. Como oportunidades, os grupos apontaram cooperação com a OPAS, parcerias com instituições de ensino e pesquisa, integração com a agenda governamental e experiências bem-sucedidas acumuladas. Entre as ameaças, foram mencionados ano eleitoral, desinformação, desarticulação intersetorial, interferências políticas e centralização de compras e contratos. Esse exercício permitiu identificar desafios críticos e estruturar uma leitura compartilhada da realidade institucional, orientando a etapa posterior de priorização e programação.

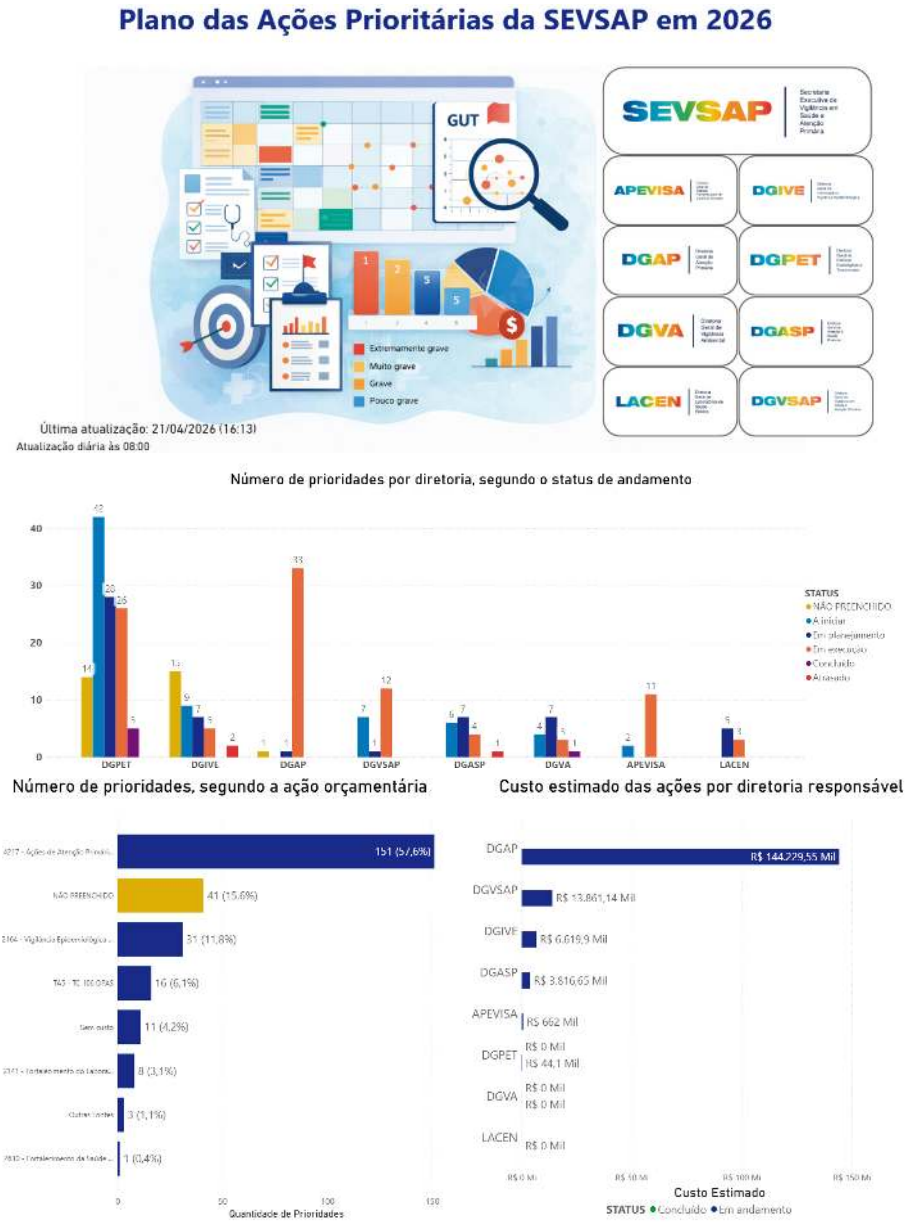
Ainda no primeiro dia, foi apresentada a relação entre planejamento macro da SES, Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde, POAS 2026 e planejamento OPAS, favorecendo a vinculação entre o diagnóstico institucional e os instrumentos formais do SUS. Na sequência, foram pactuados os eixos estratégicos para 2026 — Atenção Primária à Saúde, Políticas Estratégicas, Saúde Prisional e Vigilância — e introduzidas as técnicas SMART e 5W2H, a partir das quais os participantes foram divididos em

minigrupos para iniciar a construção da programação setorial.

No segundo dia, os grupos foram mantidos e direcionados à construção do planejamento operacional, com a orientação de formular ações prioritárias por eixo/setor, alinhadas aos instrumentos de gestão e às prioridades previamente identificadas. O trabalho concentrou-se na definição das ações, responsáveis, prazos de execução, metas, entregáveis e orçamento planejado, culminando em apresentações em plenária, debate coletivo e registro dos encaminhamentos pactuados para implementação em 2026. O relatório da oficina demonstra que a experiência não se restringiu a uma discussão conceitual sobre planejamento, mas resultou em um produto concreto de programação institucional, com potencial de orientar a execução e o acompanhamento das ações ao longo do exercício subsequente.

Nesse contexto, a planilha 5W2H funcionou como principal instrumento de consolidação das propostas, permitindo estruturar o plano de ação de maneira sistematizada e operativa. Sua utilização favoreceu maior clareza na definição do que seria feito, por que seria feito, onde, quando, por quem, como e com quais recursos, ampliando a objetividade do planejamento e a responsabilização das diretorias envolvidas. A essa base documental somou-se o uso de um painel em Power BI, incorporado como recurso complementar de visualização, comunicação analítica e acompanhamento dos dados consolidados. No âmbito da experiência relatada, o painel representou um avanço na organização das informações produzidas na oficina, ao favorecer leitura mais sintética e integrada das ações pactuadas, sem descaracterizar o protagonismo da construção participativa e da planilha setorial como eixo central do planejamento. Veja detalhes abaixo dos resumos do painel (Figura 1).

Figura 1. Painel de resultante da oficina com perfis do instrumento consolidou as propostas setoriais em formato operacional, articulando problemas priorizados, ações estratégicas, responsáveis, prazos, metas, indicadores e entregáveis da SEVSAP para o ano de 2026.



## Número de Problemas Prioritários segundo o Objetivo Estratégico

| Objetivo Estratégico | Número de Problemas Prioritários | Porcentagem |
|---|---|---|
| 25.Fortalecer as Políticas Estratégicas e de Equidade na Atenção à Saúde | 95 | 36% |
| 24.Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle das doenças e agravos e promoção da saúde | 41 | 16% |
| NÃO PREENCHIDO | 32 | 12% |
| 18.Fortalecer a Atenção à Saúde Integral no Sistema Prisional | 18 | 7% |
| 38.Implementar a Política de Gestão do Trabalho na Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde de forma regionalizada com garantia de recursos financeiros | 9 | 3% |
| 8.Apoiar institucionalmente as Secretarias Municipais de Saúde para o fortalecimento regional do Estado | 9 | 3% |
| 34.Gerir recursos próprios e captados com fluxos e processos bem estabelecidos, aprimorando mecanismos de registro e monitoramento dos custos em saúde | 7 | 3% |
| 21.Fortalecer a Rede de Cuidado para as doenças infecto-contagiosas, crônicas não transmissíveis e causas externas | 6 | 2% |
| 29.Fortalecer ações integradas de controle da tuberculose e hanseníase, no estado de Pernambuco | 5 | 2% |
| PO: Reaqualifica Lacen | 5 | 2% |
| 20.Fortalecer a Política Estadual das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites virais | 4 | 2% |
| 32.Garantir a execução dos Programas/Projetos prioritários de Governo de forma regionalizada | 4 | 2% |
| Outros | 4 | 2% |
| 5.Ampliar a oferta de procedimentos e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar | 3 | 1% |
| 50.Promover a segurança sanitária de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde ofertados à população | 3 | 1% |
| 3.Ampliar a Comunicação com a Sociedade | 2 | 1% |
| 37.Implementar a estratégia de Transformação Digital da SES destacando a implementação da inteligência epidemiológica, a interoperabilidade dos sistemas de informação | 2 | 1% |
| 39.Implementar e qualificar as ações de fortalecimento da Rede Pernambucana de Laboratórios (RPELAB) | 2 | 1% |
| 7.Aperfeiçoar as ações do Projeto Boa Visão | 2 | 1% |
| 22.Fortalecer a vigilância de Acidente de Transporte Terrestre (ATT) | 1 | 0% |
| 31.Fortalecer os espaços de planejamento e governança para que expressem as necessidades de saúde do território e do controle social | 1 | 0% |
| 36.Institucionalizar a Planificação da Atenção à Saúde como ferramenta para organização da Rede de Atenção à Saúde | 1 | 0% |
| 4.Ampliar a estrutura tecnológica da SES | 1 | 0% |
| 42.Potencializar as ações da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, incluindo a expansão e interiorização dos programas de residência em saúde nas áreas | 1 | 0% |
| 43.Qualificar a alocação dos recursos públicos com transparência para garantir eficácia, eficiência e efetividade no gasto da saúde pública | 1 | 0% |







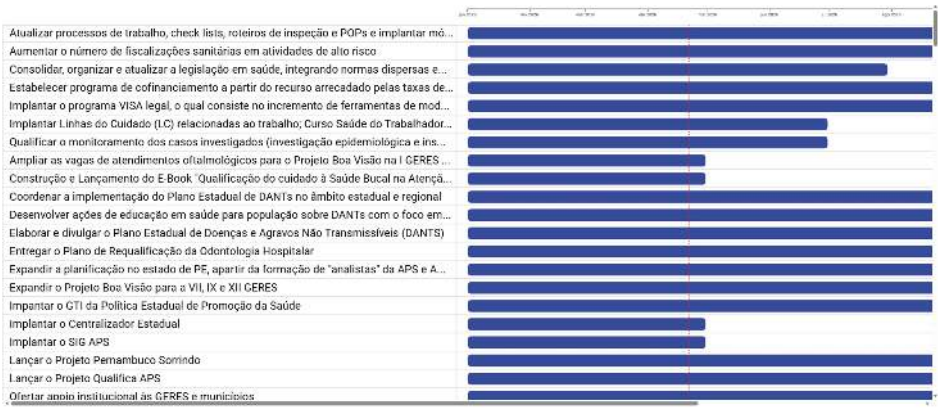
Árvore hierárquica da distribuição das ações prioritárias, segundo diretoria, responsável e andamento




Problemas Prioritários Não Concluídos, Ordenados por Nível de Prioridade segundo a Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência)

| GUT | PROBLEMA PRIORITÁRIO | PRODUTO ENTREGÁVEL |
|---|---|---|
| 125 | Acesso Equânime: Vazios assistenciais e organização incipiente da RCPD em Pernambuco | Formação Profissional (cursos/oficinas/foruns/treinamentos/capacitações e afins) |
| 125 | Ausência de linha de cuidado (APS e atenção especializada) | Implantação de Linha de Cuidado |
| 125 | Ausência de Programa Estadual de APEV. | Formação Profissional (cursos/oficinas/foruns/treinamentos/capacitações e afins) |
| 125 | Ausência de uma Linha de Cuidado em Saúde LGBT, especialmente no que se refere à hormonização estrogênica e androgênica para pessoas travesiis e transexuais, ao acesso as ações de saúde mental e a outras demandas assistenciais específicas | Formação Profissional (cursos/oficinas/foruns/treinamentos/capacitações e afins) |
| 125 | Ausência de uma Linha de Cuidado em Saúde LGBT, especialmente no que se refere à hormonização estrogênica e androgênica para pessoas travesiis e transexuais, ao acesso as ações de saúde mental e a outras demandas assistenciais específicas. | Implantação de Linha de Cuidado |
| 125 | Baixa visibilidade da Política de Saúde do Homem | Material Educativo |
| 125 | Desatualização da Norma Legal da PPHC PORTARIA SES/PE Nº 519 De 21 De DeZEMBRO De 2020 | Publicar portaria |
| 125 | Descumprimento da Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que estabelece a política antimanicomial e o fim dos manicômios judiciários no Brasil até agosto de 2024. | Fechamento de Serviço |
| 125 | DSPET em diálogo: Insuficiente interlocução da PPSI/GRT | Elaboração de Material Institucional (POP/códigos/cartilha/boletim/informes e afins) |
| 125 | DGPET Forte: AUSÊNCIA DE POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE INTEGRAL PARA PCTS | Elaboração de Política de Saúde |

Acompanhamento do prazo estipulado para início e conclusão das Ações Estratégicas



Problemas Prioritários Não Concluídos, Ordenados por Nível de Prioridade segundo a Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência)

| GUT | PROBLEMA PRIORITÁRIO | AÇÃO ESTRATÉGICA | RESPONSÁVEL | ID |
|---|---|---|---|---|
| 15 | Acesso Equânime: Vazios assistenciais e organização incipiente da RCPD em Pernambuco | qualificar e ampliar plano de ação para ampliação e qualificação de concessão de OPM | Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência - CASPD | DGPET nº87 |
| 15 | Ausência de linha de cuidado (APS e atenção especializada) | Construir Linha de Cuidado de Saúde do Homem com foco em Urologia | Coordenação de Atenção à Saúde do Homem - CASH) | DGPET nº45 |
| 15 | Ausência de Programa Estadual de APLV. | Elaborar, pactuar e implementar protocolo Estadual de atenção Nutricional à pessoa com APLV | Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável - CSANS | DGPET nº5 |
| 15 | Ausência de uma Linha de Cuidado em Saúde LGBT, especialmente no que se refere à hormonização estrogênica e androgênica para pessoas travestis e transexuais, ao acesso às ações de saúde mental e a outras demandas assistenciais específicas. | Elaborar uma Linha de Cuidado - Diversidade PE | Coordenação de Saúde Integral da População LGBT+ - CESLGBT | DGPET nº16 |
| 15 | Ausência de uma Linha de Cuidado em Saúde LGBT, especialmente no que se refere à hormonização estrogênica e androgênica para pessoas travestis e transexuais, ao acesso às ações de saúde mental e a outras demandas assistenciais específicas. | Realizar seminário para apresentação da linha de cuidado Diversidade PE | Coordenação de Saúde Integral da População LGBT+ - CESLGBT | DGPET nº17 |

## DISCUSSÃO

A experiência da Oficina de Avaliação 2025 e Planejamento Anual de Saúde 2026 evidencia que o planejamento em saúde ganha maior densidade institucional quando articula diagnóstico, pactuação política, programação operativa e mecanismos de acompanhamento. Em vez de permanecer circunscrito à formalidade dos instrumentos normativos, o processo desenvolvido pela SEVSAP buscou construir um planejamento orientado por problemas, metas e responsabilidades, aproximando-se de uma lógica mais estratégica, participativa e aplicável à gestão cotidiana. Essa orientação é coerente com os desafios expressos no próprio Plano Estadual de Saúde, que destaca a necessidade de fortalecer o planejamento participativo, ampliar o uso de informações em saúde na tomada de decisões e consolidar instrumentos de monitoramento e avaliação no SUS.

A combinação de análise situacional, matriz SWOT, GUT, SMART e 5W2H mostrou-se especialmente relevante por permitir a passagem do diagnóstico institucional para a formulação de respostas operacionais. Em muitos contextos, o planejamento em saúde sofre com fragmentação entre análise e execução, produzindo documentos pouco apropriados pelas equipes e frágeis

em termos de acompanhamento. Na experiência aqui relatada, a oficina buscou reduzir essa distância ao trabalhar simultaneamente os desafios críticos, a priorização, a formulação de metas e a explicitação de responsáveis e prazos. O fato de o Despacho 6 já exigir, como conteúdo mínimo do PTA, ação, descrição objetiva, entregas, metas, indicadores, meios de verificação, cronograma e responsáveis fortaleceu a aderência do processo a uma lógica de planejamento mais executiva e monitorável.

Outro aspecto relevante refere-se à governança. O processo de oficina, ao reunir secretário executivo, diretores, gerentes, coordenadores, pontos focais e apoio técnico externo, produziu um espaço de governança interna que favoreceu alinhamento entre níveis estratégico, tático e operacional. Isso é particularmente importante em estruturas complexas como a SEVSAP, nas quais a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária depende não apenas de diretrizes gerais, mas de rotinas institucionais de cooperação, definição de prioridades e acompanhamento compartilhado. Nesse sentido, a pactuação coletiva final constituiu não apenas encerramento metodológico, mas ato político-administrativo de validação e corresponsabilização das áreas envolvidas.

A discussão também permite reconhecer que a própria oficina tornou visíveis limites estruturais que podem tensionar a implementação das ações planejadas, tais como dificuldades de comunicação com as GERES, insuficiência de recursos tecnológicos, burocratização e interferências políticas. Esses achados são importantes porque demonstram que a potência do planejamento não reside apenas na formulação das ações, mas na capacidade institucional de acompanhar, revisar e reprogramar sua execução diante dos constrangimentos do contexto. Por isso, a planilha 5W2H assume papel decisivo: ela funciona como elo entre a discussão coletiva e a possibilidade de gestão concreta do que foi pactuado.

Nesse quadro, a incorporação do painel em Power BI adquire relevância analítica. Seu uso, no contexto desta experiência, não deve ser compreendido como simples adição tecnológica ou

recurso meramente ilustrativo. O painel atua como dispositivo complementar de visualização e monitoramento, com potencial para ampliar a inteligibilidade das informações produzidas na oficina, apoiar reuniões de acompanhamento, favorecer a leitura integrada das ações e contribuir para o monitoramento dos prazos, metas e entregáveis. Quando articulado à planilha 5W2H e aos instrumentos formais de planejamento, ele reforça uma concepção de gestão orientada por informação qualificada, tornando o planejamento mais acessível às equipes e mais passível de acompanhamento continuado.

Por fim, a experiência da SEVSAP sugere que o fortalecimento do planejamento em saúde depende não apenas de vontade política ou domínio metodológico, mas da construção de uma cultura institucional que valorize análise, pactuação, registro qualificado e monitoramento. A oficina avançou nesse sentido ao produzir não só um espaço de debate, mas um conjunto de instrumentos que articulam decisão, responsabilização e acompanhamento, sinalizando um movimento de amadurecimento do planejamento anual no interior da gestão estadual.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Oficina de Avaliação 2025 e Planejamento Anual de Saúde 2026 da SEVSAP constituiu experiência institucional relevante para o fortalecimento do planejamento participativo, da governança interna e da integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Pernambuco. Sua principal contribuição foi articular, em um mesmo processo, avaliação do período anterior, análise situacional, pactuação de prioridades e programação operativa das ações para o exercício subsequente. Ao fazê-lo, a oficina ultrapassou a dimensão meramente formal do planejamento e produziu um espaço de construção coletiva orientado por problemas, metas e responsabilidades.

O percurso metodológico adotado mostrou que a combinação de instrumentos participativos e ferramentas de planejamento

pode favorecer maior clareza estratégica e operacional. A análise situacional permitiu explicitar fragilidades, potencialidades, oportunidades e ameaças; a pactuação dos eixos organizou prioridades; e a planilha 5W2H ofereceu base concreta para transformar deliberações em ações monitoráveis. Assim, a oficina fortaleceu o alinhamento entre as diretorias, ampliou a visibilidade das responsabilidades institucionais e consolidou um produto programático útil para orientar a execução de 2026.

A experiência também evidenciou que a sustentabilidade do processo depende da continuidade do monitoramento e da capacidade de atualização das informações ao longo do tempo. Nesse ponto, a articulação entre planilha 5W2H e painel em Power BI representa um avanço importante, pois combina registro estruturado das ações com recurso complementar de visualização e acompanhamento. Quando integrado às rotinas de gestão, esse painel pode contribuir para ampliar a rastreabilidade das decisões, fortalecer a leitura analítica do planejamento e apoiar revisões periódicas do processo, sem substituir o caráter participativo que deu origem às pactuações.

Conclui-se, portanto, que a oficina não apenas produziu ações para o ano seguinte, mas também fortaleceu uma lógica institucional de planejamento mais integrada, analítica e orientada por resultados. Como perspectiva futura, recomenda-se a institucionalização de rotinas periódicas de monitoramento, reprogramação e uso sistemático dos instrumentos produzidos, de modo que o planejamento anual se consolide como prática viva de gestão e não apenas como exigência formal.

## REFERÊNCIAS


1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Informações para a gestão estadual do SUS 2023-2026 [Internet]. Brasília: CONASS; 2023 [citado 2026 abr 21]. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/informacoes-para-a-gestao-estadual-do-sus/ (Conass)
2. Pernambuco. Conselho Estadual de Saúde. Resolução nº 895, de 19 de outubro de 2022. Aprova as diretrizes do Plano Estadual de

Saúde (PES) para o quadriênio 2024-2027. Recife: CES/PE; 2022.

3. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2024-2027 [Internet]. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2024 [citado 2026 abr 21]. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/plano-estadual-de-saude/ (Portal da Saúde de Pernambuco)

4. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. Nota Técnica nº 01/2026: Oficina de Avaliação 2025 e Planejamento 2026 - SEVSAP. Recife: SES-PE/SEVSAP; 2026.

5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Despacho 6. Processo nº 2300000019.000083/2026-53. Assunto: elaboração do Plano de Trabalho Anual (PTA) 2026 – TC106/TA5 (OPAS/OMS). Recife: SES-PE; 2026.

6. Malta DC, Santos FP. Planejamento estratégico em saúde no Brasil: ascensão e desprestígio. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2025;29:e-1570. doi: 10.35699/2316-9389.2024.49473.

7. Rached CDA, Almeida FR, Rodrigues DHG, Campos MS, Higashi MK, Pereira IM. Planejamento estratégico situacional: relato de experiência por discentes de enfermagem. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2024;28:e-1559. doi: 10.35699/2316-9389.2024.47619.

8. Silva RCF, Santos ERR, Martelli PJL, Sobrinho JEL, Souto CCL. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. Physis (Rio J) [Internet]. 2020;30(3):e300331. doi: 10.1590/S0103-73312020300331

9. Santos ERR, Leite AFB, Silva APSC. A tomada da decisão no cotidiano do gestor da saúde: tecnologias, instrumentos e estratégias de atuação. Recife: Ed. UFPE; 2018.

10. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Goiás. Asis: análise de situação de saúde. Vol. 1, livro texto [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2026 abr 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf (Biblioteca Virtual em Saúde MS)

11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. Oficina de avaliação 2025 e planejamento anual de saúde 2026 (SEVSAP): relatório. Recife: SES-PE/SEVSAP; 2026.

12. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva

de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. Diretoria Geral de Informações Estratégicas. Núcleo de Inovação, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico: Pernambuco 2012-2021. 3. ed. [Internet]. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; 2024 [citado 2026 abr 21]. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/PERFIL_com%20ficha%20catalograficadocx.pdf

# 08 VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A AGROTÓXICOS EM PERNAMBUCO: TERRITÓRIO, CUIDADO E INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Daniella Oliveira Albuquerque Lins[1]
Janaina Ferreira da Silva[1]
Camila Nóbrega Damasceno[1]
Camila Caroline da Silva[1]
Pollyana Perez Santiago[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap8

## RESUMO

A exposição humana aos agrotóxicos constitui relevante problema de saúde pública, especialmente em territórios rurais marcados por vulnerabilidades socioambientais, informalidade laboral e baixa percepção de risco. Este capítulo relata a experiência da Coordenação Estadual de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos e Físicos de Pernambuco no fortalecimento da Vigilância de Populações Expostas a Agrotóxicos. Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo e analítico, sistematizado a partir do apoio técnico às Gerências Regionais de Saúde, municípios, equipes da Atenção Primária à Saúde e trabalhadores rurais. A experiência envolveu formação de grupos de trabalho, elaboração

de planos de ação, oficinas territoriais, uso da Ficha Amarela e da Carteira do Aplicador, qualificação da notificação de intoxicações exógenas e articulação com a vigilância da água para consumo humano. Os avanços apontam para maior institucionalização da agenda e ampliação da visibilidade das populações expostas. Persistem desafios relacionados à subnotificação, adesão municipal, rotatividade de profissionais e sustentabilidade das ações. Conclui-se que a experiência pernambucana reafirma a VSPEA como prática territorial, integrada à Atenção Primária e orientada pela justiça ambiental.

**Palavras-chave:** Agrotóxicos, Vigilância em saúde ambiental, Atenção primária à saúde, Saúde do trabalhador, Justiça ambiental

## INTRODUÇÃO

A exposição aos agrotóxicos muitas vezes chega aos serviços de saúde como queixas inespecíficas: tontura, coceira, falta de ar ou dor de cabeça após o trabalho rural[1,2]. Antes de virarem estatística, esses sinais circulam no território, misturados ao trabalho, à água, à terra e à naturalização do risco[3].

A exposição humana aos agrotóxicos é desafio relevante para a vigilância em saúde ambiental no Brasil. As Diretrizes Nacionais da VSPEA orientam ações integradas de promoção, prevenção, vigilância e atenção à saúde[2]. A Portaria GM/MS nº 2.938/2012 induziu nacionalmente essa agenda[4], e a Política Nacional de Vigilância em Saúde reafirma a vigilância como função essencial do SUS[5].

Em Pernambuco, a VSPEA ganha contornos próprios diante da diversidade produtiva, dos territórios rurais e da exposição de trabalhadores e famílias no trabalho, no domicílio, na água, nos alimentos e no ambiente. A legislação estadual oferece base para atuação intersetorial[6,7]. Este capítulo relata a experiência da VIGIPEQ/SES-PE no fortalecimento da VSPEA como estratégia para dar visibilidade a riscos frequentemente invisibilizados no cotidiano rural.

## METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo e analítico, elaborado a partir da atuação técnico-institucional da Coordenação Estadual de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos e Físicos de Pernambuco.

A experiência foi sistematizada considerando ações desenvolvidas junto às Gerências Regionais de Saúde, municípios prioritários, equipes de Atenção Primária, vigilâncias municipais e trabalhadores rurais. Foram incluídas atividades de apoio técnico, oficinas, reuniões de monitoramento, orientação para planos de ação, incentivo à formação de grupos de trabalho, uso de instrumentos de identificação de trabalhadores expostos e qualificação da notificação de intoxicações exógenas.

A análise foi organizada em três dimensões: construção institucional da VSPEA; fluxos de articulação entre Atenção Primária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e gestão municipal; e instrumentos utilizados para tornar visíveis as populações expostas. A Tabela 1 sintetiza marcos normativos e operacionais relevantes da experiência.

Tabela 1. Linha do tempo da implementação e fortalecimento da VSPEA em Pernambuco

| Período | Marco | Contribuição |
|---|---|---|
| 2012 | Portaria GM/MS nº 2.938/2012 | Indução nacional da VSPEA. |
| 2017 | Diretrizes Nacionais da VSPEA | Organização conceitual e operacional. |
| 2018 | Política Nacional de Vigilância em Saúde | Reforço da vigilância como função essencial do SUS. |
| 2021 | Portaria GM/MS nº 888/2021 | Integração com vigilância da água. |
| 2022-2023 | Oficinas em municípios prioritários | Aproximação com trabalhadores, APS e vigilâncias municipais. |
| 2024-2025 | Monitoramento, GTs e planos de ação | Consolidação como agenda estadual. |
| 2026 | Novas oficinas integradas VSPEA/VIGIÁGUA/APS | Ampliação territorial e intersetorial. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A implementação da VSPEA em Pernambuco foi construída como agenda de aproximação entre vigilância, território e cuidado. A exposição aos agrotóxicos atravessa o preparo da calda, a pulverização, a lavagem de roupas, o armazenamento doméstico, o descarte de embalagens, a água de áreas agrícolas e sintomas nem sempre reconhecidos como intoxicação.

A primeira estratégia foi apoiar Grupos de Trabalho municipais e regionais, reunindo vigilância ambiental, vigilância epidemiológica, Atenção Primária, saúde do trabalhador, gestão municipal e, quando possível, agricultura, educação, meio ambiente e assistência social. Assim, a VSPEA passou a compor uma agenda compartilhada de planejamento, acompanhamento e resposta territorial.

Associados aos GTs, os planos de ação municipais foram estimulados como instrumentos de gestão. Eles transformam diagnóstico em compromisso, definem responsabilidades, prazos e produtos, além de reconhecer padrões territoriais, fragilidades de notificação, necessidades formativas e possibilidades intersetoriais.

A Atenção Primária assumiu centralidade por estar onde a exposição acontece. A equipe da unidade básica conhece famílias, rotinas produtivas e queixas repetidas. Essa centralidade dialoga com a Política Nacional de Atenção Básica, ao reconhecer a APS como ordenadora do cuidado e próxima do território[8].

Tabela 2. Fluxo de atuação da VSPEA articulando APS, vigilância e gestão

| Etapa | Ação | Produto |
|---|---|---|
| **Identificação territorial** | Reconhecer áreas agrícolas, trabalhadores e situações de risco. | Mapeamento de expostos. |
| **Escuta e suspeição** | Identificar sintomas, relatos e episódios de exposição. | Suspeição clínica. |
| **Registro** | Utilizar Ficha Amarela e Carteira do Aplicador. | Cadastro do trabalhador. |
| **Notificação** | Registrar casos suspeitos/confirmados no SINAN. | Informação epidemiológica. |

Continuação Tabela 2.

| Etapa | Ação | Produto |
|---|---|---|
| **Investigação** | Analisar produto, local, atividade e circunstâncias. | Leitura integrada do caso. |
| **Ação territorial** | Realizar orientação, oficinas e busca ativa. | Redução de riscos. |
| **Monitoramento** | Acompanhar planos, notificações e necessidades de apoio. | Gestão estadual/regional da VSPEA. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

As oficinas territoriais com trabalhadores rurais e profissionais de saúde foram fundamentais. Nessas atividades, discutiram-se formas de exposição, sinais e sintomas, uso de equipamentos de proteção, armazenamento, descarte de embalagens, proteção de crianças e gestantes e importância da busca por atendimento.

Dois instrumentos ganharam destaque: a Ficha Amarela para Cadastro de Trabalhador(a) Rural Exposto Diretamente a Agrotóxico(s) e a Carteira do Aplicador. A Ficha organiza informações sobre atividade, exposição, sintomas, proteção e território. A Carteira favorece a comunicação entre trabalhador, equipe de saúde e vigilância.

A notificação das intoxicações exógenas no SINAN foi tratada como prioridade, em consonância com a organização da vigilância de agravos e eventos de interesse em saúde pública[9]. A subnotificação decorre da dificuldade de reconhecimento, medo do trabalhador, fragilidade dos fluxos e baixa sensibilização profissional.

A articulação com a vigilância da qualidade da água ampliou a compreensão do risco. A Portaria GM/MS nº 888/2021 estabelece procedimentos de controle e vigilância da água para consumo humano. Em áreas agrícolas, a análise de agrotóxicos em água ajuda a identificar exposições coletivas e orientar medidas de proteção.

Tabela 3. Instrumentos e estratégias da VSPEA em Pernambuco

| Instrumento/estratégia | Finalidade |
|---|---|
| GT da VSPEA | Reunir áreas técnicas e setores parceiros. |
| Plano de ação | Organizar objetivos, responsáveis, prazos e produtos. |
| Ficha Amarela | Cadastrar trabalhadores expostos. |
| Carteira do Aplicador | Apoiar acompanhamento e comunicação com a APS. |
| Oficinas territoriais | Aproximar saber técnico e saber popular. |
| SINAN | Registrar intoxicações exógenas. |
| SISAGUA | Relacionar exposição e qualidade da água. |
| Monitoramento estadual | Acompanhar municípios, GERES e planos de ação. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

A experiência evidencia que a VSPEA é mais que a soma de instrumentos, sistemas e reuniões: é uma forma de ler o território. O adoecimento por agrotóxicos pode aparecer como evento agudo ou como processo crônico e silencioso, atravessado por trabalho, renda, gênero, idade e desigualdade social[3,10].

As Diretrizes Nacionais e o manual da OPAS orientam ações integradas de promoção, prevenção, vigilância e atenção à saúde para populações expostas a agrotóxicos[1,3]. Em Pernambuco, essa orientação se materializa quando a VSPEA se aproxima da APS, da vigilância epidemiológica, da vigilância ambiental e da gestão.

A justiça ambiental é uma dimensão central. A exposição aos agrotóxicos não se distribui igualmente: trabalhadores rurais, agricultores familiares, mulheres, crianças, gestantes e populações vulnerabilizadas tendem a ter menor capacidade de proteção e maior carga de exposição, como apontam estudos e sínteses críticas sobre o tema[3,11].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de Pernambuco demonstra que a VSPEA exige presença territorial, integração institucional e compromisso com as populações rurais. GTs, planos de ação, oficinas, Ficha Amarela, Carteira do Aplicador, notificação no SINAN e articulação com a vigilância da água são estratégias complementares para tornar visíveis exposições naturalizadas.

Os avanços indicam maior institucionalização da agenda, aproximação com a Atenção Primária e fortalecimento do apoio estadual. Persistem desafios: subnotificação, adesão desigual, fragilidade intersetorial, rotatividade de profissionais e necessidade de monitoramento permanente.

Conclui-se que a VSPEA é agenda estratégica do SUS em Pernambuco: uma vigilância que não se limita a contar casos, mas aprende a escutar o território antes que o adoecimento vire estatística.

## REFERÊNCIAS


1. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília (DF): OPAS; 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
3. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC, organizadores. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.938, de 20 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
5. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2018.
6. Pernambuco. Lei nº 12.753, de 21 de janeiro de 2005. Recife: Governo do Estado de Pernambuco; 2005.

7. Pernambuco. Decreto nº 31.246, de 28 de dezembro de 2007. Recife: Governo do Estado de Pernambuco; 2007.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 6ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.

11. Rigotto RM, Vasconcelos DP, Rocha MM. Uso de agrotóxicos no Brasil e problemas para a saúde pública. Cad Saude Publica. 2014;30(7):1360-2.

# 09 QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM PARA ADMINISTRAÇÃO DA VACINA BCG NA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Maria Elissiany de Azevedo Silva Cavalcanti
Edson Gomes Lopes
Pamella Ramony Domingos Patriota
Marta Tenório Batista de Souza
Giselly Poliany de Souza Tavares

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap9

**RESUMO**

A vacina BCG é fundamental na prevenção das formas graves da Tuberculose, especialmente em crianças, sendo sua administração uma prática essencial nas salas de vacina de Atenção Primária à Saúde e referências hospitalares. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma oficina de capacitação prática voltada para profissionais de enfermagem, com foco na formação de multiplicadores na VI Região de Saúde de Pernambuco. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de uma abordagem teórico-prática, contemplando atualização sobre imunização, técnica correta de administração intradérmica da BCG, manejo de

eventos adversos e organização do processo de trabalho nas salas de vacina. A metodologia incluiu momentos expositivos, demonstração prática, simulação realística e avaliação de competências. Como resultados, observou-se melhoria no desempenho técnico dos participantes, maior segurança na execução do procedimento e fortalecimento da estratégia de educação permanente em saúde nos territórios. Conclui-se que iniciativas como essa fortalecem a qualidade da assistência, promovem a segurança do paciente e ampliam a efetividade das ações de imunização.

**Palavras-chave:** BCG, Imunização, Capacitação profissional, Enfermagem, Educação em saúde

## INTRODUÇÃO

A Tuberculose permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, exigindo estratégias eficazes de prevenção e controle. A vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é indicada prioritariamente para recém-nascidos, sendo essencial na prevenção de formas graves da doença, como meningite tuberculosa e tuberculose miliar[1,2].

Nesse contexto, a atuação dos profissionais de enfermagem nas salas de vacina é estratégica, uma vez que esses profissionais são responsáveis diretos pela administração dos imunobiológicos em tempo oportuno principalmente nas salas de vacina no âmbito hospitalar nas primeiras horas de vida[3,4].

No entanto, verificou-se a carência no território de profissionais capacitados, desafios esses relacionados à técnica de aplicação, conservação da vacina e manejo de eventos adversos que podem comprometer a qualidade da assistência[3-5].

Diante disso, a Educação Permanente em Saúde surge como ferramenta essencial para qualificação profissional e melhoria dos serviços. A formação de multiplicadores permite ampliar o alcance das capacitações, garantindo que o conhecimento seja disseminado de forma contínua nos territórios[6].

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma oficina de qualificação prática em BCG, voltada para profissionais de enfermagem da VI Região de Saúde de Pernambuco.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado na VI Região de Saúde do estado de Pernambuco, envolvendo profissionais de enfermagem atuantes nas salas de vacina dos municípios da regional. A oficina foi estruturada em duas etapas. Essa qualificação foi realizada no II Seminário de Imunização promovido pela regional em outubro de 2025.

A primeira consistiu na etapa teórica, com abordagem de conteúdos relacionados aos conceitos fundamentais sobre imunização, indicação, conservação e preparo da vacina BCG, técnica correta de administração intradérmica, Eventos Supostamente Atribuíveis a Vacinação e Imunização (ESAVI), além do registro e monitoramento das ações de vacinação.

A segunda etapa correspondeu à prática, contemplando demonstração da técnica de aplicação da BCG, simulação realística em manequins com pele sintética, treinamento e prática supervisionada na Maternidade do Hospital Regional Ruy de Barros Correia com profissional habilitado, bem como avaliação prática individual.

Foi estimulada à formação de multiplicadores, incluindo estratégias de replicação do conhecimento nos territórios, organização de oficinas locais e apoio institucional com monitoramento das ações. Para o desenvolvimento das atividades, foram utilizados recursos pedagógicos como apresentações dialogadas, materiais ilustrativos e práticas supervisionadas.

## RESULTADOS

A qualificação contou com a participação de profissionais de enfermagem dos 13 municípios da VI GERES sendo eles: Arcoverde, Buíque, Custodia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra,

Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa, promovendo integração regional e troca de experiências.

Observou-se em supervisões periódicas que muitos profissionais apresentavam dificuldades na execução da técnica intradérmica correta, especialmente na formação da pápula característica da aplicação da BCG. Após a capacitação, houve melhora significativa na execução do procedimento, com maior precisão técnica e segurança segundo normas exigidas pelo programa de imunização[7,8].

A estratégia de simulação realística foi fundamental para o desenvolvimento das habilidades práticas, permitindo que os participantes vivenciassem situações próximas à realidade do serviço conforme apresentado na Figura 1.

Além disso, a proposta de formação desses profissionais possibilitou que os profissionais capacitados assumissem papel ativo na disseminação do conhecimento, fortalecendo a educação permanente nos municípios. A parte prática foi realizada em parceria com a Maternidade do Hospital Regional Ruy de Barros Correia, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 1. II Seminário de Imunização da VI Região de Saúde.



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 2. Prática na Maternidade do Hospital Regional Ruy de Barros Correia.




Fonte: Acervo pessoal.

## DISCUSSÃO

Sabe-se que a oferta e oportunização da vacina nas primeiras horas de vida é fundamental na garantia de direitos e quebra de barreiras no processo de imunização em todo território[4].

A qualificação dos profissionais de enfermagem é um fator determinante para a qualidade das ações de imunização. A administração correta da BCG exige habilidade técnica específica, sendo fundamental a realização de treinamentos práticos[5,6].

Estudos apontam que falhas na técnica de aplicação podem comprometer a eficácia da vacina e aumentar a ocorrência de eventos adversos. Nesse sentido, a capacitação contínua se configura como estratégia essencial para a melhoria dos indicadores de saúde[7-9].

A formação de multiplicadores se destaca como uma abordagem eficiente, pois amplia o alcance das ações educativas e promove maior autonomia dos municípios. Essa estratégia está alinhada aos princípios da Educação Permanente em Saúde e ao fortalecimento da atenção a saúde[10].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oficina de capacitação prática em administração da BCG mostrou-se uma estratégia eficaz para qualificação dos profissionais de enfermagem e fortalecimento das ações de imunização na VI Região de Saúde de Pernambuco.

A formação de multiplicadores contribuiu para a disseminação do conhecimento, padronização das práticas e melhoria da qualidade da assistência. Recomenda-se a continuidade de iniciativas semelhantes, com ampliação para outros temas da imunização.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 2 ed. Revisada Brasília: MS, 2024.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. Brasília: MS; 2026.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade: para municípios e unidades básicas de saúde. 2 ed. Brasília: MS, 2025.
4. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Técnica nº 20, de 3 de outubro de 2025. CPEI/SES-PE. Estabelece orientações sobre o passo a passo para utilização da vacina BCG. Recife: SES-PE. 2025
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações. 6 ed. Brasília: MS, 2020.
6. Martins JRT, Viegas SM da F, Oliveira VC de, Rennó HMS. Vaccination in everyday life: experiences indicate Permanent Education. Escola Anna Nery. 2019;23(4). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0365.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adverso Pós-vacinação. 4 ed. Brasília: MS, 2020.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5 ed. Revisada Brasília: MS, 2022.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026. Brasília: MS, 2026.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 50 anos. Brasília: MS; 2023.

# 10 PIT STOP DO CTA MORENO: ESTRATÉGIA ITINERANTE DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO PARA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mércia Maria Rodrigues Alves
Airton Rodrigo Portela Cabral
Ramon Nascimento da Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Moreno, Moreno, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap10

**RESUMO**

A vigilância em saúde deve abranger todos os níveis e formas de atenção à saúde, orientar o modelo de atenção e atuar com base no conhecimento do território. Articulada com a Atenção Primária à Saúde (APS), deve expandir sua atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde visando à integralidade e equidade no cuidado. O relato de experiência teve como objetivo promover a ampliação do acesso à testagem rápida e ao aconselhamento em Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV, sífilis e hepatites virais), através de ações itinerantes, fortalecendo a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, estimulando práticas de prevenção, diagnóstico precoce e cuidado integral no município de Moreno–PE. O projeto Pit Stop do CTA surgiu como ação estratégica da Vigilância em Saúde para descentralizar o acesso aos

serviços de testagem e aconselhamento. As atividades foram realizadas em espaços públicos, escolas, empresas e órgãos municipais. A equipe multiprofissional ofereceu testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais, aconselhamento pré e pós-teste, distribuição de preservativos e acesso à profilaxia. A iniciativa aproximou o CTA da população, fortalecendo vínculos e ampliando a cobertura preventiva. A experiência evidenciou que a descentralização das ações de testagem e aconselhamento foi fundamental para reduzir barreiras de acesso a população e estigma. O Pit Stop do CTA consolidou-se como prática inovadora e replicável, demonstrando a efetividade das ações itinerantes na ampliação do acesso à prevenção e ao diagnóstico.

**Palavras-chave:** Vigilância em saúde, Atenção primária à saúde, Infecções sexualmente transmissíveis, Prevenção

## INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde deve abranger todos os níveis e formas de atenção à saúde, orientar o modelo de atenção e atuar com base no conhecimento do território[1,2]. Articulada com a Atenção Primária a Saúde (APS) e com a participação da comunidade, deve expandir sua atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde visando à integralidade e equidade no cuidado. De forma ativa, a vigilância em saúde atua na promoção da saúde, com atividades educativas, busca ativa, notificação, acompanhamento e monitoramento dos casos[3,4].

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) é um serviço de saúde integrante da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado à prevenção, diagnóstico precoce e orientação relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), com ênfase no Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis e hepatites virais B e C. A coordenação do CTA do município de Moreno, parte integrante da Vigilância em Saúde, realiza testagem rápida e gratuita, de forma voluntária, sigilosa e com respeito aos

princípios da ética, confidencialidade, equidade e humanização do cuidado[5,6].

As atividades desenvolvidas incluem o aconselhamento pré e pós-teste, que visa promover a reflexão sobre comportamentos de risco, incentivar práticas sexuais seguras, fortalecer a autonomia do usuário e favorecer o autocuidado. Além do diagnóstico, o CTA atua como porta de entrada para o encaminhamento oportuno dos usuários com resultados reagentes aos serviços especializados, garantindo a vinculação ao tratamento e o acompanhamento adequado pela APS, conforme os fluxos estabelecidos na rede de saúde[7,8].

Dessa forma, o relato de experiência teve como objetivo promover a ampliação do acesso à testagem rápida e ao aconselhamento em IST's (HIV, sífilis e hepatites virais), através de ações itinerantes, fortalecendo a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, estimulando práticas de prevenção, diagnóstico precoce e cuidado integral no município de Moreno–PE.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado na Vigilância em Saúde do município de Moreno-PE, pela coordenação do CTA, com o intuito de ampliar o acesso a testagem rápida através de ações itinerantes. O planejamento do projeto Pit Stop do CTA se deu a partir de reuniões entre a Vigilância e APS. Ações foram articuladas e programadas para atuação do CTA dentro da Secretaria de Saúde, assim como outras secretarias que realizassem ações/movimentos com participação da população. Este trabalho foi colocado em prática a partir de maio de 2025 e encontra-se atuante até maio de 2026, com pretensões de continuidade.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Pit Stop do CTA surgiu como ação estratégica da Vigilância em Saúde para descentralizar o acesso aos serviços de testagem e aconselhamento. As atividades foram realizadas em espaços pú-

blicos, escolas, empresas e órgãos municipais. A equipe multiprofissional, composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma assistente social e um psicólogo, ofereceram testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais, aconselhamento pré e pós-teste, distribuição de preservativos e acesso à profilaxia. A iniciativa aproximou o CTA da população, fortalecendo vínculos e ampliando a cobertura preventiva.

A estratégia Pit Stop do CTA ampliou significativamente o número de testes realizados no município, passando de 207 durante todo o ano de 2024 para 612 no período de maio a setembro de 2025, resultando num aumento de 196%. Ocorreram aumento tanto no diagnóstico precoce, quanto na vinculação imediata dos casos positivos ao tratamento especializado. Observou-se maior adesão da população às ações preventivas e aumento da procura espontânea pelo CTA. Além disso, a experiência fortaleceu a articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária e possibilitou melhorias na resposta local às IST's.

## DISCUSSÃO

A experiência evidenciou que a descentralização das ações de testagem e aconselhamento foi fundamental para reduzir barreiras de acesso a população e estigma. Essa afirmação nos faz refletir que dentro do SUS a Vigilância em Saúde é um dos pilares fundamentais atuando como um mecanismo essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças[9].

A atuação integrada das equipes revelou-se essencial para garantir o cuidado contínuo e a colaboração entre diferentes setores, como exemplo, saúde, educação e assistência social, é fundamental para o sucesso das estratégias de vigilância evidenciando a importância da prevenção, do diagnóstico precoce e do tratamento adequado[9,10].

Dentre os desafios encontrados podem ser citados a necessidade de capacitação permanente dos profissionais e logística adequada para deslocamento das equipes para as ações. O envol-

vimento intersetorial e comunitário mostrou-se um diferencial para o sucesso da iniciativa. Estratégias de integração relacionadas ao processo de trabalho possibilita uma nova prática, articulada e exitosa entre a vigilância e atenção básica com foco principal no cuidado, ao indivíduo, a família, a comunidade, considerando o ambiente e os aspectos sócio culturais que os rodeia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Pit Stop do CTA consolidou-se como prática inovadora e replicável, demonstrando a efetividade das ações itinerantes na ampliação do acesso à prevenção e ao diagnóstico. Recomenda-se a continuidade da estratégia com apoio intersetorial, fortalecimento das parcerias com escolas e empresas e ampliação da educação permanente das equipes, garantindo sustentabilidade e impacto duradouro nas ações de vigilância em saúde e atenção básica.

Essa experiência exitosa foi apresentada na modalidade apresentação oral durante a 1ª Mostra Pernambucana de Experiências Exitosas em Saúde (I MEX-SAÚDE PE) no Congresso Pernambucano de Inovação & Integração em Saúde (CPIIS), realizado em novembro de 2025. O trabalho foi premiado como melhor experiência exitosa no Eixo 1 Vigilância em Saúde: Estratégias Integradas para a Proteção e Promoção da Vida, na categoria Município Experiências desenvolvidas na gestão ou nos serviços de saúde municipais.

## REFERÊNCIAS


1. Martinelli NL, Schenkman S, Ribeiro LA, Mota PHS, Magnago C, Bousquat AEM. Vigilância e atenção primária à saúde: integração de ações nos municípios rurais remotos brasileiros durante a pandemia da COVID-19. Cad Saude Publica. 2025;41(7):e00194324. doi: 10.1590/0102-311XPT194324.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 68 p.

3. Santos ERR, Silva RCF, Leite AFB. Vigilância em saúde e atenção primária: elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável. Recife: Advances in Science; 2025. 420 p.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 88 p.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 211 p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf

7. Miranda AE, Freitas FLS, Passos MRL, Lopez MAA, Pereira GFM. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(spe1). doi:10.1590/S1679-4974202100019.esp1.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf

9. Silva OG. Vigilância em saúde: prevenção e controle de doenças. In: Pilares da saúde pública no Brasil: Sistema Único de Saúde. Vol. 1. Seção 6. Editora Omnis Scientia; p. 34-38. Disponível em: https://editoraomnisscientia.com.br/post-artigo/?artigo=4902

10. Melo LD, Spindola T, Brandão JL, Arreguy-Sena C. Políticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e universidades promotoras da saúde: reflexão teórica à luz da Teoria Transcultural. Rev Enferm UERJ. 2022;30:e64543. doi:10.12957/reuerj.2022.64543.

# 11 COMUNICAÇÃO INTERINSTITUCIONAL: ESTRATÉGIA PARA A OTIMIZAÇÃO DO APROVEITAMENTO DE OFERTAS EM UMA UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UPAE)

Isabel Helena de Souza Leal Costa[1]
Cinthya Laryssa da Silva[1]
Paula Moniele Marins Gondim[2]
Luanna Gressa Soares de Melo[2]
Elizangela Araujo de Melo Pereira Silva[1]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Limoeiro, Pernambuco, Brasil
[2]Unidade Pernambucana de Atenção Especializada, Carpina, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap11

**RESUMO**

A qualificação do acesso à atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos principais desafios da gestão pública, especialmente em contextos marcados por alta demanda e limitação de recursos. Este capítulo apresenta um relato de experiência desenvolvido na II Gerência Regional de Saúde, sediada no município de Limoeiro, Estado de Pernambuco, com foco na implementação de uma estratégia de comunicação interinstitucional entre a Regulação Regional e a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) de Carpina. A intervenção, iniciada em setembro de 2024 e em execução contínua, teve como objetivo

institucionalizar o planejamento conjunto da oferta de consultas e exames especializados, com base no monitoramento sistemático das necessidades regionais e nos princípios da regulação do acesso no SUS. A metodologia envolveu reuniões mensais de planejamento, monitoramento diário das agendas e articulação permanente com os municípios, incluindo estratégias como o overbooking e a reorganização das cotas assistenciais. Os resultados demonstraram redução significativa da perda primária, de aproximadamente 35% para 4%, além do aumento do acesso à população e do melhor aproveitamento da capacidade instalada da UPAE. A experiência evidenciou que práticas baseadas na comunicação integrada, no uso estratégico da informação e na organização em redes de atenção à saúde podem gerar impactos expressivos na eficiência dos serviços. Conclui-se que a comunicação interinstitucional é instrumento fundamental para fortalecer a gestão do acesso e promover maior resolutividade na atenção especializada.

**Palavras-chave:** Comunicação interinstitucional, Regulação em saúde, Atenção especializada, Gestão do acesso

## INTRODUÇÃO

A organização da atenção especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido historicamente marcada por desafios relacionados à fragmentação da rede, à insuficiência da oferta e à baixa eficiência na utilização dos recursos disponíveis[1-3]. A crescente demanda por consultas e exames especializados, associada às limitações estruturais dos serviços, evidencia a necessidade de estratégias inovadoras que promovam maior racionalidade no uso da capacidade instalada[4-6].

No âmbito do SUS, a regulação do acesso constitui importante ferramenta de organização da assistência, com vistas à garantia da equidade, da integralidade e da eficiência dos serviços de saúde[7,8]. Entre os principais entraves identificados nesse processo, destaca-se a perda primária de consultas e exames, caracterizada pelo não

aproveitamento das vagas ofertadas, refletindo fragilidades nos processos de regulação, comunicação e planejamento[4-6,9,10].

A II Região de Saúde, com sede administrativa no município de Limoeiro, no Estado de Pernambuco, é composta por 20 municípios com uma população estimada em 593.016 habitantes para o ano de 2025[11]. Sua rede regionalizada de serviços é estruturada conforme a lógica das Redes de Atenção à Saúde, buscando assegurar a continuidade do cuidado, ampliar a resolutividade e fortalecer a integração da assistência à população[1,12,13].

Entre os principais pontos de atenção especializada, destacam-se as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAEs), localizadas nos municípios de Limoeiro e Carpina. Nesse cenário, a UPAE Carpina exerce papel estratégico na oferta regional de consultas especializadas e exames. Contudo, identificava-se elevado índice de perda primária, especialmente em alguns municípios da região, evidenciando a necessidade de reorganização dos processos de trabalho e do fortalecimento das estratégias de acesso e acompanhamento dos usuários.

Diante desse cenário, a comunicação interinstitucional emerge como elemento central para a qualificação da gestão do acesso, permitindo maior integração entre os atores envolvidos, o compartilhamento de informações e a tomada de decisão baseada em evidências[10]. Nesse sentido, este estudo objetiva descrever e analisar a implementação de uma estratégia de comunicação interinstitucional voltada à otimização do aproveitamento da oferta na UPAE Carpina.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, caracterizado como relato de experiência, desenvolvido no âmbito da II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, envolvendo a Regulação Regional, a UPAE Carpina e os municípios integrantes da região de saúde. A experiência teve início em setembro de 2024 e foi estruturada com o objetivo de qualificar o planejamento, a

gestão e o aproveitamento da oferta de consultas e exames especializados, em consonância com os princípios e diretrizes da regulação assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS)[7,8].

A estratégia adotada fundamentou-se em três eixos operacionais interdependentes: (1) planejamento integrado da oferta assistencial, realizado por meio de reuniões mensais entre os atores envolvidos e análise sistemática de indicadores regulatórios, tais como perda primária, absenteísmo e tempo de espera; e aplicação da estratégia de overbooking (que consiste na disponibilização planejada de vagas adicionais, considerando a previsibilidade de absenteísmo dos usuários agendados); (2) monitoramento diário das agendas reguladas, possibilitando a identificação oportuna e a redistribuição de vagas ociosas; e (3) fortalecimento da comunicação interfederativa com os municípios, visando à qualificação do uso das cotas, mediante ações de remanejamento e reaproveitamento de vagas, conduzindo ajustes dinâmicos da oferta conforme a demanda regional.

A avaliação da experiência ocorreu a partir do acompanhamento de indicadores operacionais da regulação, com destaque para a taxa de perda primária, utilizada como parâmetro para mensurar a eficiência na utilização da oferta especializada e a capacidade de otimização do acesso aos serviços de saúde[4-6,9].

## RESULTADOS

A implementação da estratégia de comunicação interinstitucional promoveu mudanças significativas na organização do processo de trabalho e nos resultados assistenciais da UPAE Carpina. O principal resultado observado foi a redução expressiva da perda primária de consultas e exames especializados. Antes da intervenção, a unidade apresentava índices elevados, de aproximadamente 35%. Com a adoção das medidas propostas, esse percentual foi reduzido para cerca de 4% no período mais recente, representando melhoria substancial no aproveitamento da oferta.

Os resultados demonstraram evolução consistente na eficiência operacional, refletida na redução de 31 pontos percentuais da perda primária. Esse desempenho demonstra a efetividade das estratégias implementadas, diretamente relacionadas ao fortalecimento da articulação entre os entes envolvidos, à qualificação dos fluxos regulatórios e ao monitoramento contínuo dos indicadores[4-6,9].

Paralelamente, observaram-se avanços importantes na organização da regulação regional, expressos pelo maior aproveitamento da capacidade instalada do serviço, ampliação do acesso da população às consultas e exames especializados ofertados[3]. Nesse cenário, a adoção da estratégia de overbooking mostrou-se estratégica para minimizar os impactos do absenteísmo e ampliar a ocupação das agendas reguladas, favorecendo maior eficiência na utilização dos recursos assistenciais disponíveis.

Além disso, houve fortalecimento da comunicação e da integração entre os diferentes níveis de gestão, favorecendo o alinhamento das ações e a corresponsabilização dos atores envolvidos[10]. Esse processo também dialoga com os princípios de gestão de redes e cooperação interinstitucional[12].

## DISCUSSÃO

Os resultados desta experiência reforçam a importância da comunicação interinstitucional como um dos pilares da gestão eficiente do acesso à atenção especializada[4-6,9]. A redução da perda primária evidencia que muitos dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde não estão apenas relacionados à escassez de recursos, mas também à forma como esses recursos são organizados e utilizados[1].

A institucionalização de reuniões periódicas e o uso sistemático de indicadores contribuíram para um processo decisório mais qualificado, baseado em evidências e alinhado às necessidades da população[4-6]. Esse modelo de gestão favorece a transparência, a previsibilidade e a eficiência, conforme discutido na literatura sobre regulação e organização dos serviços[7,8].

O monitoramento contínuo das agendas e a comunicação em tempo real possibilitam maior agilidade na identificação de problemas e na implementação de soluções[9]. A utilização de estratégias como o overbooking demonstrou potencial para otimizar o uso da capacidade instalada, contribuindo para a redução do absenteísmo e o aumento da produtividade dos serviços.

Outro aspecto relevante refere-se ao fortalecimento do trabalho colaborativo e da integração entre os diferentes atores da rede[12,13]. A literatura aponta que a articulação interinstitucional é essencial para a efetividade das políticas públicas de saúde e para a consolidação das redes de atenção[14]. Entretanto, permanecem desafios relacionados à sustentabilidade das ações, ao engajamento das equipes e à necessidade de continuidade das estratégias ao longo do tempo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência desenvolvida pela II Regional de Saúde demonstra que a comunicação interinstitucional, quando estruturada e integrada ao processo de gestão, pode promover avanços significativos na organização do acesso à atenção especializada. A redução da perda primária, associada ao aumento do acesso e à otimização da capacidade instalada, evidencia o potencial dessa estratégia para qualificar os serviços de saúde e promover maior eficiência na gestão pública. Destaca-se que as ações implementadas são de baixo custo e baseadas em ferramentas acessíveis, o que favorece sua replicação em outros contextos. Por fim, reforça-se que o fortalecimento da regulação do acesso, da gestão em rede e do uso estratégico da informação são elementos essenciais para a construção de um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e centrado no usuário.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Redes integradas de serviços de saúde. Brasília: OPAS; 2011.

2. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(Supl 2):S190-S198. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014.

3. Organização Mundial da Saúde(OMS). Relatório mundial da saúde 2000. Genebra: OMS; 2000.

4. Santos L. Regulação públicada saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva.2010;15(5):2355-2364.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Regulação do acesso à assistência: conceitos e práticas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

8. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

9. Cunha EM, Giovanella L.Longitudinalidade/continuidade do cuidado. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Supl1):1029-1042 doi: 10.1590/S1413-81232011000700036.

10. Barbosa SP, Elias PE.Organizações sociais de saúde. Rev Saúde Pública. 2010;44(1):1-6. doi: 10.1590/S1413-81232010000500023.

11. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

12. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes. Rio de Janeiro: FGV; 2007.

13. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção. Cad Saúde Pública. 2004;20(Supl 2):S331-S336. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800026.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais para municípios brasileiros em 2025. Rio de Janeiro: IBGE; 2025.

# 12 RASTREAMENTO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: EXPERIÊNCIA DE AÇÕES EM UMA UNIDADE PRISIONAL NO SERTÃO DO VALE DO SÃO FRANCISCO, PERNAMBUCO

Thiago das Virgens Santos
Kalliny Mirella Gonçalves Barbosa
Ana Célia de Almeida Carvalho

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap12

**RESUMO**

As Infecções Sexualmente Transmissíveis representam um importante problema de saúde pública e o ambiente prisional, marcado por precariedade em sua infraestrutura, acaba por se tornar um ambiente ideal de disseminação dessas infecções. Este trabalho relata a experiência de ações de testagem rápida para Hepatite B e C, sífilis e HIV, realizada entre novembro de 2025 e maio de 2026 no Presídio Doutor Edvaldo Gomes, em Petrolina, Pernambuco. O evento foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional vinculados à Equipe de Atenção Primária Prisional, à VIII Gerência Regional de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina. As atividades incluíram orientações educativas sobre as doenças, realização de testes rápidos e encaminhamento dos casos reagentes

para acompanhamento clínico. Foram atendidas 618 pessoas privadas de liberdade (PPL), sendo realizados 2.472 testes rápidos, nos Pavilhões A, B, Semiaberto e Assistencial. A prevalência de sífilis foi de 9,22%, e HIV 0,32% entre os participantes. Os resultados reforçam a importância de estratégias contínuas de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce no sistema prisional.

**Palavras-chave:** Infecções sexualmente transmissíveis, Sífilis, HIV

## INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) representam um problema de saúde pública e os determinantes sociais de saúde influem significativamente sobre o acesso a ações e serviços de prevenção e diagnóstico de ISTs, sobretudo quando se trata de populações vulnerabilizadas[1]. Nesse contexto, destacam-se as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), que frequentemente apresentam condições de saúde fragilizadas antes do encarceramento e na permanência no sistema prisional, pode-se adquirir patologias de caráter crônico e/ou agudo que devido às condições estruturais acabam por contribuir na propagação de ISTs[2,3].

Essas infecções são causadas por diversos microrganismos como vírus, bactérias e fungos, sendo transmitidas principalmente por meio de relações sexuais sem proteção[4]. Destaca-se que muitas podem permanecer assintomáticas por anos, o que dificulta o diagnóstico precoce e a quebra da cadeia de transmissão[5]. Por isso, o rastreamento por meio de testes de triagem e de diagnóstico em pessoas assintomáticas constitui uma importante estratégia de prevenção secundária, permitindo diagnóstico oportuno, tratamento adequado e redução da morbimortalidade associada[1].

Estima-se que cerca de 3,8% das pessoas privadas de liberdade no mundo vivem com HIV e 15,1% com hepatite C. Nas unidades prisionais do Rio de Janeiro, as mortes por doenças infecciosas foram cinco vezes mais frequentes do que na população geral, sendo o HIV/AIDS responsável por 43% desses óbitos[5]. No Brasil,

dados de 2023 apontam que, das 844.388 pessoas encarceradas no sistema prisional, mais de 10.000 viviam com HIV, evidenciando a relevância da infecção no contexto prisional e a necessidade de fortalecimento das ações de promoção, prevenção e diagnóstico dentro desses espaços[6].

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência desenvolvida no período de novembro de 2025 a maio de 2026, referente a ações de testagem rápida para ISTs (Hepatite B e C, Sífilis e HIV) realizadas em uma unidade prisional localizada no Sertão do Vale do São Francisco. Outrossim, buscou-se descrever os resultados obtidos e os desafios enfrentados durante a execução das atividades.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva dos dados, realizado durante ações no Presídio Dr. Edvaldo Gomes (PDEG), localizado em Petrolina, Pernambuco, no Sertão do Vale do São Francisco, e possui atualmente cerca de 1.300 homens em situação de cárcere. As atividades ocorreram nos seguintes setores: Pavilhão A, Pavilhão B, Assistencial e Semiaberto, no período de novembro de 2025 a maio de 2026.

As ações foram executadas por uma equipe multiprofissional de saúde, com a participação integrada de profissionais vinculados à Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), VIII Gerência Regional de Saúde (VIII Geres) e a Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina. Essa articulação interinstitucional possibilitou a organização e execução das atividades de forma conjunta, garantindo o suporte técnico, logístico e assistencial ao longo de toda a ação.

Inicialmente, foram realizadas orientações educativas sobre prevenção das ISTs, formas de transmissão e a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado. Em seguida, os profissionais em conjunto com os policiais penais conduziam as pessoas para a realização de testes rápidos para hepatite B e C, sífilis e HIV. Os participantes receberam aconselhamento pré e

pós-teste, além de encaminhamento para acompanhamento clínico e tratamento nos casos reagentes.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

As ações de testagem rápida ocorreram de forma organizada e escalonada entre os setores da unidade prisional, possibilitando ampla cobertura das pessoas privadas de liberdade (PPL) presentes no período das atividades. Observou-se boa adesão dos internos às ações propostas, principalmente após as orientações educativas realizadas pela equipe multiprofissional.

Durante a ação, foram atendidas 618 PPL, distribuídas entre os setores da unidade prisional: Pavilhão A (181 PPL), Pavilhão B (179 PPL), Semiaberto (170 PPL) e Assistencial (88 PPL). Foram realizados 2.472 testes rápidos, correspondentes à quatro testes diagnósticos distintos por participante (hepatite B, hepatite C, sífilis e HIV). Os resultados demonstraram elevada ocorrência de sífilis, totalizando 57 casos reagentes, enquanto apenas dois casos reagentes para HIV foram identificados. O Pavilhão B (regime fechado) e o semiaberto concentraram o maior número de casos positivos para sífilis, com 19 casos cada, sendo que no pavilhão correspondente ao regime semiaberto também foi registrado 1 caso reagente para HIV. O Pavilhão A apresentou 17 casos de sífilis e 1 caso de HIV, enquanto o setor assistencial registrou apenas 2 casos para sífilis.

A experiência também destacou que muitos internos desconheciam seu estado sorológico, o que aponta a relevância do rastreamento como ferramenta essencial de diagnóstico precoce no contexto prisional. Demonstrou-se a necessidade de fortalecer ações educativas permanentes dentro da unidade, uma vez que os participantes demonstraram interesse em receber mais informações sobre formas de transmissão, prevenção e tratamento das ISTs.

Os casos reagentes foram encaminhados para acompanhamento e tratamento conforme os fluxos assistenciais estabelecidos pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse processo, a equipe

multiprofissional desempenhou papel fundamental no acolhimento, na escuta qualificada e na redução do estigma relacionado às ISTs no ambiente prisional. Por fim, a realização da ação contribuiu para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e as PPL, favorecendo maior adesão às práticas preventivas e ao acompanhamento clínico.

## DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo sugerem maior vulnerabilidade dos indivíduos encarcerados pertencentes aos setores do Pavilhão B e semiaberto, reforçando a importância da realização de ações sistemáticas de rastreamento no ambiente prisional. Além disso, a necessidade de considerar as diferentes realidades e condições de exposição existentes entre os setores da unidade, subsidiando o planejamento de estratégias mais direcionadas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e controle das ISTs.

A elevada frequência de sífilis entre as PPL está alinhada à literatura, que aponta maior vulnerabilidade desse grupo. Nessa perspectiva, em estudo realizado com 20.666 detentos no Ceará em 2022, identificaram prevalência geral de ISTs de 2,2%, sendo que a sífilis apresentou maior ocorrência (2,4%), seguida pelo HIV e pela gonorreia (0,3% cada), condições que apontam para a predominância nesse contexto e a relevância como agravo principal no sistema prisional[7].

Já o estudo de Nogueira et al.6, realizado entre 2017 e 2023 no Brasil, identificou prevalência de HIV de 10,3%. Em relação à distribuição regional, as maiores prevalências foram registradas no Sul (15,12%) e no Sudeste (11,80%), seguidas pelo Nordeste (8,18%), Centro-Oeste (8,05%) e Norte (6,80%), indicando variações territoriais importantes, e essas variações entre as regiões pode estar atrelado a ações de diagnóstico precoce de forma contínua.

Quando comparados ao presente estudo, observa-se maior prevalência de sífilis (9,22%) em relação ao estudo de Teles et al.[7], enquanto a prevalência de HIV (0,32%) manteve-se semelhante

à encontrada na pesquisa. Esse achado pode estar associado às características da população avaliada, às condições estruturais do sistema prisional local e à maior cobertura de testagem proporcionada pela ação.

Os resultados reforçam a importância do rastreamento ativo para a identificação precoce de casos em contextos de alta vulnerabilidade, além de evidenciarem a necessidade de fortalecimento contínuo das ações de prevenção, diagnóstico e cuidado em saúde no sistema prisional. Além disso, outros estudos indicam padrões semelhantes em diferentes unidades prisionais. Essa situação é corroborada pelo estudo de Ziwert et al.[8], realizado em uma penitenciária no estado do Paraná, no qual, entre 127 detentos avaliados, 80% relataram histórico de sífilis nos últimos 12 meses, sendo 7,85% com teste reagente para a infecção no momento da ação.

Posto isso, o cuidado com as doenças no sistema prisional constitui um grande desafio, pois não envolve apenas o estado de saúde das pessoas encarceradas, mas outros fatores estruturais e sociais, como superlotação e deficiência de infraestrutura, condições presentes em grande parte das unidades prisionais e observadas também no local onde ocorreu a ação[9]. A partir disso é importante destacar que, segundo o Conselho Nacional de Justiça[10], a PDEG apresenta taxa de ocupação de 148%, ultrapassando significativamente sua capacidade instalada.

Nesse contexto, ações que integrem diferentes atores da saúde tornam-se fundamentais para a identificação precoce de casos de IST, garantia de tratamento adequado e redução das sequelas associadas às infecções, bem como a cadeia de transmissão no ambiente prisional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das informações discutidas, nota-se que a PPL apresenta elevada vulnerabilidade às ISTs, com destaque para a sífilis, cuja prevalência reforça sua relevância como agravo de controle prioritário no sistema prisional. Em relação a estudos nacionais,

ficou evidente que, embora haja variações das infecções, a sífilis acaba por encabeçar a lista em todos os cenários, mas isto pode estar atrelado a desigualdades importantes no contexto prisional, bem como as condições nos serviços de saúde.

Nesse sentido, os resultados mostram a necessidade de fortalecimento de estratégias de promoção e prevenção, com ampliação do acesso à testagem, educação em saúde e ao diagnóstico oportuno. Por fim, a experiência permitiu a reflexão sobre a necessidade de efetivação de políticas públicas contínuas, visando reduzir a transmissão e o impacto das ISTs nessa população prioritária.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) oral à infecção pelo HIV [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025. 76 p.
2. Carbonera GBO, Turatti MER, Dantas Filho JV, Gois RV. Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e os impactos na saúde dos indivíduos desprovidos de liberdade no Brasil. Rev Amaz Cienc Med Saude. 2026;3(1):137-145.
3. Lima LGA, Araújo EMC, Wu MES, Lima AS, Ribeiro CL, Medeiros ES, et al. Mapeamento da produção científica brasileira sobre saúde mental no sistema prisional: uma revisão de escopo. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2026;12(2):1-18. doi: 10.51891/rease.v12i2.24060.
4. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DC das N, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(spe1):e2020597. doi: 10.1590/S1679-4974202100005.esp1
5. Farias AF, Gava ML, Vieira SKMF, Araujo GSD, Mangabeira CL, Traebert E, et al. Prevalence of sexually transmitted infections among incarcerated men in Prison Complex: a cross-sectional study, Santa Catarina, 2023-2024. Epidemiol Serv Saúde. 2026;35:e20250140.doi: 10.1590/S2237-96222026v35e20250140.en.
6. Nogueira MRN, Braga HFGM, Sousa VTS, Maciel NS, Ferreira

Júnior AR, Alves MDS, et al. Prevalência do HIV em pessoas privadas de liberdade no Brasil, 2017-2023: análise de série temporal. Epidemiol Serv Saude. 2025;34:e20240493.

7. Teles DO, Oliveira RA de, Ribeiro SG, Soares PRAL, Menezes PR de, Pinheiro AKB. Vulnerabilidades da população privada de liberdade no Ceará às infecções sexualmente transmissíveis. Acta paul enferm. 2026;39:eAPE000791.

8. Ziwert HE, Borba KP, Araújo MDM, Zanoti DV, Pereira EM, Lira EN, et al. Ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis entre homens em situação de privação de liberdade. Aracê. 2025;7(8):1-16. doi: 10.56238/arev7n8-086.

9. Carneiro JED, Oliveira GS, Souza AC, Moreira RLSF. Saúde no presídio: uma análise acerca da saúde do homem privado de liberdade. PhD Sci Rev. 2025;5(5):45-64. doi: 10.5281/zenodo.15368193.

10. Conselho Nacional de Justiça. Relatório de inspeções TJPE – março de 2022 [Internet]. Brasília (DF): CNJ; 2022 [citado 2026 maio 17]. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/02/relatorio-de-inspecoes-tjpe-marco-2022.pdf

# 13 A COMISSÃO MUNICIPAL DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO JABOATÃO DOS GUARARAPES

Cindy Avani Silva Ceissler[1]
Fernanda Caroline Santos Sena[1]
Adrielly Moreira da Silva[2]
Nycolle Beatriz Aguiar da Silva[3]
Zelma de Fátima Chaves Pêssoa[1]

[1]Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap13

**RESUMO**

O município de Jaboatão dos Guararapes instituiu, em 2017, a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Municipal como espaço de governança da integração ensino-serviço-comunidade e de condução da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS). O presente estudo objetivou analisar o processo de implementação e funcionamento da CIES Municipal no período de 2017 a 2025. Trata-se de estudo qualitativo, do tipo análise documental, realizado a partir das atas de reuniões da comissão disponíveis no arquivo institucional da Secretaria Municipal de

Saúde. Os dados foram organizados em planilha e submetidos à análise de conteúdo temática, utilizando a técnica de condensação de significados. Foram identificadas 19 atas de reuniões, sendo 14 ordinárias e 5 extraordinárias. Observou-se baixa participação de alguns segmentos previstos no regimento interno, especialmente trabalhadores, coordenações regionais, controle social e programas de residência. Os principais temas discutidos nas reuniões ordinárias foram orientações institucionais (30,4%), monitoramento do COAPES/JG (10,9%), avaliação ensino-serviço (9,8%) e reuniões técnico-científicas (9,8%). Nas reuniões extraordinárias predominou discussões acerca do reajuste dos valores do COAPES/JG (57,1%). Apesar dos desafios relacionados à participação social, à predominância de pautas técnico-operacionais e às limitações dos registros documentais, a CIES Municipal consolidou-se como importante espaço de pactuação, monitoramento e articulação entre gestão, ensino e serviços de saúde, contribuindo para o fortalecimento da integração ensino-serviço e da PMEPS no município.

**Palavras-chave:** Educação permanente em saúde, Integração docente assistencial, Integração ensino, serviço e comunidade, Governança em saúde, Sistema de saúde municipal

## INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui importante estratégia para a qualificação dos processos de trabalho e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ao promover práticas formativas articuladas às necessidades do território, dos serviços e dos trabalhadores[1].

Nesse contexto, o município de Jaboatão dos Guararapes instituiu, em 2017, a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS), com o objetivo de fortalecer a integração entre ensino, serviço, gestão e comunidade, além de fomentar a qualificação profissional, a valorização dos trabalhadores e o desenvolvimento da Rede SUS-Escola[2]. Como parte desse processo,

foram instituídos espaços de fomento à EPS, voltados ao fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade e à pactuação das ações educativas no âmbito municipal, como a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Municipal[2].

As CIES são previstas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em âmbito regional e estadual como instâncias estratégicas de articulação e cogestão da política de educação permanente no SUS[1]. Entre as suas atribuições destacam-se o apoio às Comissões Intergestores Regionais (CIR) na elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), a articulação entre instituições e atores envolvidos na formação em saúde para proposição de estratégias de intervenção no campo da qualificação dos trabalhadores e o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente implementadas em sua região de abrangência[3].

No município do Jaboatão dos Guararapes, a CIES Municipal foi instituída como espaço fundamental e estratégico para formulação, condução, monitoramento e fortalecimento das ações de EPS e da integração ensino-serviço-comunidade[2]. Entre seus principais objetivos destacam-se o acompanhamento da implementação da PMEPS e o monitoramento do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES/JG)[4], buscando fortalecer a articulação entre gestão, instituições de ensino, serviços de saúde e controle social.

A composição da CIES Municipal foi estruturada de forma a garantir representatividade dos diferentes segmentos envolvidos na formação e no trabalho em saúde, alinhando-se à perspectiva do quadrilátero da formação em saúde[5]. Participam representantes da gestão municipal de saúde, das instituições públicas e privadas de ensino vinculadas ao COAPES, das coordenações regionais de saúde, do Conselho Municipal de Saúde, de programas de residência médica e multiprofissional, de estudantes, trabalhadores da rede municipal, hospitais de ensino e da Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. Essa composição busca assegurar a participação

de gestores, trabalhadores, ensino e comunidade nos processos decisórios relacionados à EPS no município.

Entre as atribuições da CIES Municipal destacam-se o fomento às discussões sobre EPS e formação profissional no SUS; o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da política municipal; o apoio técnico aos espaços de EPS previstos na PMEPS; e a discussão de problemáticas relacionadas à vigilância, cuidado, gestão e controle social em saúde, propondo ações pedagógicas articuladas às necessidades identificadas nos serviços[2].

Compete ainda à comissão estimular a cooperação entre as instituições envolvidas, acompanhar os compromissos de gestão relacionados à educação na saúde, apoiar a realização de seminários e fóruns de integração ensino-serviço-comunidade e participar da elaboração, execução e avaliação do Plano de Ação Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS), instrumento orientador das ações educativas no município[2].

Nesse sentido, o presente trabalho objetivou analisar o processo de implementação e funcionamento da CIES Municipal do Jaboatão dos Guararapes, no período de 2017 a 2025, buscando compreender sua atuação na governança da EPS e da integração ensino-serviço-comunidade no âmbito municipal.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagens qualitativa e quantitativa, do tipo análise documental, acerca do processo de implementação e funcionamento da CIES Municipal de Jaboatão dos Guararapes, no período de 2017 a 2025.

A análise documental consiste em uma estratégia metodológica que utiliza documentos produzidos independentemente da pesquisa como fonte de dados. Esses documentos podem incluir registros administrativos e institucionais, funcionando como fontes naturais de informação ao refletirem contextos históricos, sociais e organizacionais ao longo do tempo[6,7]. A seleção documental

ocorre de forma intencional, orientada pelos objetivos e questões da pesquisa[7].

Como fonte de dados, foram utilizadas as atas de reuniões da CIES Municipal disponíveis no arquivo institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O Regimento Interno da CIES Municipal foi utilizado como documento norteador para os parâmetros comparativos da análise. Foram incluídas atas contendo registro completo das reuniões e excluídos documentos sem comprovação de participação ou validação formal.

Os dados foram coletados mediante preenchimento de planilha em Microsoft Excel contendo as seguintes variáveis: ano, data, tipo de reunião (ordinária ou extraordinária), tipo de conteúdo (pauta, pauta extra ou informe), eixo temático e relato das discussões.

Após a coleta, o material foi submetido à análise de conteúdo temática, utilizando a técnica de condensação de significados[8]. Essa abordagem consiste na síntese de segmentos textuais extensos em formulações mais concisas, preservando os significados centrais das narrativas. A partir desse procedimento, elaborou-se uma matriz analítica composta por duas colunas: uma destinada aos excertos selecionados, denominados Unidades Naturais de Análise, e outra voltada à identificação dos Temas Centrais.

Por se tratar de um estudo de análise documental, realizado a partir de atas institucionais disponíveis no arquivo da SMS, sem identificação individual dos participantes e sem envolvimento direto de seres humanos, a pesquisa respeitou os princípios éticos previstos na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se ainda que a sistematização e análise desses dados fazem parte do próprio processo de trabalho da equipe da Coordenação de Integração Gestão, Ensino, Serviço e Comunidade, contribuindo para o monitoramento e fortalecimento das ações de integração ensino-serviço no município.

## RESULTADOS

Foram identificadas no período de 2017 a 2025 19 atas de reunião, sendo 14 de reuniões ordinárias e 5 extraordinárias. Nos anos de 2018 e 2019 não houve registro nos arquivos institucionais de atas das reuniões (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão COAPES/JG, segundo ano de realização. Jaboatão dos Guararapes, 2017-2025

| ANO | ATA DE REUNIÃO | | TOTAL |
|---|---|---|---|
| | ORDINÁRIA | EXTRAORDINÁRIA | |
| 2017 | 1 | - | 1 |
| 2018 | - | - | - |
| 2019 | - | - | - |
| 2020 | 1 | - | 1 |
| 2021 | 2 | 3 | 5 |
| 2022 | 4 | - | 4 |
| 2023 | 4 | 1 | 5 |
| 2024 | 1 | - | 1 |
| 2025 | 1 | 1 | 2 |
| **Total geral** | **14** | **5** | **19** |

Fonte: Acervo interno CIGESC/GGES/SMS Jaboatão dos Guararapes, 2026.

Em relação aos participantes, nenhuma reunião apresentou todos os representantes dos segmentos previstos no Regimento Interno da CIES. A primeira, em 2017, e a última reunião ordinária em 2025 foram as que apresentaram a maior quantidade de segmentos presentes, mesmo assim chegando a 50% da previsão regimental.

Representantes dos trabalhadores de saúde estiveram presentes em menos da metade das reuniões já realizadas. Quanto aos segmentos da gestão, a coordenação de regionais esteve presente em apenas duas ocasiões. Considerando a divisão do município em 7 regiões administrativas, verificou-se que representantes das Regionais I, III e VII não participaram de nenhuma reunião no período.

A Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) do município participou de 3 das 19 reuniões analisadas, enquanto a Comissão de Residência Médica (COREME) nunca participou. A Gerência da I Região de Saúde (I Geres) da Secretaria Estadual de Saúde só participou de uma reunião no período, sendo uma reunião extraordinária onde a única pauta foi o reajuste dos valores COAPES.

Adicionalmente, em quatro reuniões constatou-se a participação de outros gestores da SMS, nominalmente a Coordenação de Doenças e Agravos e a Gerência da Vigilância Sanitária. Em todas as reuniões houve participação de instituições de ensino privadas, e as instituições públicas se ausentaram em apenas 2 reuniões. Ademais, em nenhuma ata dos anos estudados foi contabilizada a presença de Representação Hospitalar de Ensino.

A representação discente se fez presente em menos da metade das reuniões, mas verificou-se a presença de Residentes em Saúde de programas de residência do município e externos. Por fim, o Controle Social, por meio do Conselho Municipal de Saúde, participou de apenas duas reuniões, especificamente as realizadas no ano de 2025.

Quanto aos tópicos discutidos nas reuniões, a tabela 2 abaixo apresenta os temas centrais.

Tabela 2. Distribuição dos tópicos discutidos nas reuniões ordinárias e extraordinárias da comissão COAPES/JG. Jaboatão dos Guararapes, 2017-2025

| Tipo de Reunião | Tópico | N | % |
|---|---|---|---|
| **Ordinária** | Orientações institucionais | 28 | 30,4 |
| | Monitoramento COAPES/JG | 10 | 10,9 |
| | Avaliação ensino-serviço | 9 | 9,8 |
| | Reajuste valores COAPES/JG | 9 | 9,8 |
| | Reunião Técnico-científica | 9 | 9,8 |
| | Curricularização da extensão | 7 | 7,6 |
| | Organização CIES | 4 | 4,3 |
| | Biossegurança | 3 | 3,3 |
| | Comitê Gestor Local | 2 | 2,2 |
| | Duração dos estágios | 2 | 2,2 |
| | Membros CIES/JG | 2 | 2,2 |

Continuação Tabela 2.

| Tipo de Reunião | Tópico | N | % |
|---|---|---|---|
| | Ofertas formativas | 2 | 2,2 |
| | Resultados de Pesquisa Científica | 2 | 2,2 |
| | Controle Social | 1 | 1,1 |
| | Oferta formativa | 1 | 1,1 |
| | Residências em Saúde | 1 | 1,1 |
| | **Subtotal** | **92** | **100,0** |
| **Extraordinária** | Reajuste valores COAPES/JG | 8 | 57,1 |
| | Orientações institucionais | 4 | 28,6 |
| | Biossegurança | 1 | 7,1 |
| | Organização CIES | 1 | 7,1 |
| | **Subtotal** | **14** | **100,0** |

Fonte: Acervo interno CIGESC/GGES/SMS Jaboatão dos Guararapes, 2026.

Nas reuniões ordinárias, predominaram tópicos relacionados às orientações institucionais (30,4%), especialmente voltadas às pactuações sobre o fluxo de inserção de estudantes nos serviços de saúde e à apresentação de documentos institucionais e notas técnicas para organização da Rede SUS Escola Municipal. Em seguida, destacou-se o monitoramento do COAPES/JG (10,9%), que envolveu a pactuação e acompanhamento de indicadores, a apresentação do quantitativo de estágios realizados no período e a prestação de contas por meio de relatórios quadrimestrais.

A avaliação ensino-serviço (9,8%) contemplou discussões acerca dos instrumentos de avaliação de preceptores, campos de estágio e da relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e as instituições de ensino. Também corresponderam a 9,8% das pautas as discussões sobre reajuste dos valores do COAPES/JG, relacionadas à definição e atualização das contrapartidas financeiras previstas, bem como às reuniões técnico-científicas, voltadas à organização e realização de eventos científicos direcionados aos trabalhadores da rede municipal de saúde.

Nas reuniões extraordinárias, predominou o tema reajuste dos valores do COAPES/JG (57,1%), seguido por orientações institucionais (28,6%), enquanto biossegurança e organização da CIES corresponderam a 7,1% cada. Ressalta-se que as discussões sobre biossegurança ocorreram principalmente durante a pandemia de Covid-19, contemplando pactuações relacionadas à vacinação dos estudantes e à disponibilização, pelas instituições de ensino, de equipamentos de proteção individual (EPI).

## DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que a existência de um espaço institucionalizado de governança local da integração ensino-serviço no município representa um importante avanço para a consolidação da PMEPS.

Conforme apontado pela literatura, as CIES se constituem em espaços inclusivos de representações setoriais e interinstitucionais democráticos, com capacidade de efetivamente contribuir para a educação em serviço e com impactos na qualidade do atendimento no SUS[9]. Nesse contexto, a iniciativa de Jaboatão dos Guararapes ganha destaque ao instituir uma comissão municipal própria em um cenário no qual a política de EPS apresenta condução predominantemente regionalizada, por meio das CIES Regionais.

A continuidade das reuniões e a manutenção do espaço de pactuação, monitoramento e prestação de contas demonstram um esforço institucional de sustentação dessa agenda, aspecto especialmente relevante diante do histórico de baixa prioridade atribuída à EPS pelos gestores[10]. A literatura aponta que a viabilização de espaços de gestão colegiada da formação em saúde exige, além do compartilhamento de poder, o exercício permanente da articulação, a superação de concepções tradicionais de formação e a incorporação de processos de monitoramento e avaliação capazes de orientar ajustes contínuos nos planos regionais[11]. Assim, o fato de a estrutura analisada ter sido mantida e fortalecida ao longo do tempo, sem sofrer descontinuidade, já representa um diferencial

importante em relação a diversas experiências regionais atravessadas por fragilidade institucional.

Apesar desses avanços, a análise documental revelou fragilidades importantes relacionadas ao registro das reuniões, uma vez que parte das discussões, participantes e encaminhamentos não foi devidamente documentada. Essa limitação compromete a preservação da memória institucional da comissão, especialmente em contextos marcados pela alta rotatividade de gestores e pela precarização dos vínculos de trabalho, fatores amplamente descritos na literatura como entraves à continuidade das ações de EPS[12].

Outro aspecto relevante refere-se à baixa frequência de participação do controle social, achado que dialoga com estudos que apontam fragilidades históricas na inserção de trabalhadores e usuários nas CIES, frequentemente associadas ao desconhecimento acerca do papel desses atores nos processos de governança da EPS[13]. Entretanto, a participação sistemática do Conselho Municipal de Saúde nas reuniões realizadas em 2025 pode indicar um movimento de fortalecimento democrático da comissão e de ampliação do diálogo entre gestão, ensino e sociedade, aproximando a experiência municipal do modelo participativo proposto pela PNEPS. Tal aspecto torna-se particularmente relevante ao se considerar que a efetivação da participação do controle social depende diretamente do empenho da gestão na criação de condições concretas que favoreçam sua atuação nos espaços de planejamento e tomada de decisão[14].

A análise das pautas discutidas nas reuniões também permitiu identificar uma predominância de temas relacionados às orientações institucionais e à operacionalização dos estágios, evidenciando um foco mais técnico-administrativo do que propriamente estratégico na condução da política de educação permanente. Diferentemente de outras experiências de CIES regionais, nas quais predominam discussões voltadas à construção de ações permanentes de formação, a comissão municipal apresentou maior centralidade na regulação da utilização dos serviços de saúde para

atividades curriculares e extracurriculares. Embora essa atribuição esteja prevista na PNEPS como responsabilidade municipal[1], a predominância da dimensão regulatória pode ter contribuído para o esvaziamento de debates mais amplos relacionados à formação dos trabalhadores, à qualificação do cuidado e ao fortalecimento da educação permanente enquanto política estruturante do SUS.

Por outro lado, essa característica adquire ainda maior relevância diante da expansão das vagas de formação na área da saúde no país, especialmente no setor privado[15]. Em Jaboatão dos Guararapes, dados internos demonstram que, apenas no primeiro quadrimestre de 2026, foram realizados 1.938 estágios curriculares obrigatórios na Rede SUS Escola municipal, dos quais 96,6% foram solicitados por instituições privadas de ensino, concentrando-se majoritariamente na Atenção Primária à Saúde. Esse cenário evidencia a intensa utilização da rede municipal como campo de formação e reforça o papel estratégico da comissão enquanto espaço de regulação, pactuação e acompanhamento da integração ensino-serviço.

A análise dos documentos também aponta que a configuração da governança local precisa considerar de maneira mais efetiva as especificidades organizacionais da rede municipal. Considerando que o município não possui hospitais próprios, evidencia-se a necessidade de atualização do regimento interno da comissão, adequando o instrumento normativo à realidade local, incluindo representantes da rede conveniada e dos prestadores vinculados à SMS que também compõem a Rede SUS Escola municipal.

Mesmo diante dos desafios, a experiência do Jaboatão dos Guararapes apresenta elementos que a diferenciam positivamente de contextos marcados por processos de centralização e verticalização da gestão da EPS, como observado em outros estudos[9]. Destacam-se, especialmente, as estratégias de transparência e monitoramento desenvolvidas pela comissão, por meio da apresentação de boletins, relatórios quadrimestrais e acompanhamento do COAPES/JG.

Tais iniciativas favorecem o acompanhamento das ações pactuadas e da utilização das contrapartidas financeiras, aspecto particularmente relevante diante do histórico nacional de interrupção de repasses ministeriais e das dificuldades de execução dos recursos destinados à EPS[12]. Nesse sentido, ressalta-se que a existência do COAPES em Jaboatão constitui importante mecanismo de fortalecimento da autonomia municipal para o financiamento e desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde.

Compreende-se, portanto, que o fortalecimento desse espaço de governança depende não apenas da garantia de sua continuidade institucional, mas também da ampliação da participação de gestores, trabalhadores, instituições de ensino e controle social nos processos decisórios. A PNEPS, concebida como aprendizagem incorporada ao cotidiano do trabalho em saúde[1], demanda estruturas locais capazes de sustentar práticas participativas, democráticas e comprometidas com a transformação das realidades dos serviços. Nesse horizonte, o fortalecimento do trabalho coletivo e do reconhecimento do papel de cada segmento envolvido[13] permanece como elemento central para a consolidação da comissão municipal do Jaboatão dos Guararapes e para o avanço da EPS enquanto política estruturante do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise documental das atas da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Municipal de Jaboatão dos Guararapes evidenciou que, apesar dos desafios relacionadas à participação dos segmentos previstos regimentalmente, às limitações dos registros documentais e ao predomínio de pautas técnico-operacionais, a existência e continuidade desse espaço representam importante avanço para a institucionalização da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS).

A CIES Municipal consolidou-se como espaço de pactuação, monitoramento e articulação entre gestão, instituições de ensino e serviços de saúde, especialmente no acompanhamento do

COAPES/JG e na organização da Rede SUS Escola Municipal. Contudo, os achados apontam para a necessidade de fortalecimento da participação social, da ampliação da presença de gestores e trabalhadores da rede e da qualificação dos processos de registro e sistematização das reuniões, favorecendo a preservação da memória institucional e a continuidade das ações.

Além disso, destaca-se a importância de ampliar as discussões político-pedagógicas relacionadas à educação permanente em saúde, para além das demandas operacionais dos estágios e das contrapartidas financeiras, fortalecendo o papel estratégico da CIES na condução da integração ensino-serviço-comunidade e fortalecimento da educação permanente em saúde no âmbito municipal.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Jaboatão dos Guararapes. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SESAU nº 025/2017. Diário Oficial do Município. Jaboatão dos Guararapes; 2017.
3. Kleba ME, Hoefle N, Oliveira GMD, Rodrigues OCC. Fortalecendo o protagonismo da Comissão de Integração Ensino-Serviço para a educação permanente em saúde. Rev Gaúcha Enferm [internet] 2018;38. doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0008.
4. Jaboatão dos Guararapes. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SESAU nº 049 de 10 de novembro de 2017. Diário Oficial do Município. Jaboatão dos Guararapes; 2017.
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-6. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004
6. Clark T, Foster L, Sloan L, Bryman A, Clark T. Bryman's social research methods. 6a Ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.
7. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Rev Adm Empres 1995;35:20–9. doi: 10.1590/S0034-75901995000300004.

8. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1996.

9. Silva CIF, Nunes SF. O papel das Comissões de Integração Ensino-Serviço CIES em questão: revisão de literatura. Saúde em Redes 2022;8:37–55. doi: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p37-55.

10. França T, Belisário SA, Medeiros KR, Pinto ICDM, Garcia ACP. Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores. Saúde Debate 2017;41:144–54. doi: 10.1590/0103-11042017s311.

11. Macêdo NBD, Albuquerque PCD, Medeiros KRD. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. Trab educ saúde, 2014;12(2):379–401. doi: 10.1590/S1981-77462014000200010

12. Silva CBG, Scherer MDDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. Interface (Botucatu) 2020;24:e190840. doi: 10.1590/interface.190840.

13. França T, Medeiros KRD, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICDM, Castro JLD, Pierantoni CR. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Ciênc Saúde Coletiva 2017;22:1817–28. doi: 10.1590/1413-81232017226.30272016.

14. Jesus JM, Rodrigues W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Trab educ saúde. 2022;20:e001312201.

15. Franco TDAV, Poz MRD. A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. Trab Educ Saúde 2018;16:1017–37. doi: 10.1590/1981-7746-sol00163.

# 14 DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS EM PERNAMBUCO: ANÁLISE SITUACIONAL, GOVERNANÇA REGIONAL E USO ESTRATÉGICO DE EVIDÊNCIAS NA ARTICULAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Antonio Flaudiano Bem Leite[1]
Beatriz Andrade de Araújo[1]
Carina Lucena Mendes-Marques[1]
Felipe Maia Tardieux[2]
Renan Carlos Freitas da Silva[1]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife,Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap14

**RESUMO**

Este estudo objetiva analisar a situação das doenças e agravos prioritários em Pernambuco com base em documentos estratégicos que orientam a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, incorporando referenciais de análise situacional, governança regional e tomada de decisão baseada em evidências. Trata-se de um estudo documental, comparativo e analítico, com abordagem qualitativo-quantitativa, fundamentado no Perfil Epidemiológico de Pernambuco 2012–2021, no Plano Diretor de Regionalização, no Plano Estadual de Saúde 2024–2027 e no Plano de Governo – Saúde e Qualidade de Vida. As informações foram organizadas em matrizes analíticas, tabelas comparativas e representações gráficas para examinar a distribuição regional dos agravos e o

grau de alinhamento entre diagnóstico epidemiológico e planejamento governamental. Observou-se importante heterogeneidade territorial entre as Regiões de Saúde. A Região Metropolitana do Recife concentrou maior carga de HIV/aids, tuberculose e violências urbanas; o Agreste apresentou destaque para arboviroses, esquistossomose e acidentes de transporte; o Sertão reuniu maior peso de doenças negligenciadas e intoxicações por agrotóxicos; e parte do São Francisco e Araripe manteve relevância de zoonoses, como esquistossomose, e mortalidade materno-infantil. Verificou-se alto alinhamento entre os documentos nos eixos das doenças transmissíveis, das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas; alinhamento intermediário em saúde materno-infantil, doenças negligenciadas e emergências em saúde pública; e menor detalhamento do perfil epidemiológico em relação às linhas de cuidado especializadas priorizadas nos planos oficiais. Pernambuco dispõe de bases técnicas e programáticas convergentes, mas ainda necessita harmonizar de forma mais consistente diagnóstico, planejamento, monitoramento e execução, especialmente na articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Primária, governança regional e redes de atenção.

**Palavras-chave:** Vigilância em saúde, Atenção primária à saúde, Análise de situação de saúde, Governança em saúde, Planejamento regional

## INTRODUÇÃO

A situação de saúde em Pernambuco é marcada pela coexistência de doenças transmissíveis, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e causas externas, compondo um triplo fardo que exige respostas integradas, territorializadas e sustentadas por evidências[1-3]

Nesse cenário, a vigilância em saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS) assumem papel estratégico para a identificação de prioridades, a organização do cuidado, o monitoramento dos riscos e o apoio à tomada de decisão em todos os níveis do sistema[4-5].

A análise de situação de saúde não deve ser compreendida apenas como descrição de indicadores, mas como processo contínuo e estratégico de análise e síntese, orientado para produzir evidências válidas e oportunas capazes de informar a decisão em saúde pública[6].

Nessa perspectiva, conhecer a distribuição dos agravos, seus determinantes e sua expressão territorial constitui condição para qualificar o planejamento, orientar a alocação de recursos e fortalecer a capacidade de resposta do SUS[6].

Em Pernambuco, essa necessidade torna-se ainda mais evidente diante da heterogeneidade regional. Na Região Metropolitana do Recife, concentram-se agravos como HIV/aids, tuberculose e violências urbanas; no Agreste, destacam-se arboviroses, esquistossomose e acidentes de transporte; no Sertão, persistem doenças negligenciadas, como leishmaniose visceral e doença de Chagas, além de intoxicações por agrotóxicos; e em parte do São Francisco e do Araripe permanecem relevantes as zoonoses, a exemplo da esquistossomose, e a mortalidade materno-infantil[7,8].

Tal configuração revela que o território não é mero suporte geográfico, mas dimensão analítica fundamental para interpretar necessidades, vulnerabilidades e respostas institucionais. Além disso, o debate sobre governança regional reforça que o planejamento em saúde não se resume ao cumprimento formal de instrumentos normativos. A regionalização prevista no SUS, especialmente após o Decreto nº 7.508/2011, fortaleceu as regiões de saúde como espaços de pactuação, cooperação interfederativa e tomada de decisão, exigindo maior articulação entre diagnóstico epidemiológico, planejamento e gestão regional[9-10].

Sob esse enfoque, o uso de sistemas de informação, matrizes analíticas, monitoramento e avaliação adquire centralidade. A informação em saúde torna-se instrumento essencial do processo decisório gerencial, administrativo e político, desde que seja transformada em conhecimento útil, contextualizado e aplicável à ação[11].

Isso aproxima a análise epidemiológica da gestão concreta e amplia a capacidade de formular respostas mais eficientes, eficazes

e efetivas. Este capítulo objetiva analisar a situação das doenças e agravos prioritários em Pernambuco, considerando documentos de referência estratégicos. Especificamente, busca identificar os principais agravos por região de saúde, comparar prioridades entre documentos técnicos e políticos, avaliar o nível de alinhamento entre diagnóstico epidemiológico e planejamento governamental e subsidiar decisões estratégicas no âmbito estadual.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo documental, comparativo e analítico, com abordagem qualitativo-quantitativa. O componente quantitativo baseou-se em dados epidemiológicos secundários apresentados em documentos oficiais, especialmente o Perfil Epidemiológico de Pernambuco 2012–2021[7]. O componente qualitativo concentrou-se na análise de instrumentos estratégicos de planejamento e gestão em saúde, com ênfase no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Pernambuco 2011, no Plano Estadual de Saúde 2024–2027 e no Plano de Governo – Saúde e Qualidade de Vida[9,10,12].

Do ponto de vista conceitual, a estratégia metodológica dialoga com a Análise de Situação de Saúde (Asis), entendida como processo analítico-sintético destinado a caracterizar, medir e explicar o perfil saúde-doença de uma população, seus determinantes e as respostas setoriais, com a finalidade de informar a tomada de decisão de forma oportuna[6].

Nessa chave, a presente investigação não se restringiu à descrição dos agravos, mas buscou relacioná-los aos instrumentos de planejamento, às capacidades institucionais e às prioridades programáticas.

Conforme ilustrado na Figura 3, inicialmente os documentos foram lidos integralmente e organizados em matrizes analíticas. Em seguida, realizou-se a extração das informações-chave relativas aos agravos priorizados, às metas, diretrizes e estratégias presentes em cada fonte. Com base nessas informações, foram elaborados quadros comparativos voltados à identificação de convergências,

divergências e complementaridades entre a situação epidemiológica e os referenciais programáticos[9,10,12].

Esse procedimento é convergente com abordagens documentais empregadas em estudos sobre planejamento e governança regional em saúde, nos quais a análise de conteúdo e a organização matricial dos achados permitem dar inteligibilidade a documentos complexos e orientar a interpretação crítica dos resultados[13].

Para a análise, foram considerados quatro critérios: inclusão de doenças e agravos explicitamente citados nos documentos ou evidenciados por indicadores relevantes; alinhamento estratégico entre referências epidemiológicas e programáticas; relevância epidemiológica segundo incidência, prevalência, mortalidade ou persistência territorial; e territorialidade, com reconhecimento das especificidades das 12 Regiões de Saúde[7,9]. Também foi considerada a temporalidade dos documentos, abrangendo dados epidemiológicos até 2021 e metas programáticas vigentes até 2027[7,10].

Os resultados foram sistematizados em quadros e figuras, incluindo gráfico radar e mapa de calor, utilizados para representar o grau de alinhamento entre os documentos. O alinhamento foi classificado em alto, médio ou baixo, conforme a presença, o detalhamento e a centralidade dos temas analisados em cada referencial. Como limites analíticos, reconhecem-se a defasagem temporal dos dados mais consolidados, as diferenças de escopo entre documentos epidemiológicos e programáticos e o fato de que indicadores territoriais podem sofrer oscilações em áreas pequenas, exigindo cautela interpretativa, especialmente quando se analisam coeficientes raros ou sujeitos a instabilidade estatística[6]. No desenvolvimento deste estudo, ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas como recurso auxiliar para organização, estruturação e refinamento textual de partes do manuscrito. Tal uso foi orientado por princípios de transparência e responsabilidade científica: todas as etapas apoiadas por IA foram integralmente revisadas, verificadas e validadas pelos autores, que assumem plena responsabilidade pelo conteúdo, pela acurácia das informações e pela integridade intelectual do trabalho.

O uso da IA não substituiu o julgamento crítico, a interpretação analítica nem a tomada de decisão dos pesquisadores em nenhuma fase do processo.

## RESULTADOS

A análise evidenciou que as doenças e os agravos prioritários em Pernambuco apresentam distribuição territorial desigual e forte relação com as características epidemiológicas, socioeconômicas e assistenciais de cada região[1,2]. Conforme sintetizado na Tabela 1, na I Região de Saúde, correspondente ao Recife, observou-se maior carga de HIV/aids, tuberculose, sífilis congênita e violências urbanas. Nas II e III Regiões de Saúde, mantêm-se importantes registros de HIV/aids, hanseníase, tuberculose, arboviroses e esquistossomose. No Agreste, especialmente nas IV e V Regiões de Saúde, destacam-se arboviroses, hanseníase, esquistossomose, acidentes de transporte e mortalidade materna e infantil evitável. No Sertão, as VII, VIII e IX Regiões de Saúde apresentam maior peso de leishmaniose visceral, doença de Chagas, filariose linfática, intoxicações por agrotóxicos e acidentes de trabalho. Nas X, XI e XII Regiões de Saúde, observam-se persistência de esquistossomose, outras zoonoses, acidentes de transporte, violências e manutenção de indicadores desfavoráveis em saúde materno-infantil[1,2].

Tabela 1. Síntese territorial dos principais agravos por macrorregião e Regiões de Saúde

| Macrorregião / Região de Saúde | Doenças transmissíveis prioritárias | DCNT prioritárias | Causas externas e outros agravos |
|---|---|---|---|
| **I – Metropolitana/Mata I Região – Recife II Região – Limoeiro III Região – Palmares** | HIV/aids, tuberculose, sífilis congênita, hanseníase, arboviroses, esquistossomose | Hipertensão, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares | Violências urbanas, acidentes de transporte |

Continuação da Tabela 1.

| Macrorregião / Região de Saúde | Doenças transmissíveis prioritárias | DCNT prioritárias | Causas externas e outros agravos |
|---|---|---|---|
| **II – Agreste**<br>**IV Região – Caruaru**<br>**V Região – Garanhuns**<br>**VI Região – Arcoverde** | Arboviroses, hanseníase, esquistossomose | Hipertensão, diabetes, câncer | Acidentes de transporte, mortalidade materna e infantil evitável, violências |
| **III – Sertão**<br>**VII Região – Salgueiro**<br>**VIII Região – Petrolina**<br>**IX Região – Ouricuri** | Leishmaniose visceral, doença de Chagas, filariose linfática | Doenças cardiovasculares, diabetes, câncer | Intoxicações por agrotóxicos, acidentes de trabalho, acidentes de transporte |
| **IV – São Francisco/Araripe X Região – Afogados da Ingazeira**<br>**XI Região – Serra Talhada**<br>**XII Região – Goiana** | Esquistossomose, malária residual, zoonoses | Doenças cardiovasculares, diabetes, câncer | Acidentes de transporte, violências, mortalidade materno-infantil |

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 2. Síntese comparativa entre perfil epidemiológico, plano de governo e PES 2024–2027

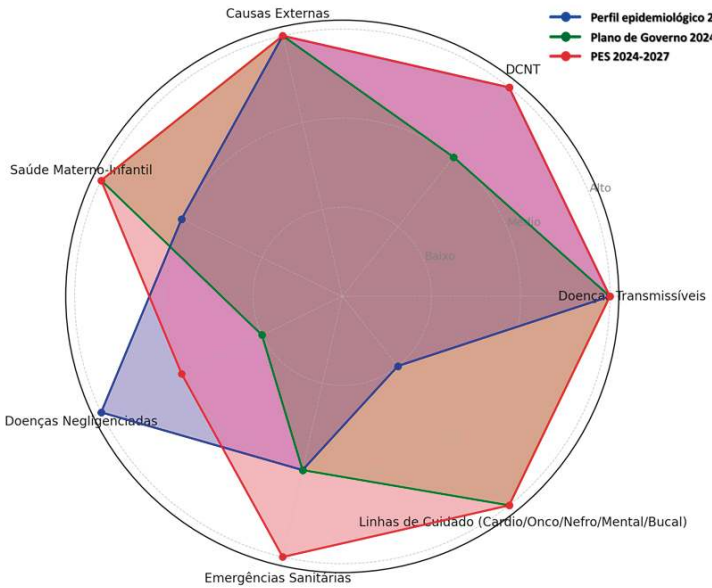
| Eixo | Perfil epidemiológico | Plano de Governo | PES 2024–2027 |
|---|---|---|---|
| **Doenças transmissíveis** | HIV/aids, tuberculose, sífilis congênita, arboviroses, hanseníase, esquistossomose, leishmaniose, Chagas, filariose | Ênfase em vigilância de HIV, tuberculose, hanseníase, sífilis e arboviroses | Mantém HIV, tuberculose, hanseníase, hepatites virais, arboviroses e sífilis como prioridades |
| **DCNT** | Hipertensão, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias | Ênfase em linhas de cuidado: cardiologia, oncologia, nefrologia, saúde mental e saúde bucal | Redução da mortalidade prematura por DCNT e priorização de linhas de cuidado |

Continuação da Tabela 2.

| Eixo | Perfil epidemiológico | Plano de Governo | PES 2024–2027 |
|---|---|---|---|
| **Causas externas** | Acidentes de transporte, violências e intoxicações por agrotóxicos | Prevenção e cuidado em violências e acidentes, com destaque para urgência e trauma | Redução de óbitos por acidentes de transporte e fortalecimento da vigilância das violências |
| **Saúde materno-infantil** | Problema destacado em regiões específicas | Meta central de redução da mortalidade materna e infantil | Objetivo estratégico de redução da mortalidade materna e infantil |
| **Doenças negligenciadas / emergências** | Chagas, leishmaniose, filariose, esquistossomose, Covid-19 e Síndrome Congênita do Zika | Reconhecimento mais geral da necessidade de preparo e resposta | Referência a experiências recentes, com menor centralidade programática |

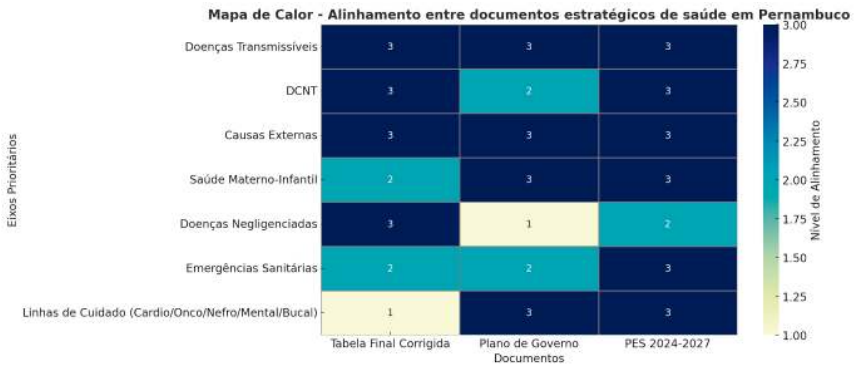
Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 1. Alinhamento entre documentos estratégicos de saúde em Pernambuco (gráfico radar).



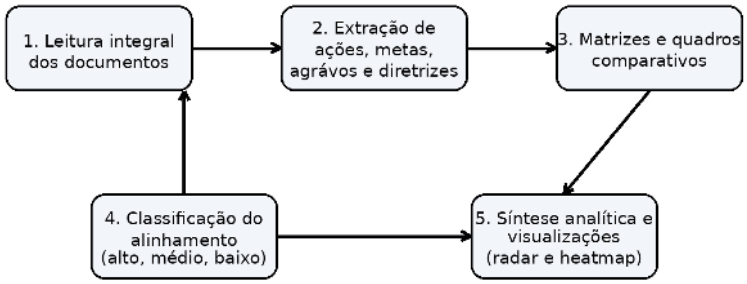

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2. Mapa de calor do alinhamento entre documentos estratégicos de saúde em Pernambuco.




Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 3. Fluxo analítico do estudo.




Fonte: Elaborado pelos autores.

Sob uma leitura conceitual mais ampliada, esses achados reforçam que a situação de saúde precisa ser interpretada de maneira articulada entre magnitude, perfil e contexto. A mera enumeração de agravos não esgota a análise, pois a Asis requer a vinculação entre eventos, território, serviços e respostas institucionais, de modo a transformar informação em evidência útil para a gestão[3]. Assim, a heterogeneidade regional observada no estado não expressa apenas diferenças de carga de doença, mas também distintas necessidades de coordenação interfederativa, densidade assistencial e capacidade de resposta local.

Em relação às DCNT, o conjunto dos documentos analisados confirmou a centralidade de hipertensão, diabetes, câncer, doen-

ças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas na carga de adoecimento e mortalidade do estado. Embora o perfil epidemiológico enfatize taxas, tendências e distribuição territorial, os planos oficiais ampliam o enfoque ao priorizar linhas de cuidado estruturantes, como cardiologia, oncologia, nefrologia, saúde mental e saúde bucal[1,4,5]. Esse achado demonstra uma diferença importante entre o olhar epidemiológico, mais centrado em agravos e indicadores, e o olhar programático, voltado à organização da rede e à integralidade do cuidado.

No eixo das causas externas, destacaram-se os acidentes de transporte terrestre, especialmente os relacionados a motocicletas, além das violências interpessoais e autoprovocadas. Aqui, os resultados revelam não apenas um problema epidemiológico de alta magnitude, mas também a necessidade de abordagens intersetoriais e de governança mais robusta, uma vez que a resposta não depende exclusivamente dos serviços de saúde, mas da articulação entre vigilância, urgência e emergência, mobilidade, educação e segurança pública[1,4,5].

Conforme ilustrado nas Figuras 1 e 2, a Tabela 2, que expõe o comparativo entre o Perfil Epidemiológico, o Plano de Governo e o PES 2024–2027 demonstrou alta convergência em três eixos: doenças transmissíveis prioritárias, DCNT e causas externas. Em saúde materno-infantil, doenças negligenciadas e emergências em saúde pública, o alinhamento mostrou-se intermediário, uma vez que os documentos atribuem pesos distintos a esses temas. Nas linhas de cuidado especializadas, o alinhamento foi menor no perfil epidemiológico, que as aborda de modo menos detalhado do que os instrumentos programáticos[1,4,5]. Em termos analíticos, isso sugere que Pernambuco dispõe de base diagnóstica consistente, mas ainda precisa aperfeiçoar a tradução do diagnóstico em arranjos programáticos territorialmente sensíveis.

## DISCUSSÃO

Os achados apontam que a situação de saúde em Pernambuco exige abordagem que combine análise epidemiológica, planejamento governamental, governança regional e organização territorial da rede[1]. A alta convergência entre os documentos nos eixos das doenças transmissíveis, das DCNT e das causas externas sugere que o estado dispõe de prioridades relativamente bem definidas para os principais grupos de agravos que impactam a morbimortalidade. Entretanto, a literatura mostra que dispor de prioridades formais não é suficiente: é preciso que a evidência circule, seja apropriada pelos atores institucionais e influencie efetivamente o processo decisório[2,8].

Nesse sentido, a análise situacional ganha relevo como instrumento de gestão. Ao articular descrição e interpretação, a Asis permite não apenas conhecer o perfil epidemiológico, mas também subsidiar a priorização, a formulação e a avaliação de políticas públicas[6]. Isso é particularmente importante em contextos complexos como o de Pernambuco, em que coexistem agravos infecciosos persistentes, condições crônicas de alta carga e causas externas associadas a desigualdades territoriais e sociais.

A discussão também reforça a importância da regionalização e da governança. Estudos sobre Pernambuco mostram que as regiões de saúde e seus espaços de pactuação, especialmente a Comissão Intergestores Regional (CIR), possuem papel relevante na coordenação do planejamento e da tomada de decisão, ainda que persistam fragilidades relativas ao planejamento regional, à estrutura das redes e aos atravessamentos político-institucionais[13]. Aplicado ao presente estudo, isso significa que a coerência entre perfil epidemiológico e prioridades programáticas depende não apenas de boa informação, mas também de arranjos de governança capazes de transformar evidência em pactuação, pactuação em ação e ação em resultado.

No campo das doenças transmissíveis, a permanência de HIV/aids, tuberculose, sífilis congênita, hanseníase, arboviroses e doen-

ças negligenciadas evidencia a necessidade de respostas integradas entre vigilância e APS. Essa articulação é central porque a APS, quando territorializada, resolutiva e conectada aos sistemas de vigilância, amplia a capacidade de detecção precoce, busca ativa, acompanhamento longitudinal e monitoramento de grupos vulneráveis[4,5]. Nesse aspecto, o problema não é apenas reconhecer os agravos, mas garantir capacidade institucional e fluxo decisório para responder a eles com oportunidade.

Quanto às DCNT, os resultados confirmam a necessidade de integrar a lógica epidemiológica à lógica das linhas de cuidado. Se, por um lado, os coeficientes e tendências evidenciam magnitude e distribuição territorial, por outro, a organização da resposta requer redes assistenciais articuladas, acompanhamento contínuo, estratificação de risco e monitoramento de resultados. Nesse eixo, os sistemas de informação assumem papel estruturante, pois a informação em saúde é instrumento essencial da tomada de decisão gerencial, administrativa e política, desde que convertida em dado útil, contextualizado e passível de orientar ação concreta[8].

No eixo das causas externas, a necessidade de intersetorialidade torna-se ainda mais evidente. O padrão de acidentes e violências observado no estado reafirma que a análise situacional em saúde deve dialogar com o planejamento regional e com outros setores de governo, sob pena de permanecer descritiva e pouco transformadora. Como salientam Silva et al.[13], a tomada de decisão nas regiões de saúde envolve estrutura, processos de produção e ações articuladas entre diferentes níveis de atenção. Além disso, diretrizes internacionais reforçam a necessidade de políticas integradas de segurança viária e redução de acidentes, especialmente no contexto de trânsito[14].

Persistem, contudo, pontos que requerem maior amadurecimento analítico e programático. O primeiro refere-se à saúde materno-infantil, cuja relevância é inequívoca, mas que oscila entre problema territorial específico e prioridade transversal de gestão. O segundo envolve as doenças negligenciadas, que seguem

epidemiologicamente relevantes em regiões do interior, mas nem sempre recebem o mesmo grau de centralidade política. O terceiro diz respeito às emergências em saúde pública, que exigem preparação contínua, monitoramento e capacidade de resposta rápida. O quarto refere-se às linhas de cuidado especializadas, cuja presença robusta nos planos oficiais contrasta com o menor detalhamento epidemiológico no perfil analisado[7,10,12].

Por isso, o fortalecimento da articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária deve ser entendido como eixo estruturante da coerência entre diagnóstico, planejamento e execução. Em termos práticos, isso implica ampliar o uso analítico dos sistemas de informação, consolidar processos regulares de monitoramento, fortalecer espaços regionais de governança e instituir rotinas de avaliação capazes de retroalimentar a gestão. Quando a evidência não é apenas produzida, mas efetivamente utilizada, ela se converte em base para decisões mais consistentes, transparentes e territorialmente aderentes[6,8].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise situacional das doenças e agravos prioritários em Pernambuco evidencia que o estado dispõe de base técnica consistente para orientar a formulação de políticas e a organização das ações de saúde. O conjunto dos documentos analisados demonstra convergência importante na priorização de doenças transmissíveis, DCNT e causas externas, ao mesmo tempo em que explicita a necessidade de maior integração em temas como saúde materno-infantil, doenças negligenciadas, emergências em saúde pública e linhas de cuidado especializadas.

Do ponto de vista teórico-conceitual, o estudo reforça que a análise de situação de saúde deve ser compreendida como processo contínuo, estratégico e orientado à decisão, e não apenas como descrição de indicadores. Também evidencia que o planejamento em saúde precisa ultrapassar a dimensão normativa e incorporar uma lógica de governança regional capaz de articular cooperação

interfederativa, pactuação, monitoramento e resposta oportuna aos problemas prioritários.

A heterogeneidade regional observada confirma que a resposta estadual não deve ser homogênea. Ao contrário, exige planejamento territorializado, com capacidade de reconhecer diferenças epidemiológicas, sociais e assistenciais entre as Regiões de Saúde. Nesse processo, a articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária é estratégica para transformar diagnóstico em ação programática, monitoramento em decisão oportuna e prioridade formal em resposta efetiva.

Conclui-se que Pernambuco reúne elementos técnicos e programáticos favoráveis ao fortalecimento de uma política de saúde mais integrada, mas ainda precisa avançar na harmonização entre evidências epidemiológicas, instrumentos de gestão, sistemas de informação e organização das redes de atenção. O aprimoramento dessa integração pode contribuir para maior coerência entre diagnóstico, planejamento e execução, com potencial para reduzir desigualdades regionais e qualificar a resposta do sistema de saúde às necessidades da população.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: CNS, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2023/resolucao-no-715.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.
2. 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 abr. 2026.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 21 abr. 2026.

4. Brasil. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. ASIS: análise de situação de saúde. Volume 1: livro-texto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030. Brasília, DF: 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. Acesso em: 21 abr. 2026.

6. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 21 abr. 2026.

7. Lyra R, Krause, P. Plano de governo 2023–2026. Pernambuco, 2022. Disponível em: https://static.poder360.com.br/2022/10/Plano-de-governo-Raquel-Lyra.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

8. Organização Mundial da Saúde. Global plan for the decade of action for road safety 2021–2030. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/global-plan-for-the-decade-of-action-for-road-safety-2021-2030. Acesso em: 21 abr. 2026.

9. Organização Mundial da Saúde. International health regulations (2005). 3. ed. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496. Acesso em: 21 abr. 2026.

10. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano diretor de regionalização 2011. Recife: SES/PE, 2011.

11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Perfil epidemiológico de Pernambuco 2012–2021. Recife: SES/PE, 2024. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/PERFIL_com%20ficha%20catalograficadocx.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

12. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano estadual de saúde 2024–2027. Recife: SES/PE, 2024. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/plano_estadual_de_saude_pes_2024_2027.docx%20%281%29.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

13. Santos, ERB, Leite AFB, Silva APSC. Tomada da decisão no cotidiano do gestor da saúde: tecnologias, instrumentos e estratégias de atuação. Recife: Ed. UFPE, 2018.

14. Silva, RCF et al. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2020. doi: 10.1590/S0103-73312020300331.

# 15 GRUPO VIVER MAIS E O FORTALECIMENTO DAS REDES TERRITORIAIS DE CUIDADO À PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Luana Beserra da Silva[1]
Bárbara Vitória Maciel Silva[2]
Ana Tereza Alves de Sá Silva[3]
Stwisson Shelton de Eloi Lima[1]

[1]Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil
[3]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap15

**RESUMO**

O envelhecimento populacional representa importante desafio para os sistemas de saúde, exigindo estratégias voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do cuidado integral à pessoa idosa. O presente estudo objetiva relatar a experiência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes durante visita técnica ao Grupo Viver Mais, localizado no município de Arcoverde, Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência de residentes das áreas

de enfermagem, psicologia, fisioterapia, serviço social, nutrição e sanitarismo vinculados à VI Gerência Regional de Saúde (VI GERES). Durante a visita, os residentes conheceram a organização do serviço, as atividades desenvolvidas e as estratégias de acolhimento voltadas à população idosa. Observou-se que o grupo atua como importante espaço de convivência, fortalecimento de vínculos sociais, promoção da autonomia e incentivo ao envelhecimento saudável. A experiência favoreceu reflexões sobre atuação multiprofissional, intersetorialidade e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no território. Conclui-se que experiências comunitárias contribuem significativamente para formação em saúde coletiva e fortalecimento das ações de promoção da saúde da pessoa idosa.

**Palavras-chave:** Saúde da pessoa idosa, Vigilância em saúde, Promoção da saúde, Redes de atenção à saúde, Equipe multiprofissional

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um fenômeno crescente em escala mundial e representa importante desafio para os sistemas de saúde. O aumento da expectativa de vida exige fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no cuidado integral à população idosa[1,2]. Nesse contexto, políticas públicas e estratégias territoriais tornam-se fundamentais para promoção do envelhecimento saudável, prevenção de agravos e melhoria da qualidade de vida.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece diretrizes voltadas à promoção da autonomia, independência e participação social dos idosos[3]. A Vigilância em Saúde também possui papel relevante na identificação de vulnerabilidades e desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde da população idosa.

Além disso, grupos comunitários e organizações sociais configuram-se como importantes dispositivos de acolhimento, fortalecimento de vínculos sociais e inclusão comunitária[4]. Essas ex-

periências também favorecem aproximação dos residentes com práticas territoriais e multiprofissionais de cuidado, fortalecendo a compreensão ampliada do processo saúde-doença[5,6].

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de residentes em saúde coletiva durante visita técnica ao Grupo Viver Mais, destacando contribuições relacionadas à promoção da saúde da pessoa idosa e fortalecimento das redes territoriais de cuidado.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes (PRMSC - Redes), vinculados à VI Gerência Regional de Saúde (VI GERES), localizada no município de Arcoverde, Pernambuco.

A experiência ocorreu durante visita técnica ao Grupo Viver Mais, organização social voltada ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, fortalecimento de vínculos sociais e inclusão comunitária da população idosa. Participaram da atividade residentes das áreas de enfermagem, psicologia, fisioterapia, serviço social, nutrição e sanitarismo, fortalecendo o caráter multiprofissional da experiência.

Durante a visita foram realizados momentos de acolhimento, apresentação institucional, rodas de conversa e observação das atividades desenvolvidas junto aos idosos participantes do grupo. A construção deste relato baseou-se nas observações e reflexões produzidas pelos residentes durante a experiência, considerando aspectos relacionados à promoção da saúde, vigilância em saúde e fortalecimento das redes territoriais de cuidado.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A visita técnica ao Grupo Viver Mais constituiu-se como experiência significativa para os residentes da VI GERES, possibilitando

aproximação com práticas comunitárias voltadas à promoção da saúde e fortalecimento do cuidado integral à pessoa idosa. Os residentes foram acolhidos pela equipe organizadora e pelos idosos participantes em um ambiente marcado pela receptividade, humanização e valorização das relações interpessoais. Desde os primeiros momentos da vivência, foi possível identificar o papel do grupo enquanto espaço de convivência, pertencimento e inclusão social da população idosa, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Visita técnica dos residentes da VI GERES ao Grupo Viver Mais.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Durante a apresentação institucional, os residentes conheceram a trajetória do Grupo Viver Mais e as ações desenvolvidas junto à população idosa. Observou-se que o grupo promove atividades voltadas ao fortalecimento da autonomia, melhoria da autoestima, incentivo à convivência comunitária e promoção do envelhecimento ativo e saudável. Além das atividades de convivência, observou-se a valorização de práticas artesanais desenvolvidas pelos idosos participantes, fortalecendo aspectos relacionados à criatividade, autonomia e inclusão social, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Produção artesanal desenvolvida pelos idosos participantes do Grupo Viver Mais.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A visita também possibilitou conhecer espaços destinados às oficinas e atividades terapêuticas desenvolvidas pela instituição, evidenciando o incentivo à participação ativa dos idosos em práticas educativas e de socialização. Além disso, a visita permitiu conhecer a estrutura física da instituição e compreender sua relevância enquanto dispositivo comunitário complementar às ações desenvolvidas no território pela Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3. Estrutura física do Grupo Viver Mais no município de Arcoverde-PE.




Fonte: Elaborado pelos autores.

As rodas de conversa favoreceram momentos de escuta qualificada e troca de experiências entre residentes, profissionais e idosos participantes. Os relatos compartilhados evidenciaram a importância do grupo na redução do isolamento social, fortalecimento da saúde mental e construção de vínculos afetivos e comunitários. A experiência também possibilitou reflexões acerca da atuação multiprofissional no cuidado à pessoa idosa e da importância da articulação entre saúde, assistência social e dispositivos comunitários para fortalecimento das redes territoriais de cuidado.

## DISCUSSÃO

A experiência vivenciada no Grupo Viver Mais evidencia a importância das organizações comunitárias no fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e na promoção da saúde da pessoa idosa. Os grupos de convivência contribuem para inclusão social, fortalecimento de vínculos comunitários e enfrentamento do isolamento social frequentemente associado ao envelhecimento[4,7]. Além disso, esses espaços favorecem o desenvolvimento de rela-

ções afetivas, ampliação da participação social e fortalecimento da autonomia dos idosos participantes.

A Vigilância em Saúde articulada à Atenção Primária à Saúde possui papel estratégico na identificação de vulnerabilidades e desenvolvimento de ações voltadas ao envelhecimento saudável[8]. Nesse contexto, iniciativas comunitárias fortalecem ações territoriais de promoção da saúde e prevenção de agravos, articulando aproximações entre serviços de saúde e dispositivos comunitários favorecendo a construção de redes mais resolutivas, capazes de compreender os determinantes sociais que influenciam o processo saúde doença.

Outro aspecto relevante refere-se à atuação multiprofissional observada durante a visita técnica. A integração entre enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e saúde coletiva favoreceu a construção e a compreensão de um olhar ampliado sobre as necessidades da população idosa, considerando não apenas aspectos biológicos, mas também dimensões sociais, emocionais e culturais, fortalecendo as práticas mais integrais e humanizadas[5].

Experiências territoriais e comunitárias também contribuem significativamente para formação dos residentes em saúde coletiva ao aproximarem teoria e prática no cotidiano dos serviços[6]. A vivência no território possibilita compreensão ampliada das necessidades sociais da população e fortalece as competências relacionadas ao trabalho em equipe, humanização e articulação intersetorial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita técnica ao Grupo Viver Mais constituiu-se como experiência enriquecedora para os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes, contribuindo significativamente para ampliação da compreensão acerca do cuidado integral à pessoa idosa e das práticas territoriais de promoção da saúde.

A vivência evidenciou a importância das organizações comunitárias enquanto dispositivos complementares às ações desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, O Grupo Viver Mais demonstrou potencial para fortalecimento dos vínculos sociais, estímulo à autonomia, promoção da inclusão social e incentivo ao envelhecimento ativo e saudável, configurando-se como importante espaço de acolhimento e convivência comunitária no território.

Destaca-se ainda a relevância da atuação multiprofissional e da articulação intersetorial na construção de estratégias de cuidado mais integrais, humanizadas e alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde. A inserção dos residentes em espaços comunitários contribui para compreensão das demandas sociais presentes no território e amplia a percepção sobre a importância das práticas educativas e participativas no cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS


1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saude Publica. 2009;43(3):548-554. doi:10.1590/S0034-89102009005000025.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2010.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (Rio J). 2004;14(1):41-65. doi:10.1590/S0103-73312004000100004.
7. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Gomes MPC. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
10. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2019.

# 16 TERRITÓRIO E ORGANIZAÇÃO COLETIVA DE MULHERES: REFLEXÕES SOBRE GESTÃO E SAÚDE NO CONTEXTO QUILOMBOLA

Miqueline Correia de Melo[1]
Camila Mesquita Soares[2]
Vitória Brenda de França Cunha[3]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap16

**RESUMO**

Este relato de experiência apresenta os aprendizados construídos por uma sanitarista em formação a partir da aproximação com a Comunidade Quilombola do Castainho, em Garanhuns-PE, junto ao coletivo Guerreiras Quilombolas. Parte-se da compreensão de que os processos de saúde e doença são produzidos nas relações sociais, territoriais e históricas que atravessam os modos de viver e cuidar. O estudo teve como base Diários de Campo elaborados por meio de observação participante sistemática, entre março e outubro de 2025, analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados foram organizados em três eixos: existência do grupo como prática de resistência; geração de renda como autonomia e promoção da saúde das mulheres; e articulação em rede na defesa

do território quilombola. Observou-se que a organização comunitária das mulheres articulava espiritualidade, ancestralidade, geração de renda, formação política e defesa territorial, fortalecendo vínculos coletivos e estratégias de cuidado. As experiências também evidenciaram processos de Educação Popular em Saúde, territorialização e Vigilância Popular em Saúde, compreendendo o território como espaço vivo, marcado por relações de poder, memória, cultura e luta social. A vivência possibilitou ampliar e aprofundar a compreensão do conceito ampliado de saúde, em diálogo com a Saúde Coletiva latino-americana e a determinação social da saúde. Conclui-se que a aproximação entre gestão, planejamento e território fortalece a Saúde Coletiva ao reconhecer os saberes comunitários e as formas locais de produção do cuidado e defesa da vida.

**Palavras-chave:** Território, Saúde coletiva, Educação popular, Grupo de mulheres quilombolas, Vigilância em saúde

## INTRODUÇÃO

As formas de adoecer, viver, morrer, promover saúde, cuidar de si e dos outros, se expressam de forma concreta nos espaços onde os sujeitos vivem, trabalham e se relacionam — entre si e com a natureza — em uma época, contexto social, político-econômico; envolvendo elementos individuais e determinações coletivo-sociais[1,2].

Nesse sentido, parte-se da premissa de que o território tem papel central para o entendimento de determinantes e necessidades de saúde da população, pois é compreendido para além de uma delimitação espacial, constituindo-se como espaço vivido, marcado por relações sociais, condições materiais de existência, redes de apoio, construção de identidade, memória e cultura popular, modos de se relacionar com a natureza, desigualdades e formas de organização social que incidem diretamente sobre os modos de viver, adoecer e cuidar.

Assim sendo, acredita-se que as concepções e práticas das áreas da Vigilância, Gestão e Planejamento em Saúde podem ser potencializadas quando acontecem em proximidade com os territórios aos quais são dirigidas as políticas de saúde.

Nesse contexto, propõe-se um relato de experiência que versa sobre os aprendizados de uma sanitarista em formação trazidos pela aproximação com o Território da Comunidade Quilombola de Castainho, Garanhuns – PE, orientando-se pela seguinte pergunta-guia: O que eu, sanitarista em formação, aprendi sobre a Saúde ao colocar os pés em uma comunidade quilombola junto a um grupo auto-organizado de mulheres?

## METODOLOGIA

O cenário da vivência foi a Comunidade Quilombola do Castainho, que está localizada na zona rural do município de Garanhuns, no Agreste Meridional de Pernambuco. Garanhuns destaca-se como município de referência regional em serviços de saúde, educação e comércio para cidades circunvizinhas.

Esse relato teve como principal instrumento de registro o Diário de Campo[3,4], construído por meio da observação participante sistemática[5], sob um recorte temporal de sete meses (março a outubro de 2025), período no qual houve dedicação prioritária da residente às atividades desenvolvidas junto ao coletivo de mulheres, sobretudo em suas reuniões mensais.

Os registros foram orientados por observação diária, possibilitando sistematizar impressões, afetos, tensões e aprendizados personalizados na inserção no cotidiano comunitário, além da rememoração dos acontecimentos, a reflexão crítica sobre as práticas vivenciadas e sua articulação com o campo da Saúde Coletiva. Para a sistematização dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin[6], desenvolvida a partir das etapas de leitura flutuante, identificação de núcleos de sentido e categorização temática.

O estudo também contou com revisão bibliográfica narrativa, articulando os Diários de Campo a produções teóricas sobre Território, Vigilância em Saúde, Educação Popular em Saúde e Clínica Ampliada. No que se refere às considerações éticas, o relato observou os princípios éticos previstos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de relato de experiência, sem utilização de falas ou identificação dos sujeitos, esteve dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

Os resultados estão organizados em três eixos temáticos construídos a partir da análise dos Diários de Campo: (1) Existência do Grupo como Prática de Resistência; (2) Geração de Renda como Autonomia e Promoção da Saúde das Mulheres; e (3) Articulação em Rede na Defesa do Território Quilombola.

No eixo 1, os registros evidenciaram que a organização das Guerreiras Quilombolas emerge da necessidade concreta de defesa do território e fortalecimento das mulheres dentro da dinâmica comunitária do Castainho. Falas como "se a gente não se organiza, a gente perde" e "as mulheres precisavam de um canto nosso" expressaram a centralidade da organização popular para a continuidade da luta quilombola.

Observou-se que os encontros eram conduzidos a partir de referenciais culturais próprios, frequentemente iniciados com rezas conduzidas por uma das fundadoras da Associação, reafirmando ancestralidade e espiritualidade como dimensões constitutivas da vida coletiva. Também foram identificadas experiências de construção coletiva, como a Árvore de Problemas, na qual as próprias mulheres apontaram questões relacionadas à baixa participação, limitação de recursos e necessidade de formações alinhadas às demandas do território.

No eixo 2, o Diário de Campo mostrou que as atividades produtivas constituíam importante elemento de permanência e

mobilização das mulheres no grupo. A produção de bonecas, colchas, artesanato e alimentos aparecia não apenas como estratégia econômica, mas também como espaço de convivência e fortalecimento coletivo.

Observou-se ainda que o grupo realizava uma seleção crítica das propostas externas: enquanto a oficina de produção de sabão teve baixa adesão, a oficina de reaproveitamento de vidro contou com ampla participação e transformou-se em espaço de troca sobre geração de renda, alimentação e organização do trabalho coletivo. Outro momento significativo ocorreu durante a elaboração de um edital para cursos de confecção de colchas, que passou a ser discutido e escrito coletivamente pelas mulheres junto aos Residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Coletiva com Ênfase em Agroecologia.

No eixo 3, os registros demonstraram que a atuação das Guerreiras Quilombolas é sustentada por uma rede de articulações com movimentos sociais, universidades, Residência em saúde e outros coletivos de mulheres. Destacou-se a parceria com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), especialmente em ações de regularização documental e emissão do Cadastro Nacional da Agricultura Familiar (CAF). Também foram observadas trocas com outros coletivos femininos acerca de quintais produtivos, sistemas de empréstimo rotativo e perspectivas de inserção em políticas públicas, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

## DISCUSSÃO

As experiências vivenciadas no Castainho permitiram ampliar e aprofundar a compreensão do conceito ampliado de saúde, ao evidenciar as múltiplas dimensões sociais, culturais, territoriais e históricas que atravessam os modos de viver e produzir cuidado, em diálogo com as formulações da Saúde Coletiva latino-americana e da determinação social da saúde[7]. A vivência evidenciou que saúde, no território quilombola, articula-se às condições concreta

de existência, à luta pela terra, ao enfrentamento do racismo estrutural e à organização comunitária.

Essa compreensão dialoga também com Sérgio Arouca[8], ao reconhecer a saúde como direito social e resultado das condições de vida, e com Wanessa Gomes[9], ao enfatizar território, saberes populares e práticas comunitárias como dimensões constitutivas do cuidado. As discussões observadas nos encontros revelaram que temas como geração de renda, agroecologia, sobrecarga feminina e autonomia estavam diretamente relacionados à produção da saúde, ainda que inicialmente não fossem nomeados dessa maneira.

A experiência reforçou ainda a compreensão de territorialização como ferramenta central para o planejamento em saúde, entendendo o território como um espaço-processo produzido pelas relações sociais e pelas condições de vida da população[10]. No Castainho, o território apresentou-se como espaço de memória, ancestralidade, conflitos e resistência, em consonância também com as contribuições de Rigotto[2] sobre território como espaço social vivo atravessado por relações de poder e modos de vida.

As práticas observadas junto às Guerreiras Quilombolas aproximaram-se dos pressupostos da Educação Popular em Saúde, especialmente das formulações de Paulo Freire[11], ao evidenciar a realidade concreta como ponto de partida da ação coletiva, o protagonismo dos sujeitos e a construção compartilhada do conhecimento. A organização das mulheres, os momentos de espiritualidade, as rodas de conversa e as construções coletivas desenvolvidas no território também evidenciaram o reconhecimento dos movimentos sociais e dos sujeitos coletivos como produtores de conhecimento político e pedagógico[12]. Tais experiências convergem ainda com os princípios presentes na Política Nacional de Educação Popular em Saúde[13].

A apropriação crítica das oficinas ofertadas e os intercâmbios com outros coletivos femininos evidenciaram processos de autonomia e problematização da realidade, aproximando-se da concepção freireana de educação dialógica e emancipatória[11]. Do

mesmo modo, as articulações com o MST, universidades e Residência em saúde reforçaram a importância das redes de apoio e cooperação para o fortalecimento das lutas territoriais e ampliação do acesso às políticas públicas.

A aproximação com o território evidenciou também práticas relacionadas à Vigilância Popular em Saúde, conforme discutido por Carneiro e Dantas[14], ao reconhecer a comunidade como sujeito ativo na produção de informações e respostas em saúde. As próprias mulheres monitoravam ameaças ao território, dificuldades de acesso a direitos, problemas relacionados às condições de vida e estratégias coletivas de enfrentamento, demonstrando que a vigilância pode extrapolar os sistemas formais e se constituir também como prática comunitária articulada ao cotidiano do território.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência no Castainho evidenciou que a Saúde Coletiva se fortalece quando a gestão e o planejamento se aproximam da realidade local e reconhecem os saberes produzidos no território. As vivências junto às Guerreiras Quilombolas possibilitaram compreender a saúde para além do modelo biomédico, articulada às condições de vida, à autonomia das mulheres e à luta pela terra.

Embora a aproximação entre gestão e comunidade ainda represente um desafio no SUS, a experiência também suscitou reflexões sobre a Vigilância Popular em Saúde[14] como estratégia complementar às práticas institucionais, apontando para a necessidade de futuras pesquisas sobre as relações entre participação comunitária, produção local de informações e fortalecimento do SUS nos territórios.

## REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93. doi: https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006.

2. Rigotto RM. Determinação social da saúde e ambiente: contribuições para a compreensão e transformação da realidade. In: Miranda AC et al., organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 389-406.

3. Pinheiro FR. Diário de campo. In: Ceccim RB, Palombini CV, organizadores. EnSiQlopédia das Residências em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018.

4. Araújo LFS, Dolina JV, Petean E, Musquim CA. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2013;15(3):53-61. doi: 10.21722/rbps.v15i3.6326

5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.

6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

7. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013;31(Supl 1):S13-S27.

8. Arouca S. O dilema da saúde: contribuição para a crítica da saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. [Nota: Obra original correspondente à tese de doutorado do autor defendida em 1987].

9. Gomes WS. Terra é saúde: a determinação social da saúde na comunidade quilombola do Castainho, Garanhuns - Pernambuco [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.

10. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública. 2005;21(3):898-906. doi: 10.1590/S0102-311X2005000300024

11. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

12. Soares CM, Alves TTB, Cunha VBF, Johnson CN, Silveira JMM, Araújo EFM, et al. Além de Paulo Freire: raízes históricas e outras contribuições de sujeitos coletivos ao campo da educação popular na América Latina. Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana. 2024;22(6):1-24. doi: 10.55905/oelv22n6-060

13. 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 Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

14. Carneiro FF, Dantas VLA, organizadores. Vigia, povo!: guia de vigilância popular em saúde. Eusébio: Fiocruz Ceará; ABRASCO; 2024 [acesso em 2026 mai 20]. Disponível em: https://ceara.fiocruz.br/participatorio/wp-content/uploads/2023/11/Guia-de-Vigilancia-Popular-WEB-152mb.pdf

# 17 TERRITORIALIZAR PARA COMPREENDER: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (VERSUS) EM RECIFE NA FORMAÇÃO PARA EQUIDADE E PRÁTICAS ANTIDISCRIMINATÓRIAS EM SAÚDE

Joanna Beatriz de Oliveira Silva[1]
Luciano da Silva Medeiros Junior[2]
Íris Fernandes da Cruz[1]

[1]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap17

**RESUMO**

A formação em saúde comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) demanda estratégias pedagógicas capazes de aproximar os sujeitos das realidades sociais e territoriais que atravessam os processos de saúde e adoecimento. Nesse contexto, o projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VERSUS) constitui-se como importante dispositivo de formação crítica em saúde coletiva. O presente estudo objetiva refletir sobre a experiência de territorialização crítica realizada durante o VERSUS Recife, com foco nas discussões acerca da equidade e das práticas antidiscriminatórias em saúde. Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e reflexivo, construído a partir

das vivências desenvolvidas entre os dias 19 e 24 de abril de 2026, no município do Recife, Pernambuco. A atividade de territorialização ocorreu no dia 21 de abril, envolvendo deslocamentos por diferentes territórios da cidade e da região metropolitana, incluindo Monte Verde, Brasília Teimosa e Marco Zero, além da observação de distintos bairros ao longo do percurso. As discussões realizadas evidenciaram como desigualdades sociais, raciais, urbanas e territoriais influenciam o acesso à saúde e aos demais direitos sociais. A utilização de metodologias inspiradas na Educação Popular em Saúde favoreceu processos de escuta, diálogo e construção coletiva do conhecimento, fortalecendo reflexões críticas sobre território, equidade e cuidado em saúde. Conclui-se que experiências como o VERSUS potencializam processos formativos comprometidos com a defesa do SUS e com a construção de práticas em saúde orientadas pela equidade e pelo enfrentamento das discriminações estruturais.

**Palavras-chave:** Educação em saúde, Equidade, Território, Sistema Único de Saúde

## INTRODUÇÃO

A formação em saúde comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) exige a construção de práticas pedagógicas capazes de ultrapassar os limites do ensino tradicional e aproximar estudantes, trabalhadores e usuários das múltiplas realidades que constituem os territórios[1]. Nesse contexto, experiências formativas fundamentadas na problematização do cotidiano e na imersão nos espaços sociais contribuem para a produção de sujeitos críticos, sensíveis às desigualdades e implicados eticamente com a defesa da vida e dos direitos sociais[2,3]. Inspiradas na perspectiva da educação crítica proposta por Paulo Freire[4], essas experiências fortalecem processos de aprendizagem baseados no diálogo, na escuta e na construção coletiva do conhecimento.

O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VERSUS) constitui-se como uma importante estratégia

de formação político-pedagógica no campo da saúde coletiva, ao possibilitar espaços de aprendizagem que integram território, ensino, trabalho em saúde e movimentos sociais. Entre seus objetivos estão o estímulo ao diálogo e à reflexão crítica sobre práticas de cuidado, formação e gestão, promovendo o compromisso ético-político dos participantes e contribuindo para a transformação social e a construção de práticas orientadas pela equidade[5].

Compreender o território, para além de sua dimensão geográfica, implica reconhecê-lo como espaço vivo, marcado por disputas, memórias, desigualdades e resistências. Nessa perspectiva, o território expressa modos de produção da vida e da saúde, evidenciando processos históricos atravessados por questões raciais, sociais, econômicas e culturais, conforme discutido por Santos[6,7]. Assim, iniciativas de territorialização crítica tornam-se ferramentas potentes de formação ao possibilitarem leituras ampliadas sobre a cidade e suas repercussões nos modos de viver, adoecer e (r)existir.

Diante disso, o presente relato de experiência tem como objetivo refletir sobre a vivência de territorialização realizada durante o VERSUS Recife, com foco nas discussões sobre equidade e práticas antidiscriminatórias em saúde, analisando suas contribuições para a formação crítica em saúde coletiva.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e reflexivo, construído a partir das vivências desenvolvidas durante a edição do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VERSUS), realizada no município do Recife, Pernambuco, no período de 19 a 24 de abril de 2026.

A experiência teve como foco a atividade de territorialização crítica, voltada à problematização das desigualdades urbanas, da equidade em saúde e das práticas antidiscriminatórias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O percurso incluiu visitas a diferentes territórios do Recife e região metropolitana, entre eles Guabiraba (local de hospedagem da vivência), Monte Verde

(Jordão), Brasília Teimosa, Boa Viagem, Pina, Casa Amarela e Marco Zero, possibilitando a observação de diferentes realidades socioespaciais e o diálogo com os territórios.

A construção deste relato fundamenta-se nos registros dos diários de campo produzidos ao longo da vivência, nos relatórios das atividades e nas discussões coletivas realizadas durante e após os percursos de territorialização, a partir de metodologias participativas e da Educação Popular em Saúde.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A edição do VERSUS Recife ocorreu entre os dias 19 e 24 de abril de 2026 e teve como eixo central a discussão sobre equidade e práticas antidiscriminatórias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Reunindo estudantes, residentes, trabalhadores e sujeitos implicados com a defesa do SUS, a vivência foi construída a partir de metodologias participativas voltadas à problematização das desigualdades sociais e à formação crítica em saúde coletiva.

A territorialização crítica constituiu um dos momentos centrais da vivência, ao possibilitar a aproximação dos participantes com diferentes realidades que atravessam a cidade do Recife e sua região metropolitana. Mais do que percorrer espaços geográficos, a atividade buscou estimular leituras críticas sobre os modos como os territórios expressam desigualdades históricas, disputas políticas e processos de exclusão que impactam diretamente as condições de vida e saúde da população.

O percurso teve início na Guabiraba, local de hospedagem da vivência, em direção à primeira parada, no bairro de Monte Verde, no Jordão, território marcado por uma histórica zona de litígio entre os municípios do Recife e Jaboatão dos Guararapes. A realidade observada evidenciou os efeitos da fragilidade da gestão territorial sobre o acesso a direitos básicos, demonstrando como disputas administrativas e políticas podem contribuir para processos de invisibilização social e desassistência.

Ao longo do trajeto, a observação de bairros como Piedade, Boa Viagem, Pina, Casa Amarela e áreas centrais do Recife evidenciou diferentes formas de ocupação do espaço urbano, marcadas por desigualdades econômicas, raciais e sociais. A experiência permitiu compreender o território como espaço socialmente produzido, atravessado por relações de poder e pela distribuição desigual de direitos.

Outra parada significativa ocorreu em Brasília Teimosa, território historicamente marcado por resistência popular e luta pelo direito à moradia e à cidade. As discussões evidenciaram o papel dos movimentos sociais na produção de redes de cuidado, pertencimento e defesa de direitos.

No Marco Zero, foram debatidas as contradições entre áreas de valorização econômica e os processos de exclusão que atravessam populações periféricas, reforçando como as dinâmicas urbanas influenciam o acesso à saúde e a outras políticas públicas[9,10].

Ao final do percurso, uma roda de conversa possibilitou a sistematização das percepções dos participantes, a partir de metodologias inspiradas na Educação Popular em Saúde. Esse momento favoreceu a construção coletiva de análises críticas sobre racismo estrutural, desigualdades urbanas e práticas antidiscriminatórias no SUS.

## DISCUSSÃO

A experiência de territorialização desenvolvida durante o VERSUS Recife evidenciou a potência do território enquanto ferramenta pedagógica para a formação crítica em saúde. Ao deslocar os participantes para diferentes cenários urbanos e aproximá-los das contradições presentes na cidade, a vivência possibilitou compreender que os processos de saúde e adoecimento não podem ser analisados de maneira dissociada das condições sociais, econômicas, raciais e territoriais que atravessam a vida cotidiana. Nesse sentido, a experiência fundamentou-se na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

(PNEPS-SUS)[11], ao compreender a aprendizagem como processo construído a partir da realidade concreta, da problematização e da produção coletiva de sentidos.

As reflexões produzidas ao longo do percurso reforçaram a compreensão do território para além de sua dimensão geográfica ou administrativa. Conforme discutido por Santos[6,7], o território expressa relações de poder, desigualdades e disputas historicamente construídas, sendo atravessado por processos sociais que influenciam diretamente os modos de viver e acessar direitos. A vivência em Monte Verde, por exemplo, evidenciou como zonas de litígio e fragilidades na organização político-administrativa podem impactar negativamente o acesso da população aos serviços públicos, produzindo situações de vulnerabilização e invisibilidade social.

Da mesma forma, os contrastes observados entre bairros periféricos, áreas centrais e regiões valorizadas economicamente permitiram discutir como a produção desigual da cidade repercute no acesso à saúde, à mobilidade, ao saneamento e às demais políticas públicas. Tais elementos dialogam com a perspectiva da determinação social da saúde, compreendida por Breilh[12] como resultado de processos históricos, políticos e econômicos que organizam a vida social e distribuem desigualmente as possibilidades de viver com dignidade. Nesse contexto, pensar equidade em saúde implica reconhecer as diferenças e construir estratégias capazes de responder às necessidades específicas dos sujeitos e coletivos, enfrentando práticas discriminatórias ainda presentes nos serviços e nas instituições.

Além disso, a utilização de metodologias baseadas na Educação Popular em Saúde fortaleceu processos de escuta, diálogo e construção compartilhada do conhecimento, contribuindo para uma formação mais sensível às realidades sociais e comprometida com os princípios do SUS. A roda de conversa realizada ao final da atividade permitiu aos participantes articularem suas percepções individuais às dimensões coletivas e estruturais observadas durante a territorialização, favorecendo a construção de análises críticas

sobre a cidade, os territórios e os desafios para a consolidação de práticas de cuidado orientadas pela equidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de territorialização realizada durante o VERSUS Recife demonstrou a potência das vivências no território como estratégia de formação crítica em saúde coletiva, ampliando a compreensão sobre as desigualdades que atravessam a produção da vida e do cuidado nos espaços urbanos.

Ao aproximar os participantes de diferentes realidades sociais, políticas e territoriais, a atividade favoreceu reflexões sobre os impactos das desigualdades raciais, econômicas e urbanas no acesso à saúde e aos direitos sociais.

As discussões evidenciaram a necessidade de fortalecer práticas em saúde comprometidas com a equidade e o enfrentamento das discriminações estruturais. Nesse sentido, a territorialização crítica mostrou-se uma importante ferramenta pedagógica para a formação de sujeitos implicados na defesa do SUS e na construção de práticas de cuidado mais sensíveis às necessidades dos territórios.

Por fim, a utilização de metodologias inspiradas na Educação Popular em Saúde contribuiu para a construção coletiva do conhecimento, reforçando a importância do diálogo, da escuta e da problematização da realidade como fundamentos da formação em saúde.

## REFERÊNCIAS


1. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis [Internet]. Jun 2004;14(1):41-65. doi: 10.1590/s0103-73312004000100004.
2. Luciane C. Educação Permanente em Saúde: Revisitando a Trajetória e os Desafios Atuais para a Interface Formação, Atenção, Gestão e Participação. Editora Appris; 2023.

3. Brasil, Ministério da Saúde. Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde [Internet]. 2007 [citado em 14 maio 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf

4. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz E Terra; 2019.

5. Sousa FS, Rêgo JD. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde na formação em Odontologia: relato de experiência. Rev ABENO. 2022;22(2). doi: 10.30979/revabeno.v22i2.1636.

6. Santos M. A Natureza do Espaço. EdUSP; 2006.

7. Santos M. O espaço do cidadão. EdUSP; 2007.

8. Emerson Elias Merhy. Saúde: Cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

9. Ferreira ML, Galvíncio JD. A urbanização, desigualdades sócio espaciais e mercado de trabalho no Recife. Rev Bras Ensino Aprendiz. 2025;12:487-98.

10. Melo JS, Silva WM, Lima MV, Lucena AB. Da marginalização à mobilização: a articulação dos movimentos sociais na luta contra o racismo ambiental na Região Metropolitana do Recife (RMR). Desenvolv Em Debat. 2023;12(1):99-116. doi: 10.51861/ded.dmv-qt.1.214.

11. Brasil, Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). [Internet]. bvsms.saude.gov.br. 2013 [citado em 18 maio 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

12. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31:13-27.

# 18 VIGILÂNCIA DO ÓBITO NA GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COM METODOLOGIAS ATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES

Stwisson Shelton de Eloi Lima
Luciana Cristiane Santos Mandu
Thais Felipe da Silva
Ana Tereza Alves de Sá Silva
Mariana Siqueira do Amaral Alves

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap18

**RESUMO**

A vigilância do óbito constitui importante estratégia para qualificação da atenção à saúde e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de residentes em saúde coletiva na participação de uma oficina de vigilância do óbito, destacando as contribuições das metodologias ativas e da Educação Permanente em Saúde para a formação profissional e para a gestão em saúde. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes durante oficina realizada na VI Regional de Saúde, em Arcoverde, Pernambuco. A

experiência possibilitou o fortalecimento de competências relacionadas à vigilância em saúde, análise crítica dos processos assistenciais, trabalho em equipe e integração entre teoria e prática. Além disso, evidenciou o potencial da Educação Permanente em Saúde como estratégia para qualificação das práticas profissionais e fortalecimento da gestão regionalizada. Conclui-se que experiências formativas baseadas em metodologias ativas contribuem significativamente para a construção de práticas mais críticas, reflexivas e comprometidas com a melhoria da atenção à saúde e prevenção de óbitos evitáveis.

**Palavras-chave:** Vigilância em saúde pública, Gestão em saúde, Educação permanente, Sistemas de informações em saúde, Vigilância de óbitos

## INTRODUÇÃO

A vigilância do óbito constitui um componente essencial da vigilância em saúde, sendo estratégica para a identificação de fatores determinantes e condicionantes da mortalidade, bem como para a proposição de intervenções voltadas à redução de eventos evitáveis[1,2].

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a análise de óbitos maternos, fetais e infantis representa um importante dispositivo para avaliação da qualidade da atenção à saúde, permitindo a identificação de falhas assistenciais e fragilidades na organização dos serviços[2,3]. A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pressupõe a integração entre diferentes pontos de atenção, com vistas à garantia da integralidade do cuidado, da continuidade assistencial e da resolutividade dos serviços[4].

Nesse contexto, a vigilância do óbito emerge como ferramenta fundamental para subsidiar processos de gestão, planejamento e tomada de decisão, ao fornecer informações qualificadas sobre o perfil de mortalidade e os itinerários assistenciais dos usuários[4,5].

Adicionalmente, a qualificação das práticas de vigilância demanda processos contínuos de educação permanente em saúde, entendida como estratégia que articula ensino, serviço e gestão, promovendo a

transformação das práticas profissionais a partir da problematização da realidade[6]. Nesse sentido, metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm se destacado por favorecerem o protagonismo dos sujeitos e o desenvolvimento do pensamento crítico[6].

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de residentes em saúde coletiva na participação de uma oficina de vigilância do óbito, destacando as contribuições das metodologias ativas para a formação profissional e para o fortalecimento da gestão das redes de atenção à saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes (PRMSC - Redes) durante a participação em uma oficina de vigilância do óbito, realizada na VI Regional de Saúde, no município de Arcoverde, Pernambuco.

A oficina ocorreu em modalidade presencial, com carga horária de 40 horas e 20 horas de atividades de dispersão entre os dias 16 a 20 de março, contemplando atividades teóricas e práticas voltadas à vigilância do óbito de mulheres em idade fértil, óbitos maternos, fetais e infantis promovida pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) destinada a aproximadamente 79 profissionais da III macrorregião de saúde.

A estrutura curricular foi organizada em módulos temáticos, abrangendo desde conceitos fundamentais até etapas operacionais da investigação, análise e classificação dos óbitos. As estratégias pedagógicas adotadas fundamentaram-se em metodologias ativas, incluindo trabalho em pequenos grupos, de casos, discussões em plenária e aplicação prática de instrumentos padronizados de investigação.

Destaca-se, ainda, a produção de um jornal diário elaborado pelos residentes ao final de cada dia da oficina, configurando-se como ferramenta de sistematização do conhecimento. A construção deste relato baseou-se na análise das vivências dos participantes, nos registros produzidos no jornal e nos conteúdos trabalhados durante a oficina.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi marcada pela intensa participação dos residentes, favorecida pela utilização de metodologias ativas que estimularam o protagonismo dos sujeitos no processo de aprendizagem. Os participantes em subgrupos possibilitaram a análise aprofundada de casos de óbitos maternos e infantis/fetais, promovendo a troca de saberes e a construção coletiva.

Durante as atividades práticas, os residentes utilizaram instrumentos padronizados de investigação, que permitiram a sistematização de informações relacionadas ao contexto do óbito, histórico clínico, assistência prestada e possíveis fatores de risco associados. Esse processo contribuiu para o desenvolvimento de habilidades relacionadas à análise epidemiológica e à interpretação crítica dos dados, como apresentado na Figura 1.

As discussões realizadas evidenciaram fragilidades nos processos de cuidado, tais como inadequações no acompanhamento pré-natal, difícil acesso aos serviços de saúde e desarticulação entre os níveis de atenção[7-9].

Figura 1. Desenvolvimento de atividades de aprendizado em grupo.

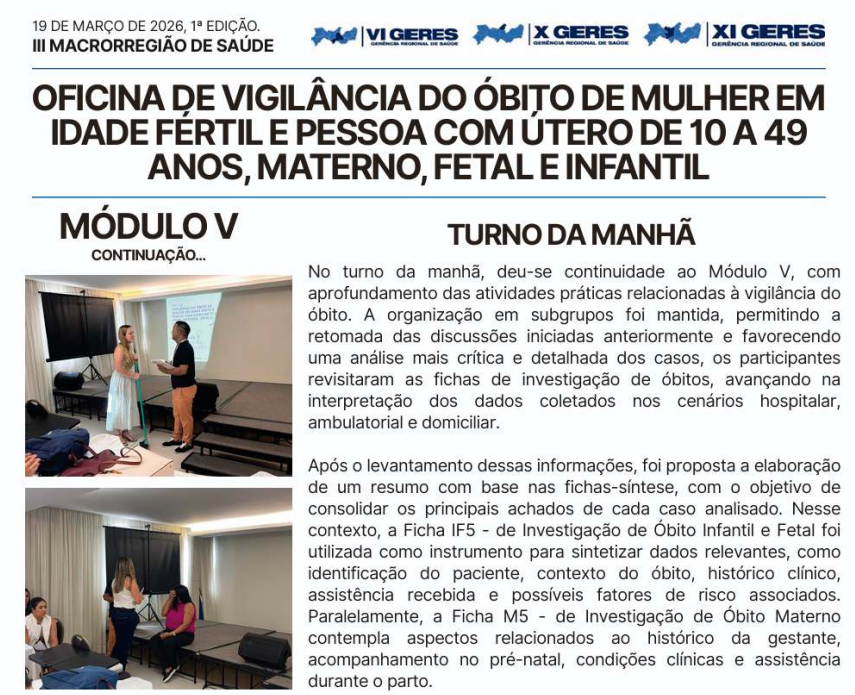


Fonte: Elaborado pelos autores.

A produção do jornal diário destacou-se como estratégia inovadora, permitindo a sistematização das atividades e a consolidação dos aprendizados. Esse recurso possibilitou a síntese dos conteúdos trabalhados, a reflexão crítica sobre os casos analisados e o registro das principais discussões realizadas, configurando-se como ferramenta pedagógica potente conforme a Figura 2.

Esse movimento contribui para a construção de uma aprendizagem significativa, na medida em que possibilita a ressignificação dos conteúdos a partir da articulação com experiências concretas, tornando o processo educativo mais contextualizado, reflexivo e aplicável às práticas em saúde[6,10].

Figura 2. Jornal diário desenvolvido pelos residentes da VI GERES.



19 DE MARÇO DE 2026, 1ª EDIÇÃO.
III MACRORREGIÃO DE SAÚDE

VI GERES | X GERES | XI GERES

# OFICINA DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL E PESSOA COM ÚTERO DE 10 A 49 ANOS, MATERNO, FETAL E INFANTIL

## MÓDULO V
CONTINUAÇÃO...

## TURNO DA MANHÃ

No turno da manhã, deu-se continuidade ao Módulo V, com aprofundamento das atividades práticas relacionadas à vigilância do óbito. A organização em subgrupos foi mantida, permitindo a retomada das discussões iniciadas anteriormente e favorecendo uma análise mais crítica e detalhada dos casos, os participantes revisitaram as fichas de investigação de óbitos, avançando na interpretação dos dados coletados nos cenários hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

Após o levantamento dessas informações, foi proposta a elaboração de um resumo com base nas fichas-síntese, com o objetivo de consolidar os principais achados de cada caso analisado. Nesse contexto, a Ficha IF5 - de Investigação de Óbito Infantil e Fetal foi utilizada como instrumento para sintetizar dados relevantes, como identificação do paciente, contexto do óbito, histórico clínico, assistência recebida e possíveis fatores de risco associados. Paralelamente, a Ficha M5 - de Investigação de Óbito Materno contempla aspectos relacionados ao histórico da gestante, acompanhamento no pré-natal, condições clínicas e assistência durante o parto.

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia a relevância da vigilância do óbito como instrumento estratégico para a gestão das redes de atenção à saúde, na medida em que possibilita a análise qualificada dos eventos de mortalidade e a identificação de lacunas nos processos assistenciais[1,5].

Os achados observados ao longo da oficina corroboram a literatura ao demonstrar que parcela significativa dos óbitos maternos e infantis é potencialmente evitável, estando frequentemente associada a fragilidades na atenção pré-natal, no acesso oportuno aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado[2,3].

A utilização de metodologias ativas favoreceu o protagonismo dos residentes, estimulando o pensamento crítico, a tomada de decisão e a capacidade de análise de situações complexas no contexto da vigilância em saúde. Além disso, a articulação entre conhecimentos teóricos e práticas reais, aproximando o processo formativo das demandas concretas do Sistema Único de Saúde[7-9].

A produção do jornal pelos residentes emerge, nesse contexto, como uma estratégia pedagógica inovadora, ao possibilitar a sistematização do conhecimento, o registro das vivências e a construção coletiva de sínteses críticas acerca das atividades desenvolvidas6-8.

Paralelamente, evidencia-se seu potencial como ferramenta formativa, ao contribuir para a construção de profissionais mais qualificados, críticos e preparados para atuar na gestão e organização das redes de atenção à saúde, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado como apresentado na Figura 3.

Além disso, ao possibilitar a análise crítica dos óbitos e das trajetórias assistenciais, contribui para o desenvolvimento de competências em gestão, planejamento e tomada de decisão na vigilância, assistência e gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde[11].

Figura 3. Registro oficial da oficina na rede social da ESPPE.




Fonte: Elaborado pelos autores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação dos residentes na oficina de vigilância do óbito contribuiu de forma significativa para o fortalecimento das competências relacionadas à vigilância em saúde e à gestão das redes de atenção à saúde. Ressalta-se a importância do fortalecimento da educação permanente em saúde que proporciona uma melhor formação para estudantes e profissionais da área de saúde.

A utilização de metodologias ativas favoreceu a problematização da prática e estimulou o desenvolvimento de competências relacionadas à análise crítica dos eventos de óbito, contribuindo para a compreensão da vigilância como instrumento estratégico para qualificação da atenção à saúde.

Dessa forma, experiências formativas que integrem ensino, serviço e gestão mostram-se essenciais para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, ao promoverem a construção coletiva do conhecimento e contribuírem para a melhoria da qualidade da atenção ofertada à população.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 19 mai 2026]. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-epidemiologica-volume-unico-3a-edicao-revista-atualizada.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 19 mai 2026]. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 19 mai 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 19 mai 2026]. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 doi: 10.1590/S1413-81232010000500005
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2004 ;14(1):41-65. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004.
7. Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 [acesso em 19 mai 2026]. Disponível:http://www.cid10.com.br/.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 19 mai 2026]. Disponível em:https://datasus.saude.gov.br/sistema-de-informacao-sobre-mortalidade-sim/.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 19 mai 2026]. Disponívelem:https://datasus.saude.gov.br/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc/.

10. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2005;9(16):161-177. doi: 10.1590/S1414-32832005000100013

11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Diretrizes para vigilância do óbito [Internet]. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2023 [acesso em 19 mai 2026]. Disponível em:https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Vigilancia%20do%20óbito%20de%20MIF,%20materno,%20infantil%20e%20fetal.%20N%2002.%202023.pdf.

# 19 INTERSETORIALIDADE E ATUAÇÃO DOS AGENTES DE ENDEMIAS NA VIGILÂNCIA AMBIENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM TRÊS MUNICÍPIOS DA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Girleney dos Santos Leandro Torres[1]
Ademilton Macário Lima Júnior[2]
Luciana Cristiane Santos Mandu[1]
Sílvia Camêlo de Albuquerque[3]
Rafaella Almeida dos Santos[4]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco, Brasil
[2]Centro de Vigilância em Saúde de Tupanatinga, Tupanatinga, Pernambuco, Brasil
[3]Secretaria Municipal de Saúde de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil
[4]Secretaria Municipal de Saúde de Venturosa, Venturosa, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap19

**RESUMO**

A dengue permanece entre os mais complexos desafios de saúde pública nas Américas, sendo o Brasil responsável por grande parte dos casos notificados. O *Aedes aegypti*, vetor da dengue, chikungunya e zika, encontra em resíduos sólidos domiciliares, especialmente pneus inservíveis e entulhos, criadouros persistentes que frequentemente escapam às ações rotineiras de vigilância. Este estudo objetiva relatar uma experiência intersetorial desenvolvida nos municípios

de Arcoverde, Tupanatinga e Venturosa (PE), pertencentes à VI Regional de Saúde, voltada à busca ativa e remoção de potenciais criadouros do vetor. Trata-se de um relato de experiência realizado por agentes de endemias, em parceria com as secretarias municipais de Serviços Públicos, Urbanismo e Infraestrutura, integrando ações educativas à retirada de pneus e entulhos em bairros periféricos. Em oito semanas, foram visitados 3.129 domicílios, com recolhimento de 532 pneus, dos quais aproximadamente dois terços apresentavam água parada, além de seis caminhões de entulho. Em 14 imóveis, houve recusa para retirada dos materiais, evidenciando usos alternativos dos pneus no cotidiano local, como cercas, vasos e suportes, reforçando a necessidade de estratégias territorializadas e sensíveis às especificidades socioculturais. A experiência evidenciou a importância da articulação intersetorial entre vigilância em saúde e serviços públicos, demonstrando que ações educativas isoladas são insuficientes para eliminação de fatores ambientais associados ao adoecimento. Conclui-se que o fortalecimento da descentralização e da cooperação intersetorial amplia a efetividade das ações de controle vetorial e fortalece o cuidado coletivo no território.

**Palavras-chave:** Agentes de endemias, Intersetorialidade, Controle de vetores, Atenção primária à saúde, SUS

## INTRODUÇÃO

A dengue permanece como um dos mais complexos desafios à saúde pública nas Américas, com o Brasil respondendo pela maior parte dos casos notificados[1]. O *Aedes aegypti*, vetor da dengue, chikungunya e zika, encontra nos resíduos sólidos domiciliares, especialmente pneus inservíveis e entulhos, criadouros de alta persistência que frequentemente escapam às ações rotineiras de vigilância[2]. A associação entre acúmulo de inservíveis e ocorrência de arboviroses está bem documentada[3]. Pneus descartados figuram entre os criadouros artificiais mais relevantes para o *Aedes aegypti* em áreas urbanas e periurbanas[2]. Os entulhos fragmentam o terri-

tório, dificultam a capilaridade das ações de controle e acumulam água em pontos dispersos, ampliando o risco de transmissão[3].

O enfrentamento das arboviroses inscreve-se nos compromissos do Brasil com a Agenda 2030 da Organizações das Nações Unidas (ONU), que inclui as arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* na adequação da Meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável[4,5]. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a vigilância ambiental é exercida prioritariamente por agentes de endemias, cujas atribuições incluem a identificação de criadouros e a educação em saúde[6]. Contudo, a literatura aponta uma lacuna recorrente: a ausência de mecanismos intersetoriais que articulem a vigilância com os serviços de limpeza urbana[7]. Sem a remoção física dos resíduos, a ação educativa perde efetividade.

A experiência foi desenvolvida em Arcoverde (77.586 hab.), Venturosa (18.835 hab.) e Tupanatinga (27.304 hab.)[8-10], pertencentes à VI Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. Diferentemente de ações centralizadas, esta iniciativa partiu dos coordenadores municipais de Vigilância em Saúde, que identificaram um padrão recorrente: pneus acumulados em quintais e entulhos em terrenos baldios, persistindo mesmo após sucessivas campanhas educativas. A escolha dos bairros baseou-se nos índices do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAa) e na percepção dos agentes locais. O período de execução foi de dois meses em 2025.

Diante da persistência do problema, os coordenadores articularam uma ação na qual os agentes passaram a recolher ativamente os pneus e a acionar as secretarias municipais de Serviços Públicos para a remoção dos entulhos. A educação em saúde foi conduzida sob o referencial da educação popular freireana: diálogo horizontal, valorização do saber do território e reconhecimento da comunidade como sujeito do cuidado[11]. Nessa perspectiva, o agente não apenas orienta, mas ele escuta, negocia e muitas vezes, carrega o pneu enquanto explica por que a água parada adoece.

O presente relato descreve a experiência vivenciada, evidenciando resultados alcançados, barreiras operacionais enfrentadas

e contribuições para a consolidação da gestão intersetorial e da educação popular em saúde no âmbito do SUS.

## METODOLOGIA

Trata-se de um método de relato de experiência sistematizado, ancorado na observação participante e na análise documental. A experiência ocorreu em período crítico na região entre fevereiro e março de 2025 (oito semanas) nos municípios de Arcoverde, Tupanatinga e Venturosa (PE), de forma simultânea.

Participaram 44 agentes de endemias e as secretarias municipais de Serviços Públicos (Infra estrutura e Urbanismo) integraram a parceria, por articulação dos coordenadores municipais de Vigilância em Saúde.

Os bairros e distritos foram selecionados pelos maiores índices do LIRAa nos 12 meses anteriores e pela percepção territorial dos agentes.

Tabela 1. Distribuição dos agentes de endemias e domicílios percorridos pelo município

| N° casos | N° óbitos | Coeficiente de Incidência | Taxa de Mortalidade | Letalidade |
|---|---|---|---|---|
| 1.242 | 174 | 13,71 | 1,92 | 14% |

Fonte: Planilha própria de monitoramento Vigilância Ambiental, 2025.

Durante as visitas, os agentes realizaram busca ativa de pneus e entulhos, contagem individual, registro em planilha, acionamento semanal da secretaria de Serviços Públicos e educação popular em saúde. Esta foi conduzida sob o referencial da educação popular freireana: diálogo horizontal, valorização do saber do território e reconhecimento da comunidade como sujeito do cuidado.

Os dados foram extraídos de planilhas administrativas do serviço público, sem identificação de pessoas. Por utilizar exclusivamente dados agregados de registros de serviço, sem intervenção em seres humanos, este relato dispensa apreciação por Comitê de Ética (Resolução CNS nº 510/2016). Não houve grupo controle nem randomização; os resultados não são estatisticamente generalizáveis.

## RESULTADOS E RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em oito semanas, os agentes de endemias visitaram 3.129 domicílios nos três municípios. O resultado imediato foi a remoção de 532 pneus, sendo que 229 (67%) estavam com água parada, ou seja, possíveis criadouros ativos eliminados antes que pudessem gerar nova geração de mosquitos. Oito caminhões de entulho foram retirados dos bairros periféricos, devolvendo às comunidades espaços mais limpos e seguros.

Figura 1. Pneus recolhidos pelo município de Arcoverde.



O desempenho mais expressivo ocorreu em Arcoverde, onde a parceria com a Secretaria de Limpeza e Infraestrutura funcionou no

mesmo horário das visitas dos agentes. A constância da remoção permitiu que os agentes confiassem no fluxo e que a comunidade percebesse o resultado concreto.

Figura 2. Caminhão de pneus recolhidos pelo Município de Tupanatinga.



Em Tupanatinga, município de menor porte, o grande achado foi organizacional: mesmo com apenas 12 agentes de endemias e com limitações de frota, a ação conseguiu sensibilizar a comunidade e remover 125 pneus e 02 caminhões de entulho. A experiência demonstrou que, mesmo com poucos recursos, a articulação intersetorial funciona, desde que haja compromisso e criatividade.

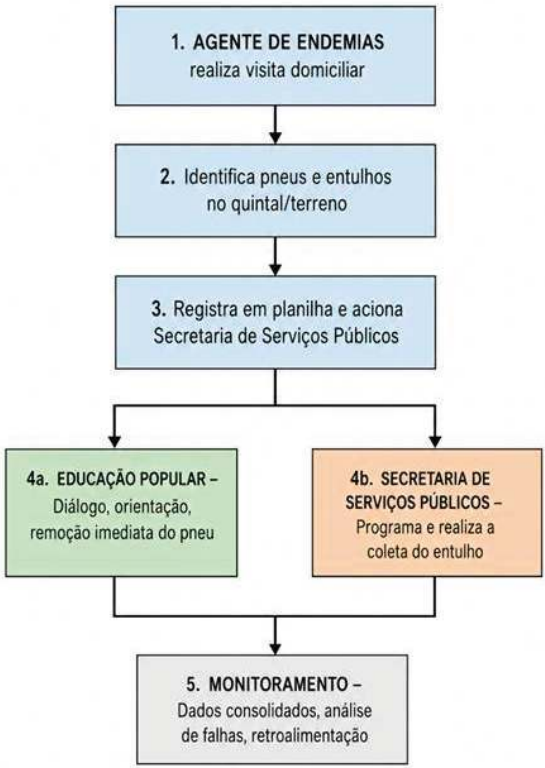
A adesão da comunidade foi expressiva: 98,9% dos moradores colaboraram com a retirada dos resíduos. As recusas ocorreram em apenas 14 imóveis (1,1%), motivadas pelo reaproveitamento dos pneus para cerca, vaso ou contenção de lona, um dado que, em vez de ser visto como obstáculo, revela a necessidade de políticas que combinem remoção com alternativas de reuso.

Figura 3. Entulho recolhido pelo Município de Venturosa.



No município de Venturosa, as ações de enfrentamento à dengue demonstraram resultados significativos por meio da mobilização integrada das equipes e da adoção de estratégias adaptadas à realidade local. Durante as atividades, foi possível realizar a remoção de 65 pneus, entulhos e outros materiais com potencial para se tornarem criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, contribuindo diretamente para a redução dos riscos de proliferação da doença. A experiência evidenciou a importância do trabalho articulado entre vigilância em saúde, gestão municipal e participação comunitária, fortalecendo as ações preventivas e de educação em saúde. Além disso, a iniciativa comprovou que estratégias de combate às arboviroses podem e devem ser flexíveis, considerando as especificidades territoriais, sociais e ambientais de cada município, garantindo maior efetividade nas intervenções e ampliando o alcance das medidas de controle e prevenção da dengue (ver figura 4).

Figura 4. Fluxograma da parceria intersetorial entre Vigilância Ambiental e Secretaria de Serviços Públicos.




Fonte Elaborado pelos autores.

O grande diferencial da experiência foi a educação popular dialógica. Os agentes não apenas orientavam, eles escutavam, negociavam e sempre que possível, retiravam o pneu enquanto conversavam. Os registros institucionais indicam que essa abordagem aumentou significativamente a aceitação da comunidade e fortaleceu o vínculo entre agente e morador. A mensagem concreta, mostrar o pneu com água e retirá-lo ali mesmo, mostrou-se mais poderosa do que qualquer panfleto.

As barreiras operacionais existiram, mas foram identificadas e transformadas em aprendizado: como a necessidade de frota compartilhada, uso de veículos próprios para retirada de pneus, a

importância de planejar a coleta no mesmo turno da visita do agente e a redistribuição de tarefas para agentes com limitação física.

## DISCUSSÃO

A experiência desenvolvida demonstrou, de forma consistente, que ações intersetoriais entre Vigilância Ambiental e Serviços Públicos são não apenas viáveis, mas potencialmente efetivas quando sustentadas por planejamento compartilhado, diálogo institucional e corresponsabilização entre os setores envolvidos. A remoção de 532 pneus e oito caminhões de entulho ao longo de oito semanas evidencia o potencial operacional da estratégia na eliminação de criadouros do *Aedes aegypti* e na mitigação de fatores ambientais associados às arboviroses.

Observou-se que a regularidade das ações intersetoriais constituiu um fator determinante para o alcance dos resultados. Nos territórios onde a coleta ocorreu semanalmente, verificaram-se desfechos mais expressivos; contudo, mesmo em contextos de menor frequência operacional, a estratégia manteve impacto relevante. Tal achado sugere elevada capacidade de adaptação e replicabilidade do modelo em municípios de diferentes portes, desde que consideradas as especificidades territoriais e a disponibilidade logística local.

A elevada adesão comunitária observada (98,9%) desafia a compreensão recorrente de baixa participação popular nas ações de controle vetorial. Os resultados indicam que abordagens pautadas na escuta qualificada, no diálogo e na negociação, em consonância com os pressupostos da educação popular em saúde e do referencial freireano, favorecem maior engajamento social quando comparadas a estratégias exclusivamente prescritivas ou centradas na transmissão unilateral de informações.

Outro aspecto relevante refere-se à saúde do trabalhador, uma vez que limitações ergonômicas identificadas durante o transporte manual dos pneus suscitaram rearranjos organizacionais, como a redistribuição de tarefas entre equipes. Essa adaptação revelou-se

uma solução factível e potencialmente incorporável como protocolo de apoio operacional em futuras experiências semelhantes.

As dificuldades enfrentadas, incluindo indisponibilidade de frota, limitações de acesso em estradas não pavimentadas e restrições físicas de parte dos agentes, não inviabilizaram a execução da estratégia, mas evidenciaram a necessidade de planejamento contingencial. Assim, a programação integrada das coletas e a organização do processo de trabalho mostraram-se elementos essenciais para a sustentabilidade da intervenção.

Conclui-se que experiências intersetoriais no âmbito da vigilância ambiental do SUS devem ser fortalecidas, considerando seu potencial de produzir resultados concretos na redução de riscos ambientais, no fortalecimento da participação comunitária e na promoção de territórios mais saudáveis.

## REFERÊNCIAS


1. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. Nature. 2013;496(7446):504-7. doi: 10.1038/nature12060.
2. Barbosa GL, Silva RM, Oliveira JA. Pneus inservíveis e criadouros de Aedes em área urbana de médio porte. Rev Saude Publica. 2018;52:137.
3. Zara ALSA, Santos SM, Fernandes AP. Controle vetorial e participação comunitária: revisão integrativa das estratégias de mobilização social. Cienc Saude Colet. 2021; 26(9):3479-90.
4. Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU; 2015. (Resolução A/RES/70/1).
5. Brasil. Presidência da República. Grupo de Trabalho Intragovernamental para Adequação das Metas Brasileiras aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (GTI ODS). Proposta de adequação das metas brasileiras aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Meta 3.3. Brasília: Presidência da República; 2023.
6. Donalísio MR, Glasser CM. Vigilância entomológica e controle de vetores da dengue. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(3):259-72. doi: 10.1590/S1415-790X2002000300005.

7. Maciel ELN, Castro A, Costa AM. Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária: desafios e potencialidades na perspectiva intersetorial. Saude Debate. 2019;43(123):1120-33.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população por município - Arcoverde (PE). Rio de Janeiro: IBGE; 2023.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população por município - Venturosa (PE). Rio de Janeiro: IBGE; 2023.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população por município - Tupanatinga (PE). Rio de Janeiro: IBGE; 2024.

11. Freire P. Pedagogia do oprimido. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019.

# VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE LIMPEZA URBANA: TESTAGEM MASSIVA, DESCENTRALIZAÇÃO DA PEP E LOGÍSTICA REVERSA DE PERFUROCORTANTES EM ARCOVERDE-PE

Girleney dos Santos Leandro Torres[1]
Airton Bezerra de Almeida[1]
Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense[2]
Djannyra Cláudia Vieira de Souza Santos[1]
Priscilla Maria de Melo Valentim[1]

[1]Secretaria Municipal de Saúde de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Federal de Pernambuco, Abreu e Lima, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap20

**RESUMO**

Trabalhadores de limpeza urbana estão cronicamente expostos a material perfurocortante descartado inadequadamente em domicílios, especialmente oriundos de pacientes acamados, elevando o risco de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Este estudo relata a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador de Arcoverde-PE na implementação de uma linha de cuidado integral para prevenção de ISTs e de cuidado com o trabalhador que recolhe o lixo. Trata-se de ação intersetorial envolvendo 128 trabalhadores da limpeza urbana e a rede municipal de saúde. Foram realizadas testagem rápida para ISTs, capacitação das equipes, descentralização da PEP para policlínicas 24h e implantação de

fluxo de logística reversa de perfurocortantes domiciliares. Foram identificados seis casos de sífilis ativa (prevalência de 4,7%) e dois com cicatriz sorológica, sem casos de HIV ou hepatites. Seis kits de PEP foram distribuídos a pessoas que buscaram espontaneamente as unidades da rede. A logística reversa foi implantada em todas as Unidades Básicas de Saúde, com funcionamento contínuo e participativo. A experiência demonstrou alta adesão e viabilidade da articulação entre vigilância, atenção primária e gestão de resíduos para proteção desses trabalhadores.

**Palavras-chave:** Vigilância em saúde do trabalhador, Exposição a agentes biológicos, Profilaxia pós-exposição, Gerenciamento de resíduos de serviços de Saúde, Atenção primária à saúde

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.823/2012, fundamenta-se na vigilância de territórios e processos laborais, reconhecendo o trabalho como determinante estrutural do processo saúde-doença[1]. Contudo, segmentos laborais frequentemente invisibilizados nas agendas programáticas, como os trabalhadores de limpeza urbana, permanecem às margens de ações estruturadas e contínuas[2].

A literatura demonstra que o descarte irregular de materiais perfurocortantes por usuários domiciliares, especialmente usuários de medicamentos injetáveis, constitui uma fonte negligenciada e persistente de risco biológico para esses trabalhadores[3,4]. A exposição ocupacional a sangue e fluidos corporais via acidentes perfurocortantes é um mecanismo clássico de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Acidentes perfurocortantes constituem importante mecanismo de exposição ocupacional a ISTs[5].

Embora a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV esteja disponível no SUS desde 2010, seu acesso efetivo para trabalha-

dores de rua é limitado por múltiplas barreiras: baixa capilaridade da informação, desconhecimento da janela crítica de 72 horas, dificuldade de deslocamento até unidades de referência e o estigma associado à busca por profilaxia de ISTs[6].

Diante deste cenário, a Vigilância em Saúde do Trabalhador estruturou uma intervenção inovadora e intersetorial, cujos resultados e potencial de replicabilidade são analisados neste relato.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido pelo setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador de Arcoverde, em parceria com a Secretaria Municipal de Serviços Públicos, duas policlínicas municipais, a Atenção Primária à Saúde e o Centro de Testagem e Aconselhamento, contando com o Hospital Regional Ruy de Barros como ponto de apoio da rede (já com PEP disponível). O período da intervenção compreendeu o ano de 2025, com a implantação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) nas policlínicas em outubro de 2025 e ações continuadas de monitoramento até o momento. Participaram 128 trabalhadores da limpeza urbana, incluindo coletores, varredores e motoristas, sem recusas e os resultados foram apresentados de forma agregada e anonimizada.

A intervenção estruturou-se em quatro eixos: testagem rápida para sífilis, HIV e hepatites B e C, capacitação das equipes para manejo da PEP conforme protocolo do Ministério da Saúde7, descentralização da profilaxia para policlínicas 24h e implantação de fluxo de logística reversa de perfurocortantes domiciliares via Atenção Primária.

## RESULTADOS

Dos 128 trabalhadores testados, a maioria era do sexo masculino (87,5%) com idade média de 32 anos. O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incomple-

to e mais de 50% relataram acidente ocupacional prévio com perfurocortantes.

Os resultados sorológicos evidenciaram seis casos de sífilis ativa (prevalência de 4,7%), todos encaminhados para tratamento com penicilina benzatina e dois casos de cicatriz sorológica de sífilis (1,6%). Não foram identificados casos reagentes para HIV, hepatite B ou hepatite C.

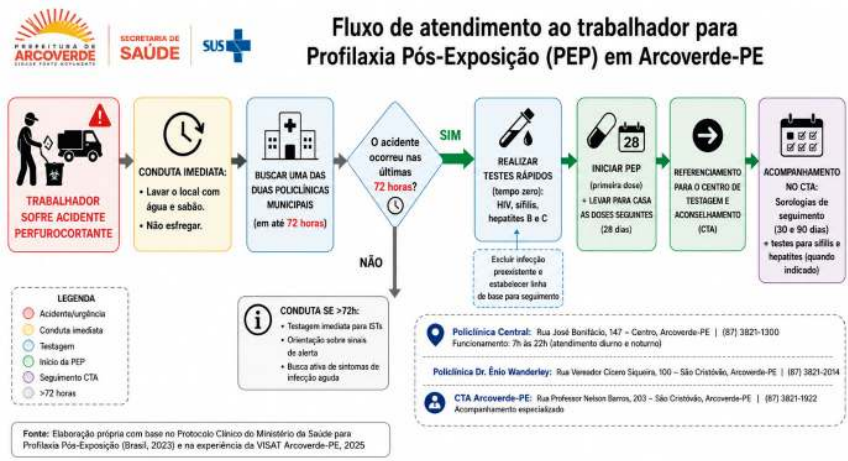
Com a implantação da PEP nas policlínicas, seis kits foram distribuídos e acompanhados conforme protocolo do Ministério da Saúde. A capacitação das equipes alcançou 100% da equipe de enfermagem das duas policlínicas e o fluxo de logística reversa foi implantado em todas as UBS, com funcionamento contínuo e participativo: moradores entregam voluntariamente os recipientes com perfurocortantes usados nas UBS no momento em que buscam novos insumos para cuidado domiciliar ou entregam ao ACS.

Figura 1. Fluxo da logística reversa de materiais perfurocortantes em Arcoverde-PE.




Fonte: Elaboração própria (VISAT Arcoverde-PE, 2025).

Figura 2. Fluxo de atendimento ao trabalhador para Profilaxia Pós-Exposição (PEP).




Fonte: Elaboração própria com base no Protocolo Clínico do Ministério da Saúde[7].

Figura 3. Cartão-lembrete da Profilaxia Pós-Exposição (PEP).




Fonte: Acervo da VISAT Arcoverde-PE.

## DISCUSSÃO

A prevalência de sífilis ativa encontrada (4,7%) supera em mais de 2,5 vezes a média nacional para gestantes (1,9%), principal grupo sentinela do Ministério da Saúde5 e se aproxima das prevalências descritas para populações de alta vulnerabilidade[8]. Este achado corrobora a tese de que o risco ocupacional para ISTs é subestimado e que a sífilis é um marcador sensível de falhas na proteção primária e no acesso ao diagnóstico precoce.

A distribuição de seis kits de PEP após a implantação do fluxo descentralizado é um dado de extrema relevância, indica ampliação do acesso e busca oportuna. O fato de terem buscado a rede municipal valida a estratégia de descentralização como facilitadora do acesso. Estudos recentes mostram que a descentralização da PEP para a Atenção Primária aumenta em até 40% a procura espontânea[9,10].

O fluxo de logística reversa implantado aplica os princípios da RDC/ANVISA nº 222/2018 ao transferir a responsabilidade do gerador domiciliar (sem condições técnicas) para o sistema de saúde[11]. Este desenho, até então pouco usado no sertão pernambucano, rompe o ciclo de risco na fonte e fortalece o vínculo com a comunidade[4].

Como limitação, destaca-se a ausência de mensuração do material recolhido. No entanto, as fortalezas: alta adesão, descrição detalhada de modelo inovador e relevância social superam as limitações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da VISAT demonstra que a testagem massiva de ISTs no local de trabalho, aliada à descentralização da PEP para as policlínicas e à implantação da logística reversa de perfurocortantes, constitui um modelo factível, replicável e eticamente sustentável para a proteção da saúde de trabalhadores de limpeza urbana. A alta prevalência de sífilis e a distribuição de kits de PEP validam a necessidade de políticas permanentes e não episódicas

para esta categoria. A principal contribuição do estudo é a descrição detalhada de fluxo inovador de logística reversa, que pode ser replicado como estratégia articulada à Atenção Primária.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823/GM/MS, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Dias EC, Silva TL, Assunção AA. Saúde do trabalhador no Brasil. Cad Saude Publica. 2021;.
3. Silva MN, Costa AG. Occupational exposure to biological material among solid waste collectors: a cross-sectional study in a Brazilian municipality. Rev Bras Med Trab. 2023.
4. Ferreira JA, Oliveira LA, Santos RM. Reverse logistics of sharps waste generated at home: a systematic review and analysis of Brazilian scenarios. Waste Manag Res. 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
6. Gomes RR, Almeida MC, Souza FM. Knowledge and willingness to use HIV post-exposure prophylaxis (PEP) among key populations in Brazil: a cross-sectional study. Lancet Reg Health Am. 2024;.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico da PEP ao HIV, IST e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
8. Costa LM, Oliveira JP, Rocha MA. Syphilis prevalence and associated factors among female sex workers in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Rev Bras Epidemiol. 2023.
9. Almeida PR, Santos FO, Lima JS. Descentralização da profilaxia pós-exposição ao HIV para a Atenção Primária: impacto na adesão e no tempo de início. Rev Saude Publica. 2024.
10. Pereira ML, Costa RF. Acesso à PEP no SUS: barreiras geográficas e estratégias de descentralização. Cad Saude Colet. 2025;.
11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União. 29 mar 2018.

# 21 ELOS DE CUIDADO EM TERRITÓRIOS DE RISCO: A INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO BÁSICA NA REALIDADE DE JARDIM MONTE VERDE

Daniele Saara dos Santos de Lima[1]
Igor Morgano Miguel dos Santos[2]
Bianca Larissa Marques dos Santos[3]
Laura Chrystinne da Silva[3]
Glebson Costa Alves[1]

[1]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil
[3]Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap21

**RESUMO**

O presente trabalho consiste em um relato de experiência oriundo da vivência no projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), focado na territorialização da comunidade de Jardim Monte Verde, no Recife-PE. Nesse contexto, o objetivo é refletir sobre os impactos da vulnerabilidade socioambiental sob a ótica da integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde. A metodologia baseou-se na participação em uma roda de conversa interprofissional que analisou registros visuais e relatos colhidos no território. Assim, a imersão evidenciou a dimensão trágica e o cenário de profunda tristeza decorrente

dos desastres estruturais recentes na região. Observou-se que a comunidade canalizou o luto e o sofrimento coletivo por meio de murais e desenhos, transformando a dor em memória e denúncia da negligência histórica. Nesse sentido, o debate destacou o papel indispensável dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como elo vital para o mapeamento contínuo de riscos e acolhimento do sofrimento psíquico territorial. Conclui-se que a atuação do Sistema Único de Saúde em áreas de encosta exige uma postura proativa, sensível e intersetorial. Desse modo, o reconhecimento das perdas e da dor coletiva qualifica a formação de profissionais sanitaristas, consolidando um modelo de saúde que defende ativamente a dignidade humana e o direito à vida.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, Saúde pública, Vulnerabilidade social, Desastres naturais, Vigilância em saúde pública

## INTRODUÇÃO

A formação tradicional em saúde tende, historicamente, a priorizar intervenções de caráter estritamente clínico, distanciando o olhar do profissional das complexidades que permeiam o território[1,2]. Contudo, propostas como o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) atuam como dispositivos de ruptura desse paradigma, promovendo uma imersão capaz de revelar as iniquidades que modulam o processo saúde-doença da população periférica[3].

Nesse cenário, a territorialização ultrapassa o simples mapeamento geográfico, configurando-se como um instrumento vital para analisar os determinantes sociais, históricos e ambientais de uma localidade[4,5]. Nesse contexto, a imersão em Jardim Monte Verde possibilitou vivenciar essa perspectiva na prática. Assim, o presente capítulo objetiva relatar a experiência da imersão nesse território, evidenciando como a articulação intersetorial entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde visa mitigar as necessidades do território.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante a edição do VER-SUS, realizada no Recife, em abril de 2026. A atividade abordou a Territorialização em Saúde e incluiu uma roda de conversa interprofissional, na qual foram analisadas criticamente realidades de territórios visitados, entre eles a comunidade de Jardim Monte Verde, localizada na divisa entre Recife e Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco.

O debate foi conduzido a partir da restituição coletiva de relatos, vídeos e fotografias produzidos in loco por viventes acompanhados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dessa forma, a observação e a escuta sensível subsidiaram reflexões sobre a infraestrutura urbana e seus impactos na saúde coletiva.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em 2022 a comunidade Jardim Monte Verde foi marcada por uma tragédia: o deslizamento de barreiras que resultou na morte de mais de 40 moradores, cujas consequências ainda permanecem no território. Por se tratar de uma área limítrofe, inserida entre dois municípios com políticas distintas, a territorialização suscitou reflexões sobre o conceito de "Área de Litígio" e os impactos da gestão territorial em contextos de vulnerabilidade.

Observou-se que, em momentos de crise, conflitos políticos historicamente presentes tendem a ser atenuados, embora a comunidade frequentemente permaneça desassistida. Também foi debatido o papel da mídia na ampla divulgação de tragédias envolvendo populações vulnerabilizadas, suscitando reflexões sobre a persistente invisibilização de suas demandas.

A dinâmica de restituição e debate propiciou uma imersão profunda na realidade local, consolidando-se como uma das experiências mais marcantes da vivência. A partilha dos registros visuais trouxe para o centro da roda de conversa a vulnerabilidade

do território, revelando a tristeza e a devastação ainda presentes após os deslizamentos. Em contrapartida, evidenciou-se a força da comunidade em não silenciar sua história, mantendo viva a memória das perdas e reivindicando seus direitos.

A visualização dos murais elaborados pela própria comunidade em parceria com o governo estadual materializou homenagens a vidas interrompidas de forma precoce e evitável. O grupo compreendeu que aquelas gravuras representavam a tradução visual de um luto coletivo, funcionando como memorial de afeto e protesto silencioso contra a omissão estrutural.

A figura da ACS foi essencial na visita ao território, pois ficou evidente que a navegação local só é viável por meio do vínculo. Assim, a vivência constatou que a ausência de contenção de encostas e de saneamento básico atua como determinante direto de mortalidade e adoecimento psíquico e, além disso, despertou nos futuros profissionais de saúde o senso de urgência por uma práxis mais engajada e empática.

## DISCUSSÃO

Os apontamentos extraídos da roda de conversa convergem diretamente com os preceitos teóricos dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Nesse viés, condições de habitação e a ausência de planejamento urbano seguro são condicionantes cruciais de adoecimento da população periférica[6]. Desse modo, o risco ambiental em encostas e o luto comunitário adquirem o status de emergência crônica em saúde pública, exigindo ações preventivas e psicossociais robustas.

Por sua vez, a vigilância em saúde deve ultrapassar o caráter reativo da notificação pós-desastre, consolidando-se como um instrumento de monitoramento ativo do território e das vulnerabilidades em saúde mental decorrentes das perdas[7,8]. Nesse cenário, o trabalho vivo em saúde, especialmente mediado pela figura do ACS, atua como um sensor fundamental para identificar precocemente tanto as ameaças socioambientais quanto o sofrimento subjetivo

crônico, guiando o planejamento estratégico das Unidades de Saúde da Família[9].

Além disso, a gestão do cuidado em cenários marcados pela tragédia estrutural requer ampla colaboração intersetorial, pois a promoção de um modelo assistencial verdadeiramente resolutivo pressupõe que as equipes do SUS atuem de maneira orquestrada com a Defesa Civil, a Assistência Social e lideranças comunitárias para acolher a tristeza e reconstruir a dignidade local10. Assim, rompe-se com a lógica puramente curativa, estabelecendo uma rede de proteção pautada na equidade e na garantia do direito à vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência reflexiva sobre as cicatrizes de Jardim Monte Verde constituiu um marco na formação dos participantes. O VER-SUS evidenciou que a reconstrução de territórios afetados por desastres vai além de intervenções físicas, exigindo escuta qualificada, sensibilidade ao sofrimento e responsabilização do poder público. Nesse contexto, a assistência torna-se mais efetiva quando fundamentada na compreensão das necessidades da população. A experiência reforçou ainda que Vigilância em Saúde e APS são pilares indissociáveis e que sua articulação intersetorial é essencial para transformar a dor coletiva em ações concretas de proteção, cuidado e justiça social.

## REFERÊNCIAS


1. Lopes RE, Malfitano APS, Palma AM, Furlan PG, Brito EM. Educação e saúde: territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais. Rev Bras Educ Med. 2012;36(1 Suppl 1):18-26. doi:10.1590/S0100-55022012000200003.
2. Souza EC, Castro Júnior AR, Cavalcante ASP, Torre RAM, Silva MRF. Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva. Saude Debate. 2019;43(122):897-905. doi:10.1590/0103-1104201912219.

3. Silva MA, Xavier DR, Rocha V. Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastres e emergências em saúde pública. Saude Debate. 2021;44(Spe 2):48-68. doi:10.1590/0103-11042020E204.

4. Bissacotti AP, Gules AM, Blümke AC. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. Hygeia. 2019;15(32):41-55. doi:10.14393/hygeia153247115.

5. Silva ENC, Santos ACC, Silva DVC, Mota IMR, Pinheiro RBS, Lima ACG. Territorialização na Atenção Primária à saúde: vivências e a compreensão dos processos socioambientais. Rev Cient Integr. 2025;8(Spe). doi:10.59464/2359-4632.2025.3871.

6. Nascimento MEB, Loureiro CGL, Lins TGL, Resende Neta MLM, Ferreira LO, et al. Determinantes sociais da saúde e desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Braz J Implantol Health Sci. 2026;8(3):1050-1060. doi:10.36557/2674-8169.2026v8n3p1050-1060.

7. Brandão JGA, Medeiros CCM, Oliveira RC, Farias AS, Carvalho DF. Processo de territorialização no cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade: um retrato da Atenção Primária à Saúde da Paraíba. Physis. 2025;35(2):e350232. doi:10.1590/S0103-73312025350232.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2026 Jun 14]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ms/2017/prc0002_03_10_2017.html.

9. Oliveira FF, Almeida MTP, Ferreira MG, Pinto IC, Amaral AG. Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev Baiana Saude Publica. 2022;46(3):291-313. doi:10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3771.

10. Ramos MP, Schabbach LM, Lima e Cunha L, Marx V. As enchentes de 2024 no Rio Grande do Sul e a capacidade de resposta dos municípios às inundações. Redes. 2024;29:e19566. doi:10.17058/redes.v29i1.19566.

# 22 TELERREGULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UM NÚCLEO ESTADUAL EM PERNAMBUCO

Bruno de Sá Concerva[1]
Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro[2]
Moara Maria Silva Cardozo[3]
Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo[4]
Glívia Maria Barros Delmondes[4]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap22

**RESUMO**

A organização das Redes de Atenção à Saúde depende de mecanismos capazes de superar barreiras geográficas, aproximar serviços e qualificar a tomada de decisão clínica. Nesse contexto, a saúde digital tem se consolidado como ferramenta estratégica para articulação entre diferentes pontos da rede e apoio à coordenação do cuidado. Objetiva-se descrever a experiência de implantação da Telerregulação em Pernambuco e discutir sua contribuição para a articulação da rede assistencial e circulação do conhecimento especializado. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido

a partir da implantação da telerregulação vinculado à Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco. Foram analisadas as experiências relacionadas à Telepediatria, TeleUTI Pediátrica, Telepsiquiatria, Teleortopedia, Teleneurocirurgia e Teleoncologia. A iniciativa incorporou teleinterconsultas aos processos regulatórios e teleconsultas, aproximando especialistas e equipes assistenciais distribuídas em diferentes regiões do estado. Entre 2024 e 2026, foram registrados 28.900 atendimentos em Teleortopedia, 8.379 avaliações em Teleneurocirurgia, 5.064 atendimentos em Telepediatria, 620 atendimentos em Telepsiquiatria, 419 atendimentos em Teleoncologia e 192 em TeleUTI Pediátrica. A experiência evidencia o potencial da telerregulação como inovação organizacional voltada à integração das redes de atenção, contribuindo para maior equidade territorial, qualificação dos fluxos assistenciais e construção de modelos de cuidado mais sustentáveis.

**Palavras-chave:** Saúde digital, Redes de atenção à saúde, Telemedicina, Sustentabilidade, Inovação digital

## INTRODUÇÃO

As transformações demográficas, epidemiológicas e tecnológicas observadas nas últimas décadas vêm impondo novos desafios aos sistemas de saúde. A concentração de especialistas em centros urbanos, as dificuldades de comunicação entre serviços e as desigualdades territoriais de acesso permanecem como importantes desafios para a organização das Redes de Atenção à Saúde.

No Sistema Único de Saúde (SUS), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscam superar a fragmentação assistencial por meio da integração entre diferentes pontos de atenção[1,2]. Entretanto, sua consolidação ainda é limitada pela concentração de especialistas, dificuldades de comunicação entre serviços, barreiras geográficas de acesso e literacia digital dos profissionais de saúde e usuários.

Nesse cenário, a saúde digital vem assumindo papel crescente como instrumento de integração assistencial[3-5]. Mais do que am-

pliar a oferta de consultas remotas, as tecnologias digitais possibilitam a circulação do conhecimento especializado, a construção de espaços colaborativos de tomada de decisão e o fortalecimento da coordenação do cuidado[3,6,7].

Ainda que a saúde digital, a telessaúde e a telerregulação tenham passado a ocupar posição estratégica nas diretrizes recentes da Política Nacional de Regulação em Saúde, a literatura nacional permanece mais robusta na descrição de experiências assistenciais diretas do que na análise de modelos regulatórios mediados por especialistas e articulados aos complexos reguladores[6,8]. Persistem relativamente pouco descritos os arranjos organizacionais capazes de integrar telemedicina e gestão do acesso no âmbito das Redes de Atenção à Saúde.

Em Pernambuco, a Central de Regulação Hospitalar desenvolveu um Núcleo Estadual de Telerregulação com o propósito de integrar especialistas aos processos regulatórios e ampliar o suporte técnico às equipes assistenciais distribuídas nas diferentes regiões do estado.

O presente capítulo descreve essa experiência e discute suas contribuições para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e para a construção de um modelo assistencial mais sustentável.

## METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência descritivo sobre a implantação e o desenvolvimento do Núcleo Estadual de Telerregulação em Saúde, vinculado à Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco. O delineamento adotado é o de relato de experiência institucional, modalidade adequada à descrição e análise reflexiva de inovações organizacionais implementadas em serviços de saúde.

O período de referência abrangido pelo relato compreende os anos de 2024 a 2026, intervalo correspondente à implantação e consolidação do núcleo. O cenário do estudo foi a Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco e as linhas de cuidado analisadas foram: Telepediatria, TeleUTI Pediátrica, Telepsiquiatria,

Teleortopedia, Teleneurocirurgia e Teleoncologia, selecionadas por representarem as especialidades incorporadas ao processo regulatório durante o período estudado.

Os procedimentos de construção do relato envolveram a consulta sistemática a três categorias de fontes documentais: (i) registros operacionais do núcleo, compreendendo os registros de teleinterconsultas feitos pelos especialistas e número de ligações (registro feito pelo call center); (ii) relatórios institucionais de monitoramento e avaliação da Telerregulação, produzidos periodicamente pela equipe gestora; e (iii) registros da Rede Estadual de Dados em Saúde (REDS), utilizados especificamente na linha de Telepsiquiatria para identificação ativa de usuários em lista de espera por avaliação especializada.

A análise dos dados seguiu abordagem qualitativa e quantitativa de caráter descritivo. Os dados quantitativos — volume de atendimentos por linha de cuidado, distribuição temporal e tipologia das demandas — foram consolidados e apresentados de forma agregada, sem identificação individual dos casos. A dimensão qualitativa apoiou-se na análise reflexiva das transformações organizacionais observadas ao longo da implantação, incluindo mudanças nos fluxos regulatórios, na dinâmica de relação entre especialistas e equipes assistenciais e nos indicadores de resolutividade das linhas de cuidado. A interpretação dos achados foi orientada pelo referencial teórico das Redes de Atenção à Saúde e pelos princípios de sustentabilidade dos sistemas universais de saúde.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A implantação do Núcleo Estadual de Telerregulação ocorreu em contexto de elevada demanda por avaliação especializada e desigualdades territoriais de acesso. Muitas solicitações de transferência estavam relacionadas não à indisponibilidade de recursos locais, mas à ausência de suporte especializado para condução clínica dos casos.

Diante desse contexto, a Central de Regulação Hospitalar passou a discutir estratégias que permitissem aproximar especialistas e equipes assistenciais distribuídas pelo território estadual. A proposta adotada buscou superar a lógica tradicional de encaminhamento centrada exclusivamente na transferência do paciente, promovendo a circulação do conhecimento especializado por meio da incorporação de teleinterconsultas aos fluxos regulatórios.

Inicialmente, observou-se a necessidade de incorporar estratégias específicas para a rede pediátrica. Os períodos sazonais de aumento das doenças respiratórias frequentemente produziam forte pressão assistencial sobre os serviços pediátricos estaduais. Nesse contexto, foram implantadas a Telepediatria e posteriormente a TeleUTI Pediátrica, permitindo suporte remoto especializado para discussão de casos clínicos, definição de condutas e acompanhamento compartilhado de pacientes com maior complexidade assistencial.

Uma outra experiência consolidada foi a Teleneurocirurgia, implantada em um contexto no qual o Hospital da Restauração constitui a única porta das Macrorregiões de saúde1, 2 e 3 de urgência neurocirúrgica, enfrentando elevada pressão sobre sua capacidade assistencial. A iniciativa passou a permitir discussão compartilhada de casos, análise remota de exames de imagem, definição diagnóstica e orientação de conduta. A experiência demonstrou que parcela expressiva das demandas inicialmente consideradas para transferência poderia ser conduzida com segurança na unidade de origem após avaliação especializada, evidenciando que, em muitos casos, a principal necessidade era o acesso oportuno ao conhecimento especializado e não necessariamente o deslocamento do paciente para o hospital terciário.

Outra frente desenvolvida foi a Telepsiquiatria. Diferentemente das demais linhas, sua implantação esteve associada à necessidade de ampliar a capacidade de resposta da rede de atenção psicossocial diante do crescimento da demanda por atendimento especializado. Além da realização de teleatendimentos, foram estruturados mecanismos de identificação ativa de usuários em espera

por avaliação psiquiátrica, utilizando como ferramenta a REDS (Rede Estadual de Dados em Saúde).

A Teleortopedia surgiu a partir da necessidade de qualificar a condução de uma das principais demandas regulatórias da rede estadual. Com a implantação da teleinterconsulta, passou a ser possível realizar avaliação remota dos exames, discutir a conduta mais adequada e definir, de forma mais precoce, quais pacientes necessitavam de encaminhamento hospitalar e quais poderiam seguir tratamento conservador. Além disso, a estratégia permitiu a organização do seguimento ambulatorial, possibilitando que pacientes acompanhados pela teleinterconsulta fossem posteriormente avaliados pelo mesmo profissional que participou da discussão inicial do caso, favorecendo maior continuidade do cuidado e utilização mais eficiente dos recursos assistenciais disponíveis.

Entre 2024 e 2026, o Núcleo Estadual de Telerregulação acumulou importante produção assistencial, incluindo 28.900 atendimentos em Teleortopedia, 8.379 avaliações em Teleneurocirurgia, 5.064 atendimentos em Telepediatria, 620 atendimentos em Telepsiquiatria, 419 atendimentos em Teleoncologia e 192 em TeleUTI Pediátrica.

Além dos indicadores quantitativos, observaram-se transformações organizacionais relevantes. As teleinterconsultas passaram a criar espaços permanentes de diálogo entre especialistas e equipes assistenciais locais, fortalecendo relações colaborativas e favorecendo a construção compartilhada de soluções para os desafios enfrentados pela rede.

Mais do que um mecanismo de encaminhamento, a regulação passou a articular diferentes pontos da rede assistencial, favorecendo compartilhamento de conhecimento e coordenação do cuidado.

## DISCUSSÃO

A experiência do Núcleo Estadual de Telerregulação evidencia que a saúde digital pode assumir papel que ultrapassa a oferta de

consultas remotas, constituindo ferramenta estratégica de integração das Redes de Atenção à Saúde[3-6]. Ao incorporar especialistas aos processos regulatórios, a iniciativa favoreceu a circulação do conhecimento especializado entre diferentes territórios, reduzindo barreiras geográficas, qualificando o suporte técnico às equipes assistenciais e fortalecendo a capacidade resolutiva dos serviços de pronto-atendimento.

Observou-se, ao longo da consolidação da estratégia, um fenômeno institucional denominado "Resolução Primária da NCR", caracterizado pela progressiva apropriação, pelos médicos assistenciais, dos protocolos clínico-regulatórios utilizados pela TeleNCR. Com a ampliação do acesso aos exames de imagem e a oferta contínua de suporte especializado remoto, parte dos profissionais passou a reconhecer, de forma autônoma, situações nas quais o paciente poderia retornar com segurança à unidade de origem, sem necessidade de nova discussão com a equipe da Neurocirurgia do HR. Embora esse desfecho não tivesse sido inicialmente previsto no momento da implantação da estratégia, o amadurecimento técnico dos profissionais generalistas dos pontos de pronto-atendimento contribuiu significativamente para a redução de encaminhamentos desnecessários à NCR do Hospital da Restauração, além de fortalecer processos de educação permanente mediados pela prática regulatória.

A experiência também dialoga com o conceito de sustentabilidade dos sistemas de saúde. Nesse contexto, sustentabilidade não se restringe à redução de custos, mas à capacidade de utilizar de forma mais eficiente os recursos já disponíveis, ampliar a resolutividade dos territórios e promover maior equidade no acesso ao conhecimento especializado[2,3,5]. Diferentemente de modelos dependentes de expansão estrutural ou de incorporação de novas tecnologias de alto custo, as estratégias desenvolvidas no âmbito do Núcleo Estadual de Telerregulação foram implementadas sem necessidade de aquisição de equipamentos, abertura de novos contratos ou criação de estruturas paralelas.

Além disso, a experiência aproxima-se das discussões contemporâneas sobre fortalecimento da atenção primária e coordenação do cuidado, que destacam a necessidade de mecanismos capazes de conectar diferentes níveis assistenciais e apoiar a tomada de decisão clínica[9,10].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do Núcleo Estadual de Telerregulação demonstrou potencial para fortalecer a integração das redes de atenção, ampliar o acesso ao suporte especializado e apoiar a tomada de decisão clínica em diferentes territórios do estado.

A experiência demonstrou que a telerregulação pode atuar como inovação organizacional capaz de integrar conhecimento especializado, regulação e cuidado, contribuindo para redes mais integradas, equitativas e sustentáveis no SUS.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
3. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO; 2021.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
5. Pan American Health Organization.Eight principles for digital transformation of the public health sector. A call to action. Washington (DC): PAHO; 2021.
6. Harzheim E, Chueiri PS, Umpierre RN, Gonçalves MR, Siqueira AC da S, D'Avila OP, et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 23º de fevereiro de 2019 [citado 26º de maio de 2026];14(41):1881. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1881

7. Silva AB, Moraes IHS, Santos MM, Torres RM, Gomes MZ. Saúde digital, sistemas de informação e inovação no SUS: desafios e oportunidades. Saude Debate. 2020;44(126):869-80.

8. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. RBMFC. 2016;32(Suppl 2):e00155615.

9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

10. World Health Organization. Primary health care: transforming vision into action. Geneva: WHO; 2018.

# 23 TELEPSIQUIATRIA E BUSCA ATIVA DE USUÁRIOS EM FILA DE ESPERA: UMA EXPERIÊNCIA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SUS

Bruno de Sá Concerva[1]
Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo[2]
Glívia Maria Barros Delmondes[2]
Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro[3]
Moara Maria Silva Cardozo[4]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap23

**RESUMO**

A ampliação do acesso à atenção especializada em saúde mental constitui um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas públicos de saúde. Longas filas de espera podem comprometer a continuidade do cuidado, favorecer o agravamento clínico e ampliar a utilização de serviços de urgência. Estratégias baseadas em saúde digital vêm sendo incorporadas para enfrentar essas barreiras, especialmente quando associadas à coordenação do cuidado e à reorganização dos fluxos assistenciais. Este trabalho objetiva descrever a experiência de implantação da Telepsiquiatria

associada à busca ativa de usuários em fila de espera e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da implantação da Telepsiquiatria vinculada ao Núcleo Estadual de Telerregulação em Saúde de Pernambuco, em articulação com a Central de Regulação Hospitalar. A estratégia combinou consultas especializadas remotas e busca ativa de usuários em espera por atendimento psiquiátrico. Foram realizados 620 atendimentos especializados durante o período analisado. Paralelamente, observou-se redução da fila de espera de 674 para 510 usuários, correspondendo a diminuição relativa de aproximadamente 24%. Além da ampliação da oferta assistencial, a experiência possibilitou qualificação dos encaminhamentos e fortalecimento da articulação entre atenção primária, serviços especializados e regulação. A Telepsiquiatria demonstrou potencial para ampliar o acesso ao cuidado especializado, fortalecer a coordenação do cuidado e apoiar a organização das redes de atenção em saúde mental. A experiência sugere que a integração entre saúde digital, regulação assistencial e busca ativa pode representar estratégia inovadora para qualificação do cuidado no SUS.

**Palavras-chave:** Saúde mental, Telepsiquiatria, Saúde digital, Regulação em saúde, Atenção primária à saúde

## INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais figuram entre as principais causas de incapacidade e perda de qualidade de vida em todo o mundo, produzindo impactos expressivos sobre indivíduos, famílias e sistemas de saúde. Estima-se que milhões de pessoas convivam com sofrimento psíquico persistente, frequentemente associado a limitações funcionais, redução da produtividade, vulnerabilidade social e aumento da utilização dos serviços de saúde[1].

No Sistema Único de Saúde (SUS), a ampliação do acesso à atenção especializada em saúde mental permanece como um de-

safio importante. Apesar dos avanços promovidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), persistem dificuldades relacionadas à distribuição desigual de especialistas, à elevada demanda assistencial e à fragmentação dos percursos de cuidado, especialmente em regiões com menor oferta de serviços especializados[2,3].

Nesse contexto, as filas de espera para consultas especializadas representam não apenas um problema administrativo, mas um indicador de fragilidade da coordenação do cuidado. Usuários que aguardam longos períodos por atendimento frequentemente permanecem sem reavaliação clínica, sem monitoramento sistemático e, muitas vezes, sem suporte adequado dos demais pontos da rede assistencial. Esse cenário pode favorecer agravamento dos sintomas, aumento da procura por serviços de urgência, internações evitáveis e ruptura dos vínculos terapêuticos[4].

A transformação digital dos sistemas de saúde tem sido apontada como uma das estratégias mais promissoras para enfrentar esses desafios. Organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), destacam que as tecnologias digitais podem ampliar o acesso, reduzir desigualdades territoriais e fortalecer a integração entre os diferentes níveis de atenção[5,6].

No campo da saúde mental, a Telepsiquiatria tem demonstrado efetividade clínica comparável ao atendimento presencial para diversas condições psiquiátricas, além de contribuir para a ampliação do acesso especializado e para a otimização dos recursos assistenciais[7,8]. Entretanto, seu potencial vai além da simples realização de consultas remotas. Quando articulada aos mecanismos de regulação assistencial e à busca ativa de usuários em fila de espera, a Telepsiquiatria pode funcionar como instrumento de reorganização da rede de atenção, aproximando especialistas, equipes locais e usuários, promovendo cuidado mais oportuno e coordenado.

Sob essa perspectiva, a estratégia desenvolvida em Pernambuco incorporou um componente inovador ao associar a Telepsi-

quiatria às ações da Central de Regulação Hospitalar e ao monitoramento ativo da demanda reprimida. A iniciativa passou a identificar, contatar e reavaliar indivíduos que aguardavam atendimento especializado, permitindo atualização das necessidades assistenciais, qualificação dos encaminhamentos e ampliação do acesso ao cuidado.

Mais do que uma ferramenta tecnológica, a experiência buscou fortalecer a capacidade de coordenação da Rede de Atenção Psicossocial e apoiar os serviços territoriais no acompanhamento dos usuários, aproximando-se dos princípios de integralidade, regionalização e equidade que orientam o SUS[2,3].

Este capítulo descreve a implantação dessa estratégia e discute suas contribuições para a ampliação do acesso à atenção especializada, o fortalecimento da coordenação do cuidado e a qualificação das redes de atenção em saúde mental.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação da estratégia de Telepsiquiatria desenvolvida no âmbito do Núcleo Estadual de Telerregulação em Saúde de Pernambuco.

A iniciativa foi estruturada em articulação com a Central de Regulação Hospitalar e a Gerência de Regulação Ambulatorial com o objetivo de ampliar o acesso à atenção especializada em saúde mental e qualificar o acompanhamento dos usuários que aguardavam atendimento psiquiátrico.

Diferentemente dos modelos tradicionais de gestão de filas, a estratégia incorporou mecanismos de busca ativa dos usuários cadastrados em lista de espera para consulta especializada.

Os atendimentos foram conduzidos por médicos psiquiatras utilizando plataforma de teleatendimento institucional, respeitando os protocolos assistenciais vigentes e os princípios de segurança e confidencialidade das informações em saúde.

Para descrição da experiência foram utilizados dados produzidos durante a execução da estratégia, incluindo número de

atendimentos realizados, evolução da fila de espera e informações relacionadas à gestão da demanda reprimida.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A implantação da Telepsiquiatria ocorreu em um cenário caracterizado pela existência de demanda reprimida para atendimento especializado em saúde mental e pela necessidade de ampliar o acesso aos usuários distribuídos em diferentes regiões do estado.

A proposta foi concebida não apenas como mecanismo de ampliação da oferta de consultas, mas como estratégia de reorganização do cuidado em saúde mental. Para isso, a equipe passou a utilizar a fila de espera como instrumento de monitoramento da demanda, incorporando ações sistemáticas de busca ativa.

Durante o período analisado foram realizados 620 atendimentos especializados por Telepsiquiatria. Paralelamente, observou-se redução da fila de espera de 674 para 510 usuários, representando diminuição absoluta de 164 usuários e redução relativa aproximada de 24%.

Mais do que o impacto quantitativo sobre a fila, a estratégia promoveu maior integração entre os diferentes componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Ao permitir acesso mais oportuno à avaliação psiquiátrica, a Telepsiquiatria contribuiu para apoiar o acompanhamento longitudinal dos usuários nos territórios, ampliando a capacidade de resposta da rede e favorecendo a continuidade do cuidado.

## DISCUSSÃO

Os resultados observados sugerem que a Telepsiquiatria, quando integrada aos processos regulatórios e associada à busca ativa dos usuários, pode assumir papel estratégico na organização das redes de atenção à saúde mental. Embora a redução da fila de espera constitua um resultado relevante, o principal impacto da experiência parece estar relacionado à transformação da lógica

assistencial, deslocando o foco da simples gestão de consultas para a gestão do cuidado.

Historicamente, os sistemas de regulação tendem a atuar de maneira reativa, organizando o acesso com base na disponibilidade de vagas especializadas. Nesse modelo, usuários permanecem por longos períodos aguardando atendimento sem monitoramento sistemático de sua situação clínica. A experiência desenvolvida em Pernambuco buscou superar essa lógica ao incorporar mecanismos de busca ativa e reavaliação periódica da demanda reprimida, permitindo maior aproximação entre os serviços e os usuários que aguardavam atendimento.

Sob a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, a iniciativa também contribuiu para fortalecer a coordenação do cuidado, considerada uma das funções centrais da Atenção Primária à Saúde. A APS desempenha papel fundamental no acompanhamento longitudinal dos usuários com transtornos mentais, porém frequentemente enfrenta dificuldades para acessar suporte especializado em tempo oportuno. Ao ampliar a disponibilidade de avaliação psiquiátrica especializada e facilitar a comunicação entre os diferentes pontos da rede, a Telepsiquiatria passou a funcionar como mecanismo de apoio à tomada de decisão clínica e ao manejo compartilhado dos casos[4,9].

A experiência também dialoga com recomendações internacionais sobre transformação digital em saúde. A OMS e a OPAS têm destacado que a incorporação de tecnologias digitais produz melhores resultados quando utilizada para fortalecer redes assistenciais e apoiar processos de coordenação do cuidado, e não apenas como substituição tecnológica das consultas presenciais[5,6,10].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Telepsiquiatria associada à busca ativa mostrou-se uma estratégia capaz de ampliar o acesso ao cuidado especializado em saúde mental e qualificar a gestão da demanda reprimida. Mais do que reduzir filas de espera, a experiência contribuiu para for-

talecer a integração entre os diferentes pontos da rede de atenção, favorecendo a coordenação do cuidado e a continuidade do acompanhamento dos usuários. A iniciativa evidencia o potencial da saúde digital como ferramenta de inovação organizacional para o fortalecimento do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial.

## REFERÊNCIAS


1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.
2. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: WHO; 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
5. Pan American Health Organization. The digital transformation of the health sector in the Region of the Americas. Washington (DC): PAHO; 2021.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. Telemed J E Health. 2013;19(6):444-454. doi:10.1089/tmj.2013.0075
8. Shore JH. Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. Am J Psychiatry. 2013;170(3):256-262. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12081048
9. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 Dec 2011.
10. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2021.

# 24 TELENEUROCIRURGIA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA REDE ASSISTENCIAL E SUSTENTABILIDADE DO SUS: A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO

Moara Maria Silva Cardozo[1]
Bruno de Sá Concerva[1]
Ana Cristina Veiga Silva[2]
Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo[3]
Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap24

**RESUMO**

A concentração dos serviços neurocirúrgicos em hospitais terciários representa desafio importante para a organização das redes de atenção à saúde. Em muitos casos, a transferência de pacientes decorre da dificuldade de acesso oportuno ao conhecimento especializado e não necessariamente da necessidade imediata de intervenção neurocirúrgica. Este estudo objetiva descrever a experiência da Teleneurocirurgia vinculada à Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco, destacando sua construção intersetorial entre os componentes da regulação, da assistência hospitalar, da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e da equipe especializada de neurocirurgia do Hospital da Restauração, bem como discutir sua con-

tribuição para o fortalecimento da capacidade resolutiva da rede assistencial e para a sustentabilidade do sistema de saúde. Trata-se de um relato de experiência baseado na implantação da Teleneurocirurgia como componente do Núcleo Estadual de Telerregulação em Saúde. Foram avaliados 8.379 pacientes e realizadas 5.436 teleinterconsultas. Após discussão especializada, 3.305 pacientes permaneceram em suas unidades de origem e 2.129 necessitaram encaminhamento para hospital de referência. A estratégia ampliou o acesso ao conhecimento neurocirúrgico especializado, qualificou decisões clínicas e apoiou a permanência segura dos pacientes em seus territórios. Observou-se ainda progressiva apropriação dos protocolos clínico-regulatórios pelos médicos assistenciais ("Resolução Primária da NCR"), favorecendo maior autonomia local, redução de encaminhamentos desnecessários e fortalecimento da educação permanente na rede. A Teleneurocirurgia mostrou-se ferramenta relevante para fortalecimento da rede assistencial, redução de transferências potencialmente evitáveis e utilização mais eficiente da capacidade instalada do sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Neurocirurgia, Telemedicina, Regulação em saúde, Redes de atenção à saúde, Sustentabilidade

## INTRODUÇÃO

Todos os dias, profissionais de hospitais distribuídos pelo território pernambucano precisam decidir se um paciente com traumatismo cranioencefálico ou outra urgência neurológica necessita de avaliação neurocirúrgica especializada. Em um estado onde a assistência neurocirúrgica está concentrada em poucos centros de referência, essa decisão influencia não apenas o cuidado do paciente, mas também a utilização de leitos, o acionamento de transporte sanitário e a capacidade de resposta da rede de urgência e emergência.

Na prática, diante dessas situações, a principal pergunta enfrentada pelas equipes locais costuma ser: este paciente necessita

realmente de transferência para um centro neurocirúrgico? Essa definição é particularmente relevante porque as urgências demandam avaliação rápida e adequada estratificação de risco, sendo a demora ou a inadequação do encaminhamento potencialmente associadas a piores desfechos clínicos[1-3].

Em Pernambuco, essa questão possui relevância particular. O Hospital da Restauração concentra a principal porta estadual de urgência neurocirúrgica e recebe pacientes provenientes de todas as regiões do estado. Nesse cenário, decisões relacionadas à transferência hospitalar possuem repercussões que ultrapassam o cuidado individual, influenciando diretamente a ocupação de leitos especializados, a disponibilidade de vagas para novos casos e a capacidade de resposta da rede de urgência e emergência[1,4].

Entretanto, nem toda dúvida neurocirúrgica corresponde a uma necessidade de transferência. Em muitos casos, a principal demanda das equipes assistenciais não é uma vaga hospitalar, mas o acesso oportuno a um neurocirurgião capaz de interpretar exames de imagem, discutir condutas e apoiar a tomada de decisão clínica. Essa realidade evidencia que parte das barreiras de acesso à atenção especializada está relacionada não apenas à disponibilidade física dos serviços, mas também à distribuição do conhecimento especializado dentro da rede assistencial[4,5].

Historicamente, a única forma de acessar esse conhecimento era transferindo o paciente para o centro de referência. Como consequência, o deslocamento passou a funcionar não apenas como mecanismo de acesso ao cuidado especializado, mas também como mecanismo de acesso ao próprio especialista.

Nos últimos anos, a saúde digital tem sido reconhecida como estratégia capaz de reduzir desigualdades territoriais de acesso e ampliar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde por meio da circulação do conhecimento especializado[6–8]. Quando integrada aos processos regulatórios, a telemedicina permite que especialistas participem da avaliação dos casos antes da definição da necessidade de transferência, qualificando a tomada de decisão clínica e

apoiando a permanência segura dos pacientes em seus territórios sempre que clinicamente possível[9-13].

A implantação da Teleneurocirurgia em Pernambuco procurou modificar essa lógica. Em vez de transportar o paciente para obter a avaliação especializada, a estratégia passou a levar o especialista até o local onde o paciente estava sendo assistido. Integrada à Central de Regulação Hospitalar, a iniciativa incorporou a discussão neurocirúrgica ao processo regulatório, permitindo que a necessidade de transferência fosse avaliada de forma compartilhada entre a equipe local e o especialista.

Mais do que uma ferramenta tecnológica, a Teleneurocirurgia passou a atuar como instrumento de qualificação da regulação, fortalecimento da capacidade resolutiva dos serviços locais e utilização mais eficiente da capacidade instalada da rede estadual. Sob essa perspectiva, a estratégia dialoga diretamente com os princípios das Redes de Atenção à Saúde, que defendem a oferta do cuidado no território sempre que possível e a utilização racional dos recursos especializados disponíveis[4,14].

Este capítulo descreve a experiência da Teleneurocirurgia vinculada à Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco e discute suas contribuições para a sustentabilidade do sistema de saúde, para o fortalecimento dos serviços que atuam fora dos grandes centros de referência e para a permanência segura dos pacientes em seus territórios sempre que clinicamente possível.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Teleneurocirurgia foi implantada como ferramenta de apoio especializado remoto destinada a qualificar a tomada de decisão clínica nas urgências e apoiar a definição mais adequada do percurso assistencial dos pacientes.

Durante o período analisado, foram avaliados 8.379 pacientes e realizadas 5.436 teleinterconsultas especializadas.

O principal resultado observado foi a possibilidade de discutir os casos antes da efetivação da transferência hospitalar. Após

avaliação especializada, 3.305 pacientes permaneceram em suas unidades de origem, enquanto 2.129 necessitaram encaminhamento para hospitais de referência neurocirúrgica.

Esse resultado sugere que parcela importante dos pacientes inicialmente considerados candidatos à transferência pôde ser conduzida com segurança em seus territórios. Além da definição sobre encaminhamento, a Teleneurocirurgia possibilitou interpretação compartilhada de exames de imagem, discussão diagnóstica e orientação terapêutica, fortalecendo a integração entre especialistas e equipes locais e a apropriação de conhecimentos neurociruúrgicos pelas equipe locais após  teleinterconsultas prévias.

## DISCUSSÃO

### Fortalecimento da capacidade resolutiva da rede

A principal contribuição da Teleneurocirurgia foi ampliar a capacidade de resposta dos serviços de saúde distribuídos pelo território estadual. A possibilidade de acessar rapidamente uma avaliação especializada permitiu que muitas decisões fossem tomadas localmente, reduzindo a dependência exclusiva dos hospitais terciários. Essa experiência dialoga com o conceito de "inteligência distribuída" nas redes de saúde, pelo qual o conhecimento especializado circula pelos pontos da rede em vez de se concentrar exclusivamente nos centros de alta complexidade[4].

A permanência de 3.305 pacientes nas unidades de origem demonstra que a necessidade de transferência nem sempre está relacionada à indisponibilidade de recursos assistenciais, mas frequentemente à ausência de acesso oportuno ao conhecimento especializado. Esse achado é consistente com a literatura internacional, que identifica a incerteza clínica — e não apenas a indisponibilidade de leitos — como um dos principais motivadores de transferências potencialmente evitáveis em serviços de urgência e emergência[11,12]. Estudos sobre teleneuroassistência em contextos de baixa densidade de especialistas têm demonstrado

que a interconsulta remota reduz significativamente as transferências desnecessárias, sem comprometimento dos desfechos clínicos[12,15].

Do ponto de vista da organização das redes de atenção à saúde, a experiência está alinhada ao modelo proposto por Mendes[4], segundo o qual a integração dos pontos de atenção é condicionada pela disponibilidade de sistemas de apoio à decisão e pelo fluxo de informações entre os diferentes níveis de complexidade. A Teleneurocirurgia operou exatamente nessa dimensão: ao inserir o especialista no processo regulatório, transformou a Central de Regulação Hospitalar em um espaço de governança clínica compartilhada, ampliando a resolutividade sem expansão física da rede.

Um fenômeno particularmente relevante observado ao longo da implantação foi a chamada "Resolução Primária da NCR", pela qual médicos assistenciais passaram a resolver casos de forma autônoma, sem necessidade de teleinterconsulta, após incorporarem os protocolos clínico-regulatórios em sua prática. Esse processo reflete o que a literatura descreve como "transferência de conhecimento tácito" em redes de saúde: a repetição de discussões especializadas gera aprendizado organizacional, elevando progressivamente a capacidade clínica dos serviços locais[16]. Nessa perspectiva, a Teleneurocirurgia funcionou não apenas como mecanismo de acesso ao especialista, mas como indutor de educação permanente em serviço e de fortalecimento das competências locais.

**Contribuição para a atenção primária e para os hospitais regionais**

Embora a Teleneurocirurgia esteja inserida na rede de urgência e emergência, seus benefícios repercutem em toda a Rede de Atenção à Saúde. O fortalecimento da capacidade resolutiva dos hospitais locais reduz deslocamentos desnecessários, preserva vínculos assistenciais e favorece a continuidade do cuidado no território. Sob a ótica da equidade em saúde, esse aspecto é particularmente relevante: populações de regiões mais distantes são frequentemente as mais penalizadas por transferências não planejadas, tanto pelos

riscos do transporte quanto pelo distanciamento de suas redes de apoio familiar e social[15].

Além disso, a interação contínua entre especialistas e profissionais locais promove educação permanente em serviço, ampliando progressivamente a segurança clínica das equipes e fortalecendo as capacidades instaladas nos territórios. A literatura sobre teleconsultoria em saúde tem documentado esse efeito formativo como um dos ganhos mais duradouros das estratégias de telemedicina[9,10]: ao contrário de uma consulta pontual, a discussão de casos em tempo real produz aprendizagem contextualizada que transforma progressivamente a prática clínica local. No caso da Teleneurocirurgia na CRH, esse processo foi operacionalizado pela construção coletiva de protocolos clínico-regulatórios que passaram a nortear as condutas das equipes.

É importante reconhecer que a integração entre telemedicina e regulação representa uma singularidade desta experiência. A maior parte das iniciativas de telessaúde descritas na literatura opera de forma paralela aos mecanismos regulatórios, funcionando como suporte clínico opcional[16]. A articulação direta com a Central de Regulação Hospitalar permitiu que a discussão especializada influenciasse diretamente a decisão sobre transferência, inserindo a teleinterconsulta no fluxo assistencial como etapa necessária — e não apenas como recurso supletivo. Essa integração processual é apontada por estudos internacionais como condição essencial para que a telemedicina produza impacto sistêmico no redesenho dos fluxos assistenciais[6,17].

**Sustentabilidade da rede assistencial**

A experiência também evidencia o potencial da Teleneurocirurgia como estratégia de sustentabilidade do sistema de saúde. O conceito de sustentabilidade em sistemas de saúde vai além da dimensão financeira: envolve a capacidade de manter respostas adequadas às necessidades de saúde com os recursos existentes, distribuindo-os de forma racional e equitativa[5,18]. Nesse sentido,

a eficiência operacional da Teleneurocirurgia se expressa tanto pela redução de transferências evitáveis quanto pela preservação da capacidade instalada para os casos que realmente demandam intervenção especializada presencial.

A sustentabilidade das Redes de Atenção à Saúde não depende exclusivamente da ampliação de leitos, equipamentos ou hospitais. Depende também da capacidade de utilizar de forma mais eficiente os recursos próprios. Essa perspectiva é reforçada por Mendes[4], para quem a lógica das redes pressupõe a integração dos pontos de atenção por meio de sistemas logísticos, clínicos e de informação, sendo a telemedicina um instrumento particularmente eficaz nessa função integradora. A Organização Mundial da Saúde, em sua Estratégia Global de Saúde Digital, também reconhece o potencial das soluções digitais para ampliar a cobertura de serviços especializados sem proporcional expansão de infraestrutura física[5].

Ao permitir que mais de 60% dos pacientes discutidos permanecessem em seus serviços de origem, a Teleneurocirurgia contribuiu para reduzir deslocamentos, otimizar o uso dos leitos neurocirúrgicos e preservar a capacidade dos hospitais de referência para os pacientes que efetivamente necessitavam de intervenção especializada. Dados da literatura sobre teleneuroassistência em países de média renda demonstram resultados similares: a incorporação de avaliação remota especializada antes da decisão de transferência reduz em até 40% as transferências realizadas, sem aumento da mortalidade ou de complicações clínicas[8,19]. Esses achados sugerem que o investimento em soluções de saúde digital integradas à regulação pode produzir retornos significativos em termos de eficiência sistêmica e equidade de acesso.

Sob essa perspectiva, a estratégia demonstra que ampliar o acesso ao especialista não exige necessariamente transferir o paciente, mas sim fazer o conhecimento especializado chegar ao local onde ele está sendo assistido. Essa reorientação lógica — levar o especialista ao paciente, e não o contrário — está em sintonia com os princípios da saúde digital preconizados tanto pela OMS[5]

quanto pela OPAS[7], que destacam a capacidade das tecnologias de informação e comunicação de reduzir assimetrias territoriais no acesso ao cuidado especializado.

Cabe reconhecer as limitações inerentes ao desenho deste relato de experiência. A ausência de grupo controle e de acompanhamento prospectivo dos desfechos clínicos dos pacientes que permaneceram nas unidades de origem impõe restrições à mensuração da segurança assistencial. Estudos futuros que incorporem desfechos clínicos, análise de custo-efetividade e avaliação do impacto sobre a mortalidade são necessários para consolidar a evidência desta estratégia no contexto brasileiro. No entanto, a robustez do volume de casos avaliados e a consistência dos resultados com a literatura internacional conferem plausibilidade aos benefícios observados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da Teleneurocirurgia em Pernambuco demonstra que a principal contribuição da estratégia não está apenas na ampliação do acesso ao especialista, mas na possibilidade de levar esse conhecimento até os diferentes territórios da rede de saúde.

Ao apoiar a permanência segura de 3.305 pacientes em suas unidades de origem, a iniciativa fortaleceu a capacidade resolutiva dos serviços locais, qualificou a tomada de decisão clínica e reduziu a dependência de transferências potencialmente evitáveis.

Os resultados sugerem que a integração entre telemedicina, regulação e assistência pode representar importante estratégia para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, contribuindo para maior equidade territorial, sustentabilidade do sistema e utilização mais eficiente da capacidade instalada do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

2. Demaerschalk BM, Miley ML, Kiernan TEJ, Bobrow BJ, Corday DA, Wellik KE, et al. Stroke telemedicine. Mayo Clin Proc. 2009;84(1):53-64. doi: 10.4065/84.1.53

3. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cad Saude Publica. 2020;36(5):e00088920. doi: 10.1590/0102-311X00088920

4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

5. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc-79ca799dce4d.pdf

6. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/estrategia-de-saude-digital-para-o-brasil-2020-2028

7. Pan American Health Organization. Eight principles for digital transformation of the public health sector. Washington (DC): PAHO; 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55375

8. Bashshur RL, Shannon GW, Krupinski EA, Grigsby J. The taxonomy of telemedicine. Telemed J E Health. 2011;17(6):484-94. doi: 10.1089/tmj.2011.0103

9. Harzheim E, Gonçalves MR, Umpierre RN, Siqueira AC, Katz N, Agostinho MR, et al. Telessaúde como eixo organizador dos sistemas universais de saúde do século XXI. Cien Saude Colet. 2019;24(6):2147-57.

10. Deslich S, Stec B, Tomblin S, Coustasse A. Telepsychiatry in the 21st century: transforming healthcare with technology. Perspect Health Inf Manag. 2013;10:1f. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24159267/

11. Kindermann D, Mutter M, Daya M. Interhospital transfer of the acutely ill or injured patient: summary of an ACEP policy resource and education paper. Ann Emerg Med. 2002;40(6):643-4. doi: 10.1067/mem.2002.129713

12. Leira EC, Hess DC, Torner JC, Adams HP Jr. Rural-urban differences in acute stroke management practices: a modifiable disparity. Arch Neurol. 2008;65(7):887-91. doi: 10.1001/archneur.65.7.887

13. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

15. Whitacre BE. Telemedicine use and the physician shortage: differences across rural and urban areas. J Health Care Poor Underserved. 2011;22(4 Suppl):55-71. doi: 10.1353/hpu.2011.0151

16. Chua MT, Khoo D, Soo J, Siddiqui FJ, Venkataraman A, Leou KK, et al. Teleconsultation in acute emergencies: a systematic review. Ann Emerg Med. 2021;78(6):754-66. doi: 10.1016/j.annemergmed.2021.04.031

17. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. Int J Med Inform. 2010;79(11):736-71. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2010.08.006

18. Rechel B, Wright S, Barlow J, McKee M. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. Bull World Health Organ. 2010;88(8):632-6. doi: 10.2471/BLT.09.073361

19. Silva MT, Galvão TF, Pereira MG. Telemedicine for acute neurological conditions: systematic review and meta-analysis of interventional studies. J Telemed Telecare. 2019;25(4):195-204. doi: 10.1177/1357633X17744423

# MONITORAMENTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR NA REGULAÇÃO ESTADUAL: QUALIFICAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS E USO RACIONAL DE RECURSOS NO SUS

Larissa Morélia Sá Vieira Macêdo[1]
Everson Sercundes de Lira[2]
Glívia Maria Barros Delmondes[3]
Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro[4]
Moara Maria Silva Cardozo[5]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[5]Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap25

## RESUMO

Introdução: O transporte inter-hospitalar constitui etapa estratégica da atenção às urgências e emergências, influenciando diretamente a efetividade da regulação, a segurança do paciente e a sustentabilidade das redes assistenciais. A ausência de monitoramento estruturado pode favorecer deslocamentos inadequados, congestionamento logístico e maior tempo para chegada do paciente à unidade de referência. Objetivo: Descrever a experiência de implantação do monitoramento estruturado do transporte inter-hospitalar integra-

do à Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco e discutir seus impactos na racionalização dos recursos e na qualificação do cuidado. Metodologia: Relato de experiência sobre a incorporação do monitoramento do transporte inter-hospitalar ao processo regulatório estadual, com integração ao sistema MV e acompanhamento das condições clínicas dos pacientes durante o deslocamento. Relato de experiência: A inclusão obrigatória do transporte terrestre avançado no sistema MV ampliou a rastreabilidade dos deslocamentos, fortaleceu a criticidade na solicitação de transferências e reduziu encaminhamentos desnecessários. Em 2025, aproximadamente 14 mil transportes terrestres foram realizados pela Central de Regulação Hospitalar. A estratégia favoreceu maior racionalidade na utilização dos recursos logísticos e maior eficiência na efetivação das transferências reguladas. Equipes receptoras passaram a relatar menor tempo para chegada dos pacientes críticos às unidades de referência. O monitoramento também passou a incluir acompanhamento clínico durante o deslocamento. Considerações finais: A experiência demonstra que o monitoramento estruturado do transporte inter-hospitalar fortalece a gestão assistencial, a segurança do paciente e a sustentabilidade do SUS.

**Palavras-chave:** Transporte sanitário, Regulação em saúde, Sustentabilidade em saúde, Urgência e emergência, Gestão em saúde

## INTRODUÇÃO

As redes de urgência e emergência dependem da articulação contínua entre serviços assistenciais, sistemas regulatórios e estruturas logísticas capazes de garantir acesso oportuno aos diferentes níveis de atenção[1,2]. Nesse contexto, o transporte inter-hospitalar não constitui apenas um deslocamento operacional, mas uma etapa crítica do cuidado em saúde[3].

Grande parte das discussões relacionadas à regulação costuma concentrar-se na disponibilidade de leitos, na priorização clínica e na definição do hospital de destino. Entretanto, entre a autorização

da vaga e a chegada do paciente à unidade receptora existe um percurso assistencial frequentemente invisibilizado nos processos tradicionais de gestão[4].

A ausência de mecanismos estruturados de monitoramento do transporte pode produzir consequências importantes para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Solicitações excessivas ou pouco criteriosas, dificuldades de rastreamento dos deslocamentos, utilização ineficiente das ambulâncias e congestionamento operacional reduzem a capacidade de resposta da rede e ampliam desperdícios assistenciais e logísticos[5,6].

Além disso, o transporte de pacientes críticos envolve riscos clínicos significativos. Alterações hemodinâmicas, instabilidade respiratória e necessidade de suporte intensivo durante o deslocamento exigem acompanhamento contínuo das condições clínicas do paciente até sua chegada ao serviço de referência[7,8].

Na Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco, a necessidade de ampliar a governança sobre os fluxos assistenciais motivou a incorporação do monitoramento do transporte ao próprio processo regulatório estadual. A estratégia passou a integrar o sistema MV, permitindo rastreabilidade institucional dos deslocamentos, acompanhamento clínico dos pacientes em trânsito e produção de informações gerenciais relacionadas à utilização da rede.

Mais do que acompanhar veículos, a iniciativa buscou monitorar trajetórias assistenciais, fortalecendo simultaneamente a segurança do paciente, a eficiência operacional e a sustentabilidade do SUS[5,6].

Este capítulo descreve essa experiência e discute suas contribuições para a racionalização do uso dos recursos de transporte, para a qualificação dos fluxos regulatórios e para o fortalecimento da gestão das urgências no âmbito estadual.

## METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência sobre a implantação do monitoramento estruturado do transporte inter-hospitalar de urgência

no âmbito da Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco.

A iniciativa foi incorporada aos fluxos operacionais da regulação estadual e aplicada aos pacientes já inseridos no processo regulatório. O monitoramento passou a ocorrer de forma integrada ao sistema MV, tornando obrigatória a inclusão dos transportes terrestres avançados na plataforma institucional.

Diferentemente de modelos centrados exclusivamente na logística do deslocamento, o monitoramento desenvolvido passou a incluir também elementos assistenciais relacionados à segurança do paciente em trânsito, incluindo acompanhamento de sinais vitais, estabilidade clínica e adequação das condições de transporte ao perfil assistencial do paciente.

Foram utilizados registros institucionais, fluxos operacionais e informações produzidas durante a implantação da experiência.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antes da implantação do monitoramento estruturado, a etapa do deslocamento permanecia parcialmente descentralizada, com menor visibilidade sobre tempos de percurso, utilização dos recursos de transporte e condições clínicas durante a transferência.

Com a incorporação do transporte ao sistema MV, os deslocamentos passaram a integrar efetivamente o processo regulatório estadual. Essa mudança ampliou a capacidade institucional de rastrear pacientes em trânsito e fortaleceu a integração entre regulação, transporte e assistência.

A obrigatoriedade de inclusão do transporte terrestre avançado no sistema produziu impacto importante na racionalização dos recursos. Observou-se redução de solicitações excessivas e maior criticidade na indicação dos deslocamentos, favorecendo utilização mais assertiva dos recursos disponíveis na rede.

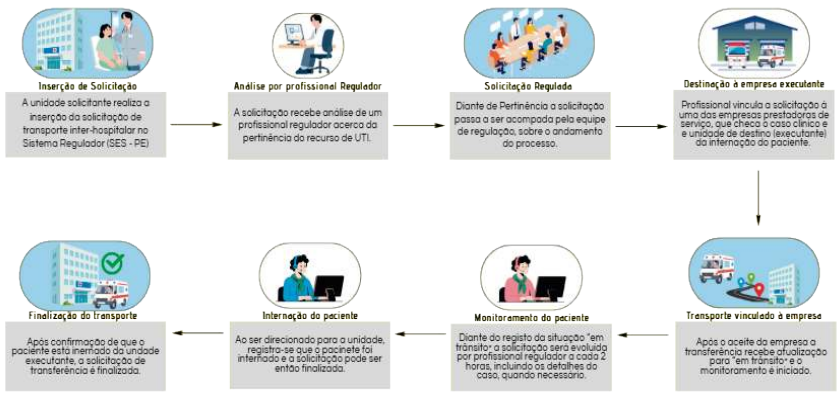
Profissionais médicos de unidades receptoras, passaram a relatar percepção de redução do tempo necessário para chegada dos pacientes críticos às unidades de referência, aspecto particularmente relevante em situações dependentes de resposta rápida.

Outro diferencial da experiência foi a ampliação do conceito de monitoramento. O acompanhamento deixou de se restringir à localização do transporte e passou a incluir condições clínicas do paciente durante o deslocamento. Informações relacionadas a sinais vitais, estabilidade hemodinâmica e adequação assistencial passaram a integrar o acompanhamento institucional dos pacientes regulados em trânsito.

A experiência também favoreceu a produção de informações gerenciais voltadas à sustentabilidade da rede. O monitoramento dos transportes passou a permitir avaliação mais qualificada da utilização dos recursos logísticos do SUS, subsidiando discussões relacionadas à eficiência operacional, capacidade instalada e organização dos fluxos assistenciais.

A integração do monitoramento do transporte aos processos regulatórios estaduais permitiu estruturar um fluxo institucional contínuo de acompanhamento das transferências inter-hospitalares, favorecendo maior coordenação entre regulação, transporte sanitário e unidades assistenciais (Figura 1).

Figura 1. Fluxo institucional de monitoramento do transporte inter-hospitalar integrado à regulação estadual.



## DISCUSSÃO

A experiência evidencia que sustentabilidade em saúde não se limita à redução de custos, mas envolve capacidade de utilizar recursos de maneira mais inteligente, segura e alinhada às necessidades assistenciais da população[6,9].

Em redes complexas de urgência e emergência, o transporte inter-hospitalar representa recurso estratégico de alta demanda operacional. Quando utilizado sem monitoramento estruturado, pode contribuir para desperdícios logísticos, sobrecarga das equipes e redução da capacidade de resposta do sistema[2,5].

A incorporação do transporte ao sistema MV modificou essa dinâmica ao ampliar a rastreabilidade institucional e introduzir maior responsabilização sobre as solicitações de deslocamento. A necessidade de registro formal favoreceu maior criticidade clínica e operacional na indicação dos transportes, contribuindo para utilização mais racional da rede.

Esse aspecto possui importante relação com a sustentabilidade do SUS. Em sistemas públicos de saúde marcados por recursos finitos, reduzir deslocamentos desnecessários significa ampliar disponibilidade operacional para pacientes efetivamente prioritários, evitando congestionamentos e melhorando a capacidade de resposta da rede assistencial[4,6].

Outro elemento relevante refere-se à integração entre logística e cuidado clínico. O monitoramento das condições assistenciais durante o transporte amplia a segurança do paciente e fortalece a continuidade do cuidado entre os diferentes pontos da rede[7,8].

A experiência também reforça o papel do monitoramento como ferramenta estratégica de governança. Mais do que acompanhar deslocamentos, monitorar significa produzir inteligência

operacional sobre os fluxos assistenciais e transformar informações em capacidade de intervenção institucional[10].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação do monitoramento do transporte inter-hospitalar ao processo regulatório estadual demonstrou potencial para fortalecer simultaneamente a gestão assistencial, a segurança do paciente e a sustentabilidade operacional da rede de urgência e emergência.

Ao integrar o transporte ao sistema MV, a experiência ampliou a rastreabilidade dos deslocamentos, favoreceu maior racionalidade na utilização dos recursos logísticos e fortaleceu a capacidade institucional de acompanhamento clínico dos pacientes em trânsito.

Os resultados observados sugerem que iniciativas de monitoramento estruturado do transporte podem representar importante ferramenta de governança, eficiência operacional e fortalecimento sustentável do SUS.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 Dec 2010.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização

Pan-Americana da Saúde; 2011.

6. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes integradas de serviços de saúde: conceitos, opções de política e roteiro para implementação nas Américas. Brasília: OPAS; 2011. (Série: A renovação da atenção primária à saúde nas Américas; nº 4).

7. World Health Organization. Emergency care systems framework. Geneva: WHO; 2019.

8. Reynolds TA, Sawe H, Rubiano AM, Shin SD, Wallis L, Mock CN. Strengthening health systems to provide emergency care. In: Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. 3rd ed. Washington (DC): World Bank; 2017.

9. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cien Saude Colet. 2006;11(3):705-711. doi:10.1590/S1413-81232006000300017

10. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Cien Saude Colet. 2012;17(4):821-828. doi:10.1590/S1413-81232012000400002

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO E FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Eduarda Vitória Barbosa de Oliveira
Juliana dos Santos Cabral
Renata Cristina Malaquias de Santana Silva

Centro Universitário UniFBV Wyden, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap26

**RESUMO**

A educação em saúde constitui estratégia da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo para promoção da saúde, prevenção de agravos, fortalecimento da autonomia dos usuários e apoio às ações de Vigilância no território. Este estudo objetiva relatar a experiência vivenciada no estágio supervisionado em enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família (USF), evidenciando a relevância das práticas assistenciais no cotidiano. Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir das vivências na USF Jader de Andrade durante um mês, em tempo integral. Durante o estágio, acompanharam-se consultas de puericultura, pré-natal, planejamento sexual e reprodutivo, acompanhamento de condições crônicas e ações de promoção da saúde. A experiência permitiu identificar que a educação em saúde permeia atividades

desenvolvidas pela enfermagem, por meio de orientações, escuta qualificada, esclarecimento de dúvidas e construção compartilhada do conhecimento. Observou-se que ações educativas favoreciam a compreensão dos usuários sobre condições de saúde, autocuidado e participação nas decisões terapêuticas, além de contribuírem para o reconhecimento precoce de fatores de risco e fortalecimento das medidas preventivas. Além disso, verificou-se estratégias comunicativas adaptadas às necessidades individuais dos pacientes, ampliando a efetividade das orientações. Os achados corroboram evidências científicas que apontam a educação em saúde como instrumento fundamental na qualificação da assistência, fortalecimento dos princípios da integralidade e humanização do cuidado. Conclui-se que o enfermeiro desempenha papel essencial como educador em saúde, contribuindo para autonomia dos usuários e fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde.

**Palavras-chave:** Educação em saúde, Atenção primária à saúde, Enfermagem, Vigilância em saúde pública

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) pauta-se na promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação, buscando oferecer cuidado integral à população. Nesse contexto, a educação em saúde e ações de vigilância destaca-se como estratégia essencial para fortalecer a autonomia dos indivíduos, identificar riscos e promover práticas de cuidado mais efetivas[1].

Historicamente, as ações educativas estiveram associadas a modelos verticalizados, nos quais os profissionais eram detentores do conhecimento e os usuários receptores passivos. Entretanto, transformações ocorridas nas políticas públicas de saúde e nos processos de trabalho da APS impulsionaram abordagens dialógicas, valorizando saberes populares e a construção compartilhada do conhecimento, além da integração de assistência e vigilância[2].

Nesse cenário, a enfermagem ocupa posição estratégica devido à proximidade com os usuários e à diversidade de ações nos serviços de saúde. O enfermeiro atua em consultas, atividades coletivas, visitas domiciliares e ações comunitárias, contribuindo tanto para educação quanto para vigilância, por meio de identificação de riscos, monitoramento de agravos e incentivo de autocuidado[3].

Estudos recentes apontam que práticas educativas desenvolvidas pela enfermagem favorecem a adesão aos tratamentos, contribuem para prevenir doenças e fortalecem o vínculo entre profissionais e usuários[4]. Além disso, a utilização de estratégias comunicativas adequadas às características socioculturais da população potencializa a compreensão das orientações e amplia a efetividade das intervenções e das ações de vigilância[5].

Dessa forma, compreender como a educação e a vigilância em saúde estão inseridas no cotidiano das práticas assistenciais permite reconhecer sua relevância para a promoção da saúde e para consolidação dos princípios que orientam a APS. Nesse sentido, o presente estudo busca relatar a experiência vivenciada durante o estágio supervisionado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), destacando a importância da educação e da vigilância em saúde como ferramenta fundamental da enfermagem na promoção do cuidado, prevenção de agravos e fortalecimento da autonomia dos usuários na Atenção Primária.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, elaborado a partir das vivências durante o estágio supervisionado em enfermagem na APS, realizado na USF Jader de Andrade. O estágio ocorreu durante um mês em horário integral, permitindo a inserção na rotina assistencial da unidade e acompanhamento das atividades.

Durante esse período, foram acompanhadas consultas de puericultura, assistência pré-natal, planejamento sexual e reprodutivo, acompanhamento de usuários com condições crônicas, administra-

ção de imunobiológicos, atividades coletivas e ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

A construção deste relato baseou-se na observação participante das práticas assistenciais e educativas realizadas pela equipe de enfermagem, permitindo refletir sobre a atuação do enfermeiro como educador em saúde e a relevância dessas ações para a promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento da autonomia dos usuários na APS.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A vivência proporcionada pelo estágio supervisionado permitiu compreender a educação e a vigilância em saúde como elementos centrais das práticas da enfermagem na APS. A inserção na rotina da unidade evidenciou que grande parte das intervenções realizadas possui caráter educativo, independentemente da demanda dos usuários.

A consulta de enfermagem mostrou-se um espaço privilegiado para ações educativas e identificação precoce de fatores de risco. Os atendimentos ultrapassavam a realização de procedimentos técnicos, constituindo momentos de orientação, esclarecimento de dúvidas e construção compartilhada do conhecimento. Essa observação corrobora estudos que reconhecem a consulta de enfermagem como instrumento importante para o autocuidado e a participação dos usuários no processo terapêutico[6].

Nas consultas de puericultura, eram abordados temas relacionados ao aleitamento materno, alimentação complementar, vacinação, crescimento e desenvolvimento infantil, higiene e prevenção de acidentes. No pré-natal, as orientações contemplavam mudanças fisiológicas da gestação, sinais de alerta, alimentação, suplementação, vacinação e preparação para o parto e puerpério. A escuta qualificada e o diálogo favoreceram o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário, contribuindo para maior adesão às recomendações[7].

No planejamento sexual e reprodutivo, as orientações incluíam prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e direitos sexuais e reprodutivos. Já no acompanhamento de usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, eram reforçadas informações sobre adesão ao tratamento, alimentação saudável, atividade física e monitoramento clínico. Recursos visuais e linguagem acessível foram utilizados para facilitar a compreensão, ampliando a efetividade das ações[5].

Além dos atendimentos individuais, a educação em saúde esteve presente em campanhas de vacinação, atividades em sala de espera e ações coletivas, promovendo informações sobre prevenção de doenças, promoção da saúde e utilização adequada dos serviços. Essas iniciativas contribuíram para fortalecer o vínculo entre a equipe e a comunidade.

As ações educativas também se mostraram relevantes para a Vigilância em Saúde, favorecendo a identificação precoce de fatores de risco, o monitoramento das condições de saúde e o fortalecimento das medidas preventivas. A experiência demonstrou que a educação em saúde integra o processo de trabalho da enfermagem e contribui para um cuidado mais resolutivo, participativo e integral.

## DISCUSSÃO

Os achados observados durante o estágio reforçam que a educação e a vigilância em saúde constituem importantes ferramentas de atuação da enfermagem na APS. As práticas educativas favorecem a autonomia dos usuários, a adoção de hábitos saudáveis e a prevenção de agravos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida[1].

A presença constante de orientações durante os atendimentos evidencia que o cuidado de enfermagem vai além da execução de procedimentos técnicos, incorporando ações educativas e de vigilância. Nesse contexto, o enfermeiro atua como facilitador do processo de aprendizagem e da identificação precoce de necessidades e fatores de risco, em consonância com os princípios da APS[8].

Outro aspecto relevante refere-se à adaptação das estratégias educativas às características socioculturais dos usuários. A utilização de linguagem acessível e recursos visuais favorece a compreensão das orientações, fortalece o vínculo entre profissionais e pacientes e potencializa ações preventivas relacionadas à Vigilância em Saúde[5].

Além disso, as ações desenvolvidas estimulam o autocuidado e o empoderamento dos indivíduos, especialmente no acompanhamento de condições crônicas[8]. A qualificação permanente dos profissionais contribui para o desenvolvimento de práticas educativas mais efetivas e alinhadas às necessidades da população[4].

Dessa forma, os resultados corroboram as evidências científicas ao demonstrar que a educação em saúde, associada à Vigilância em Saúde, constitui instrumento essencial para a promoção da saúde, prevenção de agravos e qualificação da assistência na APS e essas práticas contribuem para o fortalecimento do vínculo com os usuários, para a promoção do autocuidado e para a prevenção de agravos, favorecendo um cuidado mais integral e participativo[1,10].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do estágio supervisionado permitiu compreender que a educação e a vigilância em saúde são componentes fundamentais da atuação da enfermagem na APS. Observou-se que estratégias educativas simples e adaptadas à realidade dos usuários ampliam a compreensão e a adesão às recomendações. Além disso, a articulação entre educação e vigilância fortalece o monitoramento das condições de saúde e a resolutividade dos serviços.

O relato reafirma a importância da formação acadêmica voltada para o cuidado integral e para o desenvolvimento de competências que permitam ao enfermeiro atuar como educador, promotor da saúde e agente de transformação social no âmbito do SUS.

## REFERÊNCIAS


1. Costa DAC, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a educação em saúde. Rev Cient Esc Estadual Saude Publica Goias Candido Santiago. 2020;6(3):e6000012. doi:10.22491/2447-3405.2020.V6N3.6000012.
2. Silva RRD, Santos TS, Ramos WT, Barreiro MSC, Mendes RB, Freitas CKAC. Desafios da educação permanente na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. Saude Colet. 2021;11(65):6324-33. doi:10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6324-6333.
3. Lira AC, Silva MG, Verçosa RCM, Lima KBM, Maciel MPGS, Santos DAS, et al. O enfermeiro como educador na Estratégia Saúde da Família. Braz J Dev. 2023;9(1):1343-57. doi:10.34117/bjdv9n1-093.
4. Bezerra TV, Dias IKR. Satisfação da enfermagem da Atenção Primária à Saúde com a educação permanente. Rev Baiana Saude Publica. 2022;46(2):104-21. doi:10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3627.
5. Girardi KH, Cardoso JK, Zanatta L, Zocche DAA. Tecnologias educacionais empregadas na Atenção Primária à Saúde para promoção da saúde mental: revisão integrativa. Rev Eletr Enferm. 2024;26:e75829. doi:10.5216/ree.v26.75829.
6. Lima EAC, Souza VKS, Silva EA. Análise crítica da aplicação da telessaúde no campo da enfermagem na Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da COVID-19. APS Rev. 2022;4(2):120-9. doi:10.14295/aps.v4i2.237.
7. Souza THS, Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Desafios da enfermagem na Atenção Primária à Saúde: vulnerabilidade versus acesso equânime à saúde. Glob Acad Nurs. 2023;4(Suppl 4):e597. doi:10.5935/2675-5602.20200396.
8. Vieira LB, Nora CRD, Toso BRGO, Geremia DS, Mendonça AVM, Souza MF. O vínculo na Atenção Primária à Saúde: práticas dos enfermeiros da região Sul do Brasil. Tempus. 2023;16(4):121-32. doi:10.18569/tempus.v16i4.3042.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

10. Almeida PF, Giovanella L, Schenkman S, Franco CM, Duarte PO, Houghton N, et al. Vigilância em saúde como pilar estratégico de uma concepção abrangente de atenção primária à saúde. Cien Saude Colet. 2025;30(5):e04572025. doi:10.1590/1413-81232025305.04572025.

# 27 QUALIFICA APS: ESTRATÉGIA ESTADUAL PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO EM PERNAMBUCO

Rodrigo Cardoso dos Santos
Mariana Alves Lemos
Renan Carlos Freitas da Silva
Magda Gomes da Silva Costa
Pedro Jorge da Silva Matos

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap27

**RESUMO**

O Sistema Único de Saúde tem na Atenção Primária à Saúde sua principal porta de entrada, sendo fundamental para a coordenação do cuidado e organização das ações em saúde. Dentre os principais desafios enfrentados nos cenários nacional e estadual está a queda dos indicadores de coberturas vacinais, muitas vezes potencializado pelas fragilidades no uso dos sistemas de informação, o que têm comprometido o planejamento e a efetividade das ações coordenadas neste campo. Este estudo apresenta um relato de experiência sobre uma iniciativa articulada pela Diretoria Geral de Atenção Primária e o Programa Estadual de Imunização, a partir da formulação e implementação do Qualifica APS, estratégia estadual voltada ao fortalecimento da APS e à qualificação

das ações de imunização. A iniciativa consistiu na aquisição e doação de microcomputadores às equipes de Saúde da Família, com prioridade para as salas de vacinação, visando aprimorar o registro das informações em saúde e apoiar a gestão municipal. A experiência evidenciou a importância da articulação interfederativa, da integração entre áreas técnicas e da escuta dos territórios para o desenvolvimento de políticas mais aderentes às necessidades locais. Conclui-se que o Qualifica APS contribui para a melhoria da qualidade dos dados e do microplanejamento, reforçando a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura, gestão da informação e qualificação da APS no SUS.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, Programa estadual de imunização, Política de saúde, Gestão da informação em saúde, Gestão estadual em saúde

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é fundamentado em diretrizes que visam proporcionar um cuidado integral e abrangente ao usuário. Dentre suas diretrizes, a universalidade e a integralidade se estabelecem como elementos ideológicos e organizativos estruturantes para a organização do modelo de atenção vigente[1,2].

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS[3,4].

No contexto da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um modelo de reorientação do processo de trabalho, com a saúde no centro das necessidades das pessoas, famílias e

território, que fortalece a proximidade e o vínculo e permite a coordenação do cuidado. Para que as eSF possam desenvolver seu processo de trabalho de forma eficaz, é imprescindível contar com uma estrutura física adequada e equipamentos em boas condições de uso[3,5,6].

Um dos desafios enfrentados pelas eSF refere-se ao alcance da cobertura vacinal. O declínio dos indicadores no Brasil, intensificado a partir de 2016 e agravado pela pandemia de Covid-19, reflete não apenas as flutuações do cenário epidemiológico, mas também lacunas estruturais no planejamento e no monitoramento das ações em nível local[7,8].

Um dos principais obstáculos técnicos é a subutilização dos sistemas de informação e a falta de integração com a Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS), o que resulta no represamento de doses e em registros intempestivos. Esse descompasso gera uma cobertura administrativa artificialmente inferior à real, distorcendo a percepção da realidade e prejudicando o microplanejamento baseado em evidências[7,9].

Em Pernambuco, embora o estado apresente um movimento de recuperação gradual desde 2023, os indicadores de homogeneidade ainda estão aquém da meta nacional de 70%. O histórico mostra que o estado partiu de 38% em 2019, atingiu seu ponto crítico de 22% em 2022 e retomou para cerca de 35% em 2024. Para reverter esse quadro e alcançar a proteção coletiva, a estratégia atual foca em transcender a oferta de imunizantes, garantindo o registro nominal oportuno[8].

Dentro desse cenário, surge o Qualifica APS, estratégia do Governo do Estado para fortalecer a APS. A iniciativa foca na distribuição de microcomputadores para as eSF, priorizando as Salas de Vacinação. O objetivo é aperfeiçoar o registro de informações de saúde e elevar a eficiência dos municípios nas estratégias de vacinação. Coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde, a medida integra o plano de fortalecimento da Política Estadual de APS e do Programa de Imunizações.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que consiste na expressão escrita de vivências e aceita a experiência como o ponto de partida para a aprendizagem[10]. Aqui, o relato descreve o processo de formulação, implementação e operacionalização da estratégia Qualifica APS no estado de Pernambuco. A experiência foi conduzida no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, sob coordenação da Diretoria Geral de Atenção Primária (DGAP) e o Programa Estadual de Imunização (PEI).

O estudo contempla a sistematização dos caminhos institucionais percorridos para a construção da estratégia, incluindo a identificação do problema, o processo de tomada de decisão, o planejamento das ações, a definição de critérios para distribuição dos equipamentos e a articulação interfederativa com os municípios e Gerências Regionais de Saúde (GERES). Destaca-se, ainda, a integração entre as áreas técnicas da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde como elemento central para o alinhamento das ações e fortalecimento da iniciativa estadual.

Adicionalmente, são descritos os aspectos operacionais da iniciativa, tais como a aquisição e doação de microcomputadores às eSF, com prioridade para as salas de vacinação, bem como os fluxos estabelecidos para a retirada dos equipamentos e o apoio institucional aos municípios.

Por fim, o trabalho busca evidenciar como a estratégia Qualifica APS se configura como uma ação estruturante para o fortalecimento da APS, ao integrar investimentos em infraestrutura tecnológica e qualificação da informação e apoio à gestão.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### A concepção da ideia

O Qualifica APS emerge no contexto de queda dos indicadores de imunização e das dificuldades operacionais enfrentadas pelas

equipes, especialmente relacionadas ao registro das informações em saúde[8,9]. A estratégia nasce a partir de demandas dos territórios, identificadas por meio de espaços de escuta qualificada, diálogo interfederativo e trocas com gestores e profissionais. Esses espaços foram fundamentais para evidenciar as lacunas estruturais e orientar a construção de respostas adequadas às necessidades locais, reforçando a importância da participação na formulação de políticas públicas mais efetivas.

### Caracterização da estratégia

O Qualifica APS foi pensado à luz da integração e compatibilização das necessidades da APS e do Programa Estadual de Imunização (PEI). Seu objeto ideológico parte da necessidade de apoiar os municípios no tocante ao incremento e qualificação da infraestrutura tecnológica das salas de vacinação, que historicamente vivenciam dificuldades relacionadas à disponibilidade de equipamentos adequados, à conectividade e à utilização oportuna dos sistemas de informação.

Seu objeto operacional consiste na  aquisição e doação de 3.100 unidades de microcomputadores aos 184 municípios pernambucanos e Distrito Estadual de Fernando de Noronha, destinado prioritariamente aos Programas de Imunização dos municípios, das Gerências Regionais de Saúde e das Unidades de Saúde de Saúde Prisional, totalizando um investimento da ordem de aproximadamente 10 (dez) milhões de reais.

O processo de aquisição considerou o quantitativo de salas de vacinação e de equipes de saúde da família (eSF) ativas no estado até março de 2026, período em que a estratégia foi lançada oficialmente. Os dados foram coletados e analisados através do sistema e-Gestor Atenção Primária.

## DISCUSSÃO

A viabilização do Qualifica APS exigiu um amplo processo de articulação e organização, envolvendo atores estratégicos da

Secretaria Estadual de Saúde e dos territórios. A iniciativa, ao se propor a qualificar o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária, mostrou-se exitosa ao mobilizar diferentes níveis de gestão — estadual, regional e municipal —, evidenciando a importância da atuação integrada para o fortalecimento das políticas públicas.

A vinculação da estratégia às demandas do Programa Estadual de Imunização configurou-se como um elemento potente de integração entre políticas e programas, reforçando o papel da Atenção Primária como eixo articulador do cuidado. A atuação coordenada entre áreas técnicas possibilitou maior alinhamento das ações e potencializou os resultados, especialmente no que se refere à qualificação do registro das informações e ao fortalecimento das ações de vacinação.

Para o êxito da experiência, destacou-se a relevância da dimensão gestora, sobretudo no que diz respeito às pactuações entre os diferentes atores envolvidos. Nesse processo, a adoção de mecanismos de comunicação claros e efetivos foi fundamental para o alinhamento dos fluxos e a operacionalização da entrega dos equipamentos. Considerando a prerrogativa do Estado no apoio técnico e institucional aos municípios, a experiência reforça, como principal aprendizado, a necessidade de uma gestão próxima às realidades locais, orientada pelas demandas dos territórios e sustentada por processos contínuos de diálogo e cooperação interfederativa.

A experiência do Qualifica APS evidenciou aprendizagens relevantes para a gestão pública em saúde, destacando a importância da escuta ativa dos territórios como base para a formulação de estratégias mais aderentes às necessidades locais e a articulação interfederativa. Reforçou-se o valor da integração entre áreas técnicas, especialmente entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde, como elemento fundamental para potencializar resultados. Além disso, ficou evidente que investimentos em infraestrutura tecnológica precisam estar articulados a processos de qualificação

do trabalho e da gestão da informação para produzir impactos concretos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Qualifica APS evidencia o papel estratégico da gestão estadual na indução de políticas de qualificação da APS, especialmente em contextos de desigualdades e fragilidades estruturais. Ao investir na infraestrutura tecnológica, a iniciativa contribui para a melhoria da qualidade dos dados, do microplanejamento e das ações de imunização, impactando positivamente a organização do processo de trabalho.

Os aprendizados dessa experiência reforçam a necessidade de continuidade e ampliação de investimentos na APS, diante das vulnerabilidades enfrentadas pelos municípios, como limitações técnicas, insuficiência de infraestrutura e desafios na gestão da informação. Iniciativas como o Qualifica APS demonstram que o fortalecimento da APS exige ações integradas, sustentadas e orientadas pelas necessidades dos territórios.

Como perspectiva futura, destaca-se a importância de consolidar políticas permanentes de apoio à APS, com foco na integração dos sistemas de informação, na educação permanente das equipes e no fortalecimento da governança interfederativa.

## REFERÊNCIAS


1. Aleluia IRS, et al. Gestão estadual da atenção primária à saúde em resposta à COVID-19 na Bahia, Brasil. Cien Saude Colet. 2023;28(5):1341-1353. doi:10.1590/1413-81232023285.12732022
2. Martins MB, Carbonai D. Atenção Primária à Saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). REAd Rev Eletron Adm. 2021;27(3):725-748. doi:10.1590/1413-2311.331.107905
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Nov 30]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Aleluia IRS, Medina MG, Vilasboas ALQ, Viana ALD. Gestão do

SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. Cien Saude Colet. 2022;27(5):1883-1894. doi:10.1590/1413-81232022275.10392021

5. Mendonça FF, et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. Saude Debate. 2023;47(137):13-30. doi:10.1590/0103-1104202313701

6. Massuda A, Fernandez M, Kemper ES, Paschoalotto MAC, Tapia R. Análise de políticas de investimento na Atenção Primária à Saúde: neoinstitucionalismo histórico aplicado ao sistema de saúde brasileiro. Rev Adm Publica. 2024;58(5):e20230391. doi:10.1590/0034-761220230391

7. Pércio J, Fernandes EG, Maciel EL, Lima NVT. 50 years of the Brazilian National Immunization Program and the Immunization Agenda 2030. Epidemiol Serv Saude. 2023;32(3):e20231009. doi:10.1590/S2237-96222023000300001

8. Ruela GA, et al. Primary Health Care structure and vaccination coverage in Brazilian municipalities. Rev Saude Publica. 2025;59:e12. doi:10.11606/s1518-8787.2025059006279

9. Rodrigues SN, Oliveira LP, Garcia LF. Imunização no Brasil: reflexões histórico-social e bioética da vacinação na promoção da saúde. Rev Latinoam Bioet. 2025;25(1):57-72. doi:10.18359/rlbi.6839

10. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Rev Prax Educ. 2021;17(48):60-77. doi:10.22481/praxisedu.v17i48.9010

# 28 TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM APLICAÇÃO DE GEOTECNOLOGIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Pedro Carlos Silva de Aquino
Maria Simone Gomes de Lima

Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap28

**RESUMO**

Na Estratégia Saúde da Família-ESF é fundamental a realização da territorialização para conhecer e intervir no território e população. Este trabalho visa relatar o uso de geotecnologias para a territorialização de uma ESF, a partir da Educação Permanente em Saúde-EPS. Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência de uma ação de EPS para o uso de geotecnologias no processo de territorialização numa ESF em Jaboatão dos Guararapes-PE. Os participantes da ação foram uma equipe de residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica. A ação consistiu em três etapas: apresentação de um método de trabalho de territorialização com o uso de geotecnologias; indicação de leituras de textos científicos sobre a temática e visita no território para aplicar e testar as

geotecnologias selecionadas. A EPS proporcionou aos residentes em formação, vivenciar a territorialização, aprendizagem e usabilidade das geotecnologias. Ademais, as atividades possibilitaram o desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em equipe.

**Palavras-chave:** Mapeamento geográfico, Atenção primária à saúde, Vigilância em saúde, Tecnologia em saúde, Pessoal de saúde

## INTRODUÇÃO

Atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), é requisitado o uso de tecnologias para informatização e digitalização das informações em saúde, para aprimorar a produção de dados em saúde da população adscrita de um determinado território de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Desse modo, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam competências e habilidades para operar os sistemas informatizados do SUS, Tecnologias Digitais de Comunicação e Informação e geotecnologias. Sobre estas últimas, em especial, destaca-se sua importância no contexto da APS, devido à sua aplicabilidade como ferramenta de trabalho na territorialização, no mapeamento e na vigilância em saúde do território adstrito da USF[1].

De maneira geral, as geotecnologias constituem um conjunto de tecnologias voltadas à coleta, ao processamento, à análise e à disponibilização de informações a partir do georreferenciamento e da localização geográfica, utilizando sistemas como o Sistema de Posicionamento Global (GPS) e o Sistema de Informação Geográfica (GIS)[1,2].

Nesse sentido, as geotecnologias apresentam potencial de aplicabilidade na área da saúde, uma vez que podem auxiliar os profissionais no aprimoramento das técnicas de coleta e análise de dados no processo de territorialização das áreas de abrangência da USF[1,2].

A territorialização consiste no reconhecimento do território, identificando suas dimensões demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, bem como os indivíduos e grupos que produzem sentidos e mantêm vivo o território[3].

Diante disso, a territorialização mostra-se como um instrumento de organização dos serviços de saúde, cuja execução pode ser facilitada e melhor gerenciada pelo uso das geotecnologias3. Assim, o presente trabalho visa relatar o uso de geotecnologias no processo de territorialização da área de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de uma ação de Educação Permanente em Saúde (EPS).

## METODOLOGIA

Delineia-se como uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa[4,5]. A construção do trabalho deu-se a partir do planejamento e da execução de uma ação de EPS voltada ao uso de geotecnologias no processo de territorialização em uma ESF localizada na Regional de Prazeres, em Jaboatão dos Guararapes-PE.

A ação de EPS foi desenvolvida e vivenciada por uma equipe de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes. Essa equipe foi formada por um Profissional de Educação Física, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, um terapeuta ocupacional, duas nutricionistas e duas fonoaudiólogas.

A ação de EPS ocorreu em três etapas, realizadas em outubro de 2022. A primeira etapa consistiu na apresentação teórica de um método de territorialização e vigilância em saúde para estratificação de vulnerabilidade familiar na APS, com o uso de geotecnologias, denominado "modelagem ecossistêmica", bem como as geotecnologias aplicáveis ao processo[1,6].

A segunda etapa consistiu na indicação de leituras de textos científicos sobre a temática. Por fim, foi realizada uma visita ao território para aplicar e testar o uso do aplicativo SW Maps em smartphones no processo de georreferenciamento, bem como a transferência dos dados registrados no aplicativo para o Google Earth Pro (GEP), visando à produção do mapeamento territorial.

Ressalta-se que o presente relato pretende, a partir da vivência do residente mediador do processo de trabalho, descrever concisamente o planejamento, o desenvolvimento e o desfecho da ação de EPS no território acerca da aplicação de geotecnologias para a territorialização e vigilância em saúde na APS.

O estudo em questão dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para sua realização e divulgação dos resultados, uma vez que as práticas desenvolvidas não envolveram a identificação dos participantes, visando exclusivamente ao aprofundamento teórico e à exposição de situações pertinentes à formação e à prática profissional[7].

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

No tocante ao processo formativo e de trabalho no serviço de saúde, a equipe de residentes dispõe de um período específico destinado ao processo de territorialização e mapeamento do território e das famílias cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde, a fim de coletar dados clínicos e socioeconômicos para gerar informações acerca da situação de saúde da área de abrangência da USF.

Desse modo, foi desenvolvido um planejamento entre a equipe para o processo de aprendizagem teórico-prático acerca desse procedimento realizado na APS, incluindo a seleção de instrumentos de coleta de dados das famílias cadastradas, a seleção de ferramentas tecnológicas para facilitar e aprimorar o georreferenciamento e o mapeamento do território, e consequentemente, testar e vivenciar tal procedimento no território.

Nesse sentido, na primeira etapa, foi realizada uma reunião virtual da equipe, na qual o residente mediador apresentou um

método de trabalho e as geotecnologias voltadas ao processo de georreferenciamento e mapeamento para utilização na territorialização, com base na modelagem ecossistêmica. A partir disso, foram indicadas leituras sobre o tema e estabelecido um momento para testar e vivenciar o uso das geotecnologias selecionadas para a territorialização, visto que a maioria dos integrantes da equipe nunca havia experienciado esse processo de trabalho durante a formação acadêmica.

Diante disso, o residente mediador orientou a instalação e familiarização da equipe com o aplicativo SW Maps. No dia da vivência no território, a equipe reuniu-se na USF para receber orientações básicas sobre territorialização e manuseio do aplicativo.

Ademais, foram explicados, por meio do uso do aplicativo, os SIGs utilizados pela ferramenta, os tipos de mapas acessíveis, a forma de criação de projetos, o georreferenciamento do território, a adição de ícones e fotografias ao mapa, além do compartilhamento dos dados do projeto criado para o geoprocessamento das informações coletadas em outros programas de mapeamento, como o GEP.

A equipe, munida dos conhecimentos básicos, reuniu-se no território próximo à USF e realizou o georreferenciamento das residências, equipamentos sociais e pontos de risco, como: depósitos irregulares de lixo e esgoto a céu aberto. Também foram realizados registros em diário de campo para descrição dos dados georreferenciados no mapa, registro fotográfico e análise subjetiva do território.

A partir disso, a equipe vivenciou, durante a realização da EPS, o processo de trabalho delineado na etapa teórico-prática, envolvendo territorialização e utilização das geotecnologias. O resultado final do georreferenciamento realizado pelo SW Maps é apresentado na figura 1.

Figura 1. Georreferenciamento do território da área de abrangência da USF.




Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2. Dados do SW Maps transferidos para o Google Earth.




Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao final da atividade prática, houve um momento destinado à discussão e esclarecimentos de dúvidas sobre o processo de trabalho vivenciado e à apresentação dos produtos gerados no aplicativo. Ademais, o residente mediador orientou para as equipes quanto ao compartilhamento dos dados coletados para o geoprocessamento das informações no GEP, conforme apresentado na figura 2.

Ressalta-se que o procedimento adotado nessa ação de EPS, visou qualificar a equipe de residentes para o desenvolvimento desse trabalho para construir um mapa do território e uma sala de situação com indicadores de saúde, bem como contemplar uma proposta curricular do programa de residência.

## DISCUSSÃO

Os dados coletados pelo SW Maps podem ser processados no GEP. Destaca-se que esse aplicativo é destinado ao mapeamento móvel para coletar, apresentar e compartilhar manualmente informações geográficas com base no GPS e SIGs. Já o GEP consiste em um programa de computador desenvolvido pelo Google, cuja função é apresentar um modelo tridimensional do globo terrestre, construído a partir de mosaico de imagens de satélite obtidas de diversas fontes, imagens aéreas com SIG[1].

Dessa maneira, é possível produzir informações sobre os pontos georreferenciados, conforme a necessidade, adicionar fotos e outras informações relevantes sobre o território. A partir disso, os profissionais de saúde, ao dominarem as geotecnologias, podem utilizá-las para facilitar e otimizar o processo de territorialização, mapeamento e coleta de informações sobre a situação de saúde e os riscos presentes no território.

A utilização das geotecnologias na APS facilita a territorialização, a compreensão das necessidades de saúde da população e a criação de mapas com indicadores de saúde voltadas para ao planejamento e à formulação de estratégias de cuidados em saúde[1,8-10].

Ressalta-se que o residente mediador, munido dos conhecimentos apreendidos durante sua formação acadêmica, proporcionou uma ação de EPS para auxiliar os demais integrantes da equipe de residentes na reflexão sobre procedimentos, recursos e estratégias voltados à implementação da territorialização e da vigilância em saúde nessa ESF.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, a EPS realizada proporcionou aos profissionais de saúde em formação a vivência do processo de territorialização, bem como a aprendizagem e a utilização de geotecnologias aplicáveis ao contexto da APS. Além disso, as atividades possibilitaram o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas ao trabalho em equipe e à atuação colaborativa em saúde.

Espera-se que este breve relato possa orientar e estimular os profissionais de saúde, especialmente aqueles atuantes na APS, a realizarem a territorialização com planejamento e recursos estratégicos, a fim de produzir dados e informações em saúde sobre determinado território e sua população e, consequentemente, propor e executar intervenções voltadas à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da comunidade.

## REFERÊNCIAS


1. Calistro MOC, Teixeira Y, Lacerda IRAS, Sousa SM, Agostinho Neto J, Duavy SMP, et al. Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. Cien Saude Colet. 2021;26(6):2141-2148. doi:10.1590/1413-81232021266.39402020

2. Lima KP, Neves DC, Santos NM, Rocha SL, Valente ASO, Souza MCD. Uso de geotecnologias aplicadas em serviços de saúde: revisão integrativa. Rev Eletronica Acervo Saude. 2020;12(6):e3072. doi:10.25248/reas.e3072.2020

3. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos da territorialização na atenção primária à saúde: desvelando as relações produção, ambiente e saúde. Cien Saude Colet. 2013;18(8):2253-2262. doi:10.1590/S1413-81232013000800009

4. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. Estud Pesqui Psicol. 2019;19(1):223-237. doi:10.12957/epp.2019.43015

5. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Rev Prax Educ. 2021;17(48):60-77. doi:10.22481/praxisedu.v17i48.9010

6. Rodrigues LM, Amorim ARB, Moura BRD, Mota DDN, Brito Júnior FED. Modelagem Ecossistêmica para Vigilância em Saúde na Atenção Básica. Rev Sustentacao [Internet]. 2018 [cited 2026 Jun 16];(43):42-45. Available from: https://www.cosemsce.org.br/revista/sustentacao-43.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular nº 17/2022/CONEP/SECNS/MS. Orientações acerca do artigo 1° da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

8. Aquino PCS. Google Earth e SW Maps: geotecnologias como recurso de trabalho em vigilância em saúde. In: Anais do 1º Congresso Nacional de Residências em Saúde; 2021; Triunfo (PE). Triunfo: Omnis Scientia; 2021.

9. Camargos MA, Oliver FC. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. Saude Debate. 2019;43(123):1259-1269. doi:10.1590/0103-1104201912321

10. Aquino PCS. Territorialização na atenção básica com o uso de geotecnologias: um relato de uma capacitação no território. In: Anais do 2º Congresso Luso-Brasileiro de Atenção Integral à Saúde; 2022; Triunfo (PE).

# 29 ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

Cindy Avani Silva Ceissler
Kadidja Fernanda dos Santos Martins
Juliana Rafaela Andrade da Silva
Fernanda Caroline Santos Sena
Zelma de Fátima Chaves Pêssoa

Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap29

**RESUMO**

Este relato objetiva apresentar a experiência de elaboração e implementação de dois ciclos do Plano de Ação Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS) em Jaboatão dos Guararapes-PE, dos ciclos de 2023-2025 e 2026-2027. Trata-se de relato de experiência fundamentado na análise de documentos institucionais relacionados ao planejamento, execução e monitoramento das ações. O ciclo 2023-2025 do PAMEPS estruturou 43 ações distribuídas em 10 eixos temáticos, alcançando 76,7% de execução total ou parcial das atividades previstas. Para o ciclo 2026-2027, as ações passaram a ser organizadas pelas Diretorias da Secretaria Municipal de Saúde, contemplando temas como humanização do cuidado, saúde digital, equidade racial, saúde LGBTQIAPN+,

vigilância em saúde e integração ensino-serviço. Os resultados evidenciam avanços na institucionalização da Educação Permanente em Saúde no município, demonstrando capacidade de articulação entre gestão, serviços e instituições de ensino.

**Palavras-chave:** Educação permanente em saúde, Planejamento estratégico, Sistema Único de Saúde, Sistema de saúde municipal

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), constitui estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada à qualificação e à transformação das práticas em saúde, por meio de processos formativos articulados entre educação, gestão, atenção e controle social, ancorados no cotidiano do trabalho[1]. Para sua operacionalização, são elaboradas políticas e planos em âmbito estadual e municipal.

Em Pernambuco, destaca-se o Plano Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de 2024[2]. Em consonância com o debate nacional e estadual, e entre os primeiros do país, o município do Jaboatão dos Guararapes aprovou, em 2017, a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde[3], com o objetivo de instituir e fortalecer, em nível local, os processos de qualificação dos trabalhadores da rede de atenção à saúde (RAS).

A referida portaria instituiu também o Núcleo de Educação Permanente (NEP), de caráter permanente, com representatividade das áreas de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Regulação do SUS e Gestão do SUS do município.

Entre as atribuições do NEP Municipal destacam-se o planejamento, a coordenação e o monitoramento do Plano de Ação Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS). Com previsão de execução de pelo menos dois anos e fundamentado nas necessidades do território, o PAMEPS resulta em um cronograma integrado de ações formativas que são executadas ou apoiadas pela gestão municipal da saúde, ou por meio de contrapartidas peda-

gógicas ou financeiras do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Os PAMEPS mais recentes publicados no município corresponderam ao período de 2023 a 2025[4] e o plano referente ao biênio 2026 a 2027[5].

Nesse sentido, o presente trabalho objetiva relatar a experiência de elaboração e implementação dos PAMEPS do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, e apresentar os resultados do seu primeiro ciclo.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a elaboração e implementação dos PAMEPS em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, correspondentes aos períodos de 2023-2025 e de 2026-2027. O estudo busca apropriar-se da experiência vivida, refletir criticamente sobre esse percurso e sistematizar os aprendizados construídos, de modo a compartilhá-los com outros atores e contextos de gestão e planejamento em saúde[6].

Para a construção deste relato, foram analisados documentos institucionais relacionados ao planejamento e à execução do plano, incluindo registros administrativos, relatórios de reuniões, atividades e instrumentos internos de monitoramento das ações.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A elaboração do ciclo 2023-2025 do PAMEPS foi orientado por diagnóstico situacional das necessidades de EPS da rede municipal de saúde, construído a partir da identificação de demandas formativas apresentadas pelas áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelos serviços da RAS, por meio dos seus representantes nas reuniões do NEP.

Após a sistematização das demandas, foram definidas prioridades e um cronograma integrado de ações voltadas à qualificação dos trabalhadores da saúde, formalizado em plano publicado em diário oficial, contendo metas, indicadores, áreas-alvo, estratégias educacionais e cronograma.

Para o ciclo 2023-2025, foram incluídas 43 ações estruturadas em 10 eixos temáticos: Educação na Saúde; Integração Ensino-Serviço; Matriciamento; Residências em Saúde; Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde; Educação Inclusiva; Urgência e Emergência; Regulação; e Gestão em Saúde e Controle Social.

A implementação do plano ocorreu por meio da realização de atividades formativas que foram desenvolvidas em diferentes pontos da RAS, sendo apoiadas e/ou conduzidas pela gestão municipal de saúde; pela Secretaria Estadual de Saúde; ou pelas instituições de ensino que possuem COAPES com a SMS, como contrapartida pedagógica ou por meio da aquisição de cursos a partir da mobilização de recursos financeiros desse contrato. As ações educativas contemplaram profissionais de distintas áreas e níveis de atenção à saúde.

De forma geral, o PAMEPS 2023-2025 apresentou expressivo grau de execução das ações formativas, com 76,7% das ações previstas realizadas ou parcialmente realizadas. Os eixos Educação Inclusiva, Matriciamento e Regulação apresentaram 100% de execução; Vigilância em Saúde alcançou 85,7%; Atenção à Saúde, 76,9%; e Integração Ensino-Serviço, Residências em Saúde e Urgência e Emergência, 75%. Os menores percentuais foram observados nos eixos Gestão em Saúde e Controle Social (66,7%) e Educação na Saúde (60%).

No final de 2025, após análise desses resultados, foram realizadas reuniões no NEP para elaboração do ciclo seguinte do PAMEPS. Para 2026-2027, os eixos foram substituídos pelas Diretorias que compõem a SMS: Atenção à Saúde, Regulação, Gestão do SUS e Vigilância em Saúde.

Desses encontros, foram pactuados novamente 43 ações formativas, entre cursos, oficinas, seminários e fóruns, com definição de público-alvo, estratégia educacional, metas, indicadores e ano previsto para execução. As principais necessidades educativas identificadas envolvem temáticas sobre humanização do cuidado, imunização, saúde da população negra e LGBTQIAPN+, gestão

e planejamento em saúde, assistência farmacêutica, saúde bucal, regulação em saúde, saúde digital, integração ensino-serviço, formação de residentes, vigilância em saúde, arboviroses, saúde do trabalhador, violência contra mulheres e crianças, doenças negligenciadas e infecções sexualmente transmissíveis. Essas ações de EPS buscam fortalecer a qualificação dos profissionais e a organização da RAS.

## DISCUSSÃO

A experiência de elaboração e implementação dos dois ciclos do PAMEPS evidencia avanços na institucionalização da EPS no âmbito municipal, especialmente pela construção coletiva das ações educativas a partir das necessidades identificadas nos serviços. O elevado percentual de execução do ciclo 2023-2025 demonstra capacidade de articulação entre gestão, serviços e instituições de ensino parceiras, fortalecendo a EPS como estratégia de qualificação do trabalho em saúde. Contudo, a diferença entre os percentuais de execução dos eixos revela institucionalização desigual da política, mais consolidada em áreas técnico-assistenciais e mais frágil nos campos da gestão e controle social.

A consolidação da EPS depende diretamente do interesse político e da capacidade da gestão em mantê-la como prioridade institucional[7], aspecto evidenciado no município pela continuidade dos ciclos do PAMEPS e pelo investimento na organização e monitoramento das ações educativas. Entretanto, observou-se maior viabilidade de execução das ações voltadas à assistência e operacionalização dos serviços, o que reforça a necessidade de evitar a redução da EPS a capacitações técnico-normativas, em detrimento de sua dimensão político-pedagógica voltada à problematização do trabalho e transformação das práticas profissionais[8].

A organização do ciclo 2026-2027 do PAMEPS em Diretorias da SMS demonstra maior integração da EPS às estruturas institucionais da gestão e aproxima o planejamento educativo das necessidades de cada área. Além disso, a incorporação de temas

como saúde digital, equidade racial, saúde LGBTQIAPN+, neurodivergências, violência e integração ensino-serviço evidencia alinhamento com demandas atuais e ampliação da compreensão sobre os aspectos sociais, culturais e territoriais envolvidos no cuidado em saúde.

Persistem, contudo, lacunas relacionadas à participação e ao protagonismo de trabalhadores e usuários nos espaços de decisão do NEP, como observado em experiências no Sudeste[9] e Nordeste[10]. Tal cenário limita a efetivação plena do quadrilátero da formação em saúde[11] e reforça a necessidade de aproximação da perspectiva do "prisma da educação"[12], que compreende os processos formativos no SUS como atravessados por múltiplos atores, territórios, interesses e subjetividades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SMS de Jaboatão dos Guararapes optou por instituir uma política de EPS em âmbito local, com o objetivo de fortalecer e institucionalizar essa agenda no município. Contudo, a existência de uma política, por si só, não assegura sua efetiva implementação, tornando necessária a adoção de estratégias que viabilizem sua operacionalização e monitoramento das ações. Nesse contexto, o PAMEPS, conduzido pelo NEP Municipal, organiza e orienta a execução das ações formativas na rede municipal. O monitoramento sistemático do plano evidenciou elevados percentuais de execução das ações previstas, demonstrando sua relevância para a consolidação das iniciativas de EPS no município e para o aprimoramento do planejamento dos ciclos subsequentes. No entanto, identificou fragilidades na execução de temáticas que contemplavam o controle social e educação na saúde. Esses achados indicam que a política municipal de EPS busca atender às demandas da rede, mas que ainda existe uma necessidade de aprimorar áreas consideradas mais sensíveis.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Feb 2004.
2. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de Pernambuco. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2024.
3. Jaboatão dos Guararapes. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SESAU nº 025, de 10 de junho de 2017. Institui a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes. Diário Oficial do Município. 2017.
4. Jaboatão dos Guararapes. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Ação Municipal de Educação Permanente em Saúde 2023-2025. Diário Oficial do Município. 2023.
5. Jaboatão dos Guararapes. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Ação Municipal de Educação Permanente em Saúde 2026-2027. Diário Oficial do Município. 2026.
6. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. Resende MVV, translator. 2nd ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
7. Jesus JM, Rodrigues W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Trab Educ Saude. 2022;20:e001312201.
8. Macêdo NBD, Albuquerque PCD, Medeiros KRD. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. Trab Educ Saude. 2014;12(2):379-401. doi:10.1590/1981-77462014000200010
9. Vieira VHSA, Felicia MSC, Silva MLCG, et al. Plano municipal de educação permanente em saúde: uma proposta de desenvolvimento alinhada à perspectiva da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Online Braz J Nurs. 2024;23(Suppl 2).
10. Pinheiro NMM, Albuquerque KM, Maia LA, et al. Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde de Fortaleza: os desafios da construção coletiva. In: Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida; 2018; Manaus. Porto Alegre: Rede Unida; 2018.

11. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65. doi:10.1590/S0103-73312004000100004

12. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Reorientação do ensino no SUS: para além do quadrilátero, o prisma da educação. REA. 2016;24(3):246. doi: 10.17058/rea.v24i3.5420

# 30 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR COMO ESTRATÉGIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DE ZOONOSES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Giovanna Maria Vasconcelos Dias Moura

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap30

**RESUMO**

A educação em saúde constitui importante estratégia para promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente quando articulada às ações da Vigilância em Saúde e desenvolvida no ambiente escolar. O presente estudo teve como objetivo relatar uma experiência de educação em saúde realizada em uma escola pública municipal de Recife-Pernambuco, abordando temas relacionados à prevenção da raiva e leptospirose. Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo, desenvolvido por profissionais da área da saúde por meio de atividade educativa direcionada a crianças do ensino fundamental. Foram utilizados recursos lúdicos, como cartazes, imagens impressas e colagens, buscando facilitar a compreensão dos conteúdos e estimular a participação dos estudantes. Observou-se maior interesse das crianças pelos temas relacionados aos animais, favorecendo

o diálogo sobre medidas preventivas e cuidados no cotidiano. A experiência evidenciou a importância da escola como espaço para ações educativas articuladas à Vigilância em Saúde e reforçou o potencial das metodologias participativas para promoção da saúde e prevenção de agravos.

**Palavras-chave:** Educação em saúde, Promoção da saúde, Vigilância em saúde pública, Zoonoses

## INTRODUÇÃO

A educação em saúde representa importante ferramenta para promoção da saúde e fortalecimento da participação social, contribuindo para construção de conhecimentos e desenvolvimento de práticas voltadas à prevenção de agravos e melhoria das condições de vida da população[1]. Diferentemente de abordagens centradas apenas na transmissão de informações, as ações educativas em saúde buscam favorecer processos de diálogo, reflexão e construção compartilhada do conhecimento, considerando as experiências e os contextos vivenciados pelos sujeitos[1].

Nesse contexto, as ações de promoção da saúde assumem papel relevante na prevenção de doenças e no fortalecimento da autonomia da população em relação ao cuidado com a própria saúde[2]. Entre os diferentes espaços para desenvolvimento dessas ações, destaca-se o ambiente escolar, reconhecido como cenário estratégico para articulação entre saúde e educação e para implementação de práticas voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos[3].

Além disso, a Vigilância em Saúde desempenha papel fundamental na identificação, monitoramento e prevenção de riscos relacionados às condições de saúde da população, incluindo agravos associados a fatores ambientais e à ocorrência de zoonoses[4]. Nesse sentido, ações educativas voltadas à comunidade configuram importante estratégia para fortalecimento das práticas preventivas e ampliação do acesso às informações em saúde.

Entre os temas frequentemente abordados nas ações de Vigilância em Saúde estão a prevenção da raiva e da leptospirose, considerando sua relevância para a saúde pública e a necessidade de desenvolvimento de medidas preventivas nos territórios[4]. A abordagem desses temas no ambiente escolar favorece a disseminação de informações relacionadas à prevenção de agravos e possibilita aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade escolar.

Outro aspecto relevante refere-se à utilização de metodologias participativas e lúdicas no processo educativo. Estratégias que utilizam recursos visuais, atividades interativas e linguagem acessível tendem a favorecer maior envolvimento do público infantil e ampliar as possibilidades de aprendizagem em saúde[5]. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo relatar uma experiência de educação em saúde desenvolvida em ambiente escolar, destacando suas contribuições como estratégia da Vigilância em Saúde para prevenção de zoonoses e outros agravos.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo, elaborado a partir de uma ação de educação em saúde realizada em uma escola pública municipal de Recife-Pernambuco. A atividade foi desenvolvida por três profissionais da área da saúde e direcionada a crianças do ensino fundamental, com idades entre 6 e 7 anos. A ação teve duração aproximada de trinta minutos e utilizou recursos educativos para facilitar a comunicação com o público infantil, incluindo cartazes, imagens impressas e atividades com colagens.

Durante a atividade foram abordados temas relacionados à prevenção da raiva e leptospirose, enfatizando formas de prevenção, cuidados no ambiente domiciliar e adoção de medidas protetivas no cotidiano. As discussões foram conduzidas por meio de linguagem acessível e participação dialogada dos estudantes. As percepções relacionadas à experiência foram registradas a partir

das observações realizadas pelos profissionais durante o desenvolvimento da ação educativa.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A atividade educativa possibilitou importante espaço de interação entre profissionais de saúde e estudantes, favorecendo o diálogo sobre situações relacionadas à prevenção de agravos presentes no cotidiano das crianças. Inicialmente, foram apresentados cartazes, imagens impressas e materiais produzidos por meio de colagens, utilizados para facilitar a compreensão dos conteúdos abordados. Esses recursos favoreceram maior participação dos estudantes e estimularam manifestações relacionadas às experiências vivenciadas em seus contextos familiares e comunitários.

Durante a atividade, observou-se que falar sobre os animais despertou maior interesse das crianças. A partir desse envolvimento, as discussões foram conduzidas de forma dialogada, relacionando os conteúdos apresentados às situações observadas pelos participantes em seu cotidiano. As orientações abordaram medidas preventivas, enfatizando cuidados com o ambiente, atenção a situações de risco e importância de compartilhar as informações com pais ou responsáveis.

Além do caráter informativo, a atividade favoreceu a troca de conhecimentos, permitindo que as crianças participassem das discussões por meio de relatos, perguntas e observações. A experiência também evidenciou o cenário escolar como espaço favorável ao desenvolvimento de ações educativas em saúde e fortalecimento do diálogo entre profissionais de saúde, escola e comunidade.

## DISCUSSÃO

A experiência evidenciou a relevância da educação em saúde como estratégia de atuação da Vigilância em Saúde, especialmente no desenvolvimento de ações preventivas voltadas à comunidade escolar. Mais do que transmitir informações, as práticas educativas possibilitam a construção compartilhada de conhecimentos e

favorecem processos de reflexão relacionados às condições de vida e saúde da população[1]. Nesse contexto, a realização da atividade no ambiente escolar mostrou-se pertinente por possibilitar aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade, pois constitui espaço estratégico para promoção da saúde, uma vez que favorece o desenvolvimento de ações educativas voltadas à prevenção de agravos e ao fortalecimento da cidadania[3,6].

Outro aspecto observado refere-se à utilização de recursos lúdicos durante a atividade. O maior envolvimento das crianças nos momentos em que foram utilizadas imagens, cartazes e colagens reforça a importância de metodologias participativas para o desenvolvimento das ações educativas em saúde. Estudos apontam que estratégias lúdicas favorecem maior interação dos participantes e ampliam as possibilidades de aprendizagem, especialmente quando direcionadas ao público infantil[5]. Além disso, o interesse demonstrado pelas crianças durante as discussões relacionadas aos animais evidencia a importância de contextualizar os conteúdos trabalhados à realidade dos participantes. A valorização das experiências e conhecimentos previamente construídos pelos sujeitos favorece maior aproximação com os temas abordados e fortalece o processo educativo[7].

Essa perspectiva aproxima-se da compreensão de que a educação em saúde deve ultrapassar a transmissão de informações e favorecer processos de reflexão crítica sobre situações presentes no cotidiano. Nessa direção, as práticas educativas podem contribuir para que os participantes compreendam de forma mais ampla as relações entre ambiente, saúde e prevenção de agravos[8]. Somado a isso, a articulação entre saúde e educação mostrou-se fundamental para construção de práticas intersetoriais voltadas ao cuidado coletivo. As políticas públicas brasileiras reconhecem essa integração como elemento importante para promoção da saúde e enfrentamento de problemas que impactam as condições de vida da população[2,9,10].

Por fim, a experiência também permitiu refletir sobre o papel da Vigilância em Saúde para além das ações de monitoramento e controle de doenças, uma vez que a incorporação de práticas educativas voltadas à prevenção contribui para ampliar o alcance das ações de vigilância e fortalecer estratégias de promoção da saúde nos territórios[9,10].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada demonstrou a importância da educação em saúde no ambiente escolar como estratégia de promoção da saúde e prevenção de agravos articulada às ações da Vigilância em Saúde. A utilização de recursos lúdicos e linguagem acessível favoreceu a participação das crianças e possibilitou maior aproximação dos conteúdos abordados com situações presentes em seu cotidiano. Além disso, a atividade contribuiu para o fortalecimento do diálogo entre profissionais de saúde, escola e comunidade, ampliando discussões relacionadas à prevenção das zoonoses.

Dessa forma, ações educativas desenvolvidas no ambiente escolar constituem importante ferramenta para fortalecimento das práticas preventivas e promoção da saúde, contribuindo para disseminação de conhecimentos voltados ao cuidado coletivo.

## REFERÊNCIAS


1. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Cien Saude Colet. 2014;19(3):847-852. doi:10.1590/1413-81232014193.01572013
2. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Cien Saude Colet. 2009;14(6):2305-2316. doi:10.1590/S1413-81232009000600039
3. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE. Diário Oficial da União [Internet]. 6 Dec 2007 [cited 2026 May 29]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 3 [Internet]. 6th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2026 May 29]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao/view

5. Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):257-263. doi:10.1590/S0103-21002010000200017

6. Leonello VM, L'Abbate S. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em pedagogia. Interface (Botucatu). 2006;10(19):149-166. doi:10.1590/S1414-32832006000100011

7. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. Cad Saude Publica. 2005;21(1):200-206. doi:10.1590/S0102-311X2005000100021

8. Mohr A, Schall VT. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. Cad Saude Publica. 1992;8(2):199-203. doi:10.1590/S0102-311X1992000200014

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2026 May 29]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) [Internet]. Diário Oficial da União. 13 Aug 2018 [cited 2026 May 29]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html

# 31 FORTALECIMENTO DA GESTÃO TERRITORIAL DO SUS POR MEIO DA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DA ESTRATÉGIA AFORSA

Miqueline Correia de Melo[1]
Beatriz Andrade de Araújo[1]
Monik Silva Duarte[1]
Carina Lucena Mendes Marques[1]
Letícia Moreira Silva[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap31

**RESUMO**

A Estratégia de Apoiadores de Fortalecimento da Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária (AFORSA), desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em parceria com a OPAS, tem como objetivo fortalecer a integração entre Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS), qualificando o planejamento territorial e a gestão regional do SUS. Este estudo avaliativo de abordagem mista analisou a percepção de 52 atores envolvidos na estratégia, incluindo apoiadores, coordenadores e gerentes regionais de saúde das 12 GERES do estado. Os resultados demonstraram elevada aceitação da AFORSA, com 93,6% das ava-

liações classificadas como boas ou excelentes. A integração entre VS e APS foi apontada simultaneamente como o principal avanço e o principal desafio da estratégia, refletindo a fragmentação histórica dessas áreas. Os participantes destacaram contribuições para o planejamento regional, fortalecimento da governança, uso de indicadores e articulação entre os níveis de gestão. Conclui-se que a AFORSA vem cumprindo papel estratégico no fortalecimento da regionalização, da tomada de decisão baseada em evidências e da integração das políticas de saúde em Pernambuco, apresentando elevado potencial de continuidade e expansão.

**Palavras-chave:** Vigilância em saúde, Atenção primária à saúde, Regionalização da saúde, Planejamento territorial, Gestão do SUS

## INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas de Vigilância em Saúde (VS) e de Atenção Primária à Saúde (APS) constituem pilares estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essenciais para a organização das ações de promoção, prevenção e atenção integral à população. Enquanto a VS atua fundamentalmente na produção, análise e disseminação de informações relacionadas aos condicionantes, riscos e agravos, a APS caracteriza-se como a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e coordenadora do cuidado[1,2]. Apesar da interdependência entre essas áreas, historicamente suas ações foram desenvolvidas de maneira fragmentada, dificultando respostas integrais às necessidades dos territórios[3].

Nos últimos anos, o fortalecimento da integração entre VS e APS tem sido amplamente discutido como estratégia fundamental para a ampliação da resolutividade das ações e consolidação de modelos de cuidado integrados e territorializados[4,5]. A territorialização permite compreender as especificidades sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas de cada região, favorecendo intervenções oportunas e alinhadas às necessidades locais[6,7]. Além disso, a

regionalização em saúde fortalece a organização das redes e amplia a capacidade de resposta do SUS de forma descentralizada[1,2].

Em Pernambuco, o processo de regionalização foi iniciado pela necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado, reorganizando as regiões de saúde a partir da elaboração de um novo Plano de Regionalização da Saúde (PDR) homologado em CIB de 19/09/2011. A nova conformação territorial, vigente até os dias atuais, organiza o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde.

A estratégia foi implementada no primeiro semestre de 2025, nas 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado, com composição estratificada em 12 apoiadores de VS e 12 de APS – dois apoiadores por GERES – responsáveis pela atuação estratégica relacionada à análise epidemiológica, territorialização, planejamento regional e organização do cuidado.

Cabe ressaltar que a Estratégia de Apoiadores de Fortalecimento da Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária (AFORSA), desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio de Termo de Cooperação Técnica nº 106, surge como iniciativa voltada ao fortalecimento da articulação entre a gestão em nível central e regional, e com os serviços de saúde.

A estratégia AFORSA busca fortalecer processos de trabalho integrados, ampliar o uso das informações em saúde e qualificar o planejamento territorial no SUS. Além da produção técnica, favorece a articulação entre diferentes níveis de gestão, contribuindo para a construção de práticas regionalizadas. Diante disso, o presente capítulo tem como objetivo analisar a experiência da AFORSA em Pernambuco, destacando suas contribuições para a integração entre VS e APS, seus avanços, desafios e potencialidades para o fortalecimento da gestão local.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), que analisou a percepção de atores determinantes envolvidos na implementação da Estratégia AFORSA em Pernambuco.

Os atores convidados a participar da pesquisa foram divididos em três núcleos básicos: a) apoiadores regionais de VS e APS, b) coordenadores regionais de VS e APS, c) gerentes regionais de saúde, totalizando 59 atores elegíveis. Os núcleos são compostos por 24 apoiadores regionais AFORSA, 24 coordenadores de VS e APS, e 12 gerentes regionais, totalizando 60 atores.

Durante o período de coleta de dados, um dos apoiadores regionais de VS tinha recentemente solicitado o distrato da estratégica, o que resultou em uma redução do número de participantes vinculados ao Núcleo A.

Dos 59 atores elegíveis, 52 profissionais responderam à avaliação (taxa de resposta de 88,1%), distribuídos entre: 12 apoiadores(as) de Atenção à Saúde, 11 apoiadores(as) de Vigilância em Saúde, 9 coordenadores(as) de Atenção à Saúde, 10 coordenadores(as) de Vigilância em Saúde e 10 Gerentes Regionais de Saúde, cobrindo as 12 GERES do estado.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário eletrônico autoaplicável, estruturado com questões fechadas e abertas. A etapa quantitativa contemplou dez questões reguladas em escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (Muito ruim) a 5 (Excelente), abordando a implementação das políticas, integração entre as áreas, cooperação interfederativa, utilidade dos produtos técnicos, fortalecimento das ações e continuidade da estratégia.

A etapa qualitativa incluiu questões abertas destinadas a identificar potencialidades, desafios e oportunidades de aprimoramento, permitindo a livre manifestação dos participantes.

Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva (frequências absolutas, relativas e médias de escores). As respostas

abertas foram tratadas por meio de análise temática de conteúdo, identificando os núcleos de sentido mais recorrentes para complementar os achados quantitativos. Adicionalmente, foram analisados registros administrativos de monitoramento da estratégia (execução de atividades e utilização de diárias) para triangulação de evidências. A participação foi voluntária e anônima, com análise agregada dos dados.

## RESULTADOS

De modo geral, as avaliações quantitativas apresentaram elevada favorabilidade, concentrando-se nos escores 4 (Bom) e 5 (Excelente), que somaram 93,6% das 519 respostas computadas. O escore máximo (Excelente) foi atribuído por 65,3% das avaliações, enquanto 28,3% classificaram os aspectos como Bons. O escore Regular representou 5,0%, o Ruim registrou apenas 1,3%, e não houve menções para Muito Ruim.

Tabela 1. Distribuição dos escores atribuídos pelos participantes à estratégia AFORSA

| Escore | Classificação | n | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Muito ruim | 0 | 0,0 |
| 2 | Ruim | 7 | 1,3 |
| 3 | Regular | 26 | 5,0 |
| 4 | Bom | 147 | 28,3 |
| 5 | Excelente | 339 | 65,3 |
| **Total** | | **519** | **100** |

Fonte: Elaborado pelos autores.

A análise das médias revelou que a continuidade da Estratégia AFORSA foi o aspecto mais bem avaliado pelos participantes (média = 4,78). Por outro lado, a integração entre VS e APS apresentou a menor média entre os itens (4,18), indicando que, embora positiva, a integração ainda se configura como o nó crítico mais persistente nos territórios.

Na análise das respostas abertas, os termos mais frequentes foram "saúde", “integração”, “ações”, “território”, “vigilância”, “municípios” e “planejamento”

Figura 1. Nuvem de palavras resultante da análise qualitativa das percepções sobre a implementação da Estratégia AFORSA nos territórios.




Fonte: Elaborado pelos autores.

A percepção qualitativa variou sutilmente de acordo com o papel institucional do ator:

- Apoiadores: Destacaram o uso prático de indicadores para tomada de decisão e a aproximação das áreas técnicas. Como desafios, citaram a sobrecarga das equipes municipais, entraves administrativos e dificuldades operacionais com deslocamento e diárias.
- Coordenadores de VS e APS: Enfatizaram a qualidade dos diagnósticos situacionais criados, sugerindo a necessidade de maior integração dos sistemas de informação e criação de instrumentos de monitoramento compartilhados.
- Gerentes Regionais: Valorizaram o fortalecimento da governança regional e o papel do apoiador como elo entre o estado e as gestões municipais. Indicaram como desafios a sustentabilidade futura e a institucionalização das ações.

A análise por GERES demonstrou alto alinhamento de percepções entre os três grupos em parte das regionais, enquanto outras

evidenciaram concordância moderada ou especificidades ligadas ao escopo de atuação de cada ator (Tabela 2), sem apresentar divergências estruturais.

Tabela 2. Síntese da concordância entre apoiadores, coordenadores e gerentes das GERES

| Grau de Concordância | Número de GERES | Características |
|---|---|---|
| Alta | 3 | Integra convergência sobre resultados alcançados e desafios enfrentados. |
| Moderada | 6 | Reconhecimento dos mesmos avanços, com priorizações distintas para os desafios. |
| Baixa | 3 | Diferenças de enfoque natural decorrentes do papel institucional dos respondentes. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por fim, a integração entre as áreas foi o tema central qualitativo: 46% dos participantes (24 atores) a listaram como o principal resultado ganho, ao passo que 35% (18 atores) a apontaram como um desafio persistente devido à fragmentação histórica do trabalho nos municípios. Uma parcela minoritária indicou que determinados produtos técnicos pareciam distantes das demandas locais mais imediatas.

## DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam elevada aceitação da Estratégia AFORSA entre os diferentes atores envolvidos em sua implementação. A predominância de avaliações favoráveis e a centralidade de termos como integração, território e planejamento sugerem que a estratégia é reconhecida como um importante mecanismo de fortalecimento da gestão regional e da atuação integrada no SUS. Esse achado converge com a literatura que destaca a regionalização e a governança territorial como elementos centrais para a coordenação das redes de atenção à saúde e para o enfrentamento das desigualdades regionais em sistemas universais[1-3].

A análise das percepções demonstra convergência significativa quanto às potencialidades da estratégia. Embora cada grupo enfatize aspectos relacionados às suas atribuições, todos reconhecem a contribuição da AFORSA para o planejamento e a articulação entre os níveis de gestão. Estudos sobre apoio institucional e cogestão no SUS apontam que a atuação de apoiadores favorece a circulação de informações, a mediação entre níveis de gestão e a construção de capacidades locais para planejamento e tomada de decisão[4-6].

No que se refere às dificuldades operacionais para deslocamentos, levantados por alguns apoiadores, a análise dos registros administrativos de monitoramento não referendou essa percepção como uma falha sistêmica. O acompanhamento demonstrou que apenas 2 dos 24 apoiadores utilizaram integralmente a ajuda de custo para deslocamento solicitada no período. Assim, a questão parece estar associada a entraves burocráticos ou experiências individuais pontuais, não indicando um problema estrutural de oferta do recurso.

Sobre o desalinhamento de alguns produtos técnicos em relação às demandas imediatas do território, vale pontuar que os temas foram norteados pelas prioridades estratégicas e epidemiológicas para a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. A literatura sobre planejamento regional pondera que a definição de prioridades frequentemente exige conciliar diretrizes estaduais macro com demandas locais imediatas, gerando tensões normais da gestão interfederativa[2,7]. Isso sinaliza a necessidade de refinar os processos de tradução e apropriação do conhecimento nesses espaços, tornando o produto técnico mais dinâmico e aplicável ao cotidiano do gestor local[8,9].

O fato de a integração entre VS e APS figurar simultaneamente como principal avanço e desafio reflete a fragmentação histórica que marca a evolução do sistema de saúde brasileiro, caracterizado por processos de trabalho tradicionalmente isolados[10-13]. Portanto, essa dualidade não traduz uma fragilidade da estratégia AFORSA em si, mas sim a sua atuação direta sobre um problema estrutu-

ral crônico. A aproximação dessas áreas atende diretamente às diretrizes do Ministério da Saúde, reforçando que a fusão dessas práticas é premissa para a integralidade do cuidado, embora sua consolidação plena seja um processo de longo prazo[14-15].

A alta concordância de visões entre apoiadores, coordenadores e gerentes atesta a maturidade institucional da estratégia. As variações observadas refletem estritamente o local de fala e a responsabilidade institucional de cada ator, o que, sob a ótica da governança colaborativa, fortalece a legitimidade das intervenções e indica a sustentabilidade da política nos territórios avaliados[3-16].

## CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que a Estratégia AFORSA é amplamente reconhecida como uma iniciativa capaz de fortalecer a regionalização, qualificar o planejamento em saúde, ampliar a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária e subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências.

A elevada convergência observada entre apoiadores, coordenadores e gerentes reforça a consistência dos resultados encontrados e evidencia que a estratégia já se encontra incorporada como importante dispositivo de apoio institucional nas regiões de saúde. Os desafios identificados concentram-se principalmente na consolidação dos processos de integração entre APS e Vigilância, no fortalecimento da institucionalização das ações e na ampliação da utilização prática dos produtos técnicos nos territórios.

Em síntese, os resultados indicam que a AFORSA vem cumprindo seu papel estratégico de fortalecimento da gestão regional do SUS em Pernambuco, apresentando elevado potencial de continuidade e expansão.

## REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1791-1798. doi:10.1590/1413-81232018236.05502018

2. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. Cien Saude Colet. 2012;17(11):2881-2892.

3. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. BMJ Glob Health. 2018;3(4):e000829. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829

4. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. São Paulo: Hucitec; 2015.

5. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saude Soc. 2011;20(4):961-970. doi:10.1590/S0104-12902011000400013

6. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

7. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saude Soc. 2015;24(2):438-446. doi:10.1590/S0104-12902015000200005

8. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice. 3rd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2022.

9. Greenhalgh T, Papoutsi C. Spreading and scaling up innovation and improvement. BMJ. 2019;365:l2068. doi:10.1136/bmj.l2068.

10. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19. Cien Saude Colet. 2020;25(Suppl 2):2471-2481.

11. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, Barral-Netto M, Carreiro R, Aquino R. Reorganização da atenção à saúde e vigilância no SUS. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1811-1822.

12. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Integração entre atenção primária e vigilância em saúde. Saude Debate. 2016;40(111):224-236.

13. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Integração das ações de vigilância e atenção à saúde. Interface (Botucatu). 2021;25:e200878.

14. Brasil. Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. 13 ago 2018. Diário Oficial da União [Internet]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html

15. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024–2027 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2026 Jun 16]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view

16. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. J Public Adm Res Theory. 2008;18(4):543-571. doi:10.1093/jopart/mum032



ISBN: 978-65-85710-24-4