

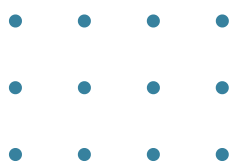
Intervenções em Saúde no Sistema Único de Saúde:

Experiências e Estratégias para o Cuidado Integral e Redução de Hospitalizações

VOLUME 1

Organizadores

Lucélia Rodrigues Afonso
Espedito Afonso Júnior
Angela Caldas Cavalcante Horta
Antonia Waldiana Lima Leandro
Benedita Elizabete de Aguiar Araújo
Rivânia Rúbia Leitão Medeiros
Ana Cláudia Parente Silveira
Euclidia Selênia Pereira Teixeira Terceiro





Intervenções em Saúde no Sistema Único de Saúde:

Experiências e Estratégias para o Cuidado Integral e Redução de Hospitalizações

VOLUME 1

Organizadores

Lucélia Rodrigues Afonso
Espedito Afonso Júnior
Angela Caldas Cavalcante Horta
Antonia Waldiana Lima Leandro
Benedita Elizabete de Aguiar Araújo
Rivânia Rúbia Leitão Medeiros
Ana Cláudia Parente Silveira
Euclidia Selênia Pereira Teixeira Terceiro



Editora Omnis Scientia

**Intervenções em Saúde no Sistema Único de Saúde:
Experiências e Estratégias para o Cuidado Integral e Redução de Hospitalizações**

Volume 1

1ª Edição

RECIFE - PE

2026

Editor-Chefe

Dr. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Lucélia Rodrigues Afonso

Espedito Afonso Júnior

Angela Caldas Cavalcante Horta

Antonia Waldiana Lima Leandro

Benedita Elizabete de Aguiar Araújo

Rivânia Rúbia Leitão Medeiros

Ana Cláudia Parente Silveira

Euclidia Selênia Pereira Teixeira Terceiro

Conselho Editorial

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho – ESS-UTAD – Portugal

Dr. Cássio Brancalone – UFFS – Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva – UEPa – Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão – UPE – Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes – UFPE – Brasil

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva e Magnific

Edição de Arte

Vileide Vitória Lorangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

I61

Intervenções em saúde no Sistema Único de Saúde :
experiências e estratégias para o cuidado integral e
redução de hospitalizações [recurso eletrônico] /
organizadores Lucélia Rodrigues Afonso ... [et al.]. —
1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2026.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-284-0567-1

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1

1. Saúde pública - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde
(Brasil). 3. Cuidados primários de saúde. 4. Promoção da
Saúde. 5. Educação em saúde. 6. Humanização dos serviços
de saúde. I. Afonso, Lucélia Rodrigues.

CDD23: 362.1098172

I-1708262/4

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Av. República do Líbano, nº 251, Sala 2205, Torre A,
Bairro Pina, CEP 51.110-160, Recife-PE.

Telefone: +55 87 99920-5762

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como uma das mais importantes políticas públicas brasileiras, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização das Redes de Atenção à Saúde, constituindo espaço privilegiado para promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado.

Mais do que responder às demandas imediatas da população, a APS possui potencial para intervir precocemente sobre fatores de risco e condições que, quando não identificados ou adequadamente manejados, podem evoluir para complicações, atendimentos de urgência e hospitalizações. Dessa forma, investir em intervenções efetivas nesse nível de atenção significa fortalecer uma lógica de cuidado que atua antes do agravamento, aproximando os serviços das necessidades concretas das pessoas, famílias e comunidades.

As hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária constituem importante expressão da relação entre a capacidade resolutiva desse nível assistencial e a utilização dos serviços hospitalares. Embora as internações sejam determinadas por múltiplos fatores sociais, econômicos, epidemiológicos e relacionados à organização da rede, parte delas pode ser evitada ou reduzida mediante acesso oportuno, acompanhamento contínuo, adesão ao tratamento, educação em saúde, prevenção de complicações e adequada articulação entre os diferentes pontos da rede assistencial.

É nessa perspectiva que se insere a obra *Intervenções em Saúde no Sistema Único de Saúde: experiências e estratégias para o cuidado integral e redução de hospitalizações*. Os capítulos aqui reunidos apresentam experiências desenvolvidas a partir de problemas concretos identificados nos territórios e demonstram como intervenções planejadas podem transformar práticas cotidianas em oportunidades de prevenção, cuidado e qualificação da assistência.

As experiências apresentadas percorrem diferentes dimensões do cuidado e distintos ciclos de vida. Abordam o uso seguro de medicamentos psicotrópicos, prevenção e controle do tabagismo, alimentação saudável e atividade física, imunização, saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, prevenção do pé diabético, educação em saúde para pessoas com diabetes mellitus, saúde mental, cuidado à pessoa idosa e atenção às condições de risco durante a gestação, entre outras temáticas relevantes para a saúde coletiva.

Apesar da diversidade dos objetos abordados, essas intervenções convergem em um propósito comum: fortalecer a capacidade da Atenção Primária de identificar riscos, prevenir agravos e intervir antes que condições potencialmente manejáveis evoluam para situações de maior complexidade. O acompanhamento adequado das doenças crônicas, por exemplo, pode contribuir para prevenir descompensações e complicações; o cuidado sistemático às pessoas com diabetes pode reduzir riscos relacionados ao pé diabético; o acompanhamento qualificado durante a gestação favorece a identificação precoce de situações de risco; e ações de imunização, cessação do tabagismo, alimentação saudável e promoção da atividade física atuam sobre fatores associados ao adoecimento e à utilização

futura dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a redução das hospitalizações evitáveis não deve ser compreendida apenas como um indicador de eficiência do sistema. Representa, sobretudo, um resultado desejável de uma assistência capaz de reconhecer necessidades precocemente e oferecer respostas adequadas no território. Cada complicação evitada significa potencialmente menos sofrimento para o usuário e sua família, menor exposição aos riscos inerentes à hospitalização e utilização mais racional dos recursos disponíveis no SUS.

Outro elemento transversal às experiências apresentadas é a educação em saúde. Quando desenvolvida de maneira dialógica e participativa, ela ultrapassa a simples transmissão de informações e favorece autonomia, autocuidado e corresponsabilização. Usuários mais informados e acompanhados de forma longitudinal apresentam melhores condições para reconhecer sinais de alerta, aderir às medidas terapêuticas e preventivas e procurar oportunamente os serviços de saúde, aspectos essenciais para evitar agravamentos.

Da mesma forma, a atuação multiprofissional e intersetorial apresentada ao longo da obra evidencia que problemas complexos não podem ser enfrentados por ações isoladas. Médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e demais profissionais, articulados às famílias, comunidades e outros setores sociais, ampliam a capacidade de resposta dos serviços e favorecem a continuidade do cuidado.

Esta obra reafirma, portanto, uma concepção de Atenção Primária que não se limita à porta de entrada do sistema, mas se constitui como espaço estratégico para transformar trajetórias de adoecimento. Intervir precocemente, acompanhar continuamente e educar para o autocuidado são ações capazes de evitar que riscos se convertam em complicações e que complicações culminem em hospitalizações potencialmente evitáveis.

Ao reunir experiências construídas no cotidiano dos serviços, esperamos contribuir para que profissionais, gestores, estudantes e pesquisadores reconheçam nas intervenções em saúde não apenas ferramentas metodológicas, mas possibilidades concretas de transformação das práticas assistenciais. Fortalecer a APS significa ampliar sua capacidade de cuidar antes do agravamento, reduzir desigualdades, qualificar a utilização dos diferentes níveis de atenção e contribuir para um SUS mais resolutivo, sustentável e comprometido com o cuidado integral.

Que as experiências compartilhadas neste livro possam estimular novas intervenções, adaptações às diferentes realidades territoriais e, sobretudo, a construção permanente de práticas capazes de prevenir agravos, reduzir hospitalizações evitáveis e produzir melhores resultados em saúde para a população brasileira.

Boa leitura.

APRESENTAÇÃO DA OBRA

As rápidas transformações demográficas, epidemiológicas e sociais vivenciadas nas últimas décadas têm ampliado a complexidade das demandas de saúde da população brasileira, exigindo dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) respostas cada vez mais qualificadas, integradas e centradas nas necessidades dos indivíduos e das comunidades. Nesse cenário, as intervenções em saúde assumem papel estratégico ao possibilitar a implementação de ações planejadas, baseadas em evidências científicas e construídas a partir da realidade dos territórios, contribuindo para a qualificação da assistência e para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

A obra ***Intervenções em Saúde no Sistema Único de Saúde: experiências e estratégias para o cuidado integral e redução de hospitalizações*** nasce do compromisso de compartilhar experiências exitosas desenvolvidas em diferentes cenários da Atenção Primária à Saúde, evidenciando o potencial transformador das práticas profissionais quando fundamentadas nos princípios da integralidade, da equidade, da universalidade e da participação social. Mais do que reunir relatos de experiências, este livro busca estimular a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde e incentivar a construção de intervenções inovadoras capazes de responder às necessidades concretas da população.

Os capítulos que compõem esta coletânea refletem a diversidade de desafios enfrentados cotidianamente pelas equipes de saúde e demonstram que intervenções bem planejadas podem produzir mudanças significativas tanto na organização dos serviços quanto na qualidade do cuidado ofertado aos usuários. As experiências aqui apresentadas resultam da articulação entre conhecimento científico, prática profissional e compromisso ético com a melhoria das condições de saúde das comunidades.

Com o propósito de facilitar a leitura e favorecer a compreensão temática, a obra foi organizada em cinco grandes eixos.

A **Parte I – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos** reúne intervenções voltadas ao enfrentamento de fatores de risco e à promoção de hábitos saudáveis, contemplando ações relacionadas ao uso seguro de medicamentos psicotrópicos, combate ao tabagismo, alimentação saudável, incentivo à atividade física, ampliação da cobertura vacinal e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

A **Parte II – Educação em Saúde e Autocuidado** apresenta experiências que fortalecem a autonomia dos usuários por meio da educação em saúde, destacando estratégias relacionadas ao plano de parto, planejamento familiar, prevenção do pé diabético e grupos educativos para pessoas com Diabetes Mellitus. Esses capítulos evidenciam que o compartilhamento do conhecimento constitui importante ferramenta para a promoção do autocuidado e para a corresponsabilização dos indivíduos em relação à própria saúde.

Na **Parte III – Saúde Mental na Atenção Primária**, são discutidas intervenções voltadas ao enfrentamento do sofrimento psíquico, dos riscos psicossociais e das desigualdades sociais que impactam a saúde mental. As experiências apresentadas reforçam a necessidade de abordagens

territorializadas, intersetoriais e culturalmente sensíveis, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

A **Parte IV – Cuidado Integral nos Ciclos de Vida** contempla estratégias direcionadas a grupos específicos da população, destacando ações voltadas à saúde da pessoa idosa e ao acompanhamento da gestação, reafirmando a importância da assistência humanizada, contínua e integral em todas as fases da vida.

Por fim, a **Parte V – Organização do Cuidado e Experiências na Atenção Primária** evidencia iniciativas que qualificam os processos de trabalho, fortalecem a integração entre os diferentes profissionais de saúde e ampliam a capacidade resolutiva da Atenção Primária, reafirmando seu papel como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

Embora abordem diferentes objetos de intervenção, todos os capítulos convergem para um objetivo comum: fortalecer práticas de cuidado capazes de produzir impactos positivos sobre a saúde das pessoas e das comunidades, respeitando as singularidades dos territórios e valorizando a participação ativa dos usuários na construção das ações em saúde.

Esta coletânea reafirma a importância da produção de conhecimentos oriundos da prática profissional, valorizando experiências desenvolvidas por trabalhadores, residentes, pesquisadores e estudantes comprometidos com o aprimoramento do SUS. Ao registrar essas vivências, o livro contribui para ampliar o diálogo entre ensino, pesquisa, gestão e assistência, favorecendo a disseminação de estratégias que poderão inspirar novas intervenções em diferentes realidades brasileiras.

Espera-se que esta obra constitua um instrumento de consulta, reflexão e inspiração para profissionais da saúde, docentes, pesquisadores, gestores, estudantes de graduação e pós-graduação e todos aqueles que acreditam na capacidade transformadora da Atenção Primária à Saúde. Que as experiências aqui reunidas estimulem novas práticas, fortaleçam o compromisso com a defesa do Sistema Único de Saúde e contribuam para a construção de uma assistência cada vez mais humanizada, resolutiva e comprometida com o direito à saúde.

Ao abrir estas páginas, o leitor encontrará mais do que relatos de intervenções: encontrará experiências que traduzem o esforço cotidiano de profissionais que acreditam na ciência, na educação, na participação social e na força do trabalho coletivo como caminhos para transformar realidades. São iniciativas que demonstram que o cuidado integral não é apenas um princípio doutrinário do SUS, mas uma prática possível, construída diariamente nos territórios, por meio do diálogo, da inovação e do compromisso com a vida.

INTRODUÇÃO GERAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das mais importantes políticas públicas brasileiras e um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, o SUS tem promovido avanços significativos na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na organização das redes de atenção e na implementação de políticas públicas voltadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da população brasileira.

Apesar dos avanços alcançados, o sistema enfrenta desafios permanentes decorrentes das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, do crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, do envelhecimento populacional, das desigualdades sociais e territoriais, da necessidade de incorporação de novas tecnologias e da busca contínua pela melhoria da qualidade da assistência. Nesse cenário, torna-se indispensável desenvolver estratégias que fortaleçam a resolutividade dos serviços, qualifiquem os processos de trabalho e ampliem a capacidade de resposta das equipes de saúde diante das demandas da população.

As intervenções em saúde representam importantes instrumentos para enfrentar esses desafios. Fundamentadas no planejamento, na identificação das necessidades locais e na utilização de evidências científicas, essas intervenções possibilitam a reorganização das práticas assistenciais, a implementação de ações educativas, o fortalecimento da promoção da saúde e a avaliação de seus impactos sobre indivíduos, famílias e comunidades. Mais do que introduzir mudanças pontuais, as intervenções buscam produzir transformações sustentáveis nos processos de cuidado, favorecendo a melhoria dos indicadores de saúde e a consolidação dos princípios que orientam o SUS.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica por constituir a principal porta de entrada do sistema e coordenar o cuidado ao longo da Rede de Atenção à Saúde. Por meio da Estratégia Saúde da Família, da atuação multiprofissional e da aproximação com os territórios, a APS desenvolve ações que integram promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e acompanhamento longitudinal, fortalecendo o vínculo entre profissionais e usuários e ampliando a capacidade de resposta às necessidades da população.

Entretanto, a construção de um cuidado integral não se restringe à Atenção Primária. Diversos cenários de atuação do SUS, como instituições de longa permanência para idosos, serviços especializados, escolas, comunidades tradicionais e demais espaços intersetoriais, também constituem ambientes privilegiados para o desenvolvimento de intervenções inovadoras e socialmente comprometidas. A articulação entre saúde, educação, assistência social e participação comunitária amplia o alcance das ações e favorece respostas mais efetivas aos determinantes sociais da saúde.

A educação em saúde emerge, nesse processo, como uma das principais estratégias para promover autonomia, estimular o autocuidado e fortalecer a participação ativa dos usuários na produção da própria saúde. Inspiradas em abordagens dialógicas e participativas, as ações educativas favorecem a construção compartilhada do conhecimento, valorizam os saberes populares e contribuem para o

desenvolvimento de práticas de cuidado mais humanizadas, integrais e centradas nas necessidades das pessoas e das comunidades.

Os capítulos que compõem esta coletânea refletem essa diversidade de experiências e demonstram que a inovação em saúde não depende exclusivamente de tecnologias complexas, mas também da capacidade dos profissionais de identificar problemas, planejar intervenções, mobilizar equipes e construir soluções adequadas às realidades locais. As experiências apresentadas abordam diferentes temas prioritários para o SUS, incluindo saúde mental, doenças crônicas não transmissíveis, saúde da mulher, planejamento familiar, vacinação, alimentação saudável, atividade física, saúde bucal, cuidado à pessoa idosa, educação ambiental e promoção da saúde, evidenciando a riqueza das práticas desenvolvidas em distintos contextos assistenciais.

Ao reunir estudos de intervenção, relatos de experiência e pesquisas voltadas à transformação das práticas em saúde, esta obra reafirma a importância da produção de conhecimentos aplicados como instrumento para qualificar o cuidado e fortalecer o Sistema Único de Saúde. Espera-se que os capítulos aqui apresentados contribuam para a reflexão crítica, estimulem a incorporação de estratégias inovadoras nos serviços de saúde e inspirem novos estudos e intervenções capazes de responder aos desafios contemporâneos da saúde pública brasileira.

Assim, este livro representa não apenas um registro de experiências exitosas, mas também um convite à construção coletiva de práticas cada vez mais resolutivas, humanizadas e comprometidas com os princípios do SUS, reafirmando que a inovação em saúde se concretiza quando o conhecimento científico dialoga com as necessidades dos territórios e se transforma em ações capazes de produzir cuidado, promover saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

SUMÁRIO

Parte I – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos

CAPÍTULO 1.....20

PROMOÇÃO DO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

João Bosco de Albuquerque Silva

Francisca Cristiane Silva Santos

Lidia Maria de Almeida Rocha

Maria Eliza Melo Arruda Barbosa

Edilma Daniel de Lima Sampaio

Idenilce Coelho da Silva Matos

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/20-32

CAPÍTULO 2.....33

IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ABORDAGEM INTEGRADA

Luiz Carlos Souza do Nascimento

Antônia Aldira Martins da Silva

Francisco Luiz Saraiva do Nascimento

Daniele Freitas de Oliveira Queiroz

Cecília Shirley Paz Pereira

Ana Paula Melo Façanha

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/33-47

CAPÍTULO 3.....48

AÇÕES EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Maria Solange Coimbra Alves Flor

Lise Maria Pinheiro de Mattos Brito

Sérgio Silva Monte

Gilson de Souza Almeida

Maria Ozilene Rodrigues Batista

Ana Claudia Parente Silveira

Francisca Débora Carneiro Melo Macedo

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/48-68

CAPÍTULO 4.....69

INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA AMPLIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS E ADULTOS

Thais Câmara Borges Ramos

Patrícia Alves de Oliveira

Paulo José de Souza Neto

Adriana Nascimento Rats e Silva

João Bosco Vieira Cavalcante Filho

Valéria da Silva Albuquerque

Diana Maria da Silva Pessoa

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/69-79

CAPÍTULO 5.....80

INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM JOVENS DA COMUNIDADE LGBTQIAPN+

Jhonnypher Cortes de Souza

Maria Haroldina Uchôa de Medeiros

Maria José dos Santos Caetano de Mesquita

Maria Jocineide Rodrigues

Maria de Lourdes Almada

Alexandra Alves de Souza

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/80-89

Parte II – Educação em Saúde e Autocuidado

CAPÍTULO 6.....91

PLANO DE PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DE UMA INTERVENÇÃO PARA FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA DA GESTANTE

Pedro Henrique Lima Veloso Filho

Walécia Diana Gadelha Maia

Lucimeire Barbosa Viana dos Santos

Sandra Vasconcelos Rodrigues Paz

Terezinha Oliveira Rocha

Maria Pereira Viana

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/91-100

CAPÍTULO 7.....101

FORTELECIMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE REPRODUTIVA

Jeyse Marques Duque

Gláucia Maria Almeida de Souza

Renata Viana Bessa

Oricelia e Silva de Sousa

Danielly Oliveira de Araújo

Maria Zuleide Cavalcante Macedo

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/101-112

CAPÍTULO 8.....113

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jessica Nóbrega Cavalcanti

Maria Nilde Nunes Macedo

Maria Izabel Bezerra Farias

Kátia Suelly Ferreira Amorim

Ivaneide Holanda Pereira

Sandra Mara Pinto de Oliveira

Maria Aldenira Silva Cruz

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/113-123

CAPÍTULO 9.....124

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PORTADORES DE DIABETES MELLITUS: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

João Batista Genu da Silva

Aldenia Albino Bantim

Claudia Regina Pereira da Silva

Iresangela Gomes Ribeiro Diniz

Francisco Paulo Guedes da Silva

Salviana Maria Lima Costa

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/124-133

Parte III – Saúde Mental na Atenção Primária

CAPÍTULO 10.....135

INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA ANSIEDADE EM MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Virgínia Maia Lacerda Vasconcelos

Silvia Helena Rocha da Silva

Verônica Pereira da Costa

Sandra Bento da Rocha

Adriana Ribeiro de Castro

Ana Lúcia Barbosa de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/135-148

CAPÍTULO 11.....149

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RISCOS PSICOSSOCIAIS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Jheiny Maiara Cordeiro

Taciana de Oliveira Sousa

Cinthia Prisciliana Silva Batista

Sueli Rodrigues de Sousa

Serug Almeida Alves de Lima

Marcelo Santos Ferreira

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/149-161

Parte IV – Cuidado Integral nos Ciclos de Vida

CAPÍTULO 12.....163

PRÁTICAS DE CUIDADO HUMANIZADO: INTERVENÇÃO VOLTADA PARA IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Christianne Palmeira Videres

Mona Lisa Menezes Bruno

Ieda Harumi Takata

Silvânia Oliveira Cavalcante

Aurenice Campos de Moura

Sileide Santos da Silva

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/163-177

CAPÍTULO 13.....178

**CUIDADO INTEGRAL PARA PREVENÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E
DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO: INTERVENÇÃO REALIZADA NO ÂMBITO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Camila Lopes Araújo

Lyara Duarte Dantas Holanda

Joedilson Deó da Silva Filho

Maria do Socorro Uchoa Gonçalves

Anaiza Diogenes Soares

Maria Nadir Florêncio de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/178-189

Parte V – Organização do Cuidado e Experiências na APS

CAPÍTULO 14.....191

**AVALIAÇÃO AMPLIADA DA CAVIDADE ORAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

Zilmar Marques dos Reis Lins

Auricélio Tavares de Sousa

Maria Araújo de Sousa

Lêuda Maria Ramos da Silva

Francisca Leila de Queiroz

Maria Alves Feitosa

Francisca de Assis Rodrigues

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/191-203

CAPÍTULO 15.....204

PROMOÇÃO DA SUSTENTABILIDADE NO CONTEXTO ESCOLAR POR MEIO DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL: UMA PESQUISA-AÇÃO EM ESCOLA PÚBLICA DE PERNAMBUCO

Jéssica Cotrim Dantas

Elizete Nogueira da Costa

Maria da Anunciação de Sá Nascimento

Robson Gilson Oliveira de Carvalho

Adeniza Ribeiro da Silva

Francisca Regina Gadelha da Silva

Maria da Conceição dos Santos

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/204-214

CAPÍTULO 16.....215

DETERMINANTES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL NA APS EM COMUNIDADE QUILOMBOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caroline Silva Manguiera Maciel

Flávio José de Girão Lima

Maria Lúcia Soares da Mota

Claudiangela Pinheiro de Sousa

Francisca Selma de Souza Girão

Katyna Bezerra Andrade

Veranaisa de Lima Brasil

DOI: 10.47094/978-65-284-0567-1/215-235

Parte I – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos

Esta seção reúne intervenções voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e incentivo a hábitos saudáveis.

PROMOÇÃO DO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

João Bosco de Albuquerque Silva¹;

E-mail: joaboscoalbuquerque12@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0666-576X>.

Francisca Cristiane Silva Santos²;

E-mail: risvibia@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-3696-4296>

Lidia Maria de Almeida Rocha³;

E-mail: lidialessa@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-3593-310X>

Maria Eliza Melo Arruda Barbosa⁴;

E-mail: elizaarrudabarbosa@outlook.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-7961-3111>.

Edilma Daniel de Lima Sampaio⁵;

E-mail: sampaioedilma@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0691-8853>.

Idenilce Coelho da Silva Matos⁶.

E-mail: idenilcecoelho@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7929-6638>

RESUMO: Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS), por ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha papel fundamental na identificação, manejo e acompanhamento de pessoas em uso de psicotrópicos. Entretanto, a efetividade desse cuidado é limitada por fatores como a formação insuficiente dos profissionais em saúde mental, o estigma relacionado aos transtornos mentais e a fragilidade da articulação entre a APS e a Rede de Atenção Psicossocial. **Objetivo:** Promover o uso seguro e racional de medicações psicotrópicas entre pacientes acompanhados na APS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, realizada na Unidade Básica de Saúde Alto da Jaqueira. Participaram cinco pacientes em uso de psicotrópicos e quinze profissionais da equipe multiprofissional, selecionados por amostragem por conveniência. A coleta de dados ocorreu durante o acompanhamento na APS, utilizando questionários,

entrevistas semiestruturadas e diário de campo. Como intervenção, foram realizadas rodas de conversa entre janeiro e fevereiro de 2026, com foco na educação em saúde e no uso racional de psicotrópicos.

Resultados: Observou-se conhecimento limitado dos usuários sobre as medicações, especialmente quanto aos riscos, efeitos adversos e interações medicamentosas. Também foram identificados relatos de automedicação, uso inadequado e aquisição de medicamentos sem prescrição, aumentando o risco de dependência, intoxicação e agravamento do quadro clínico. Os participantes manifestaram interesse em maior acompanhamento por psiquiatras e psicólogos, embora ainda relacionem a estabilidade clínica predominantemente ao tratamento medicamentoso. **Conclusão:** A educação em saúde, a capacitação profissional e o monitoramento contínuo favorecem o uso seguro de psicotrópicos, reduzem riscos, fortalecem a adesão ao tratamento, promovem a autonomia dos pacientes e reforçam o papel da APS na coordenação do cuidado em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Psicotrópicos. Segurança do Paciente. Prescrição de Medicamentos.

PROMOTING THE SAFE USE OF PSYCHOTROPIC MEDICATIONS IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EDUCATIONAL INTERVENTION

ABSTRACT: Introduction: Primary Health Care (PHC), as the main entry point to the Brazilian Unified Health System (SUS), plays a fundamental role in the identification, management, and follow-up of individuals using psychotropic medications. However, the effectiveness of this care is often limited by factors such as insufficient mental health training among healthcare professionals, the stigma associated with mental disorders, and weak integration between PHC and the Psychosocial Care Network. **Objective:** To promote the safe and rational use of psychotropic medications among patients receiving care in Primary Health Care. **Methods:** This action research study adopted a qualitative approach and was conducted at the Alto da Jaqueira Primary Health Care Unit. The participants included five patients using psychotropic medications and fifteen members of the multidisciplinary healthcare team, selected through convenience sampling. Data were collected during PHC follow-up using questionnaires, semi-structured interviews, and field notes. As an intervention, discussion groups focusing on health education and the rational use of psychotropic medications were conducted between January and February 2026. **Results:** Participants demonstrated limited knowledge regarding their medications, particularly concerning risks, adverse effects, and drug interactions. Reports of self-medication, inappropriate medication use, and acquisition of psychotropic drugs without medical prescriptions were identified, increasing the risk of dependence, intoxication, and worsening of clinical conditions. Participants also expressed the need for greater follow-up by psychiatrists and psychologists, although they continued to associate clinical stability primarily with pharmacological treatment. **Conclusion:** Health education, professional training, and continuous monitoring contribute to the safe use of psychotropic medications, reduce health risks, strengthen treatment adherence, promote patient autonomy, and reinforce the role of Primary Health Care in coordinating comprehensive mental health care.

KEYWORDS: Primary Health Care. Psychotropic Drugs. Patient Safety. Medication Prescription.

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos psicotrópicos constitui importante estratégia terapêutica para o manejo de diferentes transtornos mentais. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, o tratamento farmacológico integra as estratégias de cuidado em saúde mental, devendo ser realizado de forma racional, segura e articulada ao acompanhamento clínico dos usuários (OPAS, 2010). Embora fundamentais para o controle dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida dos usuários, os psicotrópicos podem ocasionar dependência, reações adversas, interações medicamentosas, tolerância farmacológica e uso prolongado sem adequada reavaliação clínica quando prescritos ou utilizados de forma inadequada (Brasil, 2017).

Por ser a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na identificação, acompanhamento e monitoramento de pessoas em uso de medicamentos psicotrópicos. Contudo, a efetividade desse cuidado ainda é limitada por fatores como insuficiência na formação dos profissionais em saúde mental, fragilidade das ações de educação em saúde, dificuldade na realização do acompanhamento longitudinal, estigma relacionado aos transtornos mentais e integração incipiente entre a APS e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2017). Essas limitações favorecem a manutenção de prescrições por longos períodos, dificultam a desprescrição quando indicada e aumentam o risco de eventos adversos e da medicalização excessiva.

Essa realidade foi identificada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto da Jaqueira, localizada no município de Catende, Pernambuco, onde se observou um número expressivo de usuários em uso contínuo de medicações psicotrópicas, muitos deles sem acompanhamento sistemático, monitoramento clínico ou encaminhamento especializado quando necessário. Também foram identificadas situações relacionadas à baixa adesão ao tratamento, uso prolongado sem reavaliação terapêutica, ocorrência de efeitos adversos não monitorados e fragilidade das estratégias voltadas à educação dos usuários quanto ao uso seguro desses medicamentos. Diante desse cenário, emergiu o seguinte questionamento norteador: qual é o perfil de utilização de medicações psicotrópicas entre os pacientes da UBS Alto da Jaqueira e quais fatores estão associados ao uso inadequado desses medicamentos no contexto da Atenção Primária à Saúde?

A relevância desta intervenção fundamenta-se na necessidade de enfrentar um problema que repercute diretamente na segurança do paciente, na qualidade da assistência e na sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. O uso irracional de psicotrópicos está associado ao aumento da dependência medicamentosa, intoxicações, internações, agravamento de condições clínicas e psiquiátricas e elevação dos custos assistenciais (Oliveira; Dullius, 2025; Gotardo *et al.*, 2022). Além disso, a insuficiência de estratégias para acompanhamento e educação em saúde compromete a autonomia dos usuários e dificulta a promoção do uso racional dos medicamentos.

Nesse contexto, torna-se essencial desenvolver intervenções que fortaleçam a atuação da APS na promoção do uso seguro e racional de psicotrópicos. Isso envolve a qualificação dos profissionais de saúde, o monitoramento sistemático dos usuários, a estratificação de risco, a revisão periódica das prescrições, a educação em saúde para pacientes e familiares e o fortalecimento da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, possibilitando encaminhamentos oportunos ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) quando indicados.

Estudos recentes ressaltam a importância da prescrição adequada e do acompanhamento sistemático como estratégias para ampliar a segurança no uso de medicamentos psiquiátricos na Atenção Primária à Saúde (Ayre; Lewis; Keers, 2023). Paralelamente, a prevenção da automedicação constitui medida relevante para o uso seguro de medicamentos, especialmente daqueles sujeitos a controle especial (Brasil, 2024).

Dessa forma, esta pesquisa-intervenção teve como propósito analisar o perfil de utilização de medicações psicotrópicas pelos usuários da UBS Alto da Jaqueira, identificar fatores associados ao uso inadequado desses medicamentos e implementar estratégias voltadas à promoção do uso seguro e racional. Entre as ações desenvolvidas destacaram-se a identificação dos usuários em tratamento, avaliação individualizada do risco, educação em saúde, qualificação da equipe multiprofissional e fortalecimento do fluxo de encaminhamento para os serviços especializados da RAPS.

Espera-se que a experiência contribua para a melhoria da qualidade da assistência em saúde mental, fortaleça o papel coordenador da APS e ofereça um modelo de intervenção passível de adaptação e replicação em outras unidades básicas de saúde, em consonância com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2011; Brasil, 2017).

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, desenvolvida com o propósito de promover o uso seguro e racional de medicamentos psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde (APS). A escolha dessa abordagem fundamenta-se na necessidade de integrar a produção do conhecimento científico à implementação de intervenções capazes de modificar a realidade investigada, envolvendo pesquisadores, profissionais de saúde e usuários na construção coletiva de soluções para os problemas identificados. Conforme Thiollent (2011), a pesquisa-ação constitui uma estratégia metodológica participativa na qual investigação e intervenção ocorrem simultaneamente, por meio de um processo cíclico de diagnóstico, planejamento, ação, observação e reflexão, favorecendo tanto a transformação das práticas quanto a produção de novos conhecimentos.

A intervenção foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Alto da Jaqueira, no contexto da Estratégia Saúde da Família, a partir do levantamento do perfil dos usuários em uso contínuo de medicamentos psicotrópicos. A unidade possuía 132 pacientes cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde fazendo uso de ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos, antipsicóticos e outros medicamentos dessa classe terapêutica. Inicialmente, realizou-se um diagnóstico situacional

com o objetivo de identificar os fatores sociodemográficos, clínicos e assistenciais relacionados ao uso inadequado desses medicamentos, bem como mapear situações de risco que demandassem intervenções educativas e acompanhamento mais sistemático.

A pesquisa contou com a participação de cinco usuários em uso contínuo de psicotrópicos, selecionados por amostragem por conveniência entre aqueles acompanhados pela unidade e que aceitaram participar voluntariamente do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também participaram quinze profissionais da equipe multiprofissional, incluindo médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e demais integrantes da Estratégia Saúde da Família, cuja participação foi fundamental para o planejamento, execução e avaliação das ações propostas.

A coleta de dados ocorreu durante o acompanhamento rotineiro dos pacientes na Unidade Básica de Saúde e compreendeu as etapas de diagnóstico, planejamento participativo, implementação das intervenções e avaliação dos resultados. Foram utilizados diferentes instrumentos de pesquisa qualitativa, permitindo compreender tanto os aspectos objetivos quanto as percepções e experiências relacionadas ao uso de medicamentos psicotrópicos. Inicialmente, aplicou-se um questionário estruturado para caracterização dos participantes, contemplando informações sociodemográficas, condições clínicas, medicamentos utilizados, tempo de tratamento, forma de prescrição e percepção dos usuários acerca do uso dos psicotrópicos. Em seguida, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os pacientes, possibilitando aprofundar aspectos relacionados ao conhecimento sobre os medicamentos, experiências com efeitos adversos, receios quanto à interrupção do tratamento, dificuldades de acesso ao acompanhamento especializado e percepção sobre o cuidado recebido na Atenção Primária.

Paralelamente, foram conduzidos grupos focais com os profissionais da equipe multiprofissional, favorecendo a identificação das dificuldades enfrentadas na assistência, das estratégias utilizadas no acompanhamento dos usuários e das possibilidades de fortalecimento do uso racional de medicamentos. Como instrumento complementar, utilizou-se um diário de campo para registro sistemático das observações realizadas durante os atendimentos, das interações entre usuários e profissionais e das percepções dos pesquisadores ao longo do desenvolvimento da intervenção. Após a fase diagnóstica, os resultados obtidos foram apresentados e discutidos com a equipe multiprofissional da unidade em reuniões de planejamento colaborativo, nas quais foram definidas as estratégias de intervenção voltadas à promoção do uso seguro e racional de psicotrópicos.

As ações contemplaram atividades de educação em saúde direcionadas aos usuários e seus familiares, capacitações para os profissionais da equipe e a implementação de estratégias de monitoramento do uso desses medicamentos, buscando fortalecer o acompanhamento longitudinal realizado pela Atenção Primária à Saúde. Entre as ações educativas desenvolvidas, destacaram-se as rodas de conversa, realizadas como espaços coletivos de escuta, diálogo e construção compartilhada do conhecimento.

Os encontros ocorreram nos dias 05, 09, 12, 16, 19, 23, 26 e 30 de janeiro, bem como nos dias 02, 06, 09 e 13 de fevereiro de 2026, no horário das 8h às 10h, nas dependências da Unidade Básica de Saúde. Durante essas atividades foram discutidos temas relacionados às indicações terapêuticas dos psicotrópicos, efeitos adversos, riscos da automedicação, importância da adesão ao tratamento, possibilidades de desprescrição quando clinicamente indicada e necessidade de acompanhamento contínuo pela equipe multiprofissional. Entre as ações educativas desenvolvidas, destacaram-se as rodas de conversa, realizadas como espaços coletivos de escuta, diálogo e construção compartilhada do conhecimento. Os encontros ocorreram nos dias 05, 09, 12, 16, 19, 23, 26 e 30 de janeiro, bem como nos dias 02, 06, 09 e 13 de fevereiro de 2026, no horário das 8h às 10h, nas dependências da Unidade Básica de Saúde.

Os dados qualitativos provenientes das entrevistas e registros do diário de campo foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). A análise seguiu três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Inicialmente foi realizada leitura flutuante das entrevistas, seguida da identificação de categorias temáticas relacionadas ao conhecimento sobre psicotrópicos, uso inadequado, automedicação e percepção de riscos. Posteriormente, os achados foram organizados e interpretados à luz da literatura científica sobre uso racional de medicamentos na Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se que este estudo integra um projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE nº 91948525.0.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto da Jaqueira contou com a participação ativa de uma equipe multiprofissional, fundamental para o desenvolvimento das ações voltadas ao uso seguro de medicações psicotrópicas na atenção primária à saúde. Participaram do estudo quinze profissionais da equipe da unidade, incluindo médico, enfermeira, técnico de enfermagem, ACS e outros integrantes da equipe, os quais contribuíram tanto no processo de identificação dos usuários quanto na execução das estratégias educativas e de acompanhamento.

A equipe teve papel central na busca ativa dos pacientes em uso de psicotrópicos, no levantamento das informações clínicas e no acompanhamento dos usuários durante todo o processo de pesquisa e intervenção. Os agentes comunitários de saúde auxiliaram na identificação dos pacientes no território, enquanto o médico e a enfermeira participaram da avaliação clínica, revisão de prescrições e orientação sobre o uso correto das medicações. Além disso, os profissionais participaram de reuniões e rodas de conversa, nas quais foram discutidas estratégias para melhorar o cuidado em saúde mental na unidade.

Durante a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os pacientes, buscando compreender o perfil de uso dos psicotrópicos e os fatores relacionados ao uso inadequado. As principais perguntas direcionadas aos pacientes abordaram aspectos como: tempo de uso da medicação psicotrópica; qual profissional havia indicado o medicamento; como o paciente se sentia em relação ao uso da medicação; se já havia tentado reduzir ou interromper o tratamento; quais dificuldades enfrentou nesse processo; se sentia medo de suspender o medicamento; e se recebia orientação suficiente da equipe de saúde sobre o tratamento. Também foram questionados sobre sintomas apresentados ao tentar reduzir a medicação, apoio recebido da equipe e expectativas em relação à possibilidade de diminuição ou suspensão do uso do psicotrópico.

A abordagem sobre o uso de psicotrópicos foi conduzida de forma acolhedora e educativa, priorizando a escuta qualificada e o respeito às experiências relatadas pelos pacientes. Durante as entrevistas e rodas de conversa, os profissionais buscaram esclarecer dúvidas sobre os medicamentos, discutir os efeitos adversos, orientar sobre os riscos da automedicação e reforçar a importância do acompanhamento regular com profissionais de saúde. Muitos pacientes relataram medo de interromper o medicamento por receio de piora dos sintomas, o que evidenciou a necessidade de orientação contínua e acompanhamento próximo pela equipe.

Os resultados evidenciaram a presença de uso inadequado de psicotrópicos, incluindo práticas como alteração da dose prescrita, falhas na adesão ao horário de uso e aquisição de medicamentos sem prescrição médica. Esse cenário aumenta os riscos de dependência, intoxicação, interações medicamentosas e agravamento do quadro clínico, reforçando a importância de estratégias de monitoramento e educação em saúde voltadas ao uso racional desses medicamentos.

Diante dessas problemáticas, uma das estratégias adotadas foi a ampliação do acompanhamento longitudinal dos pacientes, garantindo seguimento contínuo pela equipe da Estratégia Saúde da Família. Esse acompanhamento permite monitorar a evolução clínica, identificar precocemente possíveis efeitos adversos, ajustar o tratamento quando necessário e fortalecer o vínculo entre pacientes e profissionais, promovendo maior segurança terapêutica e adesão ao tratamento.

Outra ação importante foi o fortalecimento da articulação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa integração possibilitou a construção de planos terapêuticos compartilhados, melhor definição das condutas clínicas e encaminhamento adequado dos pacientes que necessitavam de acompanhamento especializado. A comunicação entre os serviços contribuiu para maior continuidade do cuidado e melhor organização da Rede de Atenção Psicossocial.

Também foi promovida a facilitação do acesso a consultas e revisões periódicas com médico de família e psiquiatra, permitindo avaliar regularmente a necessidade de manutenção, ajuste ou redução das medicações psicotrópicas. Esse acompanhamento periódico contribui para prevenir o uso prolongado desnecessário e garantir maior segurança no tratamento farmacológico.

Tabela 1 – Conhecimento dos pacientes sobre efeitos adversos e uso inadequado de medicamentos psicotrópicos.

Paciente	Conhecimento sobre efeitos adversos	Uso inadequado de medicações	Aquisição sem receita	Riscos identificados
1	Sim	Sim	Sim	Intoxicação
2	Não	Sim	Não	Não identificado
3	Não	Sim	Sim	Dependência
4	Não	Sim	Não	Não identificado
5	Não	Sim	Não	Interação com álcool

Fonte: dados da pesquisa, (2026).

Foram desenvolvidas ações educativas voltadas aos pacientes e familiares, incluindo rodas de conversa e orientações individuais sobre saúde mental, tratamento medicamentoso, riscos da automedicação e importância do acompanhamento psicológico. Essas atividades buscaram ampliar o conhecimento dos usuários sobre suas condições de saúde e promover maior autonomia no cuidado, incentivando práticas de tratamento mais seguras e conscientes. Foi identificado conhecimento limitado dos usuários acerca das medicações, especialmente sobre riscos, efeitos adversos e interações medicamentosas. Houve relatos de uso inadequado, automedicação e aquisição de medicamentos sem receita médica, o que aumenta o risco de intoxicação, dependência, interações com álcool e outras drogas, além de possível agravamento do quadro clínico. Os participantes demonstraram desejo por maior acompanhamento com psiquiatra e psicólogo, reconhecendo a importância de suporte contínuo, embora ainda associem fortemente a estabilidade clínica exclusivamente ao uso medicamentoso.

Tabela 2 – Caracterização do uso de psicotrópicos entre os pacientes entrevistados (n = 5).

Variável	Categoria	N	%
Conhecimento sobre efeitos adversos	Sim	1	20
	Não	4	80
Uso inadequado da medicação	Sim	5	100
	Não	0	0
Aquisição sem receita médica	Sim	2	40
	Não	3	60
Relato de riscos associados ao uso	Intoxicação	1	20
	Dependência	1	20
	Interação com álcool	1	20
	Não relatam riscos	2	40

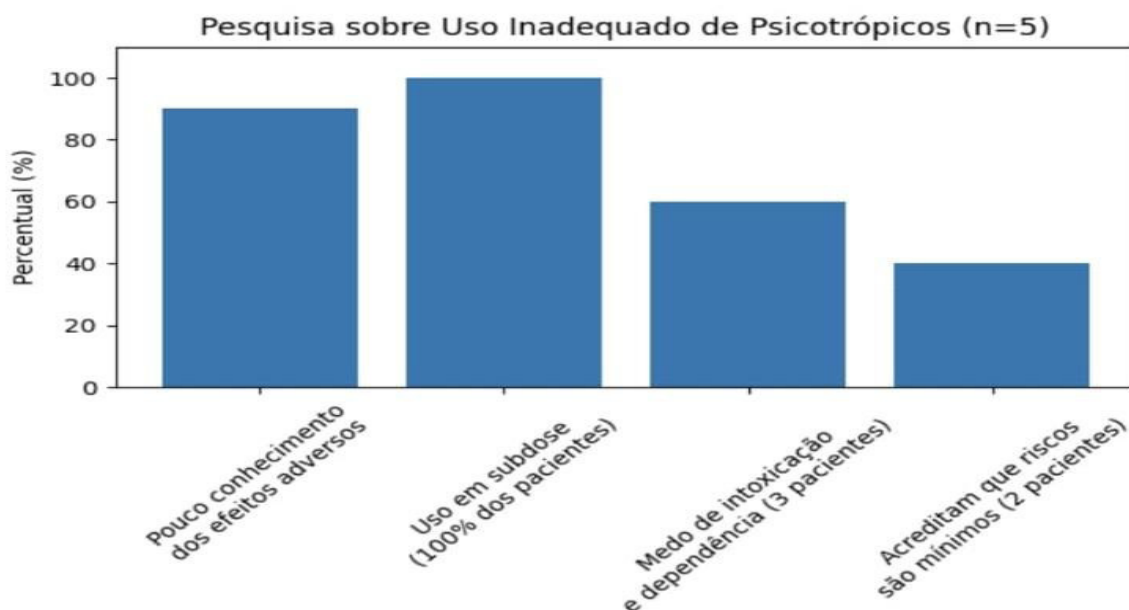
Fonte: dados da pesquisa (2026).

A pesquisa realizada com cinco pacientes em uso de psicotrópicos evidenciou um cenário preocupante quanto ao uso racional desses medicamentos. Observou-se que 80% dos participantes relataram não possuir conhecimento adequado sobre os efeitos adversos das medicações utilizadas, demonstrando fragilidade nas orientações recebidas ou baixa compreensão acerca da farmacoterapia.

Todos os pacientes (100%) apresentaram algum tipo de uso inadequado da medicação, destacando-se principalmente a prática de subdose intencional, motivada pelo receio de desenvolver dependência química. Além disso, foram mencionadas falhas na adesão aos horários prescritos, o que pode comprometer a eficácia terapêutica e favorecer descompensações clínicas.

Quanto à aquisição dos medicamentos, 40% dos entrevistados relataram compra sem prescrição médica, evidenciando facilidade de acesso nas farmácias locais e fragilidade no controle da dispensação de psicotrópicos, o que representa risco sanitário. No que se refere à percepção de riscos, 60% dos pacientes relataram algum tipo de preocupação associada ao uso, incluindo intoxicação, dependência química e interação com álcool. Contudo, 40% afirmaram acreditar que o uso regular sob orientação minimiza os riscos, sugerindo percepção parcial ou simplificada da complexidade do tratamento psicofarmacológico.

Figura 1: Uso inadequado de psicotrópicos.



Fonte: dados da pesquisa (2026).

Os resultados do estudo indicam um cenário de fragilidades no uso racional de psicotrópicos entre os participantes, evidenciado pelo conhecimento limitado acerca das medicações, especialmente no que se refere aos riscos, efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas. Foram observados relatos de uso inadequado, automedicação e aquisição de medicamentos sem prescrição médica, situações que podem aumentar o risco de intoxicação, dependência química e interação com álcool ou outras substâncias.

Além disso, os participantes demonstraram interesse em ampliar o acompanhamento com profissionais especializados, como psiquiatras e psicólogos, embora ainda associem a estabilidade clínica predominantemente ao uso da medicação. Esse cenário evidencia desafios para a integralidade

do cuidado em saúde mental. Na Atenção Primária à Saúde, o acompanhamento longitudinal, a construção compartilhada do cuidado e a articulação entre diferentes profissionais e serviços constituem estratégias importantes para responder às necessidades de saúde mental dos usuários (Brasil, 2013).

Observou-se também que 80% dos participantes relataram não possuir conhecimento adequado sobre os efeitos adversos das medicações, evidenciando lacunas no processo de orientação aos usuários. A literatura aponta que a compreensão limitada sobre os medicamentos pode comprometer a adesão ao tratamento e favorecer o uso inadequado, sendo fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias educativas capazes de promover maior autonomia e segurança no manejo da farmacoterapia (OMS, 2002).

Outro achado relevante refere-se ao fato de todos os pacientes apresentarem algum tipo de uso inadequado das medicações, destacando-se a redução intencional da dose devido ao medo de dependência química. Esse comportamento é frequentemente observado em tratamentos com psicofármacos, nos quais o estigma e o receio de dependência podem levar os usuários a modificar ou interromper o tratamento sem orientação profissional, comprometendo a eficácia terapêutica e aumentando o risco de recaídas ou agravamento do quadro clínico (Mendes; Castro; Batista, 2017).

No que se refere ao acesso aos medicamentos, 40% dos participantes relataram adquirir psicotrópicos sem prescrição médica, evidenciando fragilidades no controle da dispensação desses medicamentos. No Brasil, a comercialização de substâncias psicotrópicas é regulamentada por normas sanitárias específicas devido ao potencial de dependência e aos riscos associados ao uso inadequado. A facilidade de aquisição sem receita médica pode representar um importante problema de saúde pública, uma vez que favorece a automedicação e o uso irracional de medicamentos (Brasil, 2013).

Quanto à percepção de riscos, verificou-se que 60% dos participantes demonstraram preocupação com intoxicação, dependência e interação medicamentosa, enquanto outros acreditam que o uso regular da medicação reduz completamente os riscos. Essa percepção parcial evidencia a necessidade de fortalecer ações educativas voltadas à promoção do uso seguro de medicamentos. Nesse contexto, estratégias como rodas de conversa, consultas de enfermagem e acompanhamento multiprofissional na Atenção Primária podem contribuir significativamente para ampliar o conhecimento dos usuários, fortalecer o vínculo com a equipe de saúde e promover o uso racional de psicotrópicos.

Entre as limitações deste estudo destacam-se o número reduzido de participantes entrevistados, o fato de a pesquisa ter sido realizada em apenas uma Unidade Básica de Saúde e o caráter qualitativo da investigação, o que limita a generalização dos resultados para outras realidades. Apesar disso, os achados contribuem para compreender aspectos relevantes do uso de psicotrópicos na Atenção Primária e reforçam a necessidade de estratégias educativas e acompanhamento longitudinal dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da UBS alto da Jaqueira demonstraram conhecimento satisfatório acerca dos principais psicotrópicos utilizados na APS. Entre os medicamentos mais prescritos e acompanhados pela equipe destacam-se: diazepam, alprazolam, quetiapina, fluoxetina, risperidona, fenobarbital, sertralina, citalopram e amitriptilina. A equipe reconheceu que esses fármacos têm como objetivos principais tratar, aliviar e controlar alterações do funcionamento mental, reduzir sintomas de depressão e ansiedade, melhorar humor e comportamento, auxiliar no sono e prevenir crises psiquiátricas.

Entretanto, observou-se que, entre os pacientes, o conhecimento sobre as medicações é limitado, tanto em relação às indicações quanto aos riscos associados ao uso inadequado. Foram identificadas diversas problemáticas relacionadas ao uso inseguro desses medicamentos, tais como piora do quadro clínico, automedicação, risco de intoxicação, dependência, ocorrência de alucinações, interações medicamentosas (especialmente com álcool e outras drogas) e ausência de monitoramento adequado dos efeitos adversos. Em situações mais graves, o uso inadequado pode contribuir para agravamento do sofrimento psíquico e aumento do risco de desfechos negativos.

Verificou-se ainda que parte dos pacientes faz uso de psicotrópicos sem acompanhamento regular de profissionais de saúde, havendo relatos de aquisição de medicamentos em farmácias sem apresentação de receita médica. Tal prática compromete a segurança terapêutica e evidencia fragilidades no controle e na educação em saúde. No perfil dos participantes, predominam pacientes do sexo feminino. A maioria utiliza os medicamentos por prescrição médica, seja do médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou de psiquiatra vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). De modo geral, relatam sentir-se bem com o uso da medicação, associando-a à estabilidade emocional e melhora dos sintomas. Contudo, observa-se medo significativo em relação à redução ou suspensão do tratamento. Muitos pacientes nunca tentaram o desmame medicamentoso, por receio de piora da doença ou agravamento da insônia. Há uma percepção recorrente entre os usuários sobre a necessidade de maior acompanhamento com psiquiatra e psicólogo, demonstrando desejo de cuidado contínuo e mais próximo. Apesar de almejavem uma vida saudável e estável, muitos associam essa condição exclusivamente à manutenção do uso medicamentoso, revelando insegurança quanto a estratégias terapêuticas não farmacológicas.

Diante desse cenário, evidencia-se a necessidade de fortalecimento das ações da equipe de Atenção Primária para garantir o uso seguro de psicotrópicos. Entre as estratégias apontadas estão: intensificação da busca ativa por meio de equipe multiprofissional; ampliação do acompanhamento longitudinal; qualificação da articulação em rede entre ESF e CAPS; ampliação do acesso a consultas e revisões periódicas com médico de família e psiquiatra; além do desenvolvimento de ações educativas voltadas para o esclarecimento sobre a doença, o tratamento e os riscos da automedicação.

A integração efetiva entre Atenção Primária e CAPS mostra-se fundamental para definição adequada das condutas, revisão terapêutica e construção de planos de cuidado individualizados, promovendo maior segurança, autonomia e qualidade de vida aos pacientes em uso de psicotrópicos.

REFERÊNCIAS

AYRE, Matthew J.; LEWIS, Penny J.; KEERS, Richard N. Understanding the medication safety challenges for patients with mental illness in primary care: a scoping review. *BMC Psychiatry*, v. 23, art. 417, 2023. DOI: 10.1186/s12888-023-04850-5.

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: ANVISA, 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/controlados>
Acesso em: 12 mar. 2026.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) ISBN 978-85-334-2019-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Lei nº 14.912, de 3 de julho de 2024. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para determinar a realização de campanhas permanentes sobre os riscos da automedicação. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 4 jul. 2024.

GOTARDO, Adrieli Lais; SILVA, Claudinei Mesquita da; MADEIRA, Heloíse Skiavine; PEDER, Leyde Daiane de. O uso de medicamentos psicotrópicos por estudantes de um centro universitário de Cascavel, Paraná. *SaBios – Revista de Saúde e Biologia*, v. 17, n. 1, p. 1–10, 2022. DOI: 10.54372/sb.2022.V17.3225.

MENDES, L. V.; CASTRO, C. G. S. O.; BATISTA, M. C. S. **Uso racional de medicamentos na atenção primária à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2531–2540, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 12 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Promoting rational use of medicines: core components**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67438>. Acesso em: 12 mar. 2026.

OLIVEIRA, Eduardo Ramos; DULLIUS, Willian Roger. O uso de psicotrópicos e a qualidade de vida de adultos jovens: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, São Paulo, v. 8, n. 18, p. e082095, 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i18.2095.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Tratamento farmacológico dos transtornos mentais na atenção primária à saúde*. Washington, D.C.: OPAS, 2010.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ABORDAGEM INTEGRADA

Luiz Carlos Souza do Nascimento¹;

E-mail: doutor-luizcarlos@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-4220-6578>

Antônia Aldira Martins da Silva²;

E-mail: aldiramartinsdasilva@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-6590-5378>

Francisco Luiz Saraiva do Nascimento³;

E-mail: luizs.nascimento@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-4940-9846>

Daniele Freitas de Oliveira Queiroz⁴;

E-mail: danny_freitas23@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0896-1378>

Cecília Shirley Paz Pereira⁵;

E-mail: cecipp@uol.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-7487-9517>.

Ana Paula Melo Façanha⁶.

Email: apaulasmelo@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-8791-2445>.

RESUMO: Introdução: O tabagismo permanece entre os principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias. A elevada prevalência do consumo de tabaco entre adultos e a vulnerabilidade de grupos específicos, como jovens e gestantes, justificam a implementação de estratégias integradas de prevenção e cessação. A proposta está alinhada às diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Reduzir a prevalência do tabagismo entre adultos do município, promovendo a cessação do uso do tabaco por meio de ações educativas e assistenciais. **Metodologia:** Realizou-se uma intervenção com capacitação de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde em abordagem cognitivo-comportamental e protocolos do PNCT. Foram implantados grupos de cessação com encontros

semanais nas unidades de saúde, apoiados por equipe multiprofissional. Paralelamente, desenvolveram-se ações educativas em escolas, empresas e associações comunitárias, além de campanhas em mídias locais e redes sociais para conscientização sobre os riscos do tabagismo. A articulação entre saúde, educação, conselhos municipais e lideranças comunitárias fortaleceu a intersetorialidade, enquanto a vigilância epidemiológica monitorou indicadores de prevalência, perfil dos fumantes e adesão às ações. **Resultados e Discussão:** Observou-se redução gradual da prevalência de fumantes, maior participação nos grupos de cessação, ampliação da percepção dos riscos do tabaco entre jovens e gestantes, qualificação dos profissionais de saúde e fortalecimento do monitoramento epidemiológico para subsidiar decisões locais. **Conclusão:** A integração entre educação, assistência, vigilância e atuação intersetorial mostrou-se estratégica para o enfrentamento do tabagismo, podendo servir como referência para municípios de pequeno porte comprometidos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo. Cessação do uso de tabaco. Vigilância epidemiológica.

IMPLEMENTING ACTIONS TO REDUCE SMOKING IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATED APPROACH

ABSTRACT: Introduction: Smoking remains one of the leading risk factors for chronic noncommunicable diseases, including cancer, cardiovascular diseases, and respiratory illnesses. The high prevalence of tobacco use among adults and the vulnerability of specific groups, such as young people and pregnant women, justify the implementation of integrated prevention and smoking cessation strategies. This intervention is aligned with the guidelines of the Brazilian National Tobacco Control Program (PNCT) and the principles of the Unified Health System (SUS), strengthening Primary Health Care. **Objectives:** To reduce the prevalence of smoking among adults in the municipality by promoting smoking cessation through educational and healthcare interventions. **Methodology:** An intervention was carried out involving the training of physicians, nurses, and community health workers in cognitive-behavioral approaches and PNCT clinical protocols. Weekly smoking cessation support groups were established in primary healthcare units with multidisciplinary team support. Educational activities were also conducted in schools, workplaces, and community organizations, complemented by communication campaigns through local media and social networks to raise awareness about the risks of tobacco use. Intersectoral collaboration among health services, educational institutions, municipal councils, and community leaders strengthened the intervention, while epidemiological surveillance continuously monitored smoking prevalence, smokers' profiles, and adherence to the proposed actions. **Results and Discussion:** The intervention resulted in a gradual reduction in smoking prevalence, increased participation in cessation groups, greater awareness of tobacco-related risks among young people and pregnant women, improved preparedness of healthcare professionals, and strengthened epidemiological monitoring to support local health policies. **Conclusion:** The integration of education, healthcare, epidemiological surveillance, and intersectoral collaboration proved to be an effective strategy for tobacco control and may serve as a model for other small

municipalities committed to health promotion and disease prevention.

KEYWORDS: Smoking. Tobacco cessation. Epidemiological surveillance.

INTRODUÇÃO

O tabagismo permanece como uma das principais ameaças à saúde pública mundial, sendo reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o principal fator de risco evitável para doenças crônicas não transmissíveis e mortes prematuras. Estima-se que aproximadamente 1,25 bilhão de pessoas utilizem produtos derivados do tabaco em todo o mundo, o equivalente a cerca de um em cada cinco adultos. Anualmente, o tabagismo é responsável por mais de oito milhões de óbitos, dos quais aproximadamente sete milhões decorrem do consumo direto do tabaco e cerca de um milhão estão relacionados à exposição passiva à fumaça (OMS/OPAS, 2024). Dados do estudo *Global Burden of Disease* demonstram que o tabagismo esteve associado, em 2019, a 1,7 milhão de mortes por doenças cardiovasculares, 1,6 milhão por doenças respiratórias crônicas, 1,3 milhão por câncer de pulmão e aproximadamente um milhão por acidente vascular cerebral. Além disso, estima-se que metade dos fumantes de longo prazo venha a óbito em decorrência de doenças relacionadas ao consumo do tabaco, apresentando redução média de dez anos na expectativa de vida (GBD 2019 Tobacco Collaborators, 2021; OMS/OPAS, 2024).

Nas últimas décadas, o Brasil tornou-se referência internacional no controle do tabagismo em razão da implementação de políticas públicas integradas, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), campanhas educativas, restrições à publicidade de produtos derivados do tabaco e ampliação do acesso ao tratamento para cessação do hábito de fumar. Como resultado dessas estratégias, observou-se redução de aproximadamente 35% no consumo de tabaco entre 2010 e 2022 (OMS/OPAS, 2024).

Entretanto, o tabagismo continua representando um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Vigitel, em 2023, 9,3% dos adultos brasileiros declararam-se fumantes, correspondendo a cerca de 19,6 milhões de pessoas, com maior prevalência entre os homens. Dados mais recentes apontam aumento da frequência de fumantes nas capitais brasileiras, especialmente entre mulheres e jovens, evidenciando a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e controle desse agravo (Brasil, 2023; Brasil, 2025).

No Nordeste, o tabagismo permanece como importante problema de saúde pública. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indicaram prevalência de 10,8% de fumantes atuais de tabaco entre adultos da região, evidenciando, entretanto, redução em relação aos 14,2% registrados em 2013 (INCA, 2022). No município de Araçoiaba, localizado na Região Metropolitana do Recife, não foram identificados levantamentos epidemiológicos específicos que permitam estabelecer com precisão a prevalência local de tabagismo. Os dados demográficos do Censo 2022 permitem caracterizar a população municipal, mas não estimar diretamente a proporção de fumantes no território (IBGE, 2022).

Embora as políticas públicas de controle do tabagismo estejam consolidadas nacionalmente, sua implementação no âmbito local ainda apresenta importantes limitações. Em muitos municípios, as Unidades Básicas de Saúde desenvolvem ações pontuais voltadas ao atendimento de fumantes, porém carecem de estratégias contínuas de educação em saúde, acompanhamento sistemático e grupos estruturados de apoio à cessação do tabagismo. Soma-se a isso a influência de fatores sociais, econômicos, culturais e emocionais que favorecem a iniciação precoce ao consumo do tabaco e dificultam o abandono da dependência, especialmente entre populações em situação de maior vulnerabilidade social.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na prevenção, identificação precoce e tratamento do tabagismo. Por constituir a principal porta de entrada do SUS e manter vínculo longitudinal com a população, a Estratégia Saúde da Família reúne condições favoráveis para desenvolver ações educativas, acompanhamento clínico, apoio psicossocial e intervenções multiprofissionais voltadas à cessação do tabagismo. A capacitação permanente das equipes de saúde, associada à implantação de grupos terapêuticos, rodas de conversa e campanhas educativas, representa importante estratégia para fortalecer a autonomia dos usuários, ampliar a adesão ao tratamento e reduzir os impactos do tabagismo sobre a saúde da população.

A escolha desse tema surgiu a partir da vivência profissional do autor como médico da Atenção Primária à Saúde, onde foi possível observar que o tabagismo permanece como um dos principais fatores de risco modificáveis presentes na comunidade assistida. Na rotina dos atendimentos são frequentes pacientes portadores de doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas relacionadas ao consumo prolongado do tabaco, além de usuários que apresentam dificuldades para abandonar o hábito devido à dependência da nicotina, às condições socioeconômicas e à insuficiência de estratégias locais de apoio à cessação. Também se identificou baixa adesão aos programas existentes e reduzida oferta de ações educativas permanentes, evidenciando a necessidade de fortalecer o cuidado integral oferecido pela Atenção Primária.

Dessa forma, a implementação de uma intervenção voltada ao controle do tabagismo justifica-se pela necessidade de qualificar as ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, promovendo o uso de metodologias educativas participativas, fortalecendo a atuação da equipe multiprofissional e ampliando o acesso dos usuários às estratégias de cessação do tabagismo. Espera-se que a intervenção contribua para reduzir os fatores de risco associados ao consumo do tabaco, prevenir doenças crônicas, melhorar a qualidade de vida da população e fortalecer os princípios da promoção da saúde, da prevenção de agravos e do cuidado integral preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo geral implementar ações integradas para redução do tabagismo na Atenção Primária à Saúde, visando fortalecer as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e apoio à cessação do tabagismo, contribuindo para a qualificação da assistência e para a melhoria das condições de saúde da população assistida.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e caráter exploratório-interventivo, uma vez que se busca compreender as percepções dos participantes em relação ao tabagismo e, simultaneamente, propor estratégias que favoreçam sua cessação. Segundo Minayo (2012), a investigação qualitativa fundamenta-se em processos de compreensão e interpretação das experiências, vivências e ações sociais dos sujeitos. Além disso, o caráter interventivo encontra respaldo em Thiollent (2011), que destaca a pesquisa-ação como método capaz de articular investigação científica e transformação social, promovendo mudanças práticas no contexto estudado.

O estudo foi realizado em Unidade de Saúde da Família, localizada no município de Araçoiaba/PE, que possui aproximadamente 20 mil habitantes (IBGE, 2022). Essa unidade é referência no atendimento da população local, abrangendo cerca de 3.000 usuários cadastrados, com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de apoio.

Os participantes da intervenção incluídos na pesquisa foram compostos por usuários tabagistas acompanhados pela ESF, identificados durante as consultas de rotina e visitas domiciliares. A amostra é composta por 10 participantes, selecionados por conveniência, considerando aqueles que manifestarem interesse em participar das atividades coletivas de cessação do tabagismo. O período de realização da pesquisa foi de dois meses, contemplando os meses de dezembro de 2025 e janeiro de 2026, totalizando quatro encontros.

A intervenção foi organizada em grupo composto por 10 participantes para cessação do tabagismo, conduzidos em encontros quinzenais, na própria Unidade de Saúde da Família. O processo teve início com o convite aos usuários tabagistas, realizado por meio de busca ativa pelos agentes comunitários de saúde e convites durante consultas médicas e de enfermagem.

O grupo foi formado por 10 participantes, conduzidos por uma equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, psicólogo e ACS). As atividades incluíram rodas de conversa, oficinas educativas, dinâmicas de grupo, orientações sobre uso de medicamentos disponibilizados pelo SUS (como adesivos, gomas de nicotina e bupropiona), além de momentos de acolhimento e escuta qualificada.

Os encontros foram registrados em diário de campo, com apoio de registros fotográficos e, quando autorizado, gravações de áudio ou vídeo para fins de análise e devolutiva, e aconteceram quinzenalmente às quartas-feiras, das 14h00min às 16h00min, durante os meses de dezembro e janeiro em uma sala reservada da Unidade de Saúde, garantindo privacidade e conforto aos participantes.

Foram incluídas nas rodas de conversa, oficinas educativas, dinâmicas de grupo, orientações sobre uso de medicamentos disponibilizados pelo SUS (como adesivos, gomas de nicotina e bupropiona), além de momentos de acolhimento e escuta qualificada.

Os instrumentos de pesquisa são ferramentas fundamentais para coleta e organização dos dados, permitindo ao pesquisador compreender de forma sistematizada o fenômeno investigado. Nesta proposta, utilizaram-se quatro instrumentos principais: questionário semiestruturado, diário de campo e roteiro-guia para rodas de conversa.

A coleta de dados foi realizada em três momentos: diagnóstico inicial, em que foi aplicado o questionário semiestruturado; durante a intervenção, utilizaram-se do diário de campo e da observação participante nas rodas de conversa; avaliação final, reaplicou-se o questionário; análise da adesão ao tratamento medicamentoso e coleta de relatos sobre a experiência dos participantes.

Os dados qualitativos foram examinados por meio da análise de conteúdo, conforme Bardin (2011), permitindo a categorização das falas e dos registros em eixos temáticos, como: percepção do tabagismo, fatores de dificuldade, estratégias de enfrentamento e impacto da intervenção. Os dados quantitativos como número de participantes que cessaram ou reduziram o consumo e adesão ao tratamento medicamentoso foram organizados em tabelas simples, analisados por meio de estatística descritiva (frequência e porcentagem).

A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 e da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos casos onde houve registros fotográficos ou audiovisuais, solicitou-se autorização específica para uso de imagem. A identidade dos participantes foi preservada mediante o uso de códigos e pseudônimos, assegurando confidencialidade e anonimato. Este estudo faz parte do projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado: Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE: 91948525.0.0000.5050

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção para redução do tabagismo foi realizada no PSF V do município de Araçoiaba/PE, desenvolvida pela equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro e psicólogo da Atenção Primária, seguindo as recomendações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer. Os fumantes foram identificados por três estratégias:

1. Busca ativa durante consultas médicas e de enfermagem;
2. Encaminhamento pelos agentes comunitários de saúde, durante visitas domiciliares;
3. Demanda espontânea, após divulgação na unidade (cartazes e convites).

Após identificação, os usuários foram convidados individualmente e participaram de entrevista inicial contendo: anamnese clínica, grau de dependência (questionário de Fagerström), motivação para parar de fumar, histórico de tentativas prévias.

A identificação dos participantes para o projeto de intervenção voltado à cessação do tabagismo foi realizada por meio de estratégias de busca ativa e captação por demanda espontânea, na unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família. A busca ativa ocorreu a partir da análise dos cadastros do sistema de informação da Atenção Básica e dos prontuários dos usuários, além das informações coletadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, durante as visitas domiciliares, nas respectivas microáreas. Esses profissionais desempenharam papel fundamental na identificação de indivíduos

fumantes residentes no território adscrito, possibilitando o convite direcionado para participação no grupo de apoio à cessação do tabagismo.

Paralelamente, também, foram incluídos participantes provenientes da demanda espontânea da unidade de saúde, mediante cartazes e convites. Durante atendimentos clínicos de rotina, realizados por médicos ou enfermeiros, usuários que relataram uso de tabaco foram orientados quanto aos riscos associados ao tabagismo e aos benefícios da interrupção do hábito. Nesse momento, os profissionais apresentavam o projeto de intervenção e realizavam o convite para participação nos encontros do grupo de cessação do tabagismo.

Os encontros ocorreram nas dependências da unidade de saúde, em espaço previamente organizado para atividades coletivas, com periodicidade quinzenal e duração média de, aproximadamente, 120 minutos. A condução das atividades seguiu a abordagem preconizada pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, priorizando estratégias educativas, motivacionais e de apoio psicossocial. Durante os encontros, foram abordados temas relacionados aos efeitos do tabagismo sobre a saúde, benefícios da cessação, estratégias para enfrentamento da fissura e dos sintomas de abstinência, além de orientações quanto ao uso adequado das terapias farmacológicas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde.

As atividades educativas foram inicialmente conduzidas pelo médico e psicólogo da equipe, que realizaram exposições dialogadas e promoveram momentos de discussão sobre os impactos do tabagismo na saúde individual e coletiva. Posteriormente, outros profissionais da equipe multiprofissional também participaram da condução das atividades, contribuindo com rodas de conversa, orientações individuais e dinâmicas de grupo, favorecendo a troca de experiências entre os participantes.

De modo geral, observou-se adesão positiva e receptividade por parte dos participantes. Muitos relataram motivação para interromper o uso do tabaco e demonstraram interesse nas orientações fornecidas durante os encontros. A dinâmica grupal favoreceu a criação de ambiente de apoio mútuo, no qual os participantes puderam compartilhar experiências, dificuldades e estratégias para lidar com o processo de cessação do tabagismo, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde e estimulando a continuidade da participação nas atividades propostas.

Foram realizados quatro encontros quinzenais em grupo, com duração média de 120 minutos, como explicado no Quadro 1.

Quadro 1 - Encontros para cessação do tabagismo.

Encontros	Conteúdos trabalhados	Intervenções
1º - Entender para mudar	Educação em saúde sobre dependência física e psicológica.	Sensibilização, contrato terapêutico, definição da data para parar.
2º Enfrentando a abstinência	Sintomas, fissuras e gatilhos	Técnicas comportamentais e início da mediação.
3º Mudando hábitos	Ansiedade e rotina	Respiração, atividade física e estratégias substitutivas.
4º manutenção	Prevenção de recaídas	Plano individual de continuidade e apoio familiar

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise da caracterização sociodemográfica do grupo participante, composto por 10 fumantes, evidenciou predominância do sexo feminino, correspondendo a 60% dos participantes, enquanto os homens representaram 40% do total. Em relação à faixa etária, observou-se maior concentração entre indivíduos de 40 a 49 anos, que representaram 40% da amostra. Em seguida, destacaram-se participantes com idade entre 50 e 59 anos (30%), enquanto aqueles entre 30 e 39 anos corresponderam a 20% do grupo. Apenas 10% dos participantes apresentavam idade igual ou superior a 60 anos, indicando que a maior parte dos fumantes participantes do grupo se encontrava em idade adulta intermediária.

No que se refere à ocupação profissional, verificou-se maior frequência de trabalhadores vinculados à agricultura ou a serviços gerais, representando 40% dos participantes. As atividades domésticas corresponderam a 30% do grupo, seguidas por trabalhadores autônomos, que totalizaram 20%. Por fim, apenas 10% dos participantes eram aposentados. Esses dados indicaram que a maioria dos participantes estava inserida em atividades laborais de caráter informal ou de baixa complexidade ocupacional, o que pode refletir condições socioeconômicas específicas e possíveis fatores associados à manutenção do hábito de fumar, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de pessoa fumantes atendidas na Atenção Primária à Saúde, em Unidade de Saúde de Araçoiaba/PE

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	6	60
Masculino	4	40
Faixa etária (anos)		
30–39	2	20
40–49	4	40
50–59	3	30
≥60	1	10
Profissão		
Agricultura/serviços gerais	4	40
Doméstica	3	30
Autônomo	2	20
Aposentado	1	10

Fonte: Dados da pesquisa.

No diagnóstico inicial, verificou-se que os participantes apresentavam histórico prolongado de tabagismo, com média de 17 anos de consumo e ingestão diária entre 10 e 25 cigarros. As principais motivações para cessação estavam relacionadas à saúde, seguidas por questões financeiras e influência familiar. Esses achados dialogam com a literatura, que aponta a preocupação com os impactos físicos e econômicos como fatores determinantes para a busca de tratamento.

Em relação às motivações para cessação do tabagismo, observou-se que a principal razão relatada pelos participantes foi a presença de problemas de saúde, mencionada por 60% dos integrantes do grupo. Esse dado indica que o agravamento ou o risco de desenvolvimento de doenças relacionadas ao tabaco tem papel significativo na decisão de abandonar o hábito de fumar, evidenciando a influência da percepção dos impactos negativos do tabagismo na qualidade de vida e no bem-estar físico.

Outros fatores também foram identificados como motivadores para interrupção do consumo de tabaco. As questões relacionadas aos gastos financeiros com a compra de cigarros foram mencionadas por 30% dos participantes, demonstrando que o custo econômico do hábito pode atuar como importante estímulo para cessação. Além disso, 10% dos participantes relataram que a influência familiar foi determinante para decisão de parar de fumar, evidenciando o papel do apoio e da pressão social positiva exercida por familiares no processo de mudança de comportamento e adoção de hábitos mais saudáveis (Tabela 2).

Tabela 2 - Motivações para parar de fumar dos pacientes atendidos na atenção Primária à Saúde, em Unidade de Saúde de Araçoiaba/PE

Motivação	n	%
Problemas de saúde	6	60
Gastos financeiros	3	30
Influência familiar	1	10

Fonte: Dados da pesquisa.

Esses resultados são compatíveis com estudos nacionais que demonstram que preocupações com doenças cardiovasculares, respiratórias e custos do cigarro são os principais fatores motivadores para tentativa de cessação (INCA, 2019).

Durante o processo, observou-se adesão significativa ao tratamento medicamentoso: 70% dos participantes seguiram corretamente as orientações, 20% aderiram parcialmente e apenas 10% não utilizaram os recursos disponíveis. Ao final dos encontros, quatro participantes cessaram completamente o tabagismo, três reduziram o consumo em mais de 50%, dois apresentaram redução moderada e apenas um manteve o mesmo padrão inicial. Assim, 90% do grupo apresentou algum nível de mudança positiva, evidenciando que a abordagem integrada contribuiu para avanços concretos.

Tabela 3 - Adesão ao tratamento de paciente atendidos na Atenção Primária à Saúde, em Unidade de Saúde de Araçoiaba/PE

Adesão	n	%
Completa	7	70
Parcial	2	20
Não adesão	1	10

Fonte: Dados da pesquisa.

A adesão ao tratamento observada neste estudo pode estar relacionada ao acompanhamento contínuo realizado pela equipe da Atenção Primária à Saúde, bem como ao vínculo estabelecido entre profissionais e usuários durante os encontros do grupo de cessação. Evidências da literatura indicam que intervenções estruturadas, que combinam apoio comportamental com tratamento medicamentoso e acompanhamento regular, apresentam maiores taxas de sucesso na cessação do tabagismo. Estudos demonstram que a atuação da Atenção Primária, especialmente por meio de grupos de apoio e acompanhamento multiprofissional, contribui significativamente para elevar a adesão e reduzir o consumo de tabaco, ao longo do tempo. Pesquisa recente aponta que estratégias baseadas em aconselhamento intensivo e suporte farmacológico podem duplicar ou até triplicar as taxas de abandono do tabagismo, quando comparadas a intervenções mínimas ou ausência de acompanhamento, reforçando o papel central da Atenção Primária na condução dessas ações (World Health Organization, 2023; Instituto Nacional de Câncer, 2022).

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, a análise dos resultados clínicos obtidos ao final da intervenção evidenciou avanços importantes no processo de cessação do tabagismo entre os participantes do grupo.

Observou-se que 40% dos indivíduos conseguiram alcançar a cessação completa do uso do tabaco, demonstrando a efetividade das estratégias adotadas durante o acompanhamento. Além disso, 30% dos participantes apresentaram redução superior a 50% no consumo de cigarros, indicando progresso significativo no processo de abandono do hábito, mesmo que ainda não tenham alcançado a interrupção total.

Outros 20% dos participantes apresentaram redução moderada no consumo de tabaco, o que também representa avanço relevante no contexto das intervenções para cessação do tabagismo, uma vez que a diminuição gradual do consumo pode favorecer o abandono definitivo em etapas posteriores.

Apenas 10% dos participantes mantiveram o mesmo padrão de consumo observado no início do acompanhamento. De modo geral, os resultados indicaram que a maioria dos integrantes do grupo apresentou algum nível de mudança positiva em relação ao consumo de tabaco, evidenciando o potencial das ações de acompanhamento e apoio desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Tabela 4 - Resultados clínicos de paciente atendidos na Atenção Primária à Saúde, em Unidade de Saúde de Araçoiaba/PE

Resultados	n	%
Cessação completa	4	40
Redução >50%	3	30
Redução moderada	2	20
Sem mudança	1	10

Fonte: Dados da pesquisa.

De modo geral, os resultados indicaram impacto expressivo da intervenção no comportamento tabágico dos participantes. Observou-se que 90% do grupo apresentou algum tipo de mudança positiva em relação ao consumo de cigarro, seja por meio da cessação completa ou pela redução significativa do número de cigarros consumidos. Esse resultado mostra-se superior à média observada em tratamentos não acompanhados, nos quais as taxas de abstinência após intervenções breves costumam variar entre 20% e 30%. Esses achados reforçam a importância do acompanhamento sistemático e da abordagem estruturada na Atenção Primária para o sucesso das estratégias de cessação do tabagismo.

A análise qualitativa, realizada por meio de questionários, registros em diário de campo e rodas de conversa, permitiu identificar quatro eixos temáticos principais relacionados à experiência dos participantes, durante a intervenção: percepção do tabagismo, fatores de dificuldade, estratégias de enfrentamento e impacto da intervenção. No primeiro eixo, referente à percepção do tabagismo, os participantes passaram a reconhecer de forma mais clara os efeitos prejudiciais do cigarro, associando-o a sintomas como falta de ar, agravamento da hipertensão arterial e prejuízos à convivência familiar. Observou-se que esse reconhecimento dos danos aumentou progressivamente ao longo das sessões, indicando maior conscientização sobre os riscos do hábito.

No que se refere aos fatores de dificuldade para cessação do tabagismo, os participantes relataram como principais obstáculos a ansiedade, a convivência com outros fumantes, os sintomas de abstinência e a associação do cigarro a determinados hábitos cotidianos, como o consumo de café. Esses elementos refletem a complexidade da dependência do tabaco, que envolve não apenas aspectos fisiológicos, como também componentes comportamentais e sociais que podem atuar como gatilhos para manutenção do hábito ou recaídas.

Em relação às estratégias de enfrentamento, os participantes destacaram como mais eficazes o uso de adesivos de nicotina, o apoio psicológico oferecido durante os encontros, a prática de atividades físicas leves, como caminhadas, e estratégias comportamentais voltadas para substituir o ato de fumar, como manter as mãos ou a boca ocupada. Além disso, o apoio familiar foi mencionado como fator importante para o fortalecimento da motivação e manutenção do processo de cessação. Por fim, quanto ao impacto da intervenção, os relatos evidenciaram benefícios percebidos pelos participantes, como melhora da respiração, redução dos gastos financeiros com cigarro, aumento da autoestima e maior sensação de controle sobre o próprio comportamento. Esses resultados evidenciaram que a intervenção produziu não apenas mudanças no consumo de tabaco, como também efeitos positivos na qualidade de vida dos participantes.

Os participantes reconheceram os danos do cigarro, mas relataram obstáculos como ansiedade, convivência com fumantes e sintomas de abstinência. As estratégias mais eficazes foram o uso de medicamentos, apoio psicológico e atividades físicas, confirmando achados da literatura que destacam a necessidade de ações integradas e contínuas para o sucesso da cessação. O reconhecimento dos danos, porém dificuldade prática para parar devido à ansiedade, influência social e abstinência são amplamente descritos na literatura científica sobre cessação do tabagismo. De acordo com o *U.S. Department Of Health and Human Services* (2020), parar de fumar não depende apenas de informação, mas principalmente do manejo de dependência química, fatores emocionais e contexto

social. A maioria dos fumantes deseja parar, porém apenas uma pequena parcela consegue sem ajuda estruturada. Isso ocorre porque a dependência da nicotina apresenta forte componente neurobiológico e comportamental, com sintomas como irritabilidade, ansiedade e fissura, exatamente como relatado pelos participantes.

Em relação às barreiras encontradas, estudos indicam que ansiedade e convivência com fumantes são preditores importantes de recaída. Revisões sistemáticas associadas à Organização Mundial da Saúde apontam que fatores sociais e ambientais podem dobrar o risco de retorno ao consumo, especialmente quando o indivíduo permanece em ambientes permissivos ao tabagismo. Além disso, sintomas de abstinência principalmente ansiedade e inquietação atingem pico na primeira semana, sendo a principal causa de abandono precoce do tratamento.

Quanto às estratégias eficazes observadas no grupo, elas dialogam diretamente com o consenso científico atual. Diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil recomendam abordagem combinada: tratamento farmacológico + apoio comportamental. Metanálises internacionais mostram que:

- Terapia de reposição de nicotina, bupropiona ou vareniclina dobram ou triplicam a chance de parar de fumar;
- Intervenções psicológicas estruturadas aumentam significativamente a adesão;
- Atividade física reduz sintomas de abstinência e fissura aguda.

Revisões sistemáticas indicam que intervenções comportamentais estruturadas aumentam significativamente as chances de cessação do tabagismo, especialmente quando associadas ao tratamento farmacológico. Além disso, programas terapêuticos em grupo tendem a apresentar melhores resultados do que abordagens individuais breves, pois favorecem o suporte social e o fortalecimento da autoeficácia (Stead; Carroll; Lancaster, 2017).

Evidências indicam que intervenções contínuas, com acompanhamento por semanas ou meses, apresentam melhores resultados na cessação do tabagismo quando comparadas a orientações pontuais. Programas estruturados com encontros seriados e acompanhamento multiprofissional favorecem maior adesão ao tratamento e menores taxas de recaída ao longo do tempo (INCA, 2019).

Assim, os resultados confirmaram três consensos importantes da literatura:

1. A dependência é multifatorial (biológica, psicológica e social) informação isolada não basta;
2. O tratamento combinado é o padrão-ouro para cessação;
3. O acompanhamento contínuo e em grupo aumenta a manutenção da abstinência.

Dessa forma, a experiência do grupo não apenas reproduz evidências científicas consolidadas, mas reforça a aplicabilidade dessas recomendações na prática da Atenção Primária, demonstrando que intervenções estruturadas e multiprofissionais são fundamentais para o sucesso da cessação do tabagismo.

Diante desses resultados, a pergunta-chave que orienta a discussão é: o que alcançou com a intervenção? A resposta evidenciou que a intervenção alcançou:

- A cessação completa do tabagismo em 40% dos participantes;
- Redução significativa ou moderada em outros 50%;
- Melhora da autoestima, redução de sintomas respiratórios e maior motivação para hábitos saudáveis;
- Fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde, ampliando a percepção da Unidade Básica de Saúde como espaço de acolhimento e promoção da saúde.

De forma crítica, pode-se afirmar que a intervenção não apenas promoveu mudanças individuais, como também gerou desdobramentos coletivos, como maior engajamento comunitário e valorização das rodas de conversa como instrumento de apoio. Esses resultados confirmaram que a integração entre acompanhamento clínico, suporte psicológico e farmacoterapia é determinante para o êxito das ações de cessação do tabagismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar os efeitos da implementação de um plano de intervenção para redução do tabagismo, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especificamente no PSF V do município de Araçoiaba/PE, considerando abordagem multiprofissional, integrada e centrada no usuário. A partir dos resultados obtidos, afirma-se que os objetivos propostos foram amplamente alcançados, evidenciando a efetividade da estratégia adotada.

A intervenção possibilitou mudanças expressivas no comportamento dos participantes em relação ao consumo de derivados do tabaco, com destaque para cessação completa em 40% do grupo e redução significativa ou moderada em outros 50%, o que demonstra impacto positivo em 90% dos usuários acompanhados. Esses achados reforçam a importância da associação entre tratamento medicamentoso, suporte psicológico e acompanhamento clínico contínuo, conforme preconizado pelas políticas públicas de controle do tabagismo.

Além dos desfechos quantitativos, a análise qualitativa evidenciou transformações relevantes na percepção dos participantes acerca do tabagismo, ampliando a consciência sobre danos e fortalecendo a motivação para mudanças no estilo de vida. A melhoria da autoestima, a redução de sintomas respiratórios e o estímulo à prática de hábitos saudáveis revelaram que os benefícios da intervenção ultrapassaram a dimensão da cessação, alcançando a promoção da saúde de forma mais ampla.

Outro aspecto relevante foi o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde, com a valorização das rodas de conversa e dos espaços coletivos como estratégias potentes de acolhimento, escuta e apoio mútuo. Esse resultado evidenciou o papel central da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e promotora de ações que integram dimensões biológicas, psicológicas

e sociais do processo saúde-doença.

Do ponto de vista institucional, a experiência contribuiu para qualificar a prática assistencial da equipe multiprofissional, estimulando o trabalho colaborativo e a incorporação de abordagens mais sistematizadas para o enfrentamento do tabagismo. Assim, o estudo demonstra que intervenções de baixo custo, organizadas no território e sustentadas por políticas públicas existentes, podem gerar resultados concretos e sustentáveis.

Por fim, enfatiza-se que todas as etapas do estudo respeitaram os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, assegurando a proteção dos participantes e a integridade da pesquisa. Como limitação, destacam-se o número reduzido de participantes e o curto período de acompanhamento, o que aponta para necessidade de novos estudos com amostras ampliadas e seguimento longitudinal. Recomenda-se, portanto, a continuidade e expansão de grupos de cessação do tabagismo no município, bem como a realização de pesquisas futuras que aprofundem a avaliação dos impactos dessas intervenções a médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Caderno temático do Programa Saúde na Escola: prevenção do uso do tabaco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 44 p. ISBN 978-65-5993-357-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/vigitel>. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Vigitel Brasil 2025**: resultados preliminares. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a.

GBD 2019 TOBACCO COLLABORATORS. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, London, v. 397, n. 10292, p. 2337–2360, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**: manual do participante. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Abordagem e tratamento do fumante**: consenso 2019. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abordagem-e-tratamento-do-fumante-consenso-2019>. Acesso em: 15 mar. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados**:

Araçoiaba – Pernambuco. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 5 ago. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Abordagem e tratamento do fumante**: consenso 2022. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatórios globais e regionais sobre tabagismo 2024-2025**. Brasília: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>. Acesso em: 5 ago. 2025.

STEAD, L.F.; CARROLL, A.J.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 3. p.CD001007, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub3>.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Smoking cessation**: a report of the Surgeon General. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Disponível em: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>. Acesso em: 15 mar. 2026.

CAPÍTULO 3

AÇÕES EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Maria Solange Coimbra Alves Flor¹;

E-mail: maria_solange19@outlook.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-4762-7027>

Lise Maria Pinheiro de Mattos Brito²;

E-mail: lisebrito2@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5710-6736>

Sérgio Silva Monte³;

E-mail: sergiomonte2006@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-5836-1284>

Gilson de Souza Almeida⁴;

E-mail: gilson_2souza@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-4010-7888>

Maria Ozilene Rodrigues Batista⁵;

E-mail: ozilene.batista@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-3827-5104>

Ana Claudia Parente Silveira⁶;

E-mail: c-parente@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-1050-8928>

Francisca Débora Carneiro Melo Macedo⁷.

E-mail: f.deboracarneiro@gmail.com

RESUMO: **Introdução:** A obesidade e o sobrepeso representam importantes problemas de saúde pública, associados ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis. **Objetivo:** relatar a experiência de uma intervenção multiprofissional realizada na Atenção Primária à Saúde, voltada à promoção de hábitos saudáveis em indivíduos com excesso de peso. **Metodologia:** Trata-se de uma intervenção em saúde desenvolvido por equipe de uma Unidade Básica de Saúde, com participação de médica, nutricionista e educador físico, em comunidade rural. As ações incluíram avaliação antropométrica, orientações nutricionais, prática de atividade física adaptada, educação em saúde

e oficina de alimentação saudável. Após um mês, os participantes foram reavaliados. **Resultados e discussão:** Embora não tenha sido observada perda de peso significativa na maioria dos indivíduos, verificaram-se melhorias relevantes, como redução de medidas corporais, melhora da pressão arterial e dos níveis glicêmicos, além de benefícios subjetivos como maior bem-estar e redução de dores. **Conclusão:** A intervenção demonstrou impacto positivo na qualidade de vida e na conscientização dos participantes, reforçando a importância de ações contínuas e multiprofissionais na Atenção Básica para o enfrentamento da obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Obesidade. Promoção da Saúde. Sobrepeso.

EDUCATIONAL ACTIONS TO PROMOTE HEALTHY EATING AND PHYSICAL ACTIVITY IN PRIMARY HEALTH CARE: A HEALTH INTERVENTION

ABSTRACT: Introduction: Obesity and overweight represent major public health problems, associated with an increase in chronic non-communicable diseases. **Objective:** To report the experience of a multiprofessional intervention carried out in Primary Health Care, aimed at promoting healthy habits in individuals with excess weight. **Methodology:** This is an experience report developed by a team from a Basic Health Unit, with the participation of a physician, nutritionist, and physical educator, in a rural community. The actions included anthropometric assessment, nutritional guidance, adapted physical activity, health education, and a healthy eating workshop. After one month, the participants were reassessed. **Results and discussion:** Although significant weight loss was not observed in most individuals, relevant improvements were verified, such as reduction in body measurements, improvement in blood pressure and glycemic levels, as well as subjective benefits such as greater well-being and reduction of pain. **Conclusion:** The intervention demonstrated a positive impact on the quality of life and awareness of the participants, reinforcing the importance of continuous and multiprofessional actions in Primary Care to address obesity.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Education. Obesity. Health Promotion. Overweight.

INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida como uma doença crônica, complexa, progressiva e multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua ocorrência resulta da interação entre fatores genéticos, ambientais, sociais, emocionais, econômicos e culturais, configurando-se como um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea (ABESO, 2022). Em escala mundial, a elevada prevalência da obesidade tem contribuído para o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial, distúrbios respiratórios, alterações osteomusculares e diversas outras condições que comprometem a qualidade de vida e elevam os custos dos sistemas de saúde (Machado; Almeida; Maynard, 2023).

No Brasil, esse cenário representa um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), que enfrenta crescente demanda por atendimentos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis associadas ao excesso de peso. Estima-se que o tratamento da obesidade gere despesas de aproximadamente R\$ 380 milhões anuais ao sistema público de saúde (Nilson *et al.*, 2020). Dados do Vigitel (2019) demonstram que 20,3% dos adultos brasileiros apresentavam obesidade, com maior prevalência entre as mulheres. Paralelamente, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2022) aponta que a prevalência da obesidade aumentou mais de 70% nas últimas décadas, evidenciando a necessidade de fortalecer políticas públicas voltadas à promoção da saúde e à prevenção dessa condição.

Além das repercussões físicas, a obesidade relaciona-se a importantes aspectos psicológicos e comportamentais, incluindo ansiedade, alterações de autoestima e compulsão alimentar, que podem interferir no comportamento alimentar e dificultar o manejo da condição (Silva; Gondo, 2021). Soma-se a isso a transformação dos hábitos de vida da população, marcada pelo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares, gorduras e sódio, aliado à redução da prática regular de atividade física em decorrência da urbanização e do avanço tecnológico, configurando um ambiente obesogênico que favorece o ganho de peso (Monteiro *et al.*, 2019).

Outro aspecto relevante refere-se às desigualdades sociais que permeiam a ocorrência da obesidade. Populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica podem enfrentar barreiras relacionadas ao acesso a alimentos adequados e saudáveis e às condições necessárias para a adoção de modos de vida saudáveis, tornando a prevenção e o controle da obesidade mais complexos. Nesse contexto, estratégias intersetoriais que articulem diferentes setores e políticas públicas são fundamentais para promover alimentação adequada, modos de vida saudáveis e atenção integral às pessoas com sobrepeso e obesidade (Pinheiro *et al.*, 2019).

Diante desse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico no enfrentamento da obesidade por constituir a principal porta de entrada do SUS e por desenvolver ações contínuas de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal dos usuários. A atuação das equipes multiprofissionais, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e demais profissionais da saúde, possibilita uma abordagem integral que contempla não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais, culturais e emocionais relacionados ao excesso de peso. Por meio de orientações nutricionais, incentivo à prática de atividade física, educação em saúde, acompanhamento do estado nutricional e desenvolvimento de oficinas educativas, torna-se possível estimular mudanças de comportamento capazes de reduzir os fatores de risco associados à obesidade.

Considerando que a obesidade representa um estado inflamatório crônico do tecido adiposo e constitui fator de risco para diversas doenças, emerge a necessidade de desenvolver intervenções efetivas no âmbito da Atenção Primária. Assim, este estudo busca responder à seguinte problemática: de que forma um projeto de intervenção baseado em orientação nutricional, acompanhamento do estado nutricional, grupos de atividade física, ações de educação em saúde e oficinas conduzidas por equipe multiprofissional em uma Unidade Básica de Saúde da Família pode contribuir para a prevenção e o

combate à obesidade? Parte-se da hipótese de que ações educativas voltadas à alimentação saudável e à prática regular de atividade física exercem papel decisivo na prevenção e no enfrentamento da obesidade, uma vez que atuam diretamente sobre seus determinantes comportamentais e sociais.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de desenvolver estratégias de promoção da saúde compatíveis com a realidade da comunidade atendida. Muitos usuários da Atenção Primária não possuem acesso regular a nutricionistas, academias ou programas específicos para controle do peso, tornando imprescindível a utilização de intervenções simples, acessíveis e adaptadas às condições socioeconômicas locais. O fortalecimento da educação em saúde favorece o autocuidado, amplia o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis, incentiva a prática de atividade física e fortalece o vínculo entre os profissionais da saúde e a comunidade, contribuindo para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Além disso, intervenções desenvolvidas no âmbito da APS apresentam maior potencial de sustentabilidade por estarem inseridas no cotidiano da população, possibilitando acompanhamento contínuo, identificação precoce de fatores de risco e adoção de estratégias coletivas, como grupos educativos, rodas de conversa e atividades comunitárias. Essas ações favorecem a troca de experiências, aumentam a adesão às mudanças de estilo de vida e estimulam a construção de uma cultura permanente de promoção da saúde.

Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo geral promover ações educativas que incentivem a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física no contexto da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a prevenção e o controle da obesidade, para a melhoria da qualidade de vida da população e para o fortalecimento das ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

MÉTODO

Trata-se de um relato de intervenção em saúde, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada no município de Sertânia, Pernambuco. A proposta consistiu na implementação de um conjunto de ações educativas voltadas à promoção da alimentação saudável, ao incentivo da prática regular de atividade física e ao fortalecimento do autocuidado entre usuários com sobrepeso, obesidade ou fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis. Trata-se de uma intervenção do tipo antes e depois, sem grupo controle, fundamentada na perspectiva de que ações multiprofissionais desenvolvidas na APS podem contribuir para a modificação de hábitos de vida e para a prevenção de agravos relacionados ao excesso de peso.

A intervenção foi realizada na UBSF Campos, unidade que atende predominantemente população residente em área rural, caracterizada por diferentes condições socioeconômicas e por limitações de acesso contínuo a serviços especializados de saúde, espaços destinados à prática de atividade física e alimentação saudável. A escolha desse cenário justifica-se pelo papel estratégico da Atenção Primária como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela

promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento longitudinal da população adscrita, possibilitando o desenvolvimento de intervenções adaptadas às necessidades e à realidade local.

Participaram da intervenção usuários previamente identificados pela equipe de saúde por meio de busca ativa, apresentando sobrepeso, obesidade ou fatores de risco relacionados. A equipe multiprofissional envolvida foi composta por médica, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, técnica de enfermagem, coordenação da unidade e agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo planejamento, execução e acompanhamento das atividades. Ao todo, 22 pessoas estiveram envolvidas nas ações, sendo considerados para fins de análise os 15 usuários que participaram das etapas principais da intervenção, incluindo avaliação inicial, atividades educativas e reavaliação. Foram incluídos usuários residentes na área de abrangência da unidade que aceitaram participar voluntariamente das atividades propostas e compareceram às etapas de avaliação, sendo excluídos aqueles que não concluíram o acompanhamento ou apresentavam limitações clínicas que impossibilitassem a participação nas práticas corporais sem avaliação específica.

As atividades foram desenvolvidas ao longo de aproximadamente um mês, iniciando-se em fevereiro, contemplando momentos de planejamento, mobilização dos participantes, avaliação clínica e antropométrica, educação em saúde, oficinas práticas de alimentação saudável, práticas corporais supervisionadas e reavaliação ao término do acompanhamento. Inicialmente, foram realizadas reuniões entre os profissionais da unidade para definição do cronograma, organização dos recursos necessários e estabelecimento das estratégias de busca ativa, contando com importante participação dos agentes comunitários de saúde na identificação e convite aos usuários da comunidade.

No primeiro encontro, os participantes foram acolhidos pela equipe, receberam informações sobre os objetivos da intervenção e foram submetidos à avaliação inicial. Nessa etapa, foram coletados dados antropométricos, incluindo peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência abdominal e circunferência do quadril, além da avaliação clínica composta pela aferição da pressão arterial e da glicemia capilar. Também foram registradas informações referentes à presença de doenças crônicas, uso de medicamentos, prática de atividade física, hábitos alimentares, consumo de álcool, tabagismo e demais aspectos relacionados ao estilo de vida.

Para complementar a caracterização dos participantes, foi aplicado um questionário abordando frequência das refeições, consumo de frutas, verduras e alimentos ultraprocessados, realização de atividade física e disposição para mudanças no estilo de vida. Durante todo o processo de intervenção, também foram registrados relatos dos participantes sobre bem-estar, disposição física, dores corporais, dificuldades enfrentadas e percepção das mudanças decorrentes das ações desenvolvidas.

As atividades educativas foram conduzidas pela equipe multiprofissional por meio de rodas de conversa, palestras e orientações individuais e coletivas, abordando a obesidade como doença crônica, seus fatores de risco, complicações associadas, alimentação saudável, hidratação, prática de atividade física e importância do acompanhamento contínuo na Atenção Primária à Saúde. Paralelamente, foram realizadas oficinas práticas coordenadas pela nutricionista, com demonstração de preparações alimentares saudáveis, incentivo ao consumo de alimentos regionais, substituições alimentares economicamente viáveis e redução do consumo de produtos ultraprocessados. Ao final

das oficinas, os participantes puderam degustar as preparações, favorecendo a aproximação entre o conhecimento teórico e a prática cotidiana.

As práticas corporais foram conduzidas pelo educador físico e pelo fisioterapeuta, contemplando alongamentos, caminhadas orientadas, exercícios de baixo impacto e atividades adaptadas às condições físicas dos participantes. Buscou-se priorizar exercícios simples, passíveis de reprodução no ambiente domiciliar, utilizando materiais de fácil acesso, de modo a estimular a continuidade das práticas após o encerramento da intervenção.

Após aproximadamente um mês, foi realizada a reavaliação dos participantes, repetindo-se as medidas antropométricas e clínicas obtidas na avaliação inicial, além da coleta de relatos sobre mudanças percebidas em relação ao autocuidado, à alimentação, à prática de atividade física, à disposição física e ao bem-estar. Os dados obtidos foram organizados em planilhas e analisados de forma descritiva, mediante comparação entre os resultados obtidos antes e após a intervenção. Foram consideradas medidas como peso, IMC, circunferências corporais, pressão arterial e glicemia capilar, utilizando frequências, médias e variações absolutas para descrição dos resultados. Os relatos dos participantes foram analisados qualitativamente, permitindo compreender aspectos subjetivos relacionados à adesão às orientações, às dificuldades enfrentadas e às mudanças percebidas durante o acompanhamento.

A intervenção foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos participantes informações sobre os objetivos, procedimentos e caráter voluntário de sua participação, bem como a confidencialidade dos dados coletados. Os registros fotográficos utilizados para documentar as atividades foram realizados mediante autorização para uso de imagem exclusivamente para fins acadêmicos. O estudo integra o projeto de pesquisa da Universidade Federal do Ceará intitulado *“Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”*, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº 91948525.0.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados envolveu a participação de 15 usuários acompanhados pela UBSF Campos. Os dados foram coletados em dois momentos: no primeiro encontro, correspondente à avaliação inicial, e no segundo encontro, realizado após as ações educativas da intervenção. A comparação entre esses momentos permitiu observar mudanças em indicadores antropométricos e clínicos. Foram considerados peso, Índice de Massa Corporal (IMC), frequência cardíaca e pressão arterial. Também foram analisados os relatos dos participantes sobre bem-estar, disposição física, dores corporais, alimentação, atividade física e autocuidado.

Inicialmente, foi realizada a caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental dos participantes. Esses dados estão apresentados no Quadro 1, que permite observar a distribuição dos usuários quanto ao sexo, ao estado civil, à prática de atividade física, às condições clínicas autorreferidas e ao tabagismo. A organização dessas informações é importante para compreender

o perfil do grupo acompanhado. Além disso, permite relacionar os resultados da intervenção às características iniciais dos participantes. Dessa forma, o quadro contribui para contextualizar a análise dos demais indicadores avaliados.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental dos participantes

Variável	Categoria/medida	n	%
Sexo	Feminino	13	86,7
Sexo	Masculino	2	13,3
Estado civil	Casado(a)	8	53,3
Estado civil	União estável	4	26,7
Estado civil	Solteiro(a)	3	20,0
Atividade física	Sedentário	12	80,0
Atividade física	Ativo	3	20,0
Condição clínica	Hipertensão arterial referida	10	66,7
Condição clínica	Diabetes mellitus referido	3	20,0
Hábito	Tabagismo	2	13,3

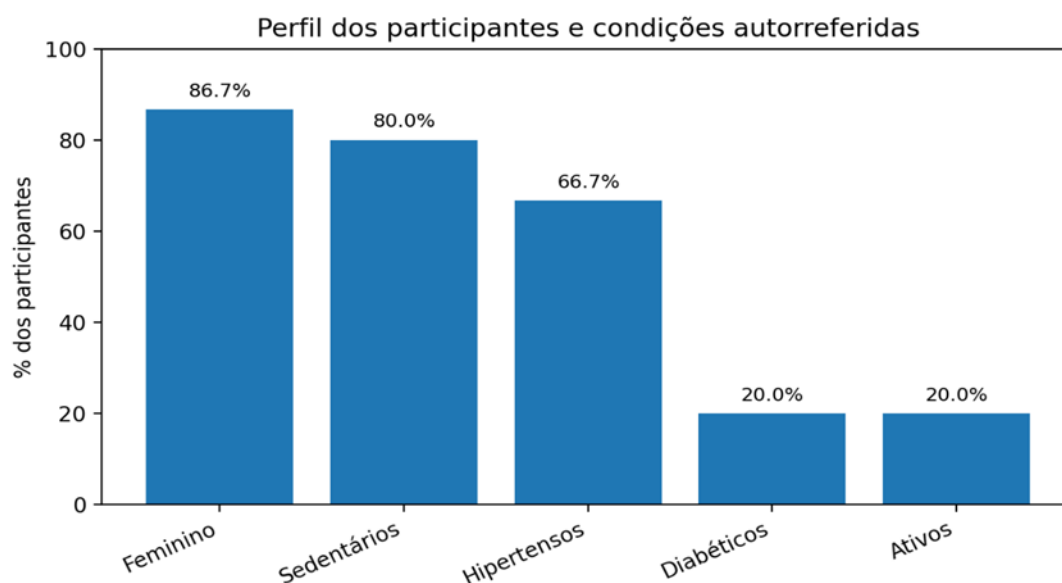
Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Conforme apresentado na Tabela 1, observou-se a predominância do sexo feminino entre os participantes, com 13 mulheres, correspondendo a 86,7%, e 2 homens, correspondendo a 13,3%. A média de idade foi de 49,1 anos, variando entre 16 e 70 anos. Quanto ao estado civil, 8 participantes eram casados, 4 viviam em união estável e 3 eram solteiros. Em relação à ocupação, houve maior presença de agricultoras e mulheres do lar. Esse dado pode estar relacionado ao contexto rural da comunidade acompanhada pela UBSF Campos.

Ainda conforme a Tabela 1, a caracterização inicial demonstrou que o grupo apresentava importante exposição a fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Entre os participantes, 12 eram sedentários, correspondendo a 80,0% da amostra. Além disso, 10 referiram hipertensão arterial, representando 66,7%, e 3 referiram *diabetes mellitus*, correspondendo a 20,0%. Esses achados evidenciam a necessidade de ações educativas e acompanhamento contínuo na Atenção Primária à Saúde, além de reforçarem a importância de intervenções voltadas à promoção de hábitos saudáveis e ao cuidado integral.

Para facilitar a visualização do perfil geral dos participantes, os dados também foram organizados no Gráfico 1. Esse gráfico permite observar, de maneira mais direta, a predominância de mulheres, o elevado percentual de sedentarismo e a frequência expressiva de hipertensão arterial no grupo avaliado. A representação gráfica contribui para destacar os principais fatores de risco identificados no início da intervenção. Além disso, auxilia na compreensão da relevância das ações educativas desenvolvidas.

Gráfico 1. Perfil dos participantes e condições autorreferidas



Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como identificado no Gráfico 1, o sedentarismo foi uma das características mais frequentes entre os participantes, seguido pela hipertensão arterial referida. No contexto da UBSF Campos, esses dados ganham relevância por se tratar de uma comunidade rural. Nessa realidade, os hábitos alimentares, a rotina de trabalho, o acesso aos serviços de saúde e as possibilidades de prática regular de atividade física podem ser influenciados por fatores sociais, culturais, econômicos e territoriais. Por isso, as ações educativas precisam considerar as condições concretas de vida dos usuários. Essa perspectiva fortalece a necessidade de intervenções viáveis e compatíveis com a realidade local.

Os achados apresentados no Quadro 1 e no Gráfico 1 dialogam com a Política Nacional de Atenção Básica, ao destacarem a importância de considerar o território, a população adscrita e suas condições de vida na organização das ações de saúde (Brasil, 2017). Nessa mesma perspectiva, Starfield (2002) reforça que a Atenção Primária deve estar orientada às necessidades da população. Em comunidades rurais, essa orientação torna-se ainda mais importante, pois o acesso aos serviços pode apresentar limitações. Rodrigues *et al.* (2021) também destacam a importância de estratégias contextualizadas para populações rurais. Dessa forma, a intervenção realizada buscou responder a uma necessidade concreta do território acompanhado.

A elevada frequência de sedentarismo observada no grupo reforça um dos principais desafios enfrentados na prevenção e no controle do sobrepeso, da obesidade e das doenças crônicas associadas. A prática regular de atividade física constitui uma estratégia relevante para reduzir o comportamento sedentário e melhorar as condições gerais de saúde (WHO, 2020). Além disso, o acompanhamento clínico e a adoção de hábitos saudáveis são fundamentais para o controle da hipertensão arterial. Essas medidas devem estar associadas à alimentação adequada, ao controle do peso e à mudança no estilo de vida, conforme Barroso *et al.* (2020). No cuidado às pessoas com *diabetes mellitus*, a educação em saúde e o monitoramento contínuo também são importantes para prevenir complicações

(ADA, 2023).

Em relação ao estado nutricional, os dados de classificação do IMC foram organizados no Quadro 2. Esse quadro apresenta a distribuição dos participantes no encontro inicial e no retorno após a intervenção. A comparação entre os dois momentos permite observar possíveis mudanças na classificação nutricional dos usuários. Essa análise é importante porque o IMC é um indicador amplamente utilizado na avaliação do excesso de peso. Dessa maneira, o Quadro 2 contribui para verificar os efeitos iniciais da intervenção sobre o perfil antropométrico do grupo.

Quadro 2. Classificação do IMC dos participantes no encontro inicial e no retorno

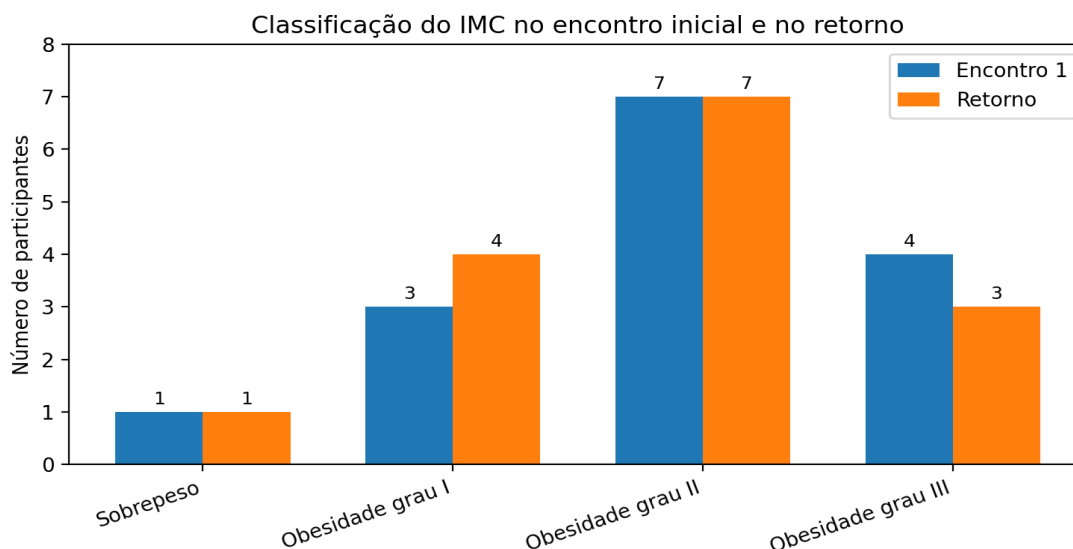
Classificação do IMC	Encontro 1 n (%)	Retorno n (%)
Sobrepeso	1 (6.7%)	1 (6.7%)
Obesidade grau I	3 (20.0%)	4 (26.7%)
Obesidade grau II	7 (46.7%)	7 (46.7%)
Obesidade grau III	4 (26.7%)	3 (20.0%)

Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Conforme demonstrado no Quadro 2, todos os participantes apresentaram IMC acima da faixa considerada eutrófica no momento inicial. No primeiro encontro, 1 participante encontrava-se em sobrepeso, 3 em obesidade grau I, 7 em obesidade grau II e 4 em obesidade grau III. No retorno, observou-se a permanência de 1 participante em sobrepeso e o aumento de 3 para 4 participantes em obesidade grau I. Também houve manutenção de 7 participantes em obesidade grau II. Já a obesidade grau III apresentou redução de 4 para 3 participantes.

Para complementar a interpretação do Quadro 2, a classificação do IMC também foi apresentada no Gráfico 2. A representação gráfica permite comparar visualmente a distribuição dos participantes antes e após a intervenção, facilitando a identificação das categorias com maior concentração de usuários. Além disso, evidencia a mudança observada na obesidade grau III. Dessa forma, o Gráfico 2 contribui para demonstrar que os resultados foram discretos, mas indicaram melhora em parte do grupo.

Gráfico 2. Classificação do IMC no encontro inicial e no retorno



Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como identificado no Gráfico 2, a maior concentração de participantes permaneceu na classificação de obesidade grau II nos dois momentos avaliados. Também se observa redução no número de participantes classificados com obesidade grau III, passando de 4 no encontro inicial para 3 no retorno. Embora a mudança geral na classificação do IMC tenha sido discreta, esse deslocamento indica um resultado inicial positivo. A redução em uma categoria de maior gravidade merece atenção, especialmente pelo curto período de acompanhamento. No entanto, esses achados devem ser analisados com cautela.

Ainda que o IMC não permita avaliar isoladamente a composição corporal, ele é um indicador amplamente utilizado na avaliação do estado nutricional. Esse índice não diferencia massa magra, gordura corporal nem distribuição da adiposidade, mas contribui para identificar situações de excesso de peso (Heyward; Gibson, 2014). No contexto da Atenção Primária à Saúde, o IMC auxilia na identificação de riscos associados às doenças crônicas. Por isso, deve ser interpretado em conjunto com outros dados clínicos, comportamentais e contextuais. Essa interpretação integrada é necessária para compreender melhor a condição de saúde dos participantes (Brasil, 2014a).

Os resultados observados no Quadro 2 e no Gráfico 2 devem ser compreendidos considerando o curto período de acompanhamento. Mudanças corporais decorrentes de intervenções no estilo de vida tendem a ocorrer de forma gradual (ACSM, 2018; WHO, 2020). Assim, nem sempre se expressam de maneira intensa no peso corporal ou na classificação do IMC em apenas um mês. Essa limitação não reduz a importância dos resultados, mas orienta uma interpretação mais prudente. Nesse sentido, a redução de participantes em obesidade grau III sugere efeito inicial favorável da intervenção.

Além da classificação do IMC, foram comparados indicadores clínicos e antropométricos entre o encontro inicial e o retorno. Esses resultados estão apresentados no Quadro 3, que reúne as médias iniciais, as médias no retorno, a variação média e o número de participantes que apresentaram

melhora em cada indicador. A organização desses dados permite observar, de forma mais objetiva, os efeitos iniciais da intervenção. Também possibilita comparar os resultados relacionados ao peso, ao IMC, à frequência cardíaca e à pressão arterial. Assim, o Quadro 3 constitui um dos principais elementos para a análise quantitativa do estudo.

Quadro 3. Comparação dos indicadores clínicos e antropométricos entre o encontro inicial e o retorno

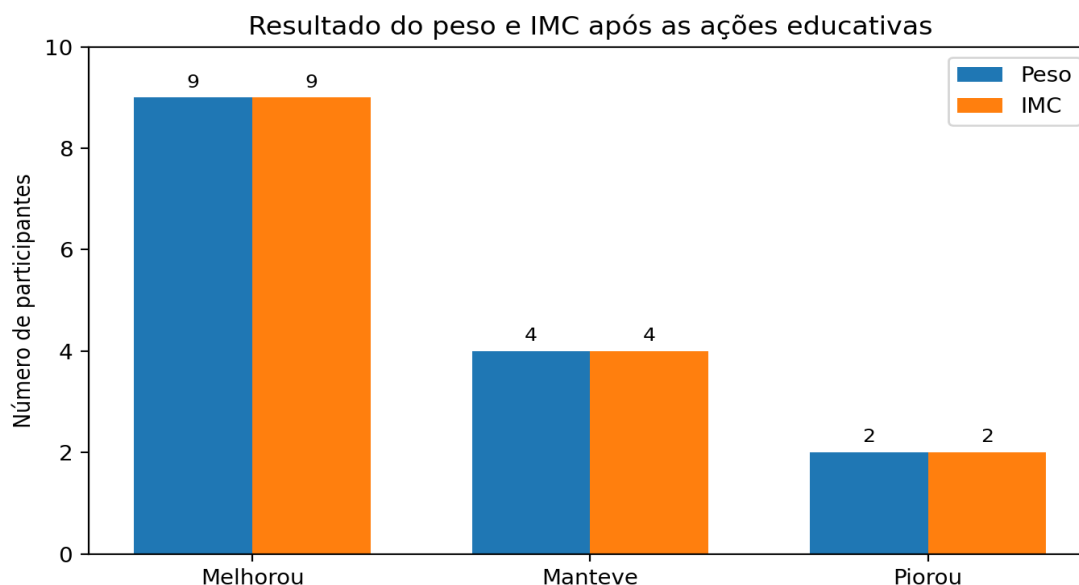
Indicador	Média inicial	Média no retorno	Variação média	Melhoraram n (%)
Peso (kg)	95.27	94.44	-0.83	9 (60.0%)
IMC	37.01	36.43	-0.58	9 (60.0%)
FC (bpm)	78.6	76.6	-2.0	8 (53.3%)
PAS (mmHg)	118.9	119.5	0.7	5 (33.3%)
PAD (mmHg)	76.7	76.5	-0.1	6 (40.0%)

Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como apresentado no Quadro 3, o peso corporal médio passou de 95,27 kg no primeiro encontro para 94,44 kg no retorno. Essa diferença representou redução média de 0,83 kg. O IMC médio também apresentou redução, passando de 37,01 para 36,43, com variação média de -0,58. No conjunto dos participantes, houve redução total de aproximadamente 12,4 kg. Embora discreto, esse resultado indica uma resposta inicial positiva às orientações realizadas durante a intervenção.

Ainda segundo o Quadro 3, 9 usuários, correspondentes a 60,0%, apresentaram redução ponderal e melhora do IMC. Outros 4 participantes, equivalentes a 26,7%, mantiveram os valores, enquanto 2, correspondentes a 13,3%, apresentaram aumento. Esses dados indicam que a intervenção produziu efeitos iniciais favoráveis em parte do grupo. A interpretação deve considerar que o intervalo entre a avaliação inicial e o retorno foi curto. Dessa forma, a melhora observada em 60,0% dos participantes pode ser compreendida como um resultado inicial relevante. Para tornar mais clara a visualização dos resultados referentes ao peso e ao IMC, esses achados foram apresentados no Gráfico 3. O gráfico demonstra a evolução desses indicadores após as ações educativas. Essa forma de apresentação facilita a observação dos participantes que reduziram, mantiveram ou aumentaram os valores avaliados. Além disso, permite visualizar de modo mais objetivo a resposta do grupo à intervenção.

Gráfico 3. Resultado do peso e do IMC após as ações educativas



Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como identificado no Gráfico 3, houve melhora no peso e no IMC em parte expressiva dos participantes após a intervenção. A interpretação desses dados deve considerar que mudanças no estilo de vida tendem a produzir resultados progressivos. A ausência de grande redução ponderal em apenas um mês não invalida os efeitos positivos observados. Isso se torna ainda mais relevante quando os dados quantitativos são analisados em conjunto com os relatos de maior disposição, leveza corporal e motivação. Assim, os resultados sugerem benefícios iniciais associados às ações educativas e ao acompanhamento multiprofissional.

Essa interpretação está de acordo com a compreensão de que ações de promoção da saúde podem gerar benefícios graduais quando articulam orientação alimentar, incentivo à atividade física e acompanhamento contínuo (Brasil, 2014a; WHO, 2020). Além disso, alterações na composição corporal, na aptidão física e na funcionalidade podem representar melhora das condições de saúde, mesmo quando a redução ponderal é pequena. O peso corporal isolado não expressa todas as mudanças relacionadas à saúde corporal (Heyward; Gibson, 2014; ACSM, 2018). Por isso, os resultados do Quadro 3 e do Gráfico 3 devem ser interpretados de forma integrada. Essa integração permite compreender melhor os efeitos iniciais da intervenção.

A relação entre atividade física e melhora dos indicadores também foi observada de forma descritiva. Entre os participantes considerados ativos no início do estudo, a redução média de peso foi de 1,40 kg. Entre os sedentários, a redução média foi de 0,68 kg. Esse resultado não permite afirmar associação estatisticamente significativa, devido ao número reduzido de participantes. No entanto, sugere uma tendência coerente com a literatura sobre a importância da atividade física na redução de peso, na melhora da funcionalidade e na promoção do bem-estar (ACSM, 2018; Matsudo *et al.*, 2002).

Apesar disso, a adesão à atividade física não depende apenas da decisão individual. Fatores sociais, ambientais, familiares, econômicos e territoriais podem facilitar ou dificultar a prática regular de exercícios (Bauman *et al.*, 2012). Em comunidades rurais, essas condições podem influenciar diretamente a continuidade das atividades propostas. Por isso, as estratégias da equipe multiprofissional devem considerar a realidade concreta dos usuários. Essa compreensão é fundamental para que as orientações sejam viáveis e sustentáveis ao longo do tempo.

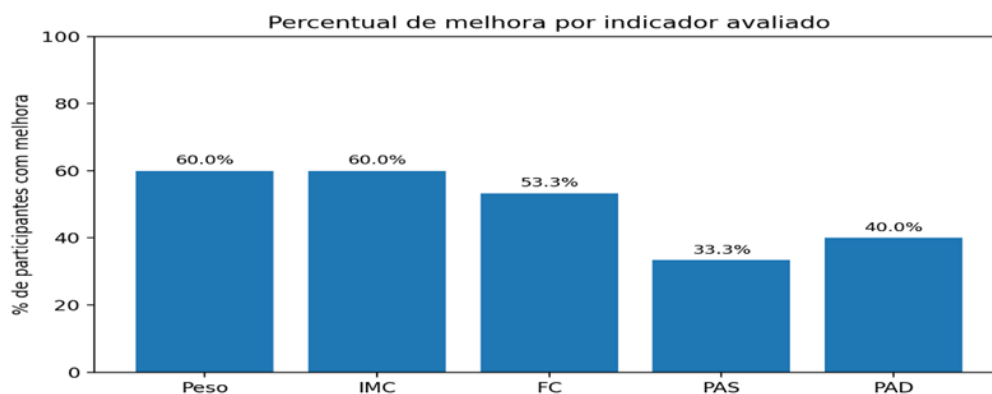
Quanto à frequência cardíaca, conforme demonstrado no Quadro 3, observou-se redução média de 2 bpm. A média passou de 78,6 bpm no primeiro encontro para 76,6 bpm no retorno. Oito participantes, correspondentes a 53,3% da amostra, apresentaram melhora nesse indicador. Embora a frequência cardíaca isolada não permita avaliar completamente o condicionamento físico, sua redução em parte dos usuários pode ser interpretada como um achado favorável. Essa interpretação se fortalece quando associada aos relatos de maior disposição e redução de dores corporais.

A prática contínua de exercícios pode contribuir para a melhora da aptidão cardiorrespiratória, da funcionalidade corporal e da resposta fisiológica ao esforço (ACSM, 2018). Além disso, a atividade física regular está associada à melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e da prevenção de agravos relacionados ao sedentarismo. Esses efeitos são relevantes especialmente em grupos com sobrepeso, obesidade e doenças crônicas associadas. Dessa forma, os relatos positivos observados após a intervenção ajudam a complementar os dados clínicos. Essa análise integrada reforça a importância das práticas corporais orientadas na Atenção Primária à Saúde (Matsudo *et al.*, 2002; WHO, 2020).

Os resultados relacionados à pressão arterial também foram descritos no Quadro 3. A pressão arterial sistólica média passou de 118,9 mmHg para 119,5 mmHg, com aumento médio de 0,6 mmHg. Já a pressão arterial diastólica média apresentou pequena redução, passando de 76,7 mmHg para 76,5 mmHg. Individualmente, 5 participantes, correspondentes a 33,3%, reduziram a pressão sistólica. Em relação à pressão diastólica, 6 participantes, equivalentes a 40,0%, apresentaram redução.

Para sintetizar a proporção de participantes que apresentaram melhora em cada indicador avaliado, os dados foram organizados no Gráfico 4. Esse gráfico permite observar, de forma comparativa, os percentuais de melhora relacionados ao peso, ao IMC, à frequência cardíaca, à pressão arterial sistólica e à pressão arterial diastólica. A visualização gráfica facilita a identificação dos indicadores com melhor resposta após a intervenção. Além disso, permite perceber que os resultados foram mais expressivos no peso e no IMC.

Gráfico 4. Percentual de participantes com melhora por indicador avaliado



Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Como identificado no Gráfico 4, os melhores percentuais de resposta foram observados no peso e no IMC, ambos com melhora em 9 participantes, correspondendo a 60,0%. A frequência cardíaca apresentou melhora em 8 participantes, equivalente a 53,3%. A pressão arterial sistólica melhorou em 5 participantes, correspondendo a 33,3%, enquanto a pressão arterial diastólica apresentou melhora em 6 participantes, equivalente a 40,0%. Quando considerada a melhora em pelo menos um dos componentes pressóricos, 8 participantes, ou 53,3%, apresentaram algum resultado favorável. Esses dados mostram que a resposta à intervenção variou conforme o indicador avaliado.

Os achados apresentados no Quadro 3 e no Gráfico 4 indicam que a intervenção pode ter contribuído para melhoras pontuais em parte do grupo. No entanto, não permitem afirmar que houve melhora pressórica geral e uniforme. Segundo Barroso *et al.* (2021), o controle pressórico depende de múltiplos fatores, como adesão medicamentosa, alimentação adequada, redução do consumo de sal, atividade física e acompanhamento clínico. Assim, em um período curto de intervenção, é esperado que os resultados pressóricos sejam variáveis. Essas variações podem estar relacionadas às condições clínicas prévias, à rotina alimentar, ao uso de medicamentos e à adesão individual às orientações.

Além dos indicadores numéricos apresentados nos quadros e gráficos, os relatos dos participantes foram importantes para compreender os efeitos iniciais da intervenção. Foram mencionadas percepções de melhora no bem-estar, sensação de corpo mais leve, redução da sensação de estômago cheio, diminuição de dores corporais e maior motivação para manter mudanças no cotidiano. Esses aspectos qualitativos ampliam a interpretação dos resultados, pois, em ações educativas de curto prazo, as primeiras mudanças nem sempre aparecem de forma expressiva nos indicadores clínicos ou antropométricos. Por isso, os relatos ajudam a evidenciar ganhos percebidos pelos próprios usuários.

Nesse mesmo sentido, os achados alimentares identificados também contribuem para compreender o perfil clínico e comportamental dos participantes. A predominância de alimentos ricos em carboidratos na dieta diária, como arroz, feijão, farinha e cuscuz, associada ao consumo irregular de frutas e verduras, aponta para a necessidade de fortalecimento das ações de educação alimentar e

nutricional no âmbito da Atenção Básica. Embora esses alimentos façam parte da cultura alimentar local e possam compor uma alimentação saudável quando consumidos com equilíbrio, a baixa variedade alimentar e o consumo insuficiente de alimentos *in natura* e minimamente processados podem contribuir para o excesso de peso e para o agravamento de doenças crônicas, como hipertensão arterial e *diabetes mellitus* (Brasil, 2014a).

A qualidade da alimentação depende não apenas da frequência do consumo, mas também do equilíbrio entre os grupos alimentares e da valorização de alimentos *in natura* e minimamente processados, conforme orientam as diretrizes brasileiras de alimentação saudável (Brasil, 2014a; Jaime *et al.*, 2018). Além disso, o consumo insuficiente de frutas e verduras está relacionado ao maior risco de doenças crônicas, o que reforça a necessidade de ações educativas permanentes voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável (Jaime *et al.*, 2009). Dessa forma, os dados alimentares observados reforçam a pertinência da intervenção realizada, especialmente por envolver orientações nutricionais acessíveis, valorização de alimentos regionais e estímulo a escolhas alimentares mais saudáveis dentro da realidade da comunidade acompanhada pela UBSF Campos.

No campo da promoção da saúde, a percepção de melhora, a ampliação do conhecimento e o fortalecimento do autocuidado são elementos importantes para estimular a continuidade das práticas saudáveis. A educação em saúde, quando participativa e contextualizada, favorece a autonomia dos usuários e o desenvolvimento de consciência crítica sobre o cuidado com a própria saúde (Freire, 1996). Além disso, a atuação multiprofissional amplia a compreensão do cuidado, fortalece a integração entre diferentes saberes e contribui para mudanças de hábitos de forma mais integral (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Nesse sentido, os relatos dos participantes reforçam o valor educativo da intervenção.

A baixa adesão à prática regular de atividade física em domicílio, observada em parte dos participantes, constitui uma limitação relevante para a obtenção de resultados mais expressivos. A mudança de comportamento depende de motivação individual, percepção de capacidade, apoio social, rotina familiar, condições ambientais e acompanhamento contínuo. A literatura destaca que a adesão é um dos principais desafios das intervenções comportamentais, pois os indivíduos podem estar em diferentes estágios de prontidão para a mudança. Dessa forma, as estratégias educativas precisam ser compatíveis com o momento, as dificuldades e a realidade cotidiana dos participantes (Bandura, 2004; Bauman *et al.*, 2012; Prochaska; DiClemente, 1983).

Nesse sentido, ações contínuas de acompanhamento, suporte social e estratégias motivacionais são fundamentais para a manutenção das mudanças propostas. A continuidade dos encontros pode favorecer o aumento da prática regular de atividade física e a adesão às orientações alimentares. Por isso, a intervenção não deve ser vista como uma ação pontual, mas como ponto de partida para um processo educativo permanente. A manutenção de grupos de caminhada, orientações nutricionais adaptadas e acompanhamento dos casos de maior risco pode ampliar os efeitos positivos observados. Essa continuidade é especialmente importante no cuidado de usuários com excesso de peso e doenças crônicas associadas.

Em áreas rurais, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser mais limitado, ações educativas realizadas no território fortalecem o vínculo entre equipe e comunidade. Essas ações favorecem a escuta das necessidades locais e ampliam a participação dos usuários no cuidado. Esse aspecto confirma a importância da Atenção Básica como espaço de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento contínuo. Também reforça a necessidade de organizar o cuidado conforme as condições reais da população atendida (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Rodrigues *et al.*, 2021; Starfield, 2002). Assim, a intervenção realizada na UBSF Campos mostrou-se coerente com os princípios do cuidado territorializado.

Portanto, os resultados quantitativos, juntamente com os relatos qualitativos dos participantes e os achados sobre hábitos alimentares, apontam benefícios iniciais da intervenção. Esses benefícios foram observados principalmente na redução de peso e do IMC em parte dos participantes. Também foram identificadas melhorias em alguns indicadores clínicos e na percepção de autocuidado, bem-estar e disposição física. No entanto, os dados mostram que os efeitos ainda são discretos. Por isso, é necessário manter ações contínuas para ampliar os resultados alcançados.

Assim, a intervenção demonstrou relevância para a promoção da saúde na Atenção Básica, mas seus resultados devem ser interpretados com cautela. Essa cautela se justifica pelo pequeno número de participantes, pelo curto tempo de acompanhamento e pela ausência de algumas medidas comparativas no primeiro encontro. As ações educativas voltadas à alimentação saudável, à prática de atividade física e ao autocuidado são estratégias importantes para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Brasil, 2014a; Brasil, 2014b; WHO, 2020). Além disso, intervenções territorializadas e contínuas favorecem o acompanhamento dos usuários conforme suas necessidades. Nesse processo, a atuação multiprofissional contribui para fortalecer práticas educativas integradas e sustentáveis (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu analisar uma intervenção educativa multiprofissional voltada à promoção da alimentação saudável, da prática de atividade física e do autocuidado entre usuários com sobrepeso e obesidade acompanhados pela UBSF Campos, no município de Sertânia-PE. A proposta mostrou-se relevante por estar inserida no contexto da Atenção Primária à Saúde e por considerar a realidade de uma comunidade rural, na qual o acesso contínuo à informação em saúde, ao acompanhamento nutricional e à prática regular de atividade física ainda representa um desafio para parte da população.

Os principais achados evidenciaram que os participantes apresentavam importante exposição a fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente pela presença de sedentarismo, hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade. Após aproximadamente um mês de intervenção, observou-se redução discreta no peso corporal médio e no IMC médio dos participantes. Também foram identificadas melhorias em parte dos indicadores avaliados, como frequência cardíaca e pressão arterial em alguns usuários, além de relatos subjetivos de maior disposição física, sensação de bem-estar, redução de dores corporais e maior conscientização sobre alimentação saudável e

prática de atividade física.

Embora a perda de peso não tenha sido expressiva em todos os participantes, os resultados apontaram benefícios iniciais importantes. A redução de peso e do IMC em parte do grupo, associada aos relatos positivos dos usuários, indica que ações educativas acessíveis, contextualizadas e multiprofissionais podem estimular mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, a intervenção contribuiu para fortalecer o vínculo entre equipe de saúde e comunidade, ampliar o conhecimento dos participantes e incentivar práticas de autocuidado relacionadas à alimentação, à atividade física e ao acompanhamento contínuo na Atenção Primária à Saúde.

Apesar dos resultados favoráveis, algumas limitações precisam ser consideradas. O número reduzido de participantes limita a generalização dos achados para outras populações. Além disso, o curto período de acompanhamento, de aproximadamente um mês, não permite avaliar mudanças mais consistentes no peso corporal, no IMC, na pressão arterial, na glicemia ou na adesão permanente a novos hábitos de vida. Também se destacam a ausência de grupo comparativo e a não aplicação de testes estatísticos, o que impede afirmar relação causal entre a intervenção e todos os resultados observados.

Outra limitação refere-se ao uso de informações autorreferidas pelos participantes, especialmente quanto à alimentação, à prática de atividade física, ao bem-estar e à percepção de mudança. Esses relatos são importantes para compreender os efeitos subjetivos da intervenção, mas podem sofrer influência da memória, da motivação individual e do desejo de corresponder às orientações recebidas. Além disso, a baixa adesão à prática regular de atividade física em domicílio por parte de alguns participantes pode ter contribuído para resultados menos expressivos em determinados indicadores.

Dessa forma, os achados devem ser interpretados com cautela. A intervenção demonstrou tendência positiva e revelou potencial para a promoção da saúde, mas seus efeitos precisam ser acompanhados por período mais prolongado para que mudanças mais sólidas sejam identificadas. Recomenda-se que ações semelhantes sejam mantidas de forma contínua, com encontros periódicos, acompanhamento individual dos casos de maior risco, incentivo à prática regular de atividade física e fortalecimento das orientações alimentares adaptadas à realidade local.

Para futuras pesquisas, sugere-se a realização de estudos com maior número de participantes, acompanhamento mais prolongado e avaliações periódicas que permitam verificar a manutenção dos hábitos adquiridos. Também seria relevante utilizar instrumentos mais detalhados para acompanhar a adesão alimentar, a frequência da prática de atividade física, a evolução dos indicadores clínicos e antropométricos e os impactos sobre a qualidade de vida dos usuários. Além disso, novas pesquisas podem comparar diferentes estratégias de intervenção, como grupos de caminhada, oficinas práticas, visitas domiciliares, rodas de conversa e acompanhamento nutricional contínuo.

Conclui-se, portanto, que a intervenção realizada na UBSF Campos representou uma experiência positiva de promoção da saúde e educação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Mesmo com resultados iniciais e discretos, a proposta demonstrou potencial para contribuir no enfrentamento do sobrepeso, da obesidade e das doenças crônicas associadas, especialmente quando desenvolvida de forma multiprofissional, acessível, territorializada e contínua.

REFERÊNCIAS

ABESO. Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade: Departamento de Nutrição da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, ABESO 2022. Coordenação de Renata Bressan Pepe et al. 1. ed. São Paulo: ABESO, 2022. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2022/11/posicionamento_2022-alterado-nov-22-1.pdf. Acesso em: 30 maio 2026.

ACSM. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018.

ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes, 2023. Diabetes Care, v. 46, supl. 1, 2023. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1. Acesso em: 7 jun. 2026.

BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238.

BAUMAN, A. E. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? The Lancet, v. 380, n. 9838, p. 258-271, 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 7 jun. 2026.

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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250693.html>. Acesso em: 30 maio 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 7 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 30 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em

Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 30 maio 2026.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

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

HEYWARD, V. H.; GIBSON, A. L. *Advanced fitness assessment and exercise prescription*. 7. ed. Champaign: Human Kinetics, 2014.

HUSSID, M. F. *et al.* Obesidade visceral e hipertensão sistólica como substratos da disfunção endotelial em adolescentes obesos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 4, p. 795-803, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20190541>.

IGREJA JÚNIOR, S. M. *et al.* O impacto da atividade física na saúde mental do adolescente: uma breve revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 9, n. 7, p. 21917-21924, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n7-050>.

JAIME, P. C. *et al.* Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 57-64, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900008>.

JAIME, P. C. *et al.* Content validity of an educational workshop based on the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 31, n. 6, 2018. Disponível em: <https://puccampinas.emnuvens.com.br/nutricao/article/view/7711>. Acesso em: 7 jun. 2026.

KURYŁOWICZ, A. *et al.* Induction of adipose tissue browning as a strategy to treat obesity. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 17, art. 6241, 2020. DOI: 10.3390/ijms21176241.

MACHADO, N. G.; ALMEIDA, N. C. M. C.; MAYNARD, D. C. A fisiopatologia da obesidade e sua abordagem terapêutica nutricional com uso de nutracêuticos. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 6, e11812642104, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42104>.

MATSUDO, S. *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista*

Brasileira de Ciência e Movimento, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/469>. Acesso em: 7 jun. 2026.

MIRANDA, J. M. Q. *et al.* Efeito do treinamento de força nas variáveis cardiovasculares em adolescentes com sobrepeso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 20, n. 2, p. 125-130, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200201703>.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome: FAO, 2019. Disponível em: <https://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2026.

MONTEIRO, P. A. *et al.* Influência do treinamento concorrente na composição corporal e óssea de adolescentes obesos. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 308-314, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p308-314>.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, e32, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>.

OLIVEIRA, V. S.; SOUZA, L. M. N.; GARCIA, G. A. S. Benefícios da atividade física para controle da depressão na adolescência. *FIEP Bulletin - Online*, v. 91, n. 4, p. 65-75, 2021. Disponível em: <https://ojs.fiepbulletin.net/fiepbulletin/article/view/6550> Acesso em: 7 jun. 2026.

PINHEIRO, Mariana Carvalho et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 43, e58, 2019. DOI: 10.26633/RPSP.2019.58.

PORTO, M. *et al.* Programa de treinamento resistido sobre a composição corporal e na força muscular de crianças com obesidade. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 21, n. 4, p. 21-29, 2013. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/4122>. Acesso em: 7 jun. 2026.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>.

RAPOSO, H. F. Tecido adiposo: suas cores e versatilidade. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 46, p. 1-12, 2020. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.31268.

RODRIGUES, K. V. *et al.* Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 998-1016, out./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113105>.

SILVA, Ana Flávia Policante; GONDO, Fernanda Futino. O comportamento alimentar dos ansiosos e casos de obesidade: revisão de literatura. *Simbio-Logias: Revista de Ciências Humanas e Ciências da Nutrição e Alimentação*, v. 13, n. 18, p. 89-96, 2021. Disponível em: [artigo na Revista Simbio-Logias](#). Acesso em: 8 ago. 2026.

STARFIELD, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, 2002. WHO. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization, 2020. 104 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Acesso em: 7 jun. 2026.

INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA AMPLIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS E ADULTOS

Thais Câmara Borges Ramos¹;

E-mail: thaiscbramos@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-6735-2951>

Patrícia Alves de Oliveira²;

E-mail: patricia.e.nf@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0838-3133>

Paulo José de Souza Neto³;

E-mail: pjsnetto@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5674-4180>

Adriana Nascimento Rats e Silva⁴;

E-mail: adrianarats@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6128-1602>

João Bosco Vieira Cavalcante Filho⁵;

E-mail: jbv882@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0408-6402>

Valéria da Silva Albuquerque⁶;

E-mail: valeriaalbuquerque93@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6164-4274>

Diana Maria da Silva Pessoa⁷.

E-mail: dianams2009@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-2083-1257>

RESUMO: Introdução: A redução das coberturas vacinais observada nos últimos anos representa um importante desafio para a saúde pública brasileira, aumentando o risco de reemergência de doenças imunopreveníveis. A Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, desempenha papel fundamental na reorganização das ações de imunização e na promoção da educação em saúde. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de uma intervenção desenvolvida na Estratégia Saúde da Família para ampliar a cobertura vacinal de crianças e adultos de uma Unidade Básica de Saúde do município de Tacaimbó, Pernambuco. **Método:** Estudo de intervenção, com delineamento

quase experimental do tipo antes e depois, de abordagem mista, realizado entre novembro de 2025 e fevereiro de 2026. A intervenção contemplou reorganização do processo de trabalho, capacitação da equipe, busca ativa de usuários com esquemas vacinais incompletos, atividades educativas, visitas domiciliares e monitoramento da cobertura vacinal por meio do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Resultados:** Participaram das atividades 27 usuários e oito profissionais da Estratégia Saúde da Família. A cobertura vacinal aumentou de 72% para 86%, representando incremento absoluto de 14 pontos percentuais. Também foram observados maior procura espontânea pela sala de vacinação, atualização de esquemas vacinais atrasados, fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade e qualificação dos registros vacinais. **Conclusão:** A intervenção mostrou-se efetiva para ampliar a cobertura vacinal e fortalecer as ações de imunização na Atenção Primária à Saúde, demonstrando que estratégias baseadas na reorganização do processo de trabalho, educação em saúde e busca ativa constituem ferramentas relevantes para qualificar o cuidado e melhorar os indicadores locais de vacinação.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura vacinal. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde. Programa Nacional de Imunizações.

INTERVENTION WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY TO EXPAND VACCINATION COVERAGE AMONG CHILDREN AND ADULTS

ABSTRACT: Introduction: The decline in vaccination coverage observed in recent years has become a major public health challenge in Brazil, increasing the risk of the reemergence of vaccine-preventable diseases. Primary Health Care, through the Family Health Strategy, plays a key role in reorganizing immunization activities and promoting health education. **Objective:** To evaluate the effects of an intervention developed within the Family Health Strategy to increase vaccination coverage among children and adults assisted by a Primary Health Care Unit in Tacaimbó, Pernambuco, Brazil. **Methods:** This was a quasi-experimental before-and-after intervention study using a mixed-methods approach, conducted between November 2025 and February 2026. The intervention included reorganization of the work process, staff training, active search for users with incomplete vaccination schedules, educational activities, home visits, and monitoring of vaccination coverage through the National Immunization Program Information System. **Results:** Twenty-seven community users and eight health professionals participated in the intervention. Vaccination coverage increased from 72% to 86%, representing an absolute increase of 14 percentage points. Greater spontaneous demand for vaccination services, updating of delayed vaccination schedules, stronger bonds between the health team and the community, and improved vaccination records were also observed. **Conclusion:** The intervention proved effective in increasing vaccination coverage and strengthening immunization actions within Primary Health Care. Strategies based on work process reorganization, health education, and active search can contribute significantly to improving vaccination indicators.

KEYWORDS: Vaccination Coverage. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Education. National Immunization Program.

INTRODUÇÃO

A vacinação é reconhecida como uma das intervenções mais eficazes da saúde pública, sendo responsável pela prevenção de doenças infecciosas, redução da morbimortalidade e aumento da expectativa de vida da população. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído em 1973, consolidou-se como uma das políticas públicas de maior impacto sanitário, contribuindo para a erradicação da varíola, eliminação da poliomielite e controle de diversas doenças imunopreveníveis, como sarampo, rubéola e difteria (Brasil, 2013; Organização Mundial da Saúde, 2022). Entretanto, nas últimas décadas, verificou-se redução progressiva das coberturas vacinais em diferentes faixas etárias, configurando um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aumentando o risco de reintrodução de doenças anteriormente controladas (Brasil, 2022).

A queda da cobertura vacinal decorre de múltiplos fatores, entre eles a hesitação vacinal, a disseminação de informações falsas por redes sociais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, limitações estruturais e organizacionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e os impactos provocados pela pandemia da COVID-19 sobre os serviços preventivos (Couto et al., 2023). Além disso, fragilidades relacionadas aos registros vacinais e ao monitoramento sistemático da população dificultam a identificação oportuna de usuários com esquemas vacinais incompletos, comprometendo o alcance das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assume papel estratégico na organização das ações de imunização por estar inserida no território e manter vínculo longitudinal com a população. A proximidade entre a equipe multiprofissional e a comunidade favorece o desenvolvimento de ações educativas, a realização da busca ativa de usuários faltosos, o acompanhamento contínuo da situação vacinal e a identificação das principais barreiras relacionadas à adesão às vacinas (Mendes, 2015; Souza; Almeida, 2020). Estudos também demonstram que intervenções baseadas na integração entre educação em saúde, reorganização dos processos de trabalho e monitoramento dos indicadores apresentam resultados positivos na ampliação da cobertura vacinal, sobretudo em áreas socialmente vulneráveis (Buziquia *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2024).

No município de Tacaimbó, Pernambuco, a Unidade Básica de Saúde Moacir de Carvalho Campos apresentava cobertura vacinal inferior às metas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações, além de elevado número de usuários com esquemas vacinais incompletos, baixa procura espontânea pela sala de vacinação e necessidade de fortalecimento das ações de educação em saúde. A vivência cotidiana da equipe também evidenciava dificuldades relacionadas ao acompanhamento sistemático dos usuários, à atualização dos registros e à adesão da população às campanhas de vacinação, especialmente em um território com características predominantemente rurais.

Diante desse cenário, a implementação de intervenções no âmbito da Atenção Primária à Saúde mostra-se necessária para qualificar o processo de trabalho da equipe, fortalecer o vínculo entre os profissionais e a comunidade e ampliar o acesso da população às ações de imunização. Estratégias como capacitação da equipe, busca ativa, visitas domiciliares, monitoramento sistemático da situação vacinal e atividades de educação em saúde apresentam potencial para melhorar a adesão às vacinas

e contribuir para a prevenção de doenças imunopreveníveis (Souza *et al.*, 2024). Além de ampliar a cobertura vacinal, essas ações fortalecem a vigilância em saúde e qualificam o cuidado ofertado pela Estratégia Saúde da Família.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção desenvolvida na Estratégia Saúde da Família para ampliar a cobertura vacinal de crianças e adultos da população adscrita à Unidade Básica de Saúde Moacir de Carvalho Campos, no município de Tacaimbó, Pernambuco, mediante a reorganização do processo de trabalho, desenvolvimento de ações educativas e fortalecimento das estratégias de busca ativa e monitoramento da situação vacinal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de intervenção, com delineamento quase experimental do tipo antes e depois, sem grupo controle, desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando abordagem metodológica mista, com componentes qualitativo e quantitativo. A abordagem qualitativa possibilitou compreender as percepções, crenças, atitudes e fatores relacionados à adesão vacinal entre usuários e profissionais envolvidos na intervenção, considerando que esse tipo de investigação permite analisar o universo dos significados, valores e práticas sociais presentes no contexto estudado (Minayo, 2014).

O componente quantitativo teve caráter descritivo e possibilitou comparar os indicadores de cobertura vacinal antes e após a intervenção, permitindo mensurar os resultados obtidos por meio das estratégias implementadas (Gil, 2008). O delineamento quase experimental mostrou-se adequado por possibilitar a avaliação dos efeitos de intervenções desenvolvidas em cenários reais de prática assistencial, especialmente quando não é viável a constituição de grupos controle ou a randomização dos participantes (Polit; Beck, 2011).

O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Moacir de Carvalho Campos, localizada no município de Tacaimbó, estado de Pernambuco. O município apresenta características predominantemente rurais e possui população majoritariamente dependente dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. A unidade constitui referência para as ações da Estratégia Saúde da Família, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento longitudinal da população adscrita. A equipe multiprofissional participante da intervenção foi composta por oito profissionais, incluindo uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, todos envolvidos diretamente no planejamento, execução e monitoramento das atividades propostas.

Participaram da intervenção os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família e usuários da área adscrita da unidade, incluindo adultos e responsáveis por crianças acompanhadas pelo serviço. A seleção dos participantes ocorreu por conveniência, durante atendimentos de rotina, atividades de busca ativa e ações educativas promovidas pela equipe. Foram incluídos usuários maiores de dezoito anos ou responsáveis legais por crianças que aceitaram participar voluntariamente da intervenção, respondendo ao questionário e participando das rodas de conversa. Foram excluídos

aqueles que recusaram participar das atividades ou que não compareceram às ações educativas propostas. Ao longo da intervenção, participaram aproximadamente 27 usuários da comunidade, além dos oito profissionais da equipe de saúde. Considerando o caráter aplicado da pesquisa e seu objetivo de qualificar o processo de trabalho da unidade, não foi realizado cálculo amostral, uma vez que o estudo não teve finalidade de inferência estatística para outras populações.

A intervenção foi desenvolvida entre novembro de 2025 e fevereiro de 2026 e compreendeu um conjunto de estratégias articuladas voltadas ao fortalecimento das ações de imunização. Inicialmente, realizou-se diagnóstico situacional da cobertura vacinal da população adscrita, seguido da capacitação da equipe da Estratégia Saúde da Família para qualificação dos registros vacinais, organização da busca ativa e monitoramento sistemático dos usuários com esquemas vacinais incompletos. Posteriormente, foram implementadas visitas domiciliares, revisão dos registros do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), mutirões de vacinação, rodas de conversa com a comunidade e ações de educação em saúde direcionadas ao esclarecimento de dúvidas sobre vacinação, enfrentamento da desinformação e incentivo à atualização do calendário vacinal. As atividades educativas fundamentaram-se nos princípios da Educação Popular em Saúde e na pedagogia dialógica proposta por Freire (1996), valorizando a participação ativa da comunidade, a construção compartilhada do conhecimento e a valorização dos saberes populares.

Para a coleta de dados foram utilizados diário de campo, observação direta, registros das atividades desenvolvidas, questionário semiestruturado aplicado aos participantes e dados secundários obtidos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. O questionário contemplou informações referentes aos conhecimentos, percepções e atitudes relacionadas à vacinação, abordando aspectos como importância da imunização, confiança nas vacinas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde, motivos para atraso vacinal, dificuldades de acesso aos serviços e sugestões para ampliação da adesão às campanhas. Paralelamente, os registros do SIPNI permitiram acompanhar a situação vacinal da população antes e após a implementação da intervenção, possibilitando comparação padronizada entre os dois momentos avaliativos.

Os dados qualitativos foram submetidos à análise temática proposta por Bardin (2011), compreendendo as etapas de pré-análise, exploração do material, categorização e interpretação dos resultados. As falas dos participantes, as respostas aos questionários e os registros do diário de campo foram organizados em categorias temáticas relacionadas às barreiras de acesso, hesitação vacinal, percepção da importância da vacinação e fatores associados ao atraso dos esquemas vacinais. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para caracterização dos participantes e comparação da cobertura vacinal antes e após a intervenção. A cobertura vacinal foi calculada a partir dos registros do SIPNI, considerando a razão entre o número de indivíduos com esquema vacinal atualizado e a população total adscrita à unidade, multiplicada por cem, utilizando a mesma base populacional e os mesmos critérios metodológicos nos dois períodos avaliados, garantindo comparabilidade entre os resultados.

A pesquisa observou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). O estudo integra o projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará intitulado *Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91948525.0.0000.5050. Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos adotados, os riscos mínimos envolvidos e o caráter voluntário da participação, formalizando sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações obtidas foram tratadas de forma confidencial, preservando-se o anonimato e a privacidade dos participantes em todas as etapas do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da intervenção 35 indivíduos, sendo oito profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família e 27 usuários da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Moacir de Carvalho Campos, no município de Tacaimbó, Pernambuco. As ações foram desenvolvidas entre novembro de 2025 e fevereiro de 2026 e envolveram reorganização do processo de trabalho, capacitação da equipe, busca ativa de usuários, atividades educativas, visitas domiciliares e monitoramento sistemático da situação vacinal por meio do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).

Reorganização do processo de trabalho

A análise inicial dos registros vacinais evidenciou elevado número de usuários com esquemas vacinais incompletos ou desatualizados, tanto entre crianças quanto entre adultos, indicando fragilidades no acompanhamento sistemático da população adscrita. A partir desse diagnóstico, foram implementadas estratégias voltadas à reorganização do processo de trabalho da equipe, incluindo definição de responsabilidades, qualificação dos registros vacinais, fortalecimento da busca ativa e monitoramento contínuo dos indicadores de imunização. Essas ações favoreceram maior integração entre os profissionais da unidade e aprimoraram o acompanhamento dos usuários em atraso vacinal.

Ações de educação em saúde e participação comunitária

As rodas de conversa constituíram importante espaço de educação em saúde e diálogo entre profissionais e comunidade. Durante os encontros foram abordados temas relacionados à importância da vacinação, segurança dos imunobiológicos, calendário vacinal e consequências da baixa cobertura vacinal. As atividades possibilitaram identificar dúvidas frequentes dos participantes, especialmente relacionadas ao medo de eventos adversos, influência de informações falsas disseminadas em redes sociais, esquecimento das datas de vacinação e incompatibilidade entre os horários de funcionamento da unidade e a rotina de trabalho da população. O esclarecimento dessas questões favoreceu maior compreensão sobre a importância da vacinação e estimulou a participação ativa dos usuários nas ações promovidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

Cobertura vacinal

A comparação dos indicadores registrados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações demonstrou aumento da cobertura vacinal após a implementação da intervenção. Antes do início das ações, em novembro de 2025, a cobertura vacinal correspondia a 72%. Ao término da intervenção, em fevereiro de 2026, esse percentual atingiu 86%, representando incremento absoluto de 14 pontos percentuais e aumento relativo de aproximadamente 19,4%. Os dados foram obtidos utilizando a mesma base populacional cadastrada na unidade e os mesmos critérios de avaliação, permitindo comparação padronizada entre os dois momentos analisados.

Tabela 1 – Cobertura vacinal antes e após a intervenção na Unidade Básica de Saúde Moacir de Carvalho Campos. Tacaimbó, Pernambuco, Brasil, 2025–2026.

Período	Cobertura vacinal (%)
Novembro de 2025 (pré-intervenção)	72,0
Fevereiro de 2026 (pós-intervenção)	86,0
Variação absoluta	+14,0 pontos percentuais

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), 2025–2026.

Mudanças observadas durante a intervenção

Além da melhoria dos indicadores quantitativos, observaram-se mudanças importantes na dinâmica assistencial da unidade e no comportamento da comunidade. Houve aumento da procura espontânea pela sala de vacinação, maior frequência de apresentação voluntária dos cartões vacinais para conferência, atualização de esquemas vacinais anteriormente incompletos e fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde. Também foi identificado aprimoramento dos registros vacinais e maior utilização das informações disponíveis no SIPNI para planejamento das ações de imunização.

Durante a reavaliação, os participantes relataram sentir-se mais seguros em relação às vacinas após as atividades educativas, demonstrando maior compreensão acerca da importância da imunização e menor influência de informações falsas previamente difundidas. Os profissionais da equipe também relataram melhoria na organização das atividades, maior integração entre os membros da Estratégia Saúde da Família e fortalecimento das ações de monitoramento da população adscrita.

Limitações observadas

Apesar dos resultados positivos, permaneceram desafios relacionados à manutenção das coberturas vacinais em níveis elevados. Persistiram barreiras associadas à desinformação, às dificuldades de acesso de parte da população residente em áreas rurais e à necessidade de continuidade das ações educativas para evitar novos atrasos vacinais. Também se observou que a sustentabilidade dos resultados depende da incorporação permanente das estratégias implementadas ao processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde.

Os resultados desta intervenção demonstram que estratégias organizacionais associadas à educação em saúde, à busca ativa e ao monitoramento sistemático da situação vacinal contribuíram para a ampliação da cobertura vacinal da população adscrita à Unidade Básica de Saúde Moacir de Carvalho Campos. O incremento de 14 pontos percentuais observado após a implementação das ações evidencia que intervenções desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde podem produzir impacto significativo nos indicadores de imunização, corroborando estudos que apontam a reorganização do processo de trabalho como um dos principais fatores para o fortalecimento das ações do Programa Nacional de Imunizações (Souza et al., 2024).

O aumento da cobertura vacinal identificado neste estudo aproxima-se dos resultados encontrados em outras experiências desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, nas quais a combinação entre busca ativa, educação em saúde e monitoramento contínuo dos usuários possibilitou elevar a adesão da população às vacinas e melhorar os indicadores locais de imunização (Souza; Almeida, 2020). Esses achados reforçam que o fortalecimento da Atenção Primária representa uma das principais estratégias para enfrentar a redução das coberturas vacinais observada no Brasil nos últimos anos, sobretudo em municípios de pequeno porte e em territórios com características predominantemente rurais, onde o vínculo entre equipe e comunidade favorece a identificação precoce de indivíduos com esquemas vacinais incompletos.

Outro aspecto relevante observado durante a intervenção foi a reorganização do processo de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família. A definição de responsabilidades, a qualificação dos registros vacinais e o uso sistemático das informações disponíveis no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) permitiram maior acompanhamento da população adscrita e otimizaram o planejamento das ações de imunização. Mendes (2015) destaca que a Atenção Primária à Saúde exerce papel coordenador das Redes de Atenção à Saúde justamente por possibilitar o planejamento das ações a partir das necessidades identificadas no território, favorecendo maior resolutividade e continuidade do cuidado. Os resultados encontrados neste estudo corroboram essa perspectiva ao demonstrar que mudanças organizacionais relativamente simples podem produzir melhorias importantes na qualidade da assistência prestada.

As ações de educação em saúde também se mostraram fundamentais para o sucesso da intervenção. As rodas de conversa permitiram identificar as principais dúvidas e barreiras relacionadas à vacinação, favorecendo o esclarecimento de informações incorretas e a construção de um espaço de diálogo entre profissionais e usuários. A literatura evidencia que a hesitação vacinal constitui fenômeno complexo, influenciado por fatores sociais, culturais, políticos e comunicacionais, sendo intensificado pela circulação de informações falsas em meios digitais (Couto *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2025). Nesse sentido, estratégias educativas fundamentadas no diálogo e na participação comunitária apresentam maior potencial para promover mudanças de comportamento quando comparadas a abordagens exclusivamente informativas ou prescritivas.

Os resultados qualitativos reforçam essa compreensão ao evidenciar maior confiança dos participantes nas vacinas e aumento da procura espontânea pela sala de imunização após as atividades educativas. Essa mudança comportamental demonstra que o fortalecimento do vínculo entre equipe

e comunidade constitui elemento essencial para ampliar a adesão às ações preventivas. Sob essa perspectiva, a pedagogia dialógica proposta por Freire (1996) mostrou-se pertinente ao favorecer a valorização dos conhecimentos prévios dos participantes, a problematização das dificuldades vivenciadas pela comunidade e a construção coletiva de soluções compatíveis com a realidade local. Assim, a educação em saúde ultrapassa a simples transmissão de informações e passa a constituir instrumento de emancipação e corresponsabilização dos sujeitos pelo cuidado com sua própria saúde.

Outro resultado importante foi o fortalecimento da integração entre os profissionais da equipe multiprofissional. A atuação articulada entre médica, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde favoreceu maior compartilhamento de responsabilidades, qualificação da busca ativa e acompanhamento mais efetivo dos usuários em atraso vacinal. Esse aspecto confirma evidências apresentadas por Buziquia *et al.*; (2023), segundo as quais o trabalho colaborativo e a atuação territorializada da Estratégia Saúde da Família constituem elementos fundamentais para ampliar o acesso da população às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Embora os resultados tenham sido positivos, alguns desafios permaneceram ao término da intervenção. A influência contínua da desinformação, as dificuldades de acesso enfrentadas por parte da população residente em áreas rurais e a necessidade de manutenção permanente das ações educativas demonstram que a melhoria da cobertura vacinal depende de estratégias contínuas e institucionalizadas, não se limitando a intervenções pontuais. Estudos recentes ressaltam que a sustentabilidade dos avanços alcançados exige monitoramento permanente dos indicadores, atualização sistemática dos registros vacinais e fortalecimento das ações de vigilância em saúde, evitando retrocessos nos níveis de cobertura vacinal (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024; Brasil, 2022).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A intervenção foi realizada em uma única Unidade Básica de Saúde, utilizando delineamento quase experimental sem grupo controle, o que restringe a generalização dos resultados para outros contextos. Além disso, o período relativamente curto de acompanhamento não permitiu avaliar a manutenção dos resultados em longo prazo. Entretanto, por tratar-se de uma pesquisa aplicada, desenvolvida em condições reais de funcionamento da Atenção Primária à Saúde, seus achados possuem elevada relevância prática e demonstram que intervenções de baixo custo, fundamentadas na reorganização do processo de trabalho, educação em saúde e participação comunitária, podem contribuir significativamente para o fortalecimento das ações de imunização.

Dessa forma, os resultados reforçam a importância da Estratégia Saúde da Família como espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A experiência desenvolvida em Tacaimbó demonstra que intervenções territorializadas, planejadas de acordo com as necessidades da população e conduzidas por equipes multiprofissionais comprometidas com a realidade local constituem estratégias efetivas para ampliar a cobertura vacinal e fortalecer o Programa Nacional de Imunizações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A intervenção desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Moacir de Carvalho Campos demonstrou que a implementação de estratégias organizacionais e educativas no âmbito da Estratégia Saúde da Família pode contribuir de forma significativa para a ampliação da cobertura vacinal e para

o fortalecimento das ações de imunização na Atenção Primária à Saúde. A reorganização do processo de trabalho, associada à capacitação da equipe, à intensificação da busca ativa, às visitas domiciliares, ao monitoramento sistemático da situação vacinal e às ações de educação em saúde, favoreceu não apenas a melhoria dos indicadores quantitativos, mas também o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade.

O aumento da cobertura vacinal de 72% para 86% evidencia o impacto positivo da intervenção sobre os indicadores locais de imunização, demonstrando que ações territorializadas e adaptadas às necessidades da população podem produzir resultados expressivos mesmo em municípios de pequeno porte e com características predominantemente rurais. Além da melhoria dos indicadores, observou-se maior procura espontânea pela sala de vacinação, atualização de esquemas vacinais em atraso, qualificação dos registros no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações e maior participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

Os resultados reforçam o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde como coordenadora das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, evidenciando que o trabalho multiprofissional, a educação em saúde e a utilização de ferramentas de monitoramento constituem elementos fundamentais para o fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações. A experiência desenvolvida demonstra que intervenções de baixo custo, incorporadas ao processo de trabalho das equipes de saúde, podem qualificar a assistência e ampliar o acesso da população às ações preventivas.

Entretanto, a manutenção dos resultados alcançados depende da continuidade das estratégias implementadas, da atualização permanente dos registros vacinais, do fortalecimento da educação em saúde e do monitoramento contínuo dos indicadores de imunização. Dessa forma, recomenda-se que ações dessa natureza sejam incorporadas de forma permanente à rotina da Estratégia Saúde da Família, garantindo a sustentabilidade dos avanços obtidos e contribuindo para a prevenção da reemergência de doenças imunopreveníveis.

Por fim, este estudo amplia as evidências sobre intervenções voltadas ao fortalecimento da cobertura vacinal na Atenção Primária à Saúde e demonstra que a reorganização dos processos de trabalho, aliada à participação ativa da comunidade e ao compromisso da equipe multiprofissional, constitui estratégia eficaz para qualificar as ações de imunização e fortalecer o Sistema Único de Saúde, podendo servir de referência para a implementação de iniciativas semelhantes em outros municípios com características epidemiológicas e organizacionais semelhantes.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cobertura vacinal no Brasil em 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 20 set. 2025.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BUZQUIA, S. P. et al. Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: revisão de escopo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 1, 2023.
- COUTO, M. T. et al. Hesitação vacinal no Brasil: fatores associados e desafios para a saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 57, n. 12, p. 1–10, 2023.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- OLIVEIRA, I. M. et al. Desinformação vacinal em mídias sociais: análise de comentários online. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, e00097124, 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de imunização 2022*. Genebra: OMS, 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Imunização: perguntas e respostas*. Washington: OPAS, 2024.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- SOUZA, C. A.; ALMEIDA, R. M. Estratégia Saúde da Família e vacinação: uma análise da cobertura vacinal em áreas vulneráveis. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2546–2555, 2020. 30
- SOUZA, J. F. A. et al. Estratégias para ampliação da cobertura vacinal infantil no Brasil: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 77, n. 1, e20240123, 2024.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM JOVENS DA COMUNIDADE LGBTQIAPN+

Jhonnypher Cortes de Souza¹;

E-mail: jhonnypher.cortes@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-1555-5316>

Maria Haroldina Uchôa de Medeiros²;

E-mail: mariaharoldina@hotmail.com

Maria José dos Santos Caetano de Mesquita³;

E-mail: maze2caetano@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9036-2536>

Maria Jocineide Rodrigues⁴;

E-mail: mjocineide@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6106-4093>

Maria de Lourdes Almada⁵;

E-mail: malourdesalmada@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-9018-7199>

Alexandra Alves de Souza⁶.

E-mail: xandahu@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-7322-3231>.

RESUMO: **Introdução:** As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) permanecem como um relevante problema de saúde pública, especialmente entre jovens e populações em situação de vulnerabilidade social, como a comunidade LGBTQIAPN+. No contexto da Atenção Primária à Saúde, observa-se baixa procura por serviços relacionados à saúde sexual, o que compromete ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. **Objetivo:** Desenvolver e analisar uma intervenção educativa em saúde voltada à prevenção das IST, com foco na população jovem adscrita a uma Unidade de Saúde da Família em Recife/PE. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa, realizada por meio de duas rodas de conversa com caráter participativo e dialógico. **Resultados e discussão:** Os resultados evidenciaram baixa adesão inicial, com sete participantes na primeira atividade e onze na segunda, além da presença de profissionais da unidade e familiares. Apesar do número reduzido, observou-se engajamento significativo, ampliação

do conhecimento sobre prevenção combinada e maior interesse em acessar os serviços de saúde. A baixa adesão foi interpretada como expressão de barreiras estruturais e simbólicas, como estigma e percepção de não acolhimento. **Conclusão:** Conclui-se que intervenções educativas participativas constituem estratégia relevante para o fortalecimento do vínculo e ampliação do acesso à saúde sexual, embora demandem continuidade e adaptação às especificidades do território.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Educação em Saúde. Minorias Sexuais e de Gênero. Vulnerabilidade Social.

EDUCATIONAL INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE TO PREVENT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG LGBTQIAPN+ YOUTH

ABSTRACT: Introduction: Sexually Transmissible Infections (IST) remain a relevant public health problem, especially among young people and populations in situations of social vulnerability, such as the LGBTQIAPN+ community. In the context of Primary Health Care, it is observed that there is little demand for services related to sexual health, or that involves prevention, early diagnosis and timely treatment. **Objective:** To develop and analyze an educational intervention in health aimed at preventing IST, with a focus on the young population assigned to a Family Health Unit in Recife/PE. **Methodology:** This is a qualitative approach research-intervention, carried out by two rounds of conversations with a participatory and dialogic character. **Results and discussion:** The results are evident from the initial test, with seven participants in the first activity and eleven in the second, in addition to the presence of professionals from the unit and family members. Despite the reduced number, we observed a significant increase in knowledge about combined prevention and greater interest in accessing health services. The low profile was interpreted as an expression of structural and symbolic barriers, as a stigma and perception of no support. **Conclusion:** It is concluded that participatory educational interventions constitute a relevant strategy for strengthening the link and expanding access to sexual health, embora demand continuity and adaptation to the specificities of the territory.

KEYWORDS: Primary Health Care. Sexually Transmitted Infections. Health Education. Sexual and Gender Minorities. Social Vulnerability.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) continuam representando um importante desafio para a saúde pública no Brasil, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidade social, onde persistem desigualdades no acesso aos serviços de saúde e limitações na efetivação das ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno (Brasil, 2021). Nesse contexto, a Atenção Básica, operacionalizada principalmente por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela organização da Rede de Atenção à Saúde, fundamentando-se

nos princípios da integralidade, equidade, longitudinalidade e vínculo com a comunidade (Starfield, 2002; Mendes, 2012).

Apesar da ampla oferta de ações preventivas no âmbito da Atenção Básica, observa-se que a procura pelos serviços de saúde para questões relacionadas à saúde sexual permanece insuficiente, sobretudo entre adolescentes e adultos jovens. Essa baixa adesão compromete a efetividade das estratégias de prevenção, reduz a realização de testes diagnósticos e favorece o diagnóstico tardio das IST, contribuindo para a manutenção da cadeia de transmissão dessas infecções (Grangeiro et al., 2015). Os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde evidenciam a persistência de elevada incidência de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, além da manutenção da infecção pelo HIV como importante problema de saúde pública entre jovens brasileiros. Embora tenham ocorrido avanços nas políticas de enfrentamento das IST, os desafios relacionados à prevenção da transmissão vertical e ao diagnóstico oportuno permanecem relevantes, reforçando a necessidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica e das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

Entre os grupos mais vulneráveis encontram-se adolescentes, adultos jovens e a população LGBTQIAPN+, que frequentemente enfrentam barreiras adicionais para acessar os serviços de saúde. A literatura demonstra que fatores como discriminação institucional, estigma social, preconceito, insegurança quanto ao acolhimento e despreparo de parte dos profissionais para lidar com questões relacionadas à identidade de gênero e à orientação sexual dificultam o acesso dessa população aos serviços de saúde e reduzem a adesão às ações preventivas (Pelúcio, 2009; Parker, 2018). Essas barreiras ampliam a vulnerabilidade às IST, perpetuam iniquidades em saúde e comprometem a efetividade das políticas públicas voltadas à promoção da saúde sexual.

Embora o Sistema Único de Saúde disponibilize gratuitamente preservativos, testes rápidos e tecnologias de prevenção combinada, como a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), a utilização desses recursos ainda permanece aquém do esperado em diversas populações vulneráveis. Evidências científicas demonstram que a adesão adequada à PrEP pode reduzir em até 99% o risco de infecção pelo HIV entre populações-chave, incluindo homens que fazem sexo com homens, mulheres trans e jovens em situação de maior vulnerabilidade (Grant et al., 2010; Ministério da Saúde, 2022). Entretanto, o acesso a essas estratégias continua condicionado não apenas à disponibilidade dos insumos, mas também ao conhecimento da população, ao acolhimento oferecido pelos serviços e à existência de ações educativas que promovam informação qualificada e reduzam o estigma relacionado à sexualidade.

Estudos nacionais e internacionais apontam que intervenções fundamentadas na educação em saúde, desenvolvidas de forma participativa e culturalmente sensível, apresentam resultados positivos na promoção da saúde sexual e na prevenção das IST, especialmente quando articuladas às estratégias de prevenção combinada e ao fortalecimento do vínculo entre usuários e equipes da Atenção Primária (Freire, 1996; Ayres, 2009; Ong et al., 2025). Nessa perspectiva, a educação em saúde deixa de representar apenas um mecanismo de transmissão de informações e passa a constituir um instrumento de diálogo, emancipação e construção compartilhada do conhecimento, favorecendo mudanças de

comportamento e ampliando o protagonismo dos indivíduos no cuidado com sua própria saúde.

A relevância desta intervenção também se fundamenta na experiência profissional do pesquisador como médico atuante em uma Unidade de Saúde da Família localizada em território de elevada vulnerabilidade social no município do Recife, Pernambuco. A vivência cotidiana evidencia dificuldades recorrentes de aproximação da população jovem aos serviços de saúde, particularmente quando as demandas envolvem sexualidade, prevenção das IST e diversidade sexual. Observa-se, ainda, que muitos usuários da comunidade LGBTQIAPN+ relatam experiências de discriminação, insegurança e ausência de acolhimento adequado nos serviços públicos, fatores que contribuem para o afastamento dessa população da Atenção Básica e comprometem a continuidade do cuidado.

Diante desse contexto, torna-se necessária a implementação de estratégias capazes de fortalecer o vínculo entre os serviços de saúde e a população jovem, promovendo espaços acolhedores, inclusivos e livres de discriminação, nos quais seja possível desenvolver ações de educação em saúde voltadas à prevenção das IST e à divulgação das tecnologias atualmente disponíveis no SUS. Assim, o presente estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção educacional em saúde voltada à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, com foco na população jovem de 15 a 29 anos e na comunidade LGBTQIAPN+, buscando ampliar o acesso às ações de prevenção, fortalecer o vínculo com a Atenção Básica e promover o cuidado integral em saúde sexual.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de pesquisa-intervenção, de abordagem qualitativa, desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Saúde da Família localizada no município de Recife, Pernambuco. A opção por esse delineamento fundamentou-se na compreensão de que problemas relacionados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade social, são influenciados por aspectos culturais, sociais e institucionais que demandam metodologias capazes de articular produção de conhecimento e transformação da realidade. Nessa perspectiva, a pesquisa-intervenção possibilita que os participantes atuem como sujeitos ativos do processo investigativo, favorecendo a construção coletiva de estratégias de cuidado (Mendes; Pezzato; Sacardo, 2016). A abordagem qualitativa foi adotada por permitir compreender as percepções, experiências e significados atribuídos pelos participantes às práticas de prevenção das IST, ao acolhimento nos serviços de saúde e às estratégias de prevenção combinada, conforme preconizado por Minayo (2014).

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família situada em território caracterizado por elevada vulnerabilidade social, cuja população depende majoritariamente dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. A escolha desse cenário decorreu do papel estratégico da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas voltadas à promoção da saúde sexual e prevenção das IST.

Participaram da intervenção 18 indivíduos, sendo 11 jovens com idade entre 16 e 27 anos, quatro mães acompanhantes e três Agentes Comunitários de Saúde pertencentes à equipe da unidade.

Entre os jovens participantes, oito eram mulheres e três eram homens; quanto à orientação sexual, participaram pessoas homossexuais, lésbicas e bissexuais. A inclusão ocorreu de forma voluntária, mediante adesão espontânea às atividades educativas, respeitando-se a diversidade de identidades, orientações sexuais e trajetórias de vida. Não foram estabelecidos critérios rígidos de exclusão, considerando o caráter educativo e comunitário da intervenção.

A intervenção consistiu na realização de duas rodas de conversa com abordagem participativa e dialógica, conduzidas em ambiente reservado da própria Unidade de Saúde da Família, com duração aproximada de 60 a 90 minutos cada. Inicialmente foram apresentados os objetivos da atividade e pactuadas regras de convivência relacionadas ao respeito, à escuta qualificada e à confidencialidade das informações compartilhadas. As discussões foram conduzidas por meio de roteiro semiestruturado contendo questões relacionadas à sexualidade, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, experiências de acesso aos serviços de saúde, situações de acolhimento ou discriminação e estratégias de prevenção combinada, incluindo a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP).

Durante os encontros, o pesquisador adotou postura de facilitador, promovendo esclarecimento de dúvidas, problematização das experiências relatadas e construção coletiva do conhecimento, em consonância com os princípios da educação dialógica propostos por Freire (1996) e da promoção do cuidado defendida por Ayres (2009). Ao término das atividades, foram distribuídos folders educativos contendo informações sobre prevenção das IST e sobre os serviços ofertados pela Unidade de Saúde da Família.

A produção dos dados ocorreu durante as próprias rodas de conversa, a partir das falas, interações e experiências compartilhadas pelos participantes. Os registros foram organizados por meio de roteiros semiestruturados e observação das discussões, priorizando a compreensão dos significados atribuídos pelos participantes às questões relacionadas à prevenção das IST, ao acolhimento institucional e ao acesso aos serviços de saúde. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa de caráter interventivo, não foram utilizados instrumentos quantitativos de avaliação antes e após a intervenção, valorizando-se a profundidade das experiências e das interações produzidas durante o processo educativo.

Os dados foram submetidos à análise temática, buscando identificar núcleos de sentido relacionados às percepções sobre prevenção das IST, barreiras de acesso aos serviços de saúde, experiências de acolhimento e efeitos da intervenção educativa. A análise foi conduzida de forma articulada ao desenvolvimento da própria intervenção, permitindo interpretar os conteúdos emergentes e compreender sua relação com o contexto social e assistencial investigado.

O estudo observou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foram garantidos o anonimato, a confidencialidade das informações e a participação voluntária dos envolvidos. Nos casos de participantes menores de idade, foram respeitados os procedimentos de assentimento e consentimento dos responsáveis legais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91948525.0.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção educativa foi realizada durante o mês de janeiro de 2026, por meio de duas rodas de conversa desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família Professor Bruno Maia, em Recife, Pernambuco, com foco na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) entre jovens e integrantes da comunidade LGBTQIAPN+. Apesar da ampla divulgação realizada pela equipe de saúde, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde e mobilização no território, a adesão foi inferior ao esperado. Participaram das atividades 18 indivíduos, sendo 11 jovens entre 16 e 27 anos, quatro mães acompanhantes e três Agentes Comunitários de Saúde da própria unidade. Entre os jovens, predominavam mulheres lésbicas, além da participação de homens homossexuais e pessoas bissexuais. Não houve participação de pessoas trans ou de outros segmentos da diversidade de gênero, aspecto que representa uma limitação da intervenção e evidencia a necessidade de estratégias específicas para ampliar o alcance das ações junto a esses grupos.

Embora o número de participantes tenha sido reduzido, as rodas de conversa favoreceram um ambiente de diálogo e compartilhamento de experiências, permitindo identificar fatores que dificultam o acesso da população jovem aos serviços de saúde sexual. A análise temática das discussões revelou três categorias centrais: barreiras de acesso aos serviços de saúde, experiências de estigma e acolhimento institucional e ampliação do conhecimento sobre prevenção das IST e serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde. Essas categorias emergiram de forma recorrente nas falas dos participantes e permitiram compreender aspectos que extrapolam a dimensão biomédica da prevenção das IST, evidenciando a influência de fatores sociais, culturais e institucionais sobre o acesso ao cuidado.

A primeira categoria evidenciou que muitos participantes não reconheciam a Unidade de Saúde da Família como um espaço destinado ao cuidado em saúde sexual. Relatos relacionados ao medo de julgamento, vergonha e insegurança para abordar questões relacionadas à sexualidade foram frequentes durante as discussões. Expressões como *“eu nunca tinha falado sobre isso aqui na unidade”* e *“achei que esse tipo de orientação só tinha em hospital ou clínica específica”* demonstram que a baixa procura pelos serviços não decorre exclusivamente da falta de informação, mas também da percepção limitada acerca do papel da Atenção Primária no cuidado à saúde sexual. Esses achados corroboram estudos que apontam o estigma, a discriminação e a ausência de vínculo como importantes barreiras ao acesso da população jovem e LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde (Parker, 2018; Brasil, 2023).

Outro aspecto relevante identificado durante a intervenção refere-se às experiências de acolhimento institucional. Os participantes relataram receio de sofrer discriminação e demonstraram insegurança quanto à capacidade dos profissionais em lidar de maneira respeitosa com questões relacionadas à diversidade sexual. Entretanto, observou-se que o próprio desenvolvimento das rodas de conversa contribuiu para modificar essa percepção, favorecendo a construção de um ambiente seguro para o diálogo e estimulando maior aproximação entre usuários e equipe de saúde. A presença de Agentes Comunitários de Saúde e de profissionais da própria unidade fortaleceu esse processo ao ampliar as possibilidades de escuta qualificada e acolhimento, reforçando a compreensão do cuidado

como prática relacional e centrada nas necessidades dos usuários, conforme discutido por Ayres (2009).

A ampliação do conhecimento sobre prevenção das IST constituiu outro importante resultado da intervenção. Durante o primeiro encontro, apenas três participantes relataram conhecer previamente a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde. Após as atividades educativas, praticamente todos os jovens demonstraram compreender sua finalidade, indicação e formas de acesso. Situação semelhante ocorreu em relação aos testes rápidos para IST, inicialmente conhecidos por apenas dois participantes e posteriormente reconhecidos pela maioria como serviço disponível na própria Unidade de Saúde da Família. Além disso, quatro participantes manifestaram interesse em realizar testagem após as atividades, sendo que dois efetivamente procuraram a unidade para realização do procedimento. Esses resultados sugerem que intervenções educativas participativas podem contribuir para reduzir barreiras informacionais e aproximar a população dos serviços de saúde, favorecendo maior utilização das tecnologias de prevenção combinada disponíveis no SUS.

Os achados observados neste estudo reforçam evidências apresentadas na literatura sobre o potencial das estratégias dialógicas de educação em saúde para promover mudanças no conhecimento e nas atitudes relacionadas à prevenção das IST. A utilização das rodas de conversa como tecnologia educativa possibilitou a construção compartilhada do conhecimento, valorizando as experiências dos participantes e favorecendo o protagonismo dos usuários no processo educativo. Essa abordagem aproxima-se da concepção freireana de educação, segundo a qual o diálogo constitui elemento fundamental para a produção de autonomia e emancipação dos sujeitos (Freire, 1996), bem como das perspectivas da Saúde Coletiva que compreendem a educação em saúde como processo participativo e transformador (Ayres, 2009).

Outro aspecto relevante observado foi a participação das mães acompanhantes nas atividades educativas. Embora não constituíssem o público-alvo principal da intervenção, sua presença evidenciou a centralidade das mulheres no cuidado familiar e no acompanhamento dos jovens aos serviços de saúde. Esse resultado dialoga com estudos que apontam a persistência da responsabilização feminina pelo cuidado em saúde no contexto familiar, evidenciando desigualdades de gênero que influenciam o acesso aos serviços e a construção das práticas de cuidado (Minayo, 2014). Em contraste, observou-se ausência de figuras paternas ou de outros familiares do sexo masculino, reforçando a necessidade de estratégias que estimulem maior participação desses sujeitos nas ações desenvolvidas pela Atenção Primária.

Apesar dos resultados positivos relacionados ao fortalecimento do vínculo e à ampliação do conhecimento sobre prevenção das IST, a intervenção apresentou limitações importantes. O reduzido número de participantes, a curta duração das atividades, a ausência de indicadores quantitativos para avaliação longitudinal e a não participação de pessoas trans restringem o alcance dos resultados e impedem generalizações para outros contextos. Entretanto, essas limitações não diminuem a relevância da experiência, uma vez que a pesquisa qualitativa tem como objetivo compreender processos, significados e experiências vivenciadas pelos participantes, e não produzir inferências

estatísticas para populações maiores.

De modo geral, os resultados evidenciam que a simples oferta de serviços e tecnologias preventivas não é suficiente para ampliar o acesso da população jovem e da comunidade LGBTQIAPN+ às ações de saúde sexual. Torna-se necessário que a Atenção Primária à Saúde desenvolva estratégias permanentes de educação em saúde, acolhimento e fortalecimento do vínculo com a comunidade, promovendo espaços seguros para o diálogo sobre sexualidade, prevenção das IST e diversidade. A experiência desenvolvida demonstra que intervenções educativas participativas representam uma tecnologia leve capaz de aproximar usuários e serviços, contribuindo para a redução de barreiras simbólicas, fortalecimento do cuidado integral e consolidação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade que orientam o Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÃO

A intervenção educativa desenvolvida na Unidade de Saúde da Família Professor Bruno Maia evidenciou que ações de educação em saúde fundamentadas no diálogo, no acolhimento e na participação comunitária constituem estratégias relevantes para fortalecer a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Embora realizada em um período relativamente curto e com número reduzido de participantes, a experiência possibilitou ampliar o conhecimento dos jovens sobre as IST, os métodos de prevenção combinada, os testes rápidos e a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), além de favorecer maior aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde.

Os resultados demonstraram que as principais barreiras ao acesso não se restringem à disponibilidade de insumos ou de serviços, mas estão relacionadas ao estigma, ao preconceito, à desinformação e à percepção de que a Unidade de Saúde da Família não constitui um espaço acolhedor para tratar questões relacionadas à sexualidade. Nesse sentido, as rodas de conversa permitiram a construção de um ambiente seguro para o compartilhamento de experiências, esclarecimento de dúvidas e fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde, reafirmando a importância das tecnologias leves do cuidado e da comunicação qualificada na promoção da saúde sexual.

A experiência também evidenciou que a comunidade LGBTQIAPN+ continua enfrentando desafios específicos para acessar os serviços de saúde, reforçando a necessidade de qualificação permanente das equipes da Atenção Primária para o desenvolvimento de práticas inclusivas, livres de discriminação e fundamentadas no respeito à diversidade. Da mesma forma, observou-se que a divulgação das estratégias de prevenção combinada, especialmente da PrEP, ainda necessita ser ampliada, considerando o baixo conhecimento prévio dos participantes acerca dessa importante tecnologia de prevenção disponível no Sistema Único de Saúde.

Embora apresente limitações relacionadas ao delineamento qualitativo, ao reduzido número de participantes, à realização em uma única Unidade de Saúde da Família e à curta duração da intervenção, o estudo demonstra que iniciativas educativas de baixo custo e facilmente incorporadas à rotina dos serviços podem contribuir para reduzir barreiras de acesso, fortalecer o vínculo entre

profissionais e usuários e ampliar o protagonismo da população no cuidado com a própria saúde sexual.

Dessa forma, recomenda-se que ações educativas voltadas à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis sejam incorporadas de maneira permanente às atividades da Atenção Primária à Saúde, utilizando metodologias participativas e abordagens culturalmente sensíveis que contemplem as especificidades da população jovem e da comunidade LGBTQIAPN+. Além disso, sugere-se que futuras pesquisas avaliem o impacto dessas intervenções em períodos mais longos de acompanhamento, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos que permitam mensurar mudanças no conhecimento, na adesão às estratégias de prevenção combinada, na realização de testagens e na utilização dos serviços de saúde.

Por fim, este estudo reforça o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde como espaço privilegiado para a promoção da saúde sexual, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis e enfrentamento das iniquidades em saúde. A experiência desenvolvida demonstra que o fortalecimento do diálogo, da educação em saúde e do acolhimento qualificado pode contribuir para aproximar populações historicamente vulnerabilizadas dos serviços do Sistema Único de Saúde, favorecendo a construção de um cuidado mais humanizado, inclusivo, equânime e comprometido com os princípios da universalidade, da integralidade e da justiça social.

REFERÊNCIAS

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GRANGEIRO, Alexandre et al. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 38, n. 1, p. 87–94, 2015.
- GRANT, Robert M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. The New England Journal of Medicine, Boston, v. 363, n. 27, p. 2587–2599, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011205>.

MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07392016.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

ONG, Jonathan J. et al. Estratégias contemporâneas de prevenção combinada das infecções sexualmente transmissíveis e HIV. *The Lancet HIV*, Londres, 2025.

PARKER, Richard. Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. 2. ed. São Paulo: Editora da UNESP, 2018.

PELÚCIO, Larissa. Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2009.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Parte II – Educação em Saúde e Autocuidado

Reúne capítulos voltados ao fortalecimento da autonomia dos usuários por meio de estratégias educativas.

PLANO DE PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DE UMA INTERVENÇÃO PARA FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA DA GESTANTE

Pedro Henrique Lima Veloso Filho¹;

E-mail: ph.lv.filho@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-4937-5995>

Walécia Diana Gadelha Maia²;

E-mail: waleciam Maia.meac@ebserh.gov.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1838-1937>

Lucimeire Barbosa Viana dos Santos³;

E-mail: luci.barbo80@ufc.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-9385-6630>

Sandra Vasconcelos Rodrigues Paz⁴;

E-mail: sandvasco@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-6247-4729>

Terezinha Oliveira Rocha⁵;

E-mail: terezinhao1310@gmail.com

Maria Pereira Viana⁶.

E-mail: cangurumeac@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-5111-8203>

RESUMO: **Introdução:** A crescente medicalização da assistência à saúde observada nas últimas décadas tem contribuído para a redução da autonomia dos pacientes, especialmente no campo da saúde ginecológica e obstétrica, onde ainda são frequentes intervenções desnecessárias e relatos de experiências negativas no processo de parto. No contexto da assistência pré-natal realizada na Unidade Básica de Saúde Sítio Jardim, foram identificadas, durante atendimentos clínicos, falas recorrentes de puérperas e parturientes que expressavam percepções de perda de protagonismo e insegurança em relação ao parto. **Objetivo:** Diante dessa realidade, foi proposta uma intervenção voltada à elaboração e implementação de um modelo de plano de parto adaptado às necessidades da comunidade local. **Metodologia:** A intervenção foi desenvolvida com base na metodologia de pesquisa-ação e incluiu a realização de uma roda de conversa com gestantes acompanhadas pela unidade, com o objetivo de identificar dúvidas, expectativas e percepções sobre o processo de parto. As informações obtidas subsidiaram a construção de um modelo inicial de plano de parto, posteriormente apresentado e

discutido com a equipe do hospital de referência para adequação às práticas assistenciais locais. A partir desse processo, elaborou-se uma versão aprimorada do instrumento, passível de atualização contínua. **Resultado e discussão:** A análise dos dados revelou que grande parte das incertezas relatadas pelas gestantes estava relacionada à fragilidade da comunicação entre a comunidade e o serviço hospitalar de referência. Durante visita ao hospital, não foram identificadas práticas que confirmassem as situações de desrespeito relatadas. Como estratégia de enfrentamento, foram pactuadas visitas das gestantes à maternidade de referência e a realização de novas rodas de conversa para fortalecimento da educação em saúde. **Conclusão:** Conclui-se que a intervenção contribuiu para aproximar as gestantes do serviço de referência e promover espaços de diálogo capazes de ampliar o conhecimento e a autonomia das mulheres no processo de parto.

PALAVRAS-CHAVE: Parto Humanizado. Cuidado Pré-natal. Educação em Saúde. Autonomia Pessoal. Atenção Primária à Saúde

BIRTH PLANS IN PRIMARY HEALTH CARE: DEVELOPING AN INTERVENTION TO STRENGTHEN PREGNANT WOMEN'S AUTONOMY

ABSTRACT: Introduction: The increasing medicalization of healthcare observed in recent decades has contributed to the reduction of patient autonomy, especially in the field of gynecological and obstetric care, where unnecessary interventions and reports of negative childbirth experiences remain frequent. In the context of prenatal care provided at the Sítio Jardim Primary Health Care Unit, recurring statements from postpartum and laboring women were identified during clinical consultations, expressing perceptions of loss of protagonism and insecurity regarding childbirth.

Objective: In response to this situation, an intervention was proposed aimed at the development and implementation of a birth plan model adapted to the needs of the local community. **Methodology:** The intervention was developed based on the action research methodology and included a discussion circle with pregnant women followed by the health unit, aiming to identify doubts, expectations, and perceptions related to the childbirth process. The information obtained supported the construction of an initial birth plan model, which was subsequently presented and discussed with the team of the referral hospital to adapt it to local care practices. From this process, an improved version of the instrument was developed, allowing continuous updates. **Result and discussion:** Data analysis revealed that most of the uncertainties reported by pregnant women were related to weaknesses in communication between the community and the referral hospital service. During a visit to the hospital, no practices confirming the reported situations of disrespect were identified. As a strategy to address this issue, visits by pregnant women to the referral maternity unit and additional discussion circles were established to strengthen health education. **Conclusion:** It is concluded that the intervention contributed to strengthening the relationship between pregnant women and the referral service, as well as creating spaces for dialogue capable of expanding women's knowledge and autonomy in the childbirth process.

KEYWORDS: Humanized Childbirth. Prenatal Care. Health Education. Personal Autonomy.

INTRODUÇÃO

A mulher assumiu, ao longo da história, papel central no cuidado da família e da comunidade, sendo socialmente reconhecida como principal responsável pela promoção do bem-estar daqueles que a cercam. Entretanto, essa condição não foi acompanhada, por muitos anos, da garantia de autonomia sobre o próprio corpo e sobre as decisões relacionadas à sua saúde reprodutiva. No campo da assistência obstétrica, esse cenário refletiu-se na adoção de práticas intervencionistas e, muitas vezes, desnecessárias, caracterizadas pela realização rotineira de procedimentos sem consentimento informado, como episiotomias, amniotomias e outras intervenções destinadas a acelerar o trabalho de parto, frequentemente associadas a experiências de violência obstétrica e desrespeito aos direitos das mulheres (Bohren *et al.*, 2015; Andrade, 2016).

Nas últimas décadas, importantes transformações ocorreram na assistência obstétrica, impulsionadas pelos movimentos em defesa da humanização do parto e do nascimento, pelo fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e pela implementação de políticas públicas voltadas à qualificação do cuidado materno. Nesse contexto, o Ministério da Saúde passou a incentivar práticas assistenciais centradas na mulher, fundamentadas no respeito às suas escolhas, na comunicação efetiva entre profissionais e usuárias e na adoção de evidências científicas para a condução do parto (Brasil, 2017). Entre as estratégias incorporadas a esse modelo de cuidado destaca-se o plano de parto, documento elaborado durante o pré-natal que permite à gestante registrar suas preferências, expectativas e decisões em relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto, favorecendo seu protagonismo e fortalecendo o processo de tomada de decisão compartilhada entre mulher, família e equipe de saúde.

Embora reconhecido como importante instrumento para promoção da autonomia feminina, o plano de parto ainda apresenta baixa utilização em diferentes regiões brasileiras. Essa realidade torna-se mais evidente em municípios do interior e em áreas rurais, onde limitações estruturais, dificuldades de acesso aos serviços especializados, baixos níveis de escolaridade e fatores socioculturais influenciam tanto a compreensão das gestantes quanto a incorporação dessa ferramenta pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Nessas localidades, observa-se que o cuidado pré-natal frequentemente permanece centrado nos aspectos clínicos da gestação, com reduzido espaço para discussões relacionadas aos direitos da mulher, às preferências para o parto e ao fortalecimento de sua autonomia.

Essa realidade foi identificada durante a atuação médica na Unidade Básica de Saúde do Sítio Jardim, localizada na zona rural do município de Garanhuns, Pernambuco. Ao longo das consultas de pré-natal, diversas gestantes relataram insatisfação com experiências obstétricas anteriores, especialmente pela ausência de participação nas decisões relacionadas ao parto e pela sensação de perda de autonomia durante o atendimento hospitalar. Como estratégia para enfrentar essa situação, passou-se a incentivar a elaboração do plano de parto durante o acompanhamento pré-natal. Entretanto, verificou-se baixa adesão à ferramenta, uma vez que, entre todas as gestantes acompanhadas, apenas

uma elaborou efetivamente o documento.

A análise dessa realidade, complementada por discussões com profissionais da rede de atenção à saúde, evidenciou que a baixa utilização do plano de parto não decorre apenas do desconhecimento por parte das gestantes, mas também das dificuldades enfrentadas pelos próprios profissionais para orientar sua elaboração e utilização. Entre os principais obstáculos identificados destacam-se a inexistência de um modelo adaptado à realidade local, a dificuldade de compreensão do documento por gestantes com baixa escolaridade ou analfabetismo e a insegurança dos profissionais quanto à condução desse processo durante as consultas de pré-natal. Esses fatores limitam o potencial do plano de parto como ferramenta de promoção da autonomia feminina e dificultam sua incorporação às práticas cotidianas da Atenção Primária à Saúde.

A literatura demonstra que, embora ainda existam resultados divergentes quanto ao impacto direto do plano de parto sobre desfechos clínicos maternos e neonatais, há consenso de que sua utilização favorece experiências mais positivas durante o parto, amplia a percepção de controle da mulher sobre o próprio corpo, fortalece o diálogo entre gestante e equipe de saúde e contribui para a garantia dos direitos reprodutivos (Mirghafourvand *et al.*, 2019; Brasil, 2017; Catissi *et al.*, 2021). Além disso, o plano de parto constitui importante instrumento educativo, estimulando a mulher a conhecer as etapas do processo de nascimento, compreender as intervenções obstétricas e participar ativamente das decisões relacionadas ao seu cuidado. Medeiros *et al.* (2019) ressaltam que sua utilização fortalece a autonomia feminina e favorece relações assistenciais fundamentadas na escuta, no respeito e na tomada de decisão compartilhada.

Nesse contexto, torna-se necessário desenvolver estratégias que facilitem a incorporação do plano de parto à rotina da Atenção Primária, especialmente em territórios rurais e socialmente vulneráveis, onde barreiras educacionais e culturais dificultam sua utilização. A construção de um modelo de plano de parto adaptado às características da população atendida, utilizando linguagem acessível e contemplando as principais dúvidas e necessidades identificadas durante o acompanhamento pré-natal, pode representar importante ferramenta para ampliar sua adesão, fortalecer o vínculo entre gestantes e equipe de saúde e contribuir para a prevenção da violência obstétrica.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção voltada à implementação do plano de parto na Atenção Primária à Saúde como estratégia para fortalecer a autonomia da gestante e promover a humanização da assistência obstétrica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de intervenção fundamentado nos pressupostos da pesquisa-ação, modalidade metodológica que articula a produção de conhecimento à implementação de ações voltadas para a transformação da realidade investigada. Segundo Tripp (2005), a pesquisa-ação caracteriza-se pela integração entre investigação sistemática e prática profissional, permitindo que os resultados obtidos durante o processo sejam utilizados para aperfeiçoar as ações desenvolvidas e promover melhorias no contexto em que a pesquisa está inserida.

O estudo foi realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Sítio Jardim, localizada na zona rural do município de Garanhuns, Pernambuco. A unidade integra a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como referência para assistência ao parto o Hospital Infantil Palmira Sales. Nos casos de gestantes ou recém-nascidos que necessitam de cuidados de maior complexidade, especialmente diante de intercorrências obstétricas ou neonatais que demandem suporte intensivo, o encaminhamento é realizado para o Hospital da Mulher, no município de Caruaru, referência regional em assistência obstétrica de alta complexidade.

A pesquisa foi desenvolvida ao longo de seis meses, entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, período em que foram realizadas as etapas de planejamento, diagnóstico situacional, elaboração do instrumento educativo e execução da intervenção. A atividade educativa ocorreu no dia 27 de fevereiro de 2026, no turno da manhã, na sala de reuniões da Unidade Básica de Saúde, permanecendo prevista sua continuidade como atividade rotineira da equipe após o encerramento do estudo.

Foram convidadas a participar todas as 25 gestantes acompanhadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família durante o período da pesquisa, bem como seus acompanhantes. Participaram efetivamente da intervenção oito gestantes e dois acompanhantes, correspondendo a aproximadamente 30% da população elegível. A participação foi voluntária, respeitando-se o interesse das gestantes em integrar as atividades propostas.

A intervenção consistiu na construção e apresentação de um modelo de plano de parto adaptado à realidade sociocultural da população atendida pela unidade. O material foi elaborado considerando as principais dúvidas, necessidades e dificuldades identificadas durante as consultas de pré-natal e nas discussões realizadas com a equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde. Durante o encontro, foram abordados temas relacionados aos direitos da gestante, às boas práticas na assistência ao parto, às possibilidades de escolha durante o trabalho de parto e à importância do plano de parto como instrumento de comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde. As atividades foram conduzidas de forma participativa, estimulando o diálogo, o esclarecimento de dúvidas e a construção compartilhada do conhecimento, em consonância com os princípios da humanização da assistência obstétrica.

A produção dos dados ocorreu por meio de um diário de campo, utilizado para registrar de forma sistemática as observações realizadas durante a intervenção, incluindo as interações entre os participantes, as dúvidas apresentadas, as percepções das gestantes, o nível de participação nas atividades e as reflexões do pesquisador acerca do desenvolvimento da intervenção. O diário de campo constitui importante instrumento da pesquisa qualitativa por possibilitar o registro detalhado do contexto investigado e favorecer a compreensão dos fenômenos observados sob uma perspectiva crítica e contextualizada. Além da descrição dos acontecimentos, esse instrumento permite registrar impressões, interpretações e aspectos subjetivos do processo investigativo, contribuindo para a análise dos dados produzidos (Minayo, 2014).

Os registros obtidos durante a intervenção foram analisados de forma descritiva e interpretativa, buscando identificar aspectos relacionados à compreensão das gestantes acerca do plano de parto, às dificuldades para sua elaboração e às potencialidades da intervenção como estratégia de fortalecimento

da autonomia feminina e de qualificação da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

O estudo observou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. A participação das gestantes ocorreu de forma voluntária, após esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos adotados, dos possíveis benefícios e da garantia de confidencialidade das informações. Todos os participantes manifestaram sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurados o anonimato, a privacidade e o direito de desistência em qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao acompanhamento na Unidade de Saúde. Este estudo integra o projeto de pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado *“Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91948525.0.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção foi construída em quatro etapas que consistiram em: primeira etapa realização de uma roda de conversa na unidade de saúde cujo tema será planejamento familiar e teve como objetivos: apresentar a rede de cuidados à gestante existente no município; esclarecer os direitos da mulher no processo gestacional, no parto e no nascimento; introduzir a ferramenta do Plano de Parto; e registrar as principais dúvidas, incertezas e expectativas das participantes relacionadas à gestação e ao parto.

As informações levantadas nessa etapa constituirão o diagnóstico inicial da intervenção. A segunda etapa corresponde à elaboração de um modelo de Plano de Parto com linguagem acessível, de fácil compreensão e preenchimento, construído a partir das demandas identificadas na etapa anterior e fundamentado na literatura científica pertinente. O instrumento buscou contemplar as principais necessidades e questionamentos expressos pelas gestantes, respeitando os limites clínicos e assistenciais do parto de risco habitual.

Na terceira etapa, o instrumento elaborado foi apresentado à rede local de cuidados, incluindo os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento pré-natal e no parto. Sempre que possível, foi promovida a aproximação das gestantes com serviços da rede de atenção que ainda não lhes sejam familiares, visando fortalecer o vínculo, o conhecimento do fluxo assistencial e a continuidade do cuidado. Por fim, a quarta etapa consistiu na reavaliação do instrumento e do próprio processo de pesquisa-ação, a partir da coleta da opinião das puérperas após o parto com o uso da ferramenta, com o objetivo de identificar fragilidades, potencialidades e possibilidades de aprimoramento da ferramenta e da intervenção como um todo.

Após a apresentação inicial do que seria o plano de parto, da importância de um acompanhante e da lei 11.108/2005 que determina o direito deste estar presente, deu-se início à roda de conversa que funcionou mediante uma exposição inicial de tópicos relacionados ao trabalho de parto, parto, pós-parto, cuidados com o bebê e autonomia da mulher, seguidos de períodos de discussão após cada

tópico ou dúvida.

Durante a roda de conversa, foram identificadas inseguranças sobre: a validade do plano frente à equipe não cooperativa do hospital de referência, ausência de métodos Analgésicos farmacológicos, execução de procedimentos invasivos (como manobra de kristeller, episiotomia de rotina, enema, tricotomia e “ponto do marido”), o que será feito com o bebê logo após o nascimento e qual conduta será feita em emergências.

Com informação em mãos, foi criado um modelo de plano de parto rudimentar para ser apresentado ao hospital palmira sales (Infantil).

A visita ocorreu dia 02/03/2026 onde fui apresentado às instalações que incluem sala de triagem, Sala de espera/indução do parto, sala de parto, alojamento conjunto, sala cirúrgica para cesárea e sala para estabilização pediátrica. Não existe enfermarias ou UTI pediátrica; conversando com a diretoria do hospital me foi relatado que a mulher pode decidir a posição do parto, que a indução do parto pode ser feita apenas com misoprostol e ocitocina, que procedimentos invasivos como episiotomia, tricotomia, enema de rotina não são feitos na unidade (Muito menos são rotina) nem manobras proscritas como Kristeller.

Me relataram também que não estão disponíveis, para parto fisiológico, métodos analgésicos farmacológicos, mas que têm disponível chuveiro para banho quente, bolas, cadeiras para massagem e música. Sobre os cuidados do pós parto me relataram que raramente são feitos clampeamento de cordão precoce (salvo devido a conduta médica), não são usados colírios e antibióticos de rotina e não existe equipamento para abarcar imprevistos como hiperbilirrubinemia neonatal ou desconforto respiratório e, devido a isso, não são aceitos partos de risco intermediário ou alto.

Sobre acompanhantes, relataram ser permitido apenas um por paciente (que inclui a doula), que este pode acompanhar em todas os períodos do parto, entretanto, devido a histórico de complicações, acompanhantes com idade superior a 65 anos ou com problemas de mobilidades não são permitidos. Por fim, ficou acordado que, de 3 em 3 meses, reuniremos as gestantes para apresentar o local numa ação guiada pela direção conjunta da prefeitura e hospital e, nestas visitas, seriam avaliados os planos de parto caso a caso a fim de evitar conflitos no momento do parto.

A presente intervenção evidenciou que a baixa adesão ao plano de parto na Unidade Básica de Saúde do Sítio Jardim não decorre de resistência explícita das gestantes, mas de um conjunto de fatores estruturais, educacionais e organizacionais que dificultam sua incorporação à rotina pré-natal. O fato de apenas uma gestante ter elaborado previamente o plano de parto, mesmo após sugestão ativa em consulta, revela que a simples recomendação verbal da ferramenta não é suficiente para promover sua adoção.

Esse achado está em consonância com estudos que apontam desconhecimento e pouca familiaridade das gestantes com o instrumento, mesmo em contextos onde o plano de parto é formalmente recomendado pelas políticas públicas. Pesquisa realizada em maternidade pública evidenciou que, embora o plano de parto seja reconhecido como importante, sua utilização ainda é incipiente e depende fortemente da mediação ativa dos profissionais de saúde (Nardi, 2024). Da

mesma forma, Branco *et al.*, (2022) destacam que o plano de parto constitui importante instrumento para ampliar o conhecimento da gestante, favorecer seu protagonismo e fortalecer sua autonomia na tomada de decisões relacionadas ao processo de parto e nascimento.

Durante a roda de conversa realizada na UBS, emergiram inseguranças significativas por parte das gestantes, especialmente relacionadas à possibilidade de desrespeito ao plano por parte da equipe hospitalar, à realização de procedimentos invasivos e à ausência de analgesia farmacológica. Tais manifestações revelam a persistência de um imaginário coletivo marcado por relatos de intervenções desnecessárias e experiências negativas no parto, fenômeno amplamente descrito na literatura sobre violência obstétrica e medicalização excessiva. Nesse sentido, estipula-se que o principal entrave identificado não estava necessariamente nas práticas institucionais do hospital de referência, mas na ausência de comunicação estruturada entre a Atenção Primária e o serviço hospitalar. A visita institucional ao hospital permitiu constatar que diversas práticas temidas pelas gestantes (como episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, enema e tricotomia sistemática) não fazem parte da rotina assistencial. Tal constatação indica que parte da insegurança decorre de lacunas informacionais e da ausência de pactuação prévia entre os níveis de atenção

Outro ponto sensível identificado refere-se à analgesia farmacológica. A inexistência desse recurso para partos fisiológicos no hospital de referência pode gerar frustração caso as expectativas não sejam adequadamente trabalhadas no pré-natal. A literatura internacional (Goetz-Fu et al. 2025) destaca que divergências entre expectativas e realidade assistencial podem contribuir para insatisfação e sofrimento psicológico no pós-parto. Assim, a construção do plano de parto precisa necessariamente incluir esclarecimento sobre limites institucionais, natureza dinâmica do risco obstétrico e possibilidades terapêuticas disponíveis.

Do ponto de vista organizacional, destaca-se como resultado relevante a pactuação de encontros trimestrais entre UBS e hospital para apresentação da estrutura física às gestantes e avaliação prévia dos planos de parto. A literatura aponta que intervenções educativas isoladas tendem a perder sustentabilidade quando não há alinhamento institucional e corresponsabilização da gestão (Nardi, 2024) Nesse contexto, a formalização de um fluxo comunicacional periódico representa avanço estrutural importante, com potencial de reduzir conflitos no momento do parto e fortalecer a continuidade do cuidado.

Apesar do exposto no texto até agora, é importante destacar que o resultado do estudo está levando em conta que a informação passada sobre o fluxo assistencial no hospital de referência está correta e que esta não se desvia muito do estabelecido. Como a intervenção proposta está sob os moldes da pesquisa-ação, uma posterior Reavaliação das gestantes que experienciaram o parto após alinhamento das expectativas e preenchimento de seu plano de parto será uma atividade potencial a ser considerada em conjunto com reformulação do plano de parto

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P.O.N.; SILVA, J.Q.P.; DINIZ, C.M.M.; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 29-37, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em: 20. jan. 2026.
- BOHREN, M.A.; VOGEL, J.P.; HUNTER, E.C.; LUTSIV, O.; MAKH, S.K.; SOUZA, J.P.; AGUIAR, C.; CONEGLIAN, F.S.; DINIZ, A.L.A.; TUNÇALP, O.. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: a mixed-methods systematic review. *Plos Medicine*, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 1-32, 30 jun. 2015. Public Library of Science (PLOS). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>. Acesso em: 20. jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal lança nova estratégia para reduzir mortalidade materna em 25% até 2027**. Notícias – Saúde, 12 set. 2024 (atualizado em 17 set. 2024). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal-lanca-nova-estrategia-para-reduzir-mortalidade-materna-em-25-ate-2027>. Acesso em: 15 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 21. nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal** – versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 23. nov. 2025.
- BRANCO, Julllyan Sttefanny Martins Castelo et al. A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, e43911730102, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.30102.
- CATISSI, G.; RIBEIRO, F.S.; BASTOS, S.; LUCENA, F.S.. **Estratégias na implementação do Plano de Parto**: fortalezas e fragilidades levantadas na experiência do município de Franco da Rocha. Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 29–39, dez. 2021.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH. **Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial**. HUJB-UFCG / EBSEH, 13 set. 2021. Atualizado em 1 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>. Acesso em: 15 out. 2025.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Tendências na mortalidade materna 2000-2020**. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Rio de Janeiro, 8 mar. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>. Acesso em: 15 out. 2025.

GOETZ-FU, M.; GAUCHER, L.; HUISSOUD, C.; LAFOURNIERE, B. de; DUPONT, C.; CORTET, M.. Birth plans: developing a shared medical decision aid tool. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1-9, 17 mar. 2025. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-025-07355-z>. Acesso em: 15 out. 2025.

MEDEIROS, R. M. K. et al. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180233, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>>. Acesso em: 15 out. 2025

MIRGHAFORVAND, M.; CHARANDABI, S.M.A.; GHANBARI-HOMAYI, S.; JAHANGIRY, L.; NAHAEE, J.; HADIAN, T.. Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. **International Journal Of Nursing Practice**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1-9, 24 jan. 2019. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12722>. Acesso em: 16 out. 2025

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRGHAFORVAND, M.*et al.* Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. **International Journal of Nursing Practice**, v. 25, n. 4, p. e12722, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ijn.12722>>. Acesso em: 16 jul. 2025

NARDI, C.. **A adesão das gestantes ao plano de parto e nascimento e a implementação deste em uma maternidade pública**. 2024. 78 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/254408>. Acesso 23 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 2 nov. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia do pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)**. 2. ed. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2024. 97 p.

TRIPP, D.. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 443-466, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022005000300009>. Acesso em 10. jan. 2026.

FORTALECIMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE REPRODUTIVA

Jeyse Marques Duque¹;

E-mail: jeyseduque712@gmail.com

Gláucia Maria Almeida de Souza²;

E-mail: glauciamas@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-7556-1471>

Renata Viana Bessa³;

E-mail: rvbessa.adv@gmail.com

Oricelia e Silva de Sousa⁴;

E-mail: oricelia07@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-1228-4331>.

Danielly Oliveira de Araújo⁵;

E-mail: danielly.oliveira1972@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-7923-3138>

Maria Zuleide Cavalcante Macedo⁶.

E-mail: Zuleide_go@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-2196-1802>

RESUMO: Introdução: A presente intervenção teve como tema a saúde da mulher, com foco no planejamento familiar, a partir da realidade observada na Unidade de Saúde da Família Jardim Náutico, em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. Na comunidade atendida, observou-se frequência elevada de gravidez não planejada entre adolescentes e mulheres jovens, muitas vezes associada a vulnerabilidades sociais, baixa adesão ao cuidado e maior exposição às infecções sexualmente transmissíveis. **Objetivo:** fortalecer as ações de educação em saúde e ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, buscando reduzir gestações não planejadas e prevenir infecções sexualmente transmissíveis. **Método:** estudo de intervenção, de abordagem qualitativa, orientado pela pesquisa-ação, realizado na USF Jardim Náutico entre fevereiro e junho de 2025. A intervenção incluiu diagnóstico situacional, rodas de conversa, busca ativa, aconselhamento reprodutivo individualizado, reorganização da oferta de métodos contraceptivos e monitoramento contínuo das ações. Participaram mulheres em idade reprodutiva, adolescentes, gestantes, parceiros e profissionais da equipe de saúde. **Resultados e discussão:** foram realizadas quatro rodas de conversa, com 20 mulheres participantes

ao longo da intervenção, além da ampliação da oferta de métodos contraceptivos e da inserção de seis dispositivos intrauterinos de cobre. Observou-se melhora do conhecimento das usuárias sobre os métodos disponíveis, maior compreensão do conceito de dupla proteção, aumento da procura por aconselhamento reprodutivo antes da ocorrência de nova gestação e integração mais efetiva entre planejamento familiar e testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis. A busca ativa pelos agentes comunitários de saúde favoreceu a aproximação com usuárias em maior vulnerabilidade e qualificou os registros no e-SUS APS. **Considerações Finais:** a intervenção mostrou-se viável e pertinente à realidade local, contribuindo para o fortalecimento do planejamento familiar como ação prioritária da Atenção Primária à Saúde, ampliação da autonomia reprodutiva das mulheres e promoção de cuidado integral em saúde sexual e reprodutiva.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento familiar. Saúde reprodutiva. Atenção primária à saúde. Adolescência. Contracepção.

STRENGTHENING FAMILY PLANNING IN PRIMARY HEALTH CARE: STRATEGIES FOR COMPREHENSIVE REPRODUCTIVE HEALTH CARE

ABSTRACT: Introduction: This intervention focused on women's health, with emphasis on family planning, based on the reality observed in the Jardim Náutico Family Health Unit, in Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brazil. In the covered community, a high frequency of unplanned pregnancies among adolescents and young women was observed, often associated with social vulnerability, low adherence to health care and greater exposure to sexually transmitted infections. **Objective:** to strengthen health education actions and expand access to contraceptive methods, aiming to reduce unplanned pregnancies and prevent sexually transmitted infections. **Method:** intervention study with a qualitative approach, guided by action research, carried out at the Jardim Náutico Family Health Unit between February and June 2025. The intervention included situational diagnosis, discussion groups, active outreach, individualized reproductive counseling, reorganization of contraceptive provision and continuous monitoring of the actions. **Results and Discussion:** four discussion groups were carried out, involving 20 women throughout the intervention, in addition to the expansion of contraceptive supply and the insertion of six copper intrauterine devices. Improved users' knowledge about available methods, greater understanding of dual protection, increased demand for reproductive counseling before a new pregnancy, and stronger integration between family planning and rapid testing for sexually transmitted infections were observed. **FINAL Considerations:** the intervention proved feasible and appropriate to the local reality, contributing to the strengthening of family planning as a priority action in Primary Health Care, to the expansion of women's reproductive autonomy and to the promotion of comprehensive sexual and reproductive health care.

KEYWORDS: Family planning. Reproductive health. Primary health care. Adolescence. Contraception.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva constitui um dos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS) e representa uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura a mulheres e homens o direito ao planejamento familiar como instrumento para o exercício da autonomia reprodutiva e da tomada de decisões conscientes acerca da constituição da família (Brasil, 2016). O planejamento familiar compreende um conjunto de ações educativas, preventivas e assistenciais que possibilitam aos indivíduos decidir livremente se desejam ter filhos, quantos filhos pretendem ter e em que momento da vida, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e infantil, prevenção de gestações não planejadas e diminuição da transmissão das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Em razão desses benefícios, a Organização Mundial da Saúde reconhece o planejamento familiar como uma das estratégias mais importantes para a promoção da saúde pública e do desenvolvimento social (WHO, 2020).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde reprodutiva, o Brasil ainda apresenta elevada ocorrência de gestações não planejadas, especialmente entre adolescentes e mulheres jovens em situação de vulnerabilidade social. Estima-se que aproximadamente 55% das gestações no país não sejam planejadas (IBGE, 2021), realidade que repercute negativamente sobre a saúde materna e infantil e está associada ao aumento das complicações obstétricas, da evasão escolar, da inserção precoce no mercado de trabalho e da perpetuação dos ciclos de pobreza. Paralelamente, os dados epidemiológicos apontam crescimento dos casos de sífilis adquirida e sífilis congênita, evidenciando fragilidades nas ações de prevenção, diagnóstico precoce e cuidado em saúde sexual e reprodutiva (Brasil, 2022).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenha papel fundamental por constituir a principal porta de entrada do SUS e por desenvolver ações contínuas de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal da população. A proximidade das equipes com a comunidade favorece o desenvolvimento de atividades educativas, o aconselhamento reprodutivo e a oferta de diferentes métodos contraceptivos. Entretanto, persistem desafios relacionados ao acesso à informação qualificada, à adesão regular aos métodos contraceptivos e à participação dos homens nas ações de planejamento familiar, fatores que contribuem para a manutenção das elevadas taxas de gravidez não planejada e da exposição às ISTs.

Essa realidade é observada na Unidade de Saúde da Família Jardim Náutico, no município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, onde se verifica elevada incidência de gestações não planejadas entre adolescentes e mulheres jovens acompanhadas pela equipe de saúde. Durante a prática profissional na unidade, identificou-se que muitas dessas gestantes vivem em condições de vulnerabilidade social, apresentam baixa escolaridade, interrompem precocemente os estudos em decorrência da gravidez e possuem limitado apoio familiar ou do parceiro. Também são frequentes situações envolvendo relacionamentos com parceiros inseridos em contextos de violência, tráfico de drogas ou histórico prisional, circunstâncias que aumentam a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, especialmente à sífilis, além de elevarem o número de encaminhamentos para o pré-natal de alto risco.

Embora a unidade disponibilize gratuitamente preservativos, contraceptivos hormonais, dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, testes rápidos para ISTs e realize encaminhamentos para métodos definitivos, como laqueadura tubária e vasectomia, observa-se que a simples oferta desses recursos não tem sido suficiente para modificar a realidade local. A baixa adesão às ações educativas, o desconhecimento sobre os diferentes métodos contraceptivos, a ausência de planejamento reprodutivo e a limitada participação masculina no processo evidenciam a necessidade de fortalecer estratégias de educação em saúde capazes de promover escolhas reprodutivas mais conscientes e ampliar o acesso aos serviços disponíveis.

Além das repercussões sobre a saúde das mulheres, as gestações não planejadas produzem importantes impactos sociais, econômicos e familiares. Muitas adolescentes interrompem sua trajetória educacional, reduzem suas perspectivas de inserção qualificada no mercado de trabalho e tornam-se mais dependentes do núcleo familiar, perpetuando situações de vulnerabilidade que frequentemente se repetem entre gerações. Nesse sentido, o fortalecimento das ações de planejamento familiar ultrapassa a dimensão exclusivamente clínica, constituindo importante estratégia de promoção da equidade, da autonomia feminina e da redução das desigualdades sociais.

Diante desse cenário, torna-se necessária a implementação de intervenções que integrem educação em saúde, ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, aconselhamento reprodutivo e incentivo à corresponsabilidade masculina no planejamento familiar. Espera-se que ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde contribuam para ampliar o conhecimento da população acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, favorecer a utilização adequada dos métodos contraceptivos, prevenir infecções sexualmente transmissíveis e reduzir a incidência de gestações não planejadas entre adolescentes e mulheres jovens em situação de vulnerabilidade social.

Assim, o presente estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção voltada ao fortalecimento das ações de planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde, por meio de estratégias de educação em saúde, ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e promoção da corresponsabilidade reprodutiva, visando reduzir a ocorrência de gestações não planejadas e contribuir para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de intervenção, de abordagem quali-quantitativa, fundamentado nos pressupostos da pesquisa-ação. Essa abordagem metodológica foi escolhida por possibilitar a integração entre a produção de conhecimento e a implementação de estratégias voltadas à transformação da realidade local, envolvendo pesquisadores, profissionais de saúde e comunidade em um processo participativo de identificação dos problemas, planejamento, execução e avaliação das ações propostas. Segundo Thiollent (2008), a pesquisa-ação caracteriza-se pela participação ativa dos sujeitos envolvidos na construção das soluções para os problemas identificados, enquanto a abordagem qualitativa permite compreender os significados, percepções e experiências relacionados ao processo saúde-doença, sendo particularmente indicada para pesquisas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (Minayo, 2014). O componente quantitativo foi utilizado para acompanhar indicadores

relacionados à adesão aos métodos contraceptivos, participação nas atividades educativas e utilização dos serviços ofertados pela unidade.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Jardim Náutico, localizada no bairro de Cajueiro Seco, no município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. O território caracteriza-se por elevada vulnerabilidade social, presença de famílias de baixa renda, início precoce da vida sexual entre adolescentes e elevada frequência de gestações não planejadas e infecções sexualmente transmissíveis, especialmente sífilis e HIV. A organização da unidade, com consultas voltadas à saúde da mulher, pré-natal e atividades coletivas desenvolvidas pela equipe multiprofissional, favoreceu a implementação da intervenção e a integração das ações ao processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde.

Participaram da pesquisa mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), adolescentes, gestantes acompanhadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, seus parceiros e profissionais da equipe multiprofissional da unidade, incluindo médica, enfermeira, agentes comunitários de saúde e nutricionista da equipe multiprofissional (eMulti). A amostra foi do tipo não probabilística e intencional, composta por aproximadamente vinte mulheres acompanhadas durante consultas individuais, grupos educativos e atividades comunitárias. Nas rodas de conversa, a participação variou entre dez e vinte pessoas por encontro, conforme a adesão das usuárias e a dinâmica das ações desenvolvidas no território.

A intervenção foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2025, compreendendo quatro etapas principais: diagnóstico situacional, planejamento das ações, execução das atividades educativas e avaliação dos resultados. Inicialmente foi realizado levantamento de informações nos prontuários eletrônicos e no sistema e-SUS APS, identificando mulheres em idade fértil sem acompanhamento regular, adolescentes em situação de vulnerabilidade e usuárias com histórico de gestações não planejadas. Com base nesse diagnóstico, foram planejadas ações voltadas ao fortalecimento do planejamento familiar, priorizando educação em saúde, reorganização dos fluxos assistenciais e ampliação do acesso aos métodos contraceptivos.

As atividades educativas foram desenvolvidas por meio de rodas de conversa quinzenais, realizadas às terças-feiras, no período da tarde, com duração aproximada de duas horas. Os encontros foram conduzidos utilizando roteiro previamente estruturado, abordando temas relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, métodos contraceptivos disponíveis no Sistema Único de Saúde, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, desconstrução de mitos relacionados à contracepção e incentivo à participação masculina no planejamento reprodutivo. Também foram utilizados recursos educativos, como folders informativos e materiais demonstrativos dos principais métodos contraceptivos, incluindo preservativos, contraceptivos hormonais e dispositivo intrauterino de cobre.

Paralelamente às atividades coletivas, foram desenvolvidas ações de busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde para identificação de adolescentes em situação de risco, mulheres com histórico de gravidez não planejada e usuárias que haviam interrompido o uso de métodos contraceptivos. A intervenção também contemplou reorganização da oferta de métodos contraceptivos na unidade,

garantindo disponibilidade regular de preservativos, contraceptivos hormonais e dispositivo intrauterino de cobre, além de facilitar o encaminhamento para métodos definitivos, como laqueadura tubária e vasectomia. O aconselhamento reprodutivo individualizado foi realizado durante consultas médicas e de enfermagem, priorizando a tomada de decisão livre e informada, conforme os princípios do planejamento familiar preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

A coleta de dados ocorreu por meio de diferentes instrumentos, incluindo ficha de identificação, questionário estruturado aplicado antes e após a intervenção, registros do sistema e-SUS APS, planilhas de monitoramento das ações, fichas de avaliação das atividades educativas e diário de campo. O questionário investigou conhecimentos sobre planejamento familiar, utilização de métodos contraceptivos, fatores associados à baixa adesão e percepção das participantes acerca das ações desenvolvidas. O diário de campo foi utilizado para registrar observações referentes à participação das usuárias, dúvidas apresentadas durante os encontros, interações estabelecidas e percepções da pesquisadora sobre o desenvolvimento da intervenção, constituindo importante instrumento para compreensão do contexto e das experiências vivenciadas (Minayo, 2014).

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas, frequências relativas e comparação dos indicadores observados antes e após a intervenção, sendo os resultados apresentados em tabelas e gráficos. Os dados qualitativos foram submetidos à análise temática, buscando identificar categorias relacionadas ao conhecimento sobre planejamento familiar, barreiras de acesso aos métodos contraceptivos, crenças e mitos sobre contracepção, vulnerabilidade social, participação masculina e percepção das participantes acerca da intervenção. A integração das análises qualitativa e quantitativa possibilitou compreender tanto as mudanças observadas nos indicadores quanto os significados atribuídos pelas participantes às ações desenvolvidas.

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram previamente esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e participaram voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo da assistência prestada pela Unidade de Saúde da Família. Este estudo integra o projeto de pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91948525.0.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Náutico, em Jaboatão dos Guararapes (PE), produziu avanços relevantes na organização do cuidado em planejamento familiar e no fortalecimento da autonomia reprodutiva das usuárias do território. As ações executadas articularam componentes educativos, assistenciais e de vigilância em saúde, com reorganização de

fluxos e intensificação do vínculo com mulheres em maior vulnerabilidade social, especialmente adolescentes e jovens.

Ao longo do período de execução, entre março e maio de 2025, foram realizadas quatro rodas de conversa sobre saúde sexual e reprodutiva e planejamento familiar, com participação de 20 mulheres no total (média aproximada de 5 participantes por encontro). A escolha por grupos menores favoreceu a escuta qualificada, maior privacidade para dúvidas e relatos pessoais, além de permitir abordagem individualizada dentro do espaço coletivo, o que se mostrou particularmente pertinente para temas atravessados por medo, vergonha, mitos e desigualdades de gênero.

Do ponto de vista educativo, as rodas de conversa funcionaram como dispositivo central para enfrentar barreiras frequentes na adesão ao planejamento familiar: desinformação, receios sobre efeitos adversos, narrativas comunitárias equivocadas e baixa percepção do risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Durante os encontros, observou-se que muitas usuárias apresentavam conhecimento fragmentado sobre métodos contraceptivos e demonstravam insegurança quanto à eficácia, ao modo de uso e às contraindicações.

A abordagem participativa com demonstração de métodos, linguagem acessível e espaço aberto para perguntas contribuiu para ampliar compreensão e reduzir resistências, especialmente em relação ao DIU de cobre, que frequentemente era associado a dor, infertilidade ou “perigo” ao útero. Ao final do ciclo educativo, percebeu-se melhora na clareza das usuárias sobre diferenças entre métodos hormonais, barreira e LARC, além de maior compreensão do conceito de dupla proteção, reforçando o uso do preservativo mesmo quando outro método contraceptivo estava em uso.

No componente assistencial, houve impacto objetivo na ampliação do acesso a métodos de longa duração: ao longo do período de intervenção, foram inseridos seis DIUs de cobre na própria unidade, o que representou ganho concreto de efetividade contraceptiva para mulheres com maior risco de descontinuidade de métodos de uso diário ou mensal. Esse resultado é relevante porque o DIU, além de altamente eficaz, diminui dependência de adesão cotidiana e tende a produzir benefícios importantes em territórios com vulnerabilidade social, onde irregularidade de rotina, trabalho informal, baixa rede de apoio e instabilidade familiar costumam dificultar uso regular de anticoncepcionais.

A inserção de DIU também funcionou como marcador de reorganização do processo de trabalho, indicando que a intervenção não se limitou à educação, mas conseguiu transformar a oferta em acesso real, superando parte das barreiras operacionais que frequentemente limitam a disponibilidade de LARC na APS.

A intervenção também fortaleceu a integração entre planejamento familiar e prevenção de IST. Foram realizados testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C vinculados às ações, com acolhimento e aconselhamento antes e após a testagem, reforçando a oportunidade do cuidado integral em saúde sexual.

Mesmo sem quantificar o número total de testes, a vinculação da testagem às ações educativas e às consultas ampliou o alcance preventivo e reforçou que planejamento reprodutivo não se restringe à anticoncepção: envolve vigilância, prevenção, diagnóstico oportuno e abordagem de risco. Em um

território onde há maior exposição a vulnerabilidades (parcerias instáveis, baixa corresponsabilidade masculina, contextos de violência, uso irregular de preservativo), a oferta ativa de testagem e o aconselhamento contribuíram para reduzir invisibilidade das IST e ampliar a percepção de risco, principalmente entre mulheres jovens.

No componente territorial, a busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi estratégica para alcançar usuárias que não costumavam procurar espontaneamente o serviço para planejamento familiar, mas que apresentavam histórico de gestação não planejada ou interrupções frequentes de método. Essa etapa aproximou a intervenção do cotidiano das mulheres, superando o modelo de cuidado exclusivamente baseado em demanda espontânea. Houve melhora no registro de informações no e-SUS APS/PEC relacionadas à vida reprodutiva e ao método contraceptivo em uso, favorecendo continuidade do acompanhamento e permitindo melhor vigilância local sobre risco de gravidez não planejada.

Embora o tempo de intervenção não seja suficiente para medir queda consolidada na incidência de gestações não planejadas, observou-se mudança importante no padrão de procura: aumentou a demanda por orientação antes da ocorrência de gravidez, com maior procura por métodos e aconselhamento em tempo oportuno, sinalizando efeito positivo no cuidado preventivo.

Em relação à participação masculina, o resultado foi parcial. Apesar de ter havido estímulo direto à corresponsabilidade e apresentação de informações sobre vasectomia, a adesão dos homens permaneceu limitada achado esperado, considerando barreiras culturais e o entendimento social de que contracepção é “assunto feminino”. Ainda assim, a intervenção conseguiu introduzir o tema de forma estruturada, fortalecendo a legitimidade da pauta no território e abrindo espaço para continuidade em ciclos futuros, inclusive com estratégias específicas (convite direcionado em horários alternativos, participação em ações comunitárias e abordagem no contexto de consultas de rotina).

Diante do contexto observado na intervenção desenvolvida na USF Jardim Náutico, percebe-se que estes dialogam com achados recorrentes da literatura sobre planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde (APS). Estudos indicam que estratégias educativas participativas, associadas à ampliação do acesso a métodos contraceptivos e à reorganização do processo de trabalho nas equipes de saúde da família, contribuem para fortalecer a autonomia reprodutiva das mulheres e ampliar o uso informado de métodos contraceptivos.

No campo educativo, a realização de rodas de conversa e atividades coletivas voltadas à saúde sexual e reprodutiva tem sido apontada como estratégia relevante para enfrentar lacunas de conhecimento sobre contracepção e infecções sexualmente transmissíveis.

Revisões da literatura mostram que muitas mulheres apresentam informações fragmentadas sobre métodos contraceptivos, frequentemente permeadas por mitos, receios e informações incorretas transmitidas socialmente, o que pode dificultar a adesão às práticas de planejamento reprodutivo (Azevedo, 2025). Nesse contexto, abordagens educativas baseadas em diálogo, linguagem acessível e demonstração prática de métodos tendem a ampliar a compreensão das usuárias e favorecer escolhas contraceptivas mais seguras e alinhadas aos seus projetos reprodutivos.

Outro aspecto amplamente discutido na literatura refere-se ao papel central da Atenção Primária na ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, especialmente aos métodos de longa duração (LARC), como o dispositivo intrauterino (DIU). Embora o DIU seja reconhecido como um método altamente eficaz, seguro e disponível gratuitamente no Sistema Único de Saúde, sua utilização ainda permanece abaixo do potencial esperado, em grande parte devido a barreiras organizacionais, limitações na capacitação profissional e persistência de mitos relacionados ao método (Barreto *et al.*, 2020). Nesse sentido, iniciativas que qualificam a equipe e ampliam a oferta do método na própria unidade, como observado na intervenção realizada, são consideradas estratégias importantes para reduzir gestações não planejadas e fortalecer o cuidado em saúde reprodutiva.

A ampliação do acesso aos LARC pode trazer benefícios adicionais em contextos de maior vulnerabilidade social. Os métodos contraceptivos de longa duração apresentam elevada eficácia e possuem a vantagem de não depender da adesão diária da usuária. Entre eles, destaca-se o dispositivo intrauterino, caracterizado por elevada efetividade, longa duração e disponibilidade no âmbito dos serviços de saúde, constituindo importante alternativa para o planejamento reprodutivo (Reis da Silva *et al.*, 2024). Dessa forma, a inserção de DIU na APS constitui estratégia com potencial significativo para reduzir falhas contraceptivas e fortalecer a autonomia reprodutiva.

Outro resultado relevante observado na intervenção foi a integração entre planejamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), por meio da realização de testes rápidos e aconselhamento. O planejamento reprodutivo deve ser compreendido como parte do cuidado integral em saúde sexual, envolvendo não apenas a oferta de métodos contraceptivos, mas também ações de prevenção, diagnóstico e orientação sobre IST (Carvalho; Lima, 2024). A integração dessas ações na rotina da APS amplia oportunidades de cuidado e fortalece a abordagem preventiva, especialmente em territórios com maior exposição a vulnerabilidades sociais.

No âmbito territorial, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e a realização de busca ativa também são apontadas como estratégias relevantes para ampliar o alcance das ações de planejamento familiar. Estudos mostram que muitas mulheres não procuram espontaneamente os serviços de saúde para discutir sua vida reprodutiva, o que torna fundamental a atuação proativa das equipes da Estratégia Saúde da Família no reconhecimento das necessidades do território e na aproximação com usuárias em situação de maior vulnerabilidade (Azevedo, 2025). A articulação entre vigilância em saúde, acompanhamento longitudinal e registro qualificado das informações contribui para fortalecer o monitoramento local e a continuidade do cuidado.

A baixa participação masculina observada nas ações também é um fenômeno amplamente descrito na literatura. Questões culturais e sociais historicamente associam a responsabilidade pela contracepção às mulheres, o que contribui para a limitada adesão dos homens às ações de planejamento familiar (Schmidt; Londero, 2025). Entretanto, estratégias educativas que abordem a corresponsabilidade reprodutiva e ampliem o debate sobre métodos masculinos, como a vasectomia, podem contribuir gradualmente para modificar esse cenário e promover maior equidade de gênero nas decisões reprodutivas.

Assim, os resultados da intervenção realizada reforçam evidências presentes na literatura de que ações educativas participativas, ampliação da oferta de métodos contraceptivos, integração entre prevenção de IST e planejamento reprodutivo, além da atuação territorial das equipes da Estratégia Saúde da Família, constituem elementos centrais para o fortalecimento das políticas de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária.

Dessa forma, os achados desse estudo, sugere que a intervenção foi efetiva por reunir três eixos que, quando isolados, costumam ter impacto limitado: educação em saúde contínua, acesso estruturado aos métodos (com evidência concreta na inserção de DIU) e integração com prevenção/testagem de IST. O resultado mais expressivo foi a conversão de informação em prática: além de maior clareza e autonomia relatadas pelas usuárias, houve aumento do acesso a método altamente eficaz, reduzindo risco imediato de gestação não planejada entre as mulheres que receberam DIU. O conjunto de ações também favoreceu o vínculo com a equipe e a percepção da unidade como espaço seguro para diálogo sobre sexualidade, o que é essencial para adolescentes e mulheres jovens em contexto de vulnerabilidade.

Como limitações, destacam-se o número reduzido de encontros (quatro rodas) e o tamanho total do grupo (20 mulheres), o que restringe generalização e alcance populacional no curto prazo. Além disso, a sustentabilidade depende de continuidade da oferta de insumos, manutenção da agenda para DIU, apoio da gestão e incorporação das rodas de conversa como rotina permanente, e não apenas como projeto. Mesmo assim, os achados indicam que, quando a APS realiza intervenções territorializadas e integradas, é possível produzir mudanças concretas no cuidado reprodutivo, fortalecendo direitos, autonomia e prevenção de agravos.

A presente intervenção consolidou o planejamento familiar como ação prioritária e organizada dentro da USF Jardim Náutico, com resultados consistentes: quatro rodas de conversa realizadas, 20 mulheres alcançadas, seis DIUs inseridos e testagem rápida para IST incorporada ao cuidado, reforçando o potencial da APS em promover saúde sexual e reprodutiva de forma integral, equânime e centrada nas necessidades reais do território.

CONCLUSÃO

A intervenção realizada na Unidade de Saúde da Família Jardim Náutico permitiu o fortalecimento das ações de planejamento familiar no território, evidenciando a importância de estratégias integradas e territorializadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. As ações educativas, associadas à ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e ao aconselhamento reprodutivo individualizado, contribuíram para aumentar o conhecimento das usuárias, reduzir mitos relacionados à contracepção e fortalecer a autonomia reprodutiva das mulheres.

A realização de rodas de conversa, a busca ativa de mulheres em situação de vulnerabilidade, a inserção de dispositivos intrauterinos de cobre e a integração com a testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis possibilitaram cuidado mais integral, contínuo e resolutivo. Observou-se maior procura espontânea por orientação reprodutiva, melhor organização dos registros no e-SUS

APS e qualificação do processo de trabalho da equipe.

Embora o tempo de execução não permita avaliar de forma definitiva a redução das gestações não planejadas, os resultados indicam impacto positivo no cuidado preventivo e na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Conclui-se que a intervenção foi viável, pertinente e alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, reforçando o papel estratégico da Atenção Primária na garantia dos direitos reprodutivos, na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e na melhoria da qualidade de vida da comunidade assistida.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. *Planejamento familiar na atenção primária à saúde: uma revisão narrativa da literatura*. Foz do Iguaçu: Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2025. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/items/8c62986b-7252-42a7-8d7e-93aece042c95>. Acesso em: 12 mar. 2026.

BARRETO, Danyella da Silva; MAIA, Duana Soares; GONÇALVES, Rafael Dias; SOARES, Ricardo de Sousa. Dispositivo intrauterino na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2821, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2821.

BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 [...]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/14443.htm. Acesso em: 12 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico: sífilis 2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/sifilis/boletim_sifilis-2022_internet-2.pdf. Acesso em: 12 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 12 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. ISBN 978-85-334-2360-2.

CARVALHO, L. K. K. L. *Atuação do enfermeiro no planejamento familiar na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa*. Palmas: UNITINS, 2024. Disponível em: <https://www.unitins.br/RepositorioDigital/Publico/Home/VisualizarArquivo/892>. Acesso em: 12 mar. 2026.

SCHMIDT, F. H.; LONDERO, M. C. DIU e o livre planejamento familiar: a desigualdade dos direitos de personalidade e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. *Revista Eletrônica do CEJUR*, v. 3, n. 2, p. 62–82, 2025. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cejur/article/view/97725>. Acesso em: 12 mar. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas do registro civil 2021*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html>. Acesso em: 12 mar. 2026.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=-WyVtwAACAAJ>. Acesso em: 12 mar. 2026.

REIS DA SILVA, Erli Marta et al. Inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) por enfermeiros na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Revista Sociedade Científica*, v. 7, n. 1, p. 3502-3521, 2024. DOI: 10.61411/rsc202465317.

SILVA, M. E. das R. et al. Inserção do dispositivo intrauterino (DIU) por enfermeiros na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Revista Sociedade Científica*, v. 7, n. 1, p. 3502–3521, 2024. Disponível em: <https://journal.scientificsociety.net/index.php/sobre/article/view/653>. Acesso em: 12 mar. 2026.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Family planning/contraception methods*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Acesso em: 12 mar. 2026.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jessica Nóbrega Cavalcanti¹;

E-mail: jessicanobregaaa@gmail.com

Maria Nilde Nunes Macedo²;

E-mail: manildenunes@hotmail.com

Maria Izabel Bezerra Farias³;

E-mail: izabel.farias@yahoo.com.br

Kátia Suelly Ferreira Amorim⁴;

E-mail: katiasuelyf@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0097-2656>

Ivaneide Holanda Pereira⁵;

E-mail: ivaneideholanda06@gmail.com

Sandra Mara Pinto de Oliveira⁶;

E-mail: sohuwc@gmail.com

Maria Aldenira Silva Cruz⁷.

E-mail: mariacruz0566@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-1732-0533>

RESUMO: **Introdução:** O Diabetes Mellitus é uma condição crônica de alta prevalência e importante impacto na morbimortalidade. Entre suas complicações, o pé diabético destaca-se por estar associado a ulcerações, infecções e amputações evitáveis. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acompanhamento longitudinal e a proximidade com o território favorecem a prevenção e a identificação precoce de riscos. Nesse contexto, intervenções multiprofissionais e ações educativas contribuem para consolidar hábitos preventivos e fortalecer o autocuidado. **Objetivo:** Promover a prevenção do pé diabético por meio de ações de educação em saúde direcionadas a pessoas com Diabetes Mellitus acompanhadas na APS. **Metodologia:** Trata-se de plano de intervenção descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Dr. Judas Tadeu – Cruzeiro I, em Gravatá, Pernambuco, território caracterizado por elevada vulnerabilidade social. A intervenção ocorreu durante 12 semanas, envolvendo a equipe multiprofissional e atividades educativas na sala de espera. Foram realizadas palestras dialogadas, dinâmicas interativas e demonstrações práticas sobre higiene dos pés, inspeção diária, uso adequado de calçados e identificação de sinais de risco.

Resultados e discussão: Observou-se participação ativa dos usuários, especialmente daqueles com Diabetes Mellitus, além de conhecimento prévio limitado sobre práticas preventivas. Após a intervenção, verificou-se maior compreensão sobre autocuidado, identificação de sinais de risco e fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários. As atividades práticas facilitaram o aprendizado e estimularam o protagonismo dos participantes. **Conclusão:** A educação em saúde participativa, contínua e integrada à rotina da APS constitui estratégia viável para prevenir o pé diabético, reduzir complicações evitáveis e qualificar o cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus. Pé diabético. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

HEALTH EDUCATION AS A STRATEGY FOR PREVENTING DIABETIC FOOT COMPLICATIONS IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Introduction: Diabetes Mellitus is a highly prevalent chronic condition with a significant impact on morbidity and mortality. Among its complications, diabetic foot stands out due to its association with ulcers, infections, and preventable amputations. In Primary Health Care (PHC), longitudinal follow-up and proximity to the community facilitate prevention and early identification of risks. In this context, multiprofessional interventions and educational activities contribute to consolidating preventive habits and strengthening self-care. **Objective:** To promote diabetic foot prevention through health education activities aimed at people with Diabetes Mellitus receiving follow-up in PHC. **Methodology:** This is a descriptive intervention plan with a qualitative approach, developed at the Dr. Judas Tadeu – Cruzeiro I Basic Health Unit, in Gravatá, Pernambuco, Brazil, an area characterized by high social vulnerability. The intervention was conducted over 12 weeks, involving the multiprofessional team and educational activities in the unit's waiting room. Dialogued lectures, interactive activities, and practical demonstrations were conducted on foot hygiene, daily inspection, appropriate footwear, and identification of risk signs. **Results and Discussion:** Active participation was observed among users, especially those with Diabetes Mellitus, along with limited prior knowledge of preventive practices. After the intervention, greater understanding of self-care, identification of risk signs, and strengthening of the relationship between the health care team and users were observed. Practical activities facilitated learning and encouraged participants to take a more active role in their own care. **Conclusion:** Participatory, continuous health education integrated into the PHC routine is a feasible strategy for preventing diabetic foot, reducing avoidable complications, and improving the quality of care provided to people with Diabetes Mellitus.

KEYWORDS: Diabetes mellitus. Diabetic foot. Health education. Primary health care.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) constitui uma das principais doenças crônicas não transmissíveis e representa um importante problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência, ao impacto

na morbimortalidade e às repercussões sociais, econômicas e assistenciais decorrentes de suas complicações. Entre essas, o pé diabético destaca-se como uma das manifestações mais graves, por estar associado ao desenvolvimento de úlceras, infecções, hospitalizações prolongadas e amputações, muitas das quais poderiam ser evitadas por meio de estratégias efetivas de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica, uma vez que seu modelo de cuidado longitudinal e territorializado favorece a identificação precoce de fatores de risco, o monitoramento clínico sistemático e a implementação de ações preventivas capazes de reduzir a ocorrência de agravos (Silva *et al.*, 2025).

Na Estratégia Saúde da Família, a educação em saúde constitui um dos principais instrumentos para promover a autonomia dos usuários e fortalecer sua corresponsabilização no manejo do Diabetes Mellitus. Orientações relacionadas à inspeção diária dos pés, higiene adequada, hidratação da pele, corte correto das unhas, utilização de calçados apropriados e reconhecimento de sinais de alerta são medidas simples, porém eficazes, na prevenção de lesões. Entretanto, em territórios marcados por vulnerabilidades sociais, fatores como baixa escolaridade, limitações econômicas, dificuldades de acesso à informação e baixa literacia em saúde dificultam a incorporação dessas práticas ao cotidiano dos indivíduos. Quando as ações educativas não são planejadas de forma contínua, participativa e adaptada às características da população, a adesão ao autocuidado tende a ser insuficiente, aumentando o risco de complicações evitáveis (Faria *et al.*, 2024).

Estudos desenvolvidos em diferentes níveis de atenção evidenciam que muitos pacientes chegam aos serviços especializados já apresentando lesões avançadas, o que revela fragilidades nas ações preventivas realizadas na APS. Essa realidade reforça a necessidade de fortalecer a prevenção como eixo prioritário do cuidado, especialmente por meio da avaliação periódica dos pés, da estratificação do risco e da educação permanente dos usuários. Além disso, a organização de fluxos assistenciais bem definidos, articulados entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, favorece o encaminhamento oportuno, reduz atrasos no tratamento e amplia a resolutividade da assistência. Dessa forma, a integração entre avaliação clínica sistemática, educação em saúde e organização dos processos de trabalho representa uma estratégia essencial para prevenir complicações relacionadas ao pé diabético (Maia *et al.*, 2023; Matheus *et al.*, 2024).

A Medicina de Família e Comunidade fortalece essa perspectiva ao oferecer um cuidado centrado na pessoa, na família e no território, considerando não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também os determinantes sociais que influenciam o autocuidado. A longitudinalidade do acompanhamento possibilita identificar dificuldades concretas enfrentadas pelos usuários, como limitações visuais, dificuldades de mobilidade, ausência de recursos para aquisição de calçados adequados ou barreiras relacionadas à compreensão das orientações recebidas. Assim, a educação em saúde deixa de assumir um caráter exclusivamente informativo para tornar-se um processo compartilhado, contextualizado e factível, favorecendo mudanças sustentáveis de comportamento e fortalecendo o vínculo entre equipe e comunidade (Grangeiro Neto, 2026).

Apesar da relevância dessas estratégias, persistem desafios importantes na implementação de ações educativas sistematizadas voltadas à prevenção do pé diabético na Atenção Primária

à Saúde. Em muitas unidades, as orientações são realizadas de forma pontual, sem padronização, acompanhamento ou adaptação às necessidades específicas da população assistida. Essa realidade torna-se ainda mais evidente em contextos de vulnerabilidade social, nos quais a elevada prevalência de Diabetes Mellitus está associada a fatores que dificultam o controle da doença e aumentam o risco de complicações. Nesses cenários, observa-se baixa adesão às práticas de autocuidado e fragilidades na avaliação periódica dos pés, favorecendo o diagnóstico tardio de lesões e a ocorrência de desfechos desfavoráveis.

Diante desse contexto, evidencia-se que o problema não se limita à oferta dos serviços de saúde, mas envolve também a necessidade de qualificar as estratégias educativas desenvolvidas pelas equipes da APS, tornando-as contínuas, participativas e integradas ao acompanhamento clínico dos usuários. A ausência de intervenções estruturadas compromete a efetividade da prevenção e reduz as possibilidades de identificação precoce dos fatores de risco, reforçando a necessidade de fortalecimento das práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A realização deste estudo justifica-se pela relevância clínica, social e institucional do tema. Sob a perspectiva social, a prevenção do pé diabético possui potencial para reduzir a ocorrência de úlceras, infecções, amputações e incapacidades permanentes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, preservação da autonomia funcional e redução do sofrimento dos usuários com Diabetes Mellitus. No âmbito profissional e acadêmico, a pesquisa possibilita o desenvolvimento e a consolidação de estratégias educativas baseadas na educação em saúde e no trabalho multiprofissional, produzindo conhecimentos aplicáveis à prática da Atenção Primária e passíveis de replicação em diferentes realidades. Sob o ponto de vista institucional, a implementação de ações educativas sistematizadas contribui para qualificar o processo de trabalho das equipes, fortalecer o vínculo com os usuários, ampliar a resolutividade da assistência e reduzir a demanda por atendimentos de maior complexidade, reafirmando o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, considerando a importância da educação em saúde como estratégia de prevenção e fortalecimento do autocuidado, este estudo tem como objetivo implementar ações educativas voltadas à prevenção do pé diabético entre pessoas com Diabetes Mellitus acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, buscando ampliar o conhecimento dos usuários, estimular práticas preventivas, fortalecer a adesão ao autocuidado e contribuir para a redução das complicações associadas à doença.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como um estudo de intervenção de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e componente quantitativo, desenvolvido no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A proposta metodológica integrou fundamentos teóricos e prática assistencial, possibilitando a implementação e a avaliação de ações educativas voltadas à prevenção do pé diabético, ao fortalecimento do autocuidado e à ampliação do conhecimento de pessoas com Diabetes Mellitus acompanhadas na APS.

Segundo Minayo (2014) e Gil (2008), estudos de intervenção descritivos têm como finalidade compreender e descrever os efeitos produzidos por uma ação planejada desenvolvida em contexto real, considerando os significados, as percepções e as mudanças observadas nos participantes e no ambiente em que a intervenção ocorre. Diferentemente dos estudos experimentais, essa modalidade de pesquisa não busca estabelecer relações de causa e efeito mediante controle rigoroso de variáveis, mas compreender como as intervenções são implementadas, apropriadas e ressignificadas pelos sujeitos, respeitando os aspectos sociais, culturais e organizacionais do cenário investigado. Nesse sentido, a abordagem qualitativa mostrou-se adequada para captar dimensões subjetivas relacionadas às experiências dos participantes, aos processos de aprendizagem e às transformações promovidas pelas ações educativas, enquanto o componente quantitativo permitiu descrever indicadores referentes à participação e ao alcance da intervenção.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Dr. Judas Tadeu – Cruzeiro I, localizada no município de Gravatá, Pernambuco, onde o pesquisador exerce atividades assistenciais. A unidade está inserida em um território caracterizado por elevada vulnerabilidade social, predominando usuários de baixa renda e baixo nível de escolaridade, fatores que influenciam diretamente a adesão ao tratamento e às práticas de autocuidado relacionadas ao Diabetes Mellitus.

A população do estudo foi constituída por usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus acompanhados pela equipe da unidade. De acordo com os registros do serviço, aproximadamente 300 usuários possuíam diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Ao longo do período de execução da intervenção, cerca de 420 pessoas participaram das atividades educativas, considerando a participação em diferentes encontros, com média aproximada de 28 participantes por ação. Dentre esses participantes, aproximadamente 85 apresentavam diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus, enquanto os demais possuíam fatores de risco para a doença ou apresentavam quadro de pré-diabetes. A participação ocorreu de forma espontânea durante as atividades realizadas na sala de espera da unidade, envolvendo adultos e idosos com vínculo ativo com o serviço, não sendo estabelecidos critérios rígidos de exclusão, em razão do caráter coletivo e educativo da intervenção.

A intervenção foi fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e nos pressupostos da educação em saúde, tendo como objetivo promover o autocuidado e prevenir complicações relacionadas ao pé diabético. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional mediante observação da prática assistencial, identificando fragilidades relacionadas ao conhecimento dos usuários acerca da prevenção do pé diabético e à adesão às práticas de autocuidado. A partir desse levantamento, foram definidos os conteúdos prioritários e as estratégias educativas, contemplando temas como higiene e hidratação dos pés, inspeção diária, corte adequado das unhas, escolha de calçados apropriados, prevenção de lesões e reconhecimento precoce de sinais de risco.

Antes do início das atividades com os usuários, foi realizada capacitação da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, por meio de reuniões de educação permanente. Nesses encontros foram discutidas estratégias de comunicação acessível, metodologias participativas de

educação em saúde, padronização das orientações e integração das atividades educativas à rotina assistencial da unidade, buscando uniformizar as práticas desenvolvidas pela equipe.

As ações educativas foram executadas durante 12 semanas, totalizando 15 encontros realizados na sala de espera da unidade e integrados à rotina dos atendimentos. Cada atividade teve duração aproximada de 30 a 40 minutos e foi conduzida de forma multiprofissional, utilizando metodologias ativas que favoreceram a participação dos usuários, incluindo palestras dialogadas, demonstrações práticas, dinâmicas interativas e momentos para esclarecimento de dúvidas. Como estratégia complementar de sensibilização, foram realizadas atividades práticas destinadas a demonstrar, de maneira simples e segura, as alterações de sensibilidade frequentemente associadas ao pé diabético, facilitando a compreensão dos riscos decorrentes da perda da sensibilidade protetora e incentivando a adoção de medidas preventivas no cotidiano.

O acompanhamento da intervenção ocorreu continuamente durante as atividades educativas e nos atendimentos de rotina realizados pela equipe da unidade. Foram observados aspectos relacionados à participação, ao interesse, à interação, às dúvidas apresentadas e à capacidade dos usuários de identificar fatores de risco e sinais precoces de lesões nos pés. Os agentes comunitários de saúde reforçaram as orientações durante as visitas domiciliares, contribuindo para a continuidade das ações educativas e para a incorporação das práticas de autocuidado no ambiente familiar.

A coleta de dados foi realizada de forma prospectiva, utilizando observação direta das atividades, registros em diário de campo, listas de presença, relatos espontâneos dos participantes e feedback obtido durante atendimentos individuais e coletivos. Também foram considerados indicadores assistenciais relacionados ao número de ações desenvolvidas, quantidade de participantes, adesão às atividades e compreensão dos conteúdos trabalhados. Paralelamente, a fundamentação teórica da intervenção foi construída por meio de revisão da literatura realizada nas bases SciELO e Google Acadêmico, utilizando estudos publicados entre 2021 e 2025 relacionados ao pé diabético, educação em saúde e Atenção Primária à Saúde.

A análise dos dados adotou abordagem mista, integrando procedimentos qualitativos e quantitativos. Os dados qualitativos foram submetidos à análise descritiva e interpretativa, considerando aspectos como participação, interação, compreensão dos conteúdos, percepção dos usuários e mudanças observadas nas práticas de autocuidado ao longo da intervenção. Os dados quantitativos foram organizados por meio de estatística descritiva simples, contemplando frequência absoluta, média de participantes por atividade e número total de usuários alcançados, possibilitando avaliar o alcance das ações educativas e sua contribuição para a prevenção do pé diabético no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Todos os procedimentos éticos seguiram os princípios da Declaração de Helsinque e da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Esta investigação integra um projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 91948525.0.0000.5050. A participação dos usuários ocorreu de forma voluntária, mediante consentimento verbal, considerando o caráter

educativo das atividades desenvolvidas. Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações, a privacidade dos participantes e o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento prestado pela unidade de saúde. Por tratar-se de intervenção educativa incorporada à rotina assistencial, os riscos foram considerados mínimos, sendo esperados benefícios relacionados ao fortalecimento do autocuidado, à ampliação do conhecimento sobre o Diabetes Mellitus e à prevenção das complicações associadas ao pé diabético.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados por meio de abordagem descritiva, integrando dados quantitativos e qualitativos obtidos durante a execução das ações. A interpretação dos achados foi realizada à luz de evidências científicas previamente apresentadas na revisão de literatura, permitindo correlacionar os resultados práticos com o conhecimento teórico disponível.

Inicialmente, o Quadro 1 apresenta uma síntese das evidências científicas utilizadas como base para discussão dos resultados, destacando a relevância da educação em saúde, da avaliação sistematizada e do acompanhamento longitudinal na prevenção do pé diabético. Essa síntese não se configura como etapa metodológica independente, mas como referencial teórico para interpretação dos achados da intervenção.

Quadro 1 - Sumário dos principais estudos e seus resultados

(continua)

Estudo	Amostra	Intervenção e Método	Resultados	Conclusão
Silva <i>et al.</i> , 2025	Usuários com Diabetes Mellitus acompanhados na Atenção Primária à Saúde	Estudo descritivo com foco em estratégias de avaliação do pé diabético na APS	Evidenciou-se que a adoção de protocolos padronizados e a capacitação da equipe melhoram a identificação precoce de riscos para o pé diabético	A qualificação do exame dos pés na APS é essencial para prevenir complicações e reduzir desfechos graves
Souza Faria <i>et al.</i> , 2024	Pessoas com Diabetes Mellitus acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família	Estudo descritivo sobre cuidados preventivos do pé diabético	Observou-se baixa adesão às práticas de autocuidado e déficit de orientações sistemáticas	A educação em saúde é fundamental para fortalecer o autocuidado e prevenir lesões do pé diabético
Maia <i>et al.</i> , 2023	Pacientes atendidos em serviço de referência para tratamento de pé diabético no Amazonas	Relato de experiência acadêmica em serviço especializado	O acompanhamento multiprofissional possibilitou melhor manejo clínico e aprendizado prático sobre o cuidado ao pé diabético	A integração entre atenção primária e serviços especializados é fundamental para o cuidado integral

Quadro 1 - Sumário dos principais estudos e seus resultados

(conclusão)

Estudo	Amostra	Intervenção e Método	Resultados	Conclusão
Matheus <i>et al.</i> , 2024	Pacientes com pé diabético encaminhados para sala especializada	Relato de experiência sobre fluxo de encaminhamento	A organização do fluxo assistencial favoreceu o acesso oportuno e a continuidade do cuidado	A estruturação de fluxos de encaminhamento qualifica o manejo do pé diabético na APS
Medeiros <i>et al.</i> , 2022	Estudos nacionais sobre autocuidado com o pé diabético na APS	Revisão narrativa da literatura	As ações de educação em saúde mostraram impacto positivo na prevenção de lesões e complicações	O estímulo ao autocuidado é estratégia central para prevenção do pé diabético na APS
Grangeiro Neto, 2026	Pessoas com Diabetes Mellitus acompanhadas pela Medicina de Família e Comunidade	Estudo reflexivo sobre contribuições da MFC	Evidenciou-se que o acompanhamento longitudinal melhora o controle glicêmico e a prevenção de complicações	A APS, por meio da MFC, exerce papel estratégico no controle do diabetes e na prevenção do pé diabético
Pereira <i>et al.</i> , 2025	Usuários diabéticos acompanhados na Atenção Primária à Saúde	Estudo descritivo sobre estratégias de avaliação do pé diabético	A implementação de rotinas sistematizadas ampliou a detecção de fatores de risco	A avaliação periódica dos pés é medida essencial para prevenção de complicações
Pires <i>et al.</i> , 2022	Estudos sobre manejo de úlceras do pé diabético na APS	Revisão integrativa da literatura	Identificou-se que a APS tem papel relevante no manejo inicial e no acompanhamento das úlceras	O fortalecimento da APS contribui para a redução de agravamentos e amputações

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 1 apresenta os principais indicadores obtidos durante a intervenção educativa, permitindo visualizar de forma objetiva o alcance, a participação e os efeitos observados nas ações desenvolvidas.

Tabela 1 - Resultados da intervenção educativa na UBS Dr. Judas Tadeu – Cruzeiro I

Indicadores	Resultado observado
Número total de ações educativas realizadas	15
Média de participantes por ação	28 usuários
Total estimado de participantes alcançados	420 usuários
Usuários com DM2 participantes	85
Usuários em pré-diabetes	78
Participação ativa (tirar dúvidas)	~2x maior em usuários com DM2
Participação em atividades práticas	~3x maior em usuários com DM2
Conhecimento prévio sobre autocuidado	Baixo
Compreensão após intervenção	Moderada a elevada
Reconhecimento de sinais de risco	Aumentado
Fortalecimento do vínculo com equipe	Evidenciado

Fonte: Dados da pesquisa.

A intervenção educativa demonstrou elevado alcance e boa adesão dos usuários, com participação estimada de aproximadamente 420 indivíduos ao longo de 15 ações educativas, com média de 28 participantes por atividade. Observou-se maior engajamento entre os usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus, que participaram de forma mais ativa nas discussões e nas atividades práticas, evidenciando maior interesse e necessidade de orientação nesse grupo específico.

No período pré-intervenção, identificou-se baixo nível de conhecimento acerca das práticas de autocuidado com os pés, especialmente em relação à inspeção diária, reconhecimento de sinais de risco e uso adequado de calçados. Após as ações educativas, os usuários passaram a demonstrar maior compreensão das orientações, sendo capazes de relatar medidas preventivas e reconhecer situações que exigem busca por atendimento. Esse resultado reforça a efetividade da educação em saúde como estratégia para mudança de comportamento.

As dinâmicas práticas desempenharam papel central nesse processo, ao possibilitar a compreensão concreta dos riscos associados ao pé diabético. Observou-se que atividades voltadas à sensibilização sobre perda de sensibilidade e alterações funcionais dos pés facilitam o aprendizado e estimulam maior participação dos usuários. Além disso, essas estratégias favoreceram o fortalecimento do vínculo entre equipe e população, contribuindo para um ambiente mais acolhedor e participativo.

Os achados obtidos corroboram evidências da literatura que destacam a importância da qualificação das ações na Atenção Primária à Saúde para identificação precoce de riscos e prevenção de complicações, especialmente quando há integração entre avaliação clínica e educação em saúde (Silva *et al.*, 2025)

Da mesma forma, o baixo nível inicial de conhecimento observado entre os usuários está alinhado a estudos que evidenciam fragilidades no autocuidado em populações vulneráveis, reforçando a necessidade de estratégias educativas contínuas e adaptadas à realidade local (Faria *et al.*, 2024).

A participação ativa dos usuários e o fortalecimento do vínculo observados durante as atividades dialogam com achados que apontam o autocuidado como eixo central na prevenção do pé diabético, especialmente quando mediado por abordagens participativas e contextualizadas (Medeiros *et al.*, 2022).

Além disso, a atuação multiprofissional evidenciada na intervenção aproxima-se de experiências descritas na literatura, que ressaltam a importância da integração entre diferentes profissionais no cuidado ao paciente diabético, ampliando a resolutividade e a qualidade da assistência (Maia *et al.*, 2023). A incorporação das ações educativas à rotina da unidade também se mostra coerente com estudos que destacam a importância da organização dos fluxos assistenciais e da utilização de espaços como a sala de espera para ampliação do acesso às ações de saúde (Matheus *et al.*, 2024).

Por fim, os resultados reforçam o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde no controle do Diabetes Mellitus e na prevenção de suas complicações. A associação entre educação em saúde, acompanhamento longitudinal e vínculo com a equipe mostrou-se fundamental para reduzir riscos, fortalecer o autocuidado e promover um cuidado mais resolutivo, conforme apontado por estudos recentes (Grangeiro Neto, 2026; Pires *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

A implementação da intervenção demonstrou que a educação em saúde é uma estratégia viável, efetiva e alinhada aos princípios da Atenção Primária à Saúde para a prevenção do pé diabético. As ações educativas, desenvolvidas de forma multiprofissional e integradas à rotina da unidade, contribuíram para ampliar o conhecimento dos usuários, fortalecer o autocuidado e favorecer a identificação precoce de sinais de risco, evidenciando o alcance do objetivo proposto.

Além disso, a intervenção reforça que estratégias simples, de baixo custo e adaptadas à realidade do território podem gerar impacto significativo na prevenção de complicações do Diabetes Mellitus. A experiência destaca o papel estratégico da equipe de Saúde da Família no acompanhamento longitudinal e na promoção da saúde, apresentando potencial de replicação em outros contextos e contribuindo para a qualificação do cuidado, redução de agravos e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- BOULTON, A. J. M. *et al.* Comprehensive foot examination and risk assessment. **Diabetes Care**, Arlington, v. 41, n. 9, p. 2065-2073, 2018.
- FARIA, A. S. *et al.* Cuidados preventivos do pé diabético na estratégia de saúde da família. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S.l.], v. 6, n. 7, p. 2501–2512, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p2501-2512.
- GRANGEIRO NETO, F. Contribuições da medicina de família e comunidade para o controle do diabetes mellitus. **Journal of Medical and Biosciences Research**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 32-37, 2026.

Disponível em: <https://www.journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/1074>. Acesso em: 17 jan. 2026.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10. ed. Brussels: IDF, 2023. Disponível em: <https://diabetesatlas.org>. Acesso em: 11 abr. 2026.

MAIA, A. *et al.* Experiência de acadêmicos de medicina em serviço de referência no tratamento de pé diabético no Amazonas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 10, p. e14234, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14234>. Acesso em: 19 jan. 2023.

MATHEUS, F. *et al.* Fluxo de encaminhamento de pacientes para sala de pé diabético: relato de experiência. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires (REVISA)**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 773-784, 2024. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/239>. Acesso em: 15 jan. 2024.

MEDEIROS, G. *et al.* Ações do autocuidado com o pé diabético na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 15., 2022. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/15CRU/15CRU/paper/view/15152>. Acesso em: 18 jan. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

SILVA, Y. P. *et al.* Estratégias para melhorar a avaliação do pé diabético na atenção primária. **Revista Foco**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. e7867, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n2-145. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7867>. Acesso em: 14 abr. 2025.

PIRES, R. *et al.* Manejo das úlceras do pé diabético no contexto da Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 761-778, 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3868>. Acesso em: 15 jan. 2026.

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PORTADORES DE DIABETES MELLITUS: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

João Batista Genu da Silva¹;

E-mail: jgenu@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-6035-3886>

Aldenia Albino Bantim²;

E-mail: aldeniabantim@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-5929-8082>

Claudia Regina Pereira da Silva³;

E-mail: claudiareginape@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2167-7149>

Iresangela Gomes Ribeiro Diniz⁴;

E-mail: iresangelagr@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-9318-0153>

Francisco Paulo Guedes da Silva⁵;

E-mail: pauloguedes246@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-8140-7019>

Salviana Maria Lima Costa⁶.

E-mail: salvianamlima@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-5752-006X>

RESUMO: **Introdução:** O diabetes mellitus constitui uma das principais doenças crônicas não transmissíveis e representa importante desafio para a Atenção Primária à Saúde (APS), devido à elevada prevalência, ao risco de complicações e à necessidade de acompanhamento contínuo. Nesse contexto, a educação em saúde contribui para fortalecer o autocuidado, a adesão ao tratamento e o controle clínico. **Objetivo:** Promover a melhoria do autocuidado e da qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus por meio da implementação de grupos de educação em saúde em uma Unidade Básica de Saúde. **Método:** Estudo de intervenção, quanti-qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Centenário I, em Pesqueira, Pernambuco, entre julho e dezembro de 2025. Participaram 133 usuários com diabetes mellitus. Os encontros ocorreram quinzenalmente e contemplaram avaliação clínica, monitoramento glicêmico e orientações sobre

alimentação, atividade física, medicamentos, insulinoaterapia, automonitorização e prevenção de complicações, utilizando metodologias participativas. **Resultados:** Entre 180 usuários avaliados no HIPERDIA, 133 apresentavam diabetes mellitus tipo 2. Destes, 35,3% apresentavam hemoglobina glicada inferior a 7%, 45,1% possuíam valores acima do recomendado e 19,5% não apresentavam exame recente registrado. A intervenção favoreceu a atualização dos registros, intensificou a busca ativa e fortaleceu o acompanhamento longitudinal. Os grupos ampliaram a participação dos usuários, o esclarecimento de dúvidas, o autocuidado, o apoio entre pares e a integração com a equipe multiprofissional. **Conclusão:** Os grupos de educação em saúde mostraram-se estratégia efetiva para qualificar o cuidado às pessoas com diabetes na APS, fortalecendo o autocuidado, a adesão terapêutica e o monitoramento clínico, constituindo tecnologia de cuidado de baixo custo aplicável à rotina da Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Autocuidado. Promoção da Saúde.

HEALTH EDUCATION GROUPS FOR PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS: A STRATEGY TO PROMOTE SELF-CARE

ABSTRACT: Introduction: Diabetes mellitus is one of the major chronic noncommunicable diseases and represents an important challenge for Primary Health Care (PHC) due to its high prevalence, risk of complications, and need for continuous follow-up. In this context, health education contributes to strengthening self-care, treatment adherence, and clinical management. **Objective:** To improve self-care and quality of life among people with diabetes mellitus through the implementation of health education groups in a Basic Health Unit. **Method:** This was a quantitative and qualitative, descriptive, exploratory intervention study conducted at the Centenário I Basic Health Unit, in Pesqueira, Pernambuco, Brazil, between July and December 2025. A total of 133 users with diabetes mellitus participated. Meetings were held every two weeks and included clinical assessment, glycemic monitoring, and guidance on nutrition, physical activity, medication use, insulin therapy, self-monitoring, and prevention of complications, using participatory methodologies. **Results:** Among 180 users assessed through the HIPERDIA program, 133 had type 2 diabetes mellitus. Of these, 35.3% had glycated hemoglobin levels below 7%, 45.1% had levels above the recommended target, and 19.5% had no recent test results recorded. The intervention contributed to updating clinical records, intensifying active outreach, and strengthening longitudinal follow-up. The groups increased user participation, clarification of treatment-related questions, self-care, peer support, and integration with the multiprofessional team. **Conclusion:** Health education groups proved to be an effective strategy for improving diabetes care in PHC by strengthening self-care, treatment adherence, and clinical monitoring, while representing a low-cost care technology that can be incorporated into the routine of Family Health Strategy teams.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Health Education. Primary Health Care. Self Care. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) constitui uma das principais doenças crônicas não transmissíveis e representa um dos maiores desafios para os sistemas de saúde em todo o mundo, em virtude de sua elevada prevalência, morbimortalidade e impacto econômico e social. Estima-se que, em 2021, aproximadamente 537 milhões de adultos viviam com diabetes, com projeção de alcançar 643 milhões até 2030, evidenciando a crescente magnitude dessa condição (*International Diabetes Federation*, 2021). No Brasil, o diabetes mellitus constitui importante problema de saúde pública, apresentando maior prevalência com o avanço da idade e entre indivíduos com excesso de peso e obesidade, fatores que evidenciam a necessidade de fortalecimento das estratégias de prevenção, diagnóstico e acompanhamento da doença (Malta *et al.*, 2019).

O controle adequado do diabetes depende de uma abordagem contínua e multiprofissional, que ultrapassa o tratamento farmacológico. A adoção de práticas de autocuidado, como alimentação saudável, prática regular de atividade física, monitoramento glicêmico, uso correto dos medicamentos e acompanhamento periódico pelos serviços de saúde, constitui elemento fundamental para prevenir complicações micro e macrovasculares e melhorar a qualidade de vida dos usuários. Nesse contexto, a educação em saúde destaca-se como uma das principais estratégias para promover o empoderamento dos indivíduos, favorecer a adesão ao tratamento e estimular mudanças sustentáveis no estilo de vida (Torres *et al.*, 2018).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a educação em saúde integra as ações de promoção, prevenção e acompanhamento longitudinal das pessoas com condições crônicas. Entre as diferentes metodologias utilizadas, os grupos educativos constituem uma estratégia de baixo custo, facilmente incorporada à rotina dos serviços e capaz de fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, estimular a aprendizagem coletiva, favorecer a troca de experiências e ampliar a corresponsabilização pelo cuidado (Brasil, 2013). Sob a perspectiva da educação dialógica proposta por Paulo Freire, esses espaços valorizam os saberes e as experiências dos participantes, promovendo a construção compartilhada do conhecimento e o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado.

A Unidade Básica de Saúde Centenário I, localizada no município de Pesqueira, Pernambuco, atende aproximadamente 2.200 usuários, dos quais 133 possuem diagnóstico de diabetes mellitus e são acompanhados pelo programa HIPERDIA. No cotidiano assistencial da unidade, observou-se elevada frequência de usuários com controle glicêmico inadequado, baixa adesão ao acompanhamento periódico e dificuldades relacionadas ao autocuidado, especialmente quanto à alimentação, prática de atividade física e utilização correta dos medicamentos. Esse cenário evidenciou a necessidade de reorganizar o processo de cuidado por meio de estratégias educativas permanentes, participativas e contextualizadas à realidade da população assistida.

Diante desse contexto, a implementação de grupos de educação em saúde configura-se como uma estratégia potencial para fortalecer o autocuidado, ampliar o conhecimento dos usuários sobre o diabetes mellitus, estimular a adesão ao tratamento e contribuir para a prevenção de complicações crônicas. Assim, este estudo teve como objetivo promover a melhoria do autocuidado e da qualidade

de vida de pessoas com diabetes mellitus por meio da implementação de grupos de educação em saúde na Unidade Básica de Saúde Centenário I, descrevendo a intervenção desenvolvida e analisando seus principais resultados no contexto da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de intervenção, de abordagem quanti-qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Estudos de intervenção são indicados quando se pretende modificar uma realidade por meio da implementação de ações planejadas e avaliar seus efeitos sobre a população-alvo (Gil, 2019). A utilização da abordagem quantitativa possibilitou o acompanhamento de indicadores clínicos relacionados ao controle do diabetes mellitus, enquanto a abordagem qualitativa permitiu compreender aspectos referentes ao autocuidado, às dificuldades enfrentadas pelos usuários e às percepções sobre o processo educativo, conforme a perspectiva de Minayo (2014).

A UBS Centenário I possui uma população adscrita de aproximadamente 2.200 usuários e conta com uma equipe multiprofissional composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Entre os usuários cadastrados, 133 apresentam diagnóstico de diabetes mellitus, correspondendo a aproximadamente 6% da população adscrita, constituindo o público-alvo da intervenção.

As atividades foram desenvolvidas entre os meses de julho e dezembro de 2025, por meio da implantação de grupos de educação em saúde realizados quinzenalmente, às quartas-feiras, no período da tarde, na sala de reuniões da UBS. O espaço foi selecionado por oferecer melhores condições de acessibilidade, acolhimento e participação dos usuários. Para favorecer a interação e a dinâmica das atividades, os participantes foram organizados em grupos menores, conforme a área de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Cada encontro seguiu uma estrutura previamente planejada. Inicialmente, realizou-se o acolhimento dos participantes, seguido da atualização dos parâmetros clínicos, incluindo aferição da pressão arterial, peso corporal, índice de massa corporal (IMC), glicemia capilar e análise dos exames laboratoriais disponíveis, especialmente glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c). Nos casos em que os exames estavam desatualizados, foi realizada a glicemia capilar por meio de hemoglicoteste (HGT).

Após essa etapa, foi promovido um momento de escuta qualificada, no qual os participantes puderam relatar experiências, dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso, alimentação, monitoramento da glicemia e uso da insulina, além de esclarecer dúvidas sobre a doença e seu manejo cotidiano. Essa estratégia favoreceu a troca de experiências entre os próprios usuários e estimulou o apoio mútuo durante as atividades educativas.

Na sequência, foram realizadas ações educativas conduzidas pela equipe de saúde, abordando conteúdos relacionados ao diabetes mellitus, incluindo conceitos gerais da doença, importância do controle glicêmico, uso correto dos hipoglicemiantes orais e das insulinas disponibilizadas pelo

Sistema Único de Saúde, técnicas de armazenamento e aplicação da insulina, reconhecimento e manejo inicial de episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, utilização do glicosímetro digital para automonitorização glicêmica, orientações alimentares compatíveis com a realidade socioeconômica da população atendida e incentivo à prática regular de atividade física como estratégia de prevenção de complicações e promoção da saúde.

As orientações alimentares foram adaptadas ao contexto sociocultural dos participantes, considerando os hábitos alimentares locais e as condições de vulnerabilidade social observadas na comunidade. Nos casos em que havia necessidade de acompanhamento especializado, os usuários foram encaminhados para atendimento com a nutricionista da rede municipal.

Durante toda a intervenção, a equipe multiprofissional atuou de forma integrada. O médico foi responsável pelas orientações clínicas e acompanhamento terapêutico; a enfermeira e o técnico de enfermagem realizaram avaliações, demonstrações práticas e atividades educativas; enquanto os Agentes Comunitários de Saúde acompanharam os usuários durante as visitas domiciliares, reforçando as orientações fornecidas nos grupos, monitorando a adesão ao tratamento e identificando necessidades de acompanhamento adicional.

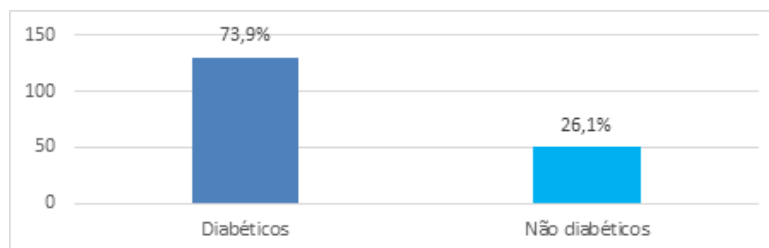
A avaliação da intervenção foi realizada por meio da comparação dos indicadores clínicos obtidos ao longo do período de acompanhamento, especialmente glicemia de jejum, hemoglobina glicada, pressão arterial, peso corporal e índice de massa corporal, além da observação da participação dos usuários, do relato das mudanças relacionadas ao autocuidado e da adesão às recomendações terapêuticas durante os encontros educativos.

O estudo respeitou os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de intervenção, correspondente aos meses de julho a dezembro de 2025, foram avaliados 180 usuários cadastrados no programa HIPERDIA da Unidade Básica de Saúde Centenário I, no município de Pesqueira-PE. Desses, 133 apresentavam diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, correspondendo a 73,9% da população acompanhada.

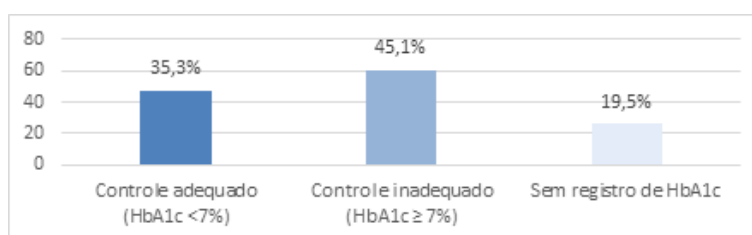
Gráfico 1 – Distribuição dos resultados do rastreamento para diabetes mellitus tipo 2 em usuários da Unidade Básica de Saúde Centenário I (n=180).



Fonte: Dados da amostra. 2026.

Entre os 133 usuários com diabetes mellitus tipo 2, 47 (35,3%) apresentavam controle glicêmico adequado ($HbA1c < 7\%$), enquanto 60 (45,1%) possuíam valores superiores aos recomendados. Em 26 pacientes (19,5%), não havia registro recente da hemoglobina glicada, evidenciando a necessidade de fortalecimento do acompanhamento laboratorial periódico.

Gráfico 2 – Classificação do controle glicêmico segundo os níveis de hemoglobina glicada ($HbA1c$) em pacientes acompanhados na Unidade Básica de Saúde Centenário I (n=133).



Fonte: Dados da amostra. 2026.

Os resultados também evidenciaram melhoria na atualização dos registros clínicos, ampliação da busca ativa e maior estratificação de risco dos usuários acompanhados pela equipe da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, verificou-se baixa adesão inicial ao acompanhamento periódico e à realização dos exames de monitoramento, reforçando a necessidade de estratégias permanentes de educação em saúde voltadas ao fortalecimento do autocuidado.

Nesse contexto, os grupos de educação em saúde constituíram o principal eixo da intervenção. Os encontros quinzenais foram organizados em grupos menores, distribuídos conforme as microáreas dos Agentes Comunitários de Saúde, favorecendo maior participação dos usuários, acolhimento e fortalecimento do vínculo entre comunidade e equipe multiprofissional.

Cada encontro iniciava com a avaliação dos parâmetros clínicos, incluindo glicemia capilar, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, pressão arterial, peso corporal e índice de massa corporal. Posteriormente, era realizado um momento de escuta qualificada, no qual os participantes eram estimulados a compartilhar dúvidas, dificuldades e experiências relacionadas ao convívio com o diabetes mellitus.

Observou-se que as principais dificuldades relatadas estavam relacionadas à insulinoterapia, ao uso correto dos medicamentos, ao armazenamento das insulinas, às restrições alimentares e à incorporação de hábitos saudáveis no cotidiano. Durante as discussões, os próprios usuários passaram a compartilhar experiências pessoais, contribuindo para a construção coletiva do conhecimento e para o fortalecimento do apoio entre pares.

Uma das situações mais representativas ocorreu quando uma usuária relatou insegurança quanto à aplicação da insulina, afirmando não saber em qual região do corpo deveria administrar a medicação. Imediatamente, outra participante descreveu sua experiência após receber orientações da equipe de enfermagem, explicando como realizava a aplicação e oferecendo auxílio à colega. Situações como essa evidenciaram que o grupo ultrapassou o caráter meramente informativo, constituindo-se em espaço de acolhimento, troca de experiências e fortalecimento da autonomia dos participantes.

Outro aspecto frequentemente observado foi a troca de experiências sobre o tratamento medicamentoso. Alguns usuários relataram efeitos adversos percebidos nos primeiros dias de uso dos antidiabéticos orais, enquanto outros compartilharam estratégias utilizadas para adaptação ao tratamento, estimulando a continuidade da terapia prescrita e reduzindo receios relacionados ao uso das medicações.

As atividades educativas abordaram temas como fisiopatologia do diabetes mellitus, uso correto dos hipoglicemiantes orais e insulinas disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, monitorização glicêmica, prevenção de episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, alimentação saudável, prática regular de atividade física e prevenção das complicações crônicas. As orientações foram desenvolvidas em linguagem simples e contextualizadas à realidade social e econômica da população atendida, reconhecendo as limitações financeiras que dificultam mudanças alimentares mais expressivas.

A participação dos Agentes Comunitários de Saúde mostrou-se essencial durante toda a intervenção, reforçando as orientações nas visitas domiciliares, acompanhando a utilização correta do glicosímetro e das medicações e identificando precocemente usuários com dificuldades de adesão ao tratamento. Essa atuação integrada fortaleceu a continuidade do cuidado e aproximou ainda mais a equipe de saúde da comunidade.

Os achados quantitativos do presente estudo demonstram que apenas 35,3% dos usuários apresentavam controle glicêmico adequado, percentual semelhante ao encontrado em outras pesquisas realizadas na Atenção Primária à Saúde brasileira, que apontam dificuldades persistentes para o alcance das metas terapêuticas, especialmente entre adultos e idosos (Flor; Campos, 2017).

Por outro lado, a experiência desenvolvida evidenciou que os grupos educativos favoreceram maior participação dos usuários, ampliação do conhecimento sobre a doença e fortalecimento do autocuidado. Estudos demonstram que intervenções educativas em grupo promovem redução dos níveis de hemoglobina glicada, aumento da adesão medicamentosa e melhoria da qualidade de vida quando realizadas de forma contínua e participativa (Torres et al., 2018; American Diabetes Association, 2023).

O número reduzido de usuários em insulinoterapia sugere que parte dos participantes ainda apresenta controle clínico por meio de modificações no estilo de vida associadas ao uso de antidiabéticos orais. Entretanto, esse resultado também pode refletir dificuldades relacionadas à intensificação terapêutica, situação frequentemente descrita na literatura como um desafio da Atenção Primária à Saúde (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023).

Além dos resultados clínicos, observou-se fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, maior participação comunitária, incentivo ao apoio entre pares e maior segurança para o manejo cotidiano da doença. Esses aspectos corroboram os pressupostos da educação em saúde dialógica, fundamentada na participação ativa dos usuários e na valorização dos conhecimentos construídos coletivamente.

De modo geral, a intervenção demonstrou que os grupos de educação em saúde representam uma estratégia efetiva para qualificar o acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus na Atenção Primária, favorecendo o monitoramento clínico, a adesão ao tratamento, o fortalecimento do autocuidado e a prevenção de complicações crônicas, além de contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde.

CONCLUSÃO

A intervenção desenvolvida demonstrou que os grupos de educação em saúde constituem uma estratégia efetiva para fortalecer o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. Além de favorecerem o monitoramento clínico sistemático e a atualização dos registros dos usuários, os encontros possibilitaram maior aproximação entre a equipe multiprofissional e a comunidade, promovendo um ambiente de escuta, acolhimento, troca de experiências e construção compartilhada do conhecimento.

Observou-se que a utilização de metodologias participativas contribuiu para ampliar o conhecimento dos usuários sobre a doença, estimular a adesão ao tratamento medicamentoso, incentivar hábitos de vida saudáveis e reduzir dúvidas relacionadas ao manejo da insulinoterapia e ao controle glicêmico. O protagonismo dos participantes e o apoio entre pares mostraram-se elementos importantes para o fortalecimento da autonomia e da responsabilização pelo cuidado, aspectos fundamentais para o manejo das condições crônicas.

Os resultados também evidenciaram a relevância da atuação integrada da equipe da Estratégia Saúde da Família, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde, no acompanhamento longitudinal dos usuários e no reforço das orientações durante as visitas domiciliares, contribuindo para a continuidade do cuidado e para a prevenção de complicações relacionadas ao diabetes mellitus.

Embora o estudo tenha sido realizado em uma única Unidade Básica de Saúde, seus achados reforçam o potencial dos grupos de educação em saúde como tecnologia leve de cuidado, de baixo custo e facilmente incorporada à rotina dos serviços da Atenção Primária. Recomenda-se que iniciativas semelhantes sejam ampliadas e acompanhadas por avaliações de longo prazo, utilizando indicadores clínicos, comportamentais e de qualidade de vida, a fim de produzir evidências mais robustas sobre sua

efetividade e subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas ao enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. 2010 Jan;33 Suppl 1(Suppl 1):S62-9. doi: 10.2337/dc10-S062. Erratum in: **Diabetes Care**. 2010 Apr;33(4):e57. PMID: 20042775; PMCID: PMC2797383. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2797383/>. Acessado em 10 mar 2025.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Care in Diabetes - 2023. **Diabetes Care**. 46(Suppl 1):S1–S291, 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo, SP: ABESO, 2016. Disponível em: <http://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Dowload-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 29 nov.2020.

BLISS M. The history of insulin. **Diabetes Care**. 16:S4-S7.doi:10.2337/diacare.16.3.4., 1993.

BORGES, Daiani de Bem; LACERDA, Josimari Telino de. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em debate**, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, nº 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013^a. 290p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18, v. II). Disponível em: <http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimentodemandaespontaneaueixascomunsmellituscab36.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 160p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimentodemandaespontaneaueixascomunsmellituscab36.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

FLOR LS, CAMPOS MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol**. 2017;20(1):16–29.

GIL AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7^a ed. São Paulo: Atlas; 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *IDF Diabetes Atlas*. 10. ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2021. Disponível em: [IDF Diabetes Atlas – 10th edition](#). Acesso em: 8 ago. 2026.

KARAMANOU M; PROTOGEROU A; TSOUICALAS G;; ANDROUTSOS G; POULAKOU-REBELAKOU E. Milestones in the history of diabetes mellitus: The main contributors. **World Journal of Diabetes**. 7(1):1-7, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, supl. 2, e190006.SUPL.2, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190006.supl.2.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022–2023**. São Paulo: Clannad; 2023.

TORRES HC et al. Evaluation of the effects of a diabetes educational program: a randomized clinical trial. **Rev Saúde Pública**. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2018.v52/8/pt/> Acessado em 10 set 2025.

TORRES HC, PACE AE, STRADIOTO MA. Educação em saúde no diabetes mellitus: revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**. 2018;52:e03309.

Parte III – Saúde Mental na Atenção Primária

Aborda estratégias de cuidado em saúde mental para diferentes grupos populacionais.

INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA ANSIEDADE EM MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Virgínia Maia Lacerda Vasconcelos¹;

E-mail: maia_lacerda@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-0096-9591>

Silvia Helena Rocha da Silva²;

E-mail: silvinhaac@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-2290-5993>

Verônica Pereira da Costa³;

E-mail: veronica.fof@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-0902-7299>

Sandra Bento da Rocha⁴;

E-mail: sandrabento.r@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5406-6126>

Adriana Ribeiro de Castro⁵;

E-mail: adrianaribeiro@hotmal.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-8365-3654>

Ana Lúcia Barbosa de Sousa⁶.

E-mail: lalubarbosa@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5830-4320>.

RESUMO: **Introdução:** A ansiedade constitui um importante problema de saúde pública, especialmente entre mulheres, por estar associada a fatores biológicos, sociais, familiares e econômicos que interferem na qualidade de vida e no bem-estar emocional. **Objetivo:** Promover ações de cuidado e promoção da saúde mental de mulheres entre 18 e 59 anos em acompanhamento por ansiedade generalizada em uma Unidade Básica de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de rodas de conversa, que proporcionaram espaço de escuta qualificada, acolhimento, compartilhamento de experiências e reflexão sobre fatores que influenciam a ansiedade no cotidiano das participantes. Durante os encontros, foram trabalhadas estratégias práticas de enfrentamento, como incentivo à atividade física, exercícios de relaxamento, atenção plena, autocuidado e fortalecimento das redes de apoio. **Resultados e discussão:** Observou-

se participação ativa das mulheres, fortalecimento do vínculo entre usuárias e equipe de saúde, maior compreensão sobre a ansiedade e reconhecimento de estratégias de enfrentamento mais saudáveis. A intervenção também contribuiu para sensibilizar a equipe quanto à importância de práticas coletivas, humanizadas e integradas no cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** Conclui-se que as rodas de conversa constituíram uma estratégia relevante para a promoção da saúde mental, favorecendo o acolhimento, o autocuidado, o apoio mútuo e a ampliação das práticas de cuidado voltadas ao enfrentamento da ansiedade em mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade generalizada. Saúde mental. Atenção primária à saúde. Promoção da saúde. Intervenção em saúde.

MENTAL HEALTH INTERVENTION: STRATEGIES FOR MANAGING ANXIETY AMONG WOMEN IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Introduction: Anxiety is an important public health problem, especially among women, as it is associated with biological, social, familial, and economic factors that negatively affect quality of life and emotional well-being. **Objective:** To promote mental health care and health promotion actions for women aged 18 to 59 years undergoing follow-up for generalized anxiety disorder at a Primary Health Care Unit. **Methodology:** This is an action research study with a qualitative approach, conducted through discussion groups that provided a space for qualified listening, welcoming, experience sharing, and reflection on factors influencing anxiety in the participants' daily lives. During the meetings, practical coping strategies were addressed, including encouragement of physical activity, relaxation exercises, mindfulness practices, self-care, and strengthening of social support networks. **Results and Discussion:** The intervention promoted active participation among the women, strengthened the bond between users and the health care team, enhanced participants' understanding of anxiety, and encouraged the adoption of healthier coping strategies. Furthermore, it increased the health team's awareness of the importance of collective, humanized, and integrated approaches to mental health care within Primary Health Care. **Conclusion:** The discussion groups proved to be an effective strategy for promoting mental health by fostering welcoming environments, self-care, mutual support, and the expansion of care practices aimed at coping with anxiety among women. **KEYWORDS:** Generalized anxiety. Mental health. Primary health care. Health promotion. Health intervention.

INTRODUÇÃO

A ansiedade constitui uma resposta emocional inerente ao organismo humano, relacionada aos mecanismos de proteção diante de situações percebidas como ameaçadoras. Em níveis moderados, desempenha função adaptativa, preparando o indivíduo para enfrentar situações de perigo ou incerteza. Entretanto, quando se torna persistente, intensa e desproporcional ao estímulo desencadeante, pode comprometer significativamente a vida cotidiana e configurar um transtorno de ansiedade. Nesses

casos, são frequentes manifestações como apreensão, medo, preocupação excessiva, taquicardia, sudorese, alterações do sono e dificuldade de concentração, com repercussões importantes na qualidade de vida e no funcionamento social, ocupacional e familiar dos indivíduos (OMS, 2017).

Diversos estudos apontam maior prevalência dos transtornos de ansiedade entre mulheres. No Brasil, dados do Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Tempos de Pandemia (Covitel), realizado em 2023, indicaram elevada proporção de pessoas que já receberam diagnóstico de ansiedade, com destaque para o sexo feminino. Outro levantamento realizado pelo Datafolha também demonstrou frequência de diagnóstico de ansiedade substancialmente maior entre mulheres quando comparada aos homens (Rocha, 2023). Esse cenário revela importante desigualdade de gênero, influenciada tanto por aspectos biológicos quanto por fatores sociais, econômicos e culturais que interferem diretamente na saúde mental feminina.

No Nordeste brasileiro, essa realidade assume particular relevância em razão das vulnerabilidades socioeconômicas presentes em diferentes territórios. Estudo realizado no município de Garanhuns, Pernambuco, envolvendo usuários atendidos na Atenção Primária à Saúde entre 2020 e 2024, identificou predominância feminina entre os casos de transtornos de ansiedade, correspondendo a aproximadamente 69% dos atendimentos analisados (Gomes; Santana; Burgos, 2025). A ocorrência desses transtornos mostra-se ainda mais significativa entre mulheres jovens e adultas submetidas a condições de vulnerabilidade socioeconômica, sobrecarga de responsabilidades domésticas e familiares, precarização das relações de trabalho e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Lopes, 2023).

A maior vulnerabilidade feminina aos transtornos ansiosos pode estar relacionada a múltiplos determinantes sociais de saúde. Mulheres frequentemente acumulam funções relacionadas ao trabalho remunerado, às atividades domésticas, ao cuidado dos filhos, de familiares idosos e de outros dependentes, situação que pode resultar em sobrecarga física e emocional. Somam-se a esses fatores as desigualdades salariais, a exposição à violência de gênero, a insegurança financeira, as condições precárias de trabalho e a ausência ou fragilidade das redes de apoio social. Esses elementos contribuem para situações prolongadas de estresse e sofrimento psicológico e podem aumentar o risco de desenvolvimento ou agravamento dos transtornos de ansiedade (McClean *et al.*, 2011).

Apesar da elevada prevalência desses transtornos, persistem importantes barreiras relacionadas à identificação precoce, ao acesso aos serviços e à continuidade do tratamento. Dados do Covitel (2023) indicam que parcela limitada das pessoas diagnosticadas com ansiedade procurou atendimento especializado em saúde mental no período avaliado. Entre os fatores que dificultam a procura por assistência encontram-se o estigma relacionado aos transtornos mentais, a baixa disponibilidade de serviços especializados, dificuldades socioeconômicas, desconhecimento sobre os sintomas e pouca valorização de estratégias preventivas e terapêuticas não farmacológicas.

Dessa forma, a ansiedade deve ser compreendida não apenas como condição clínica individual, mas também como importante problema de saúde pública relacionado às desigualdades sociais e de gênero. No caso das mulheres, o enfrentamento desse problema exige uma abordagem ampliada, capaz de considerar as condições de vida, as relações familiares, o trabalho, a rede de apoio social e

os diferentes fatores que podem favorecer ou intensificar o sofrimento psíquico. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico por constituir a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde, possibilitando ações de promoção da saúde, prevenção, identificação precoce de sinais e sintomas, acompanhamento longitudinal e articulação com outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

A proximidade da APS com os usuários e com o território favorece a identificação das vulnerabilidades que interferem na saúde mental das mulheres e amplia as possibilidades de construção de estratégias de cuidado compatíveis com suas necessidades. O acompanhamento contínuo pode contribuir tanto para o reconhecimento precoce dos sintomas de ansiedade quanto para a orientação e o encaminhamento oportuno aos serviços especializados quando necessário. Além disso, permite desenvolver intervenções coletivas e individuais voltadas à educação em saúde mental, ao fortalecimento das redes de apoio, à redução do estigma e à promoção de práticas de autocuidado.

A literatura aponta ainda que estratégias não farmacológicas podem desempenhar importante papel no enfrentamento da ansiedade. Entre elas destacam-se a prática regular de atividade física, atividades de lazer, práticas integrativas e complementares, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, participação em grupos de apoio e recursos relacionados à espiritualidade ou religiosidade, quando significativos para a própria pessoa. Tais estratégias podem favorecer a redução do sofrimento psicológico, o fortalecimento da autonomia e o desenvolvimento de formas mais saudáveis de enfrentamento das situações de estresse cotidiano (Carvalho *et al.*, 2023).

Essas possibilidades assumem especial relevância em contextos de vulnerabilidade, nos quais a disponibilidade de serviços especializados de saúde mental pode ser limitada. Por apresentarem, em muitos casos, baixo custo e possibilidade de implementação no próprio território, as ações educativas, os grupos comunitários, as atividades físicas e outras estratégias psicossociais podem ampliar as alternativas de cuidado disponíveis na Atenção Primária. Entretanto, ainda se observam fragilidades na sistematização dessas ações e na sua integração à rotina assistencial, o que reduz seu potencial de alcance e continuidade.

Nesse sentido, o problema central desta proposta de intervenção relaciona-se não somente à elevada ocorrência de sintomas e transtornos de ansiedade entre mulheres, mas também às dificuldades de identificação precoce, adesão ao acompanhamento e utilização de estratégias de cuidado acessíveis e integradas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Assim, questiona-se de que maneira a APS pode contribuir para o enfrentamento da ansiedade em mulheres, considerando as vulnerabilidades psicossociais que interferem em sua saúde mental.

A realização desta intervenção justifica-se, portanto, pela necessidade de fortalecer ações de promoção da saúde mental dirigidas às mulheres, reconhecendo as especificidades sociais e de gênero que atravessam suas experiências de sofrimento psicológico. No âmbito das políticas públicas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reforça a importância de considerar os determinantes sociais e as desigualdades de gênero na organização do cuidado. De maneira complementar, as diretrizes da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde valorizam o cuidado territorial, comunitário, interdisciplinar e articulado em rede, ampliando as possibilidades de

prevenção e acompanhamento dos transtornos mentais.

Sob a perspectiva social, ações dessa natureza podem favorecer a redução do sofrimento psíquico, a ampliação do conhecimento sobre ansiedade e o fortalecimento da capacidade das mulheres de reconhecer sintomas e buscar ajuda oportunamente. No âmbito profissional e institucional, a intervenção pode contribuir para qualificar as práticas das equipes da Atenção Primária, ampliar a utilização de estratégias educativas e não farmacológicas e fortalecer a integração entre promoção da saúde mental, prevenção de agravos e cuidado longitudinal.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma intervenção educativa voltada à redução da ansiedade em mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na ampliação do conhecimento sobre saúde mental, no fortalecimento de estratégias de autocuidado e na valorização de abordagens não farmacológicas de enfrentamento do sofrimento ansioso.

MÉTODO

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritiva, desenvolvido por meio da pesquisa-ação. A escolha pela abordagem qualitativa fundamentou-se na possibilidade de compreender de forma aprofundada as percepções, experiências e significados atribuídos pelas mulheres às vivências relacionadas à ansiedade, considerando o fenômeno em seu contexto social, cultural e de saúde. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa permite explorar dimensões da realidade que não podem ser reduzidas à mensuração numérica, privilegiando significados, crenças, valores, atitudes e relações humanas construídas no cotidiano.

A opção pela pesquisa-ação, por sua vez, justificou-se pela possibilidade de integrar a produção do conhecimento à intervenção prática, favorecendo a participação ativa das mulheres na identificação das dificuldades relacionadas à ansiedade e na construção coletiva de estratégias voltadas ao seu enfrentamento. Conforme Thiollent (2011), essa modalidade de investigação social ocorre em estreita associação com uma ação direcionada à resolução de problemas coletivos, envolvendo pesquisadores e participantes em um processo colaborativo de reflexão e transformação da realidade. Tripp (2005) acrescenta que a pesquisa-ação articula investigação, ação e reflexão em um processo contínuo, possibilitando que as intervenções sejam planejadas, executadas e avaliadas de acordo com as necessidades identificadas no contexto investigado. Dessa forma, essa abordagem mostrou-se compatível com os objetivos do estudo, ao permitir compreender as experiências das mulheres relacionadas à ansiedade e, simultaneamente, desenvolver ações educativas para promoção da saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Alexandrina de Souza Barbosa, localizada no bairro Cohab, no município de Cabrobó, Pernambuco. A unidade encontra-se situada em uma região periférica, próxima a uma rodovia federal e distante do centro urbano, em um município com pouco mais de 30 mil habitantes. O território apresenta condições de vulnerabilidade social, com limitações relacionadas à saúde, educação, moradia e emprego, sendo a economia local fortemente vinculada às atividades agrícolas em razão da proximidade com o Rio São Francisco.

Também foram identificados elevados índices de violência, desemprego, subemprego e uso abusivo de álcool e outras drogas, circunstâncias que interferem diretamente nas condições de vida e saúde da população. Nesse contexto, a Unidade Básica de Saúde assume papel relevante na assistência à comunidade, inclusive diante das dificuldades de acesso a outros serviços da rede. Sua estrutura física apresenta limitações relacionadas ao tempo de funcionamento, superior a 30 anos no mesmo local, além de precariedades estruturais e escassez de insumos. Apesar dessas dificuldades, a equipe demonstrou disponibilidade e comprometimento com a assistência integral à população, sendo composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal, farmacêutico e recepcionista.

Participaram da pesquisa mulheres cadastradas e acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde, residentes no território adscrito e usuárias regulares dos serviços da Estratégia Saúde da Família. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 59 anos e diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, independentemente da utilização de medicamentos psicotrópicos, desde que estivessem em acompanhamento pela equipe da unidade. A UBS possuía aproximadamente 420 mulheres cadastradas nessa faixa etária, das quais 125 apresentavam diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Inicialmente, estimou-se a participação de aproximadamente 50 mulheres, considerando os objetivos da pesquisa e a adesão voluntária às atividades. Após o processo de convite e aceite, a amostra final foi constituída por 38 participantes que atenderam aos critérios estabelecidos e concordaram em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seleção ocorreu por amostragem não probabilística, de caráter intencional ou por conveniência, sendo incluídas aquelas que atenderam aos critérios definidos e demonstraram interesse em participar das ações propostas.

A produção dos dados ocorreu principalmente por meio de rodas de conversa, utilizadas como espaços de acolhimento, diálogo, escuta qualificada, reflexão coletiva e compartilhamento de experiências relacionadas à ansiedade. Essa estratégia possibilitou que as participantes expressassem percepções, sentimentos, dificuldades, vivências e formas de enfrentamento do sofrimento psíquico. Para orientar os encontros, foi elaborado previamente um roteiro contendo os principais temas e questões norteadoras, permitindo a sistematização das discussões e, simultaneamente, a flexibilidade necessária para acolher novas questões emergentes a partir das falas e experiências das mulheres.

Como instrumento complementar, utilizou-se o diário de campo, no qual foram registradas observações sobre a participação, as interações estabelecidas, as percepções da pesquisadora, os acontecimentos relevantes e os aspectos relacionados ao processo educativo. Segundo Minayo (2014), o diário de campo constitui recurso importante na pesquisa qualitativa, pois favorece o registro das observações e impressões do pesquisador, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada da realidade. Henrique (2024) ressalta ainda que esse instrumento ultrapassa a dimensão meramente descritiva, funcionando também como ferramenta de reflexão crítica sobre a prática investigativa. A utilização articulada das rodas de conversa e do diário de campo possibilitou uma compreensão contextualizada das experiências das participantes, fortalecendo a consistência das informações produzidas.

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de setembro e outubro de 2025, por meio de dois encontros presenciais realizados em datas relacionadas às campanhas Setembro Amarelo e Outubro Rosa, utilizadas como estratégias para favorecer a mobilização das usuárias e ampliar as discussões sobre saúde mental e saúde da mulher. O primeiro encontro ocorreu em 9 de setembro de 2025, no período das 8h às 11h, sendo destinado à apresentação da pesquisa, esclarecimento dos objetivos, obtenção do consentimento das participantes, apresentação do cronograma e realização da primeira roda de conversa sobre ansiedade e saúde mental.

O segundo encontro foi realizado em 7 de outubro de 2025, também entre 8h e 11h, contemplando a continuidade das atividades educativas, a realização de nova roda de conversa, o compartilhamento de experiências e o encerramento das ações propostas. Durante o período da pesquisa, as participantes que apresentaram necessidade de acompanhamento individual foram acolhidas pela equipe da Unidade Básica de Saúde e encaminhadas de acordo com o fluxo assistencial da Atenção Primária e da Rede de Atenção Psicossocial, quando necessário.

As atividades de intervenção foram direcionadas à educação em saúde e à promoção da saúde mental, abordando o conceito de ansiedade, seus principais sinais e sintomas, fatores desencadeantes, repercussões na qualidade de vida e estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico. Também foram trabalhados conteúdos relacionados ao autocuidado, ao fortalecimento das redes de apoio familiar e social, à prática regular de atividade física, à organização da rotina, à higiene do sono e à utilização de técnicas de relaxamento e atenção plena como estratégias complementares para o manejo da ansiedade.

As ações foram conduzidas a partir de uma abordagem dialógica e participativa, fundamentada na perspectiva da educação problematizadora de Paulo Freire, valorizando os saberes prévios das participantes e estimulando a reflexão crítica, a autonomia e o protagonismo no cuidado com a própria saúde. Durante os encontros, buscou-se criar um ambiente de acolhimento, escuta qualificada e apoio mútuo, favorecendo a troca de experiências e a construção coletiva de conhecimentos. Nos casos em que foram identificadas demandas que extrapolavam o caráter educativo da intervenção, as participantes receberam orientações e foram encaminhadas para atendimento médico, psicológico ou para outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, conforme avaliação da equipe. Todo o processo foi documentado em diário de campo, subsidiando posteriormente a análise qualitativa dos dados.

Os dados produzidos durante as rodas de conversa e registrados no diário de campo foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016). O processo analítico foi desenvolvido em três etapas. Inicialmente, realizou-se a pré-análise, envolvendo organização do material produzido, leitura flutuante dos registros e delimitação do corpus. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, com codificação das informações e agrupamento dos conteúdos em categorias temáticas de acordo com sua similaridade e pertinência em relação aos objetivos do estudo. Por fim, foram realizados o tratamento e a interpretação dos resultados, com elaboração de inferências e articulação dos achados com a literatura científica e com os referenciais teóricos adotados. A utilização da Análise de Conteúdo permitiu compreender as percepções, experiências e significados atribuídos pelas mulheres às vivências relacionadas à ansiedade, possibilitando uma

interpretação mais aprofundada do fenômeno e das possibilidades de promoção da saúde mental no âmbito da Atenção Primária.

No que se refere aos aspectos éticos, o estudo encontra-se vinculado ao projeto de pesquisa guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará, intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o CAAE nº 91948525.0.0000.5050. A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, observando os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Todas as participantes foram previamente informadas acerca dos objetivos, procedimentos, possíveis riscos e benefícios, bem como do caráter voluntário da participação. A inclusão no estudo ocorreu somente após leitura, esclarecimento de dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir a privacidade e a confidencialidade, foi assegurado o anonimato das participantes, sendo as informações utilizadas exclusivamente para fins científicos e analisadas de forma coletiva, de maneira a impedir sua identificação individual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a implementação do plano de intervenção, procedeu-se à análise dos dados produzidos durante as rodas de conversa e dos registros efetuados no diário de campo, buscando compreender as percepções das participantes acerca da ansiedade, os fatores associados ao sofrimento psíquico e os impactos das ações educativas desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

A partir da organização e interpretação dos dados, emergiram quatro categorias temáticas: (1) Compreendendo a ansiedade: percepções, manifestações e fatores desencadeantes; (2) Vulnerabilidades sociais e familiares como determinantes do sofrimento psíquico; (3) Rodas de conversa como estratégia de educação em saúde, acolhimento e fortalecimento das redes de apoio; e (4) Repercussões da intervenção na promoção da saúde mental e no processo de trabalho da equipe. Essas categorias expressam os principais núcleos de sentido presentes nos discursos das participantes e evidenciam a complexidade dos fatores envolvidos no cuidado à saúde mental de mulheres acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.

Categoria 1 – Compreendendo a ansiedade: percepções, manifestações e fatores desencadeantes

Nesta categoria foram agrupados os relatos relacionados à compreensão que as participantes possuíam sobre a ansiedade, seus sinais, sintomas e fatores desencadeantes. Desde o primeiro encontro observou-se elevada participação das mulheres nas discussões propostas. O ambiente acolhedor favoreceu o estabelecimento de vínculo entre as participantes e a equipe de saúde, possibilitando que relatos frequentemente marcados por sofrimento emocional fossem compartilhados de forma espontânea. A identificação de experiências semelhantes entre as participantes contribuiu para reduzir a sensação de isolamento frequentemente associada à ansiedade, favorecendo o reconhecimento de

que muitas dificuldades eram compartilhadas por outras mulheres inseridas no mesmo contexto social.

Os discursos evidenciaram que as participantes associavam a ansiedade não apenas aos sintomas físicos e emocionais, mas também às situações vivenciadas em seu cotidiano, revelando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Esse achado reforça a importância das rodas de conversa como espaços de escuta e construção coletiva do conhecimento, conforme defendido por Paulo Freire, ao compreender a educação em saúde como prática dialógica e emancipatória.

Categoria 2 – Vulnerabilidades sociais e familiares como determinantes do sofrimento psíquico

Os relatos evidenciaram que a ansiedade encontrava-se fortemente relacionada às condições de vulnerabilidade social vivenciadas pelas participantes. Verificou-se predomínio de mulheres desempregadas ou que nunca haviam exercido atividade remunerada fora do ambiente doméstico, condição frequentemente associada à dependência financeira, sobrecarga com os cuidados familiares e limitação da autonomia econômica.

Também emergiram, de forma recorrente, questões relacionadas ao desemprego de familiares, uso abusivo de álcool e outras drogas por cônjuges ou filhos, gravidez na adolescência, conflitos familiares, situações de violência e demandas judiciais. Outro aspecto identificado foi o sedentarismo ou a interrupção da prática regular de atividades físicas, reconhecido como fator associado à intensificação dos sintomas ansiosos.

Esses achados evidenciam que o sofrimento psíquico ultrapassa a dimensão biológica, sendo influenciado pelos determinantes sociais da saúde e pelas condições de vida das mulheres, corroborando a literatura sobre saúde mental na Atenção Primária.

Categoria 3 – As rodas de conversa como estratégia de educação em saúde, acolhimento e fortalecimento das redes de apoio

Esta categoria reúne os aspectos relacionados ao desenvolvimento das ações educativas e às contribuições das rodas de conversa para o cuidado em saúde mental. Diante das necessidades identificadas, as intervenções priorizaram o acolhimento, a escuta qualificada e o fortalecimento das estratégias de enfrentamento.

Durante os encontros foram discutidos os benefícios da prática regular de atividade física, organização da rotina, melhoria da qualidade do sono, fortalecimento das redes de apoio social e utilização de técnicas de relaxamento e mindfulness. Nos casos em que foram identificadas demandas que extrapolavam o caráter educativo da intervenção, as participantes receberam acolhimento individual e foram encaminhadas para acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial.

As rodas de conversa configuraram-se como espaços de troca de experiências, apoio mútuo e construção coletiva do conhecimento, fortalecendo a autonomia das participantes e favorecendo o protagonismo no cuidado à própria saúde, em consonância com os princípios da educação popular em saúde.

Categoria 4 – Repercussões da intervenção na promoção da saúde mental e no processo de trabalho da equipe

Ao final da intervenção, observou-se ampliação do conhecimento das participantes acerca da ansiedade, maior capacidade para reconhecer precocemente seus sintomas e maior motivação para incorporar práticas de autocuidado relacionadas à atividade física, organização da rotina, fortalecimento das relações familiares e busca por apoio profissional.

Além dos efeitos percebidos entre as usuárias, a intervenção também repercutiu sobre o processo de trabalho da equipe da Unidade Básica de Saúde. A experiência reforçou a importância da escuta qualificada, do acolhimento e das ações coletivas para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, demonstrando que as rodas de conversa constituem uma estratégia de baixo custo, fácil implementação e elevado potencial para fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários.

Os resultados encontrados convergem com estudos nacionais que apontam benefícios das intervenções grupais na redução do isolamento social, fortalecimento do apoio mútuo, ampliação do autocuidado e melhoria do acesso às ações de saúde mental. Apesar disso, foram identificadas limitações relacionadas à participação irregular de algumas usuárias, às dificuldades de deslocamento e às vulnerabilidades socioeconômicas presentes no território, fatores que interferiram na adesão às atividades propostas.

Os achados deste estudo apresentam convergência com a literatura científica. Moraes *et al.*, (2022) observaram que rodas de conversa desenvolvidas com mulheres em situação de vulnerabilidade favoreceram a redução do isolamento social, fortaleceram o apoio mútuo e estimularam práticas de autocuidado. Da mesma forma, Oliveira e Brezolin (2025) demonstraram que intervenções grupais ampliam os espaços de expressão das emoções e favorecem a construção coletiva de estratégias de enfrentamento dos transtornos ansiosos.

Os benefícios observados em relação ao incentivo à prática de atividade física também encontram respaldo na literatura. Carvalho *et al.*, (2023) identificou redução significativa dos sintomas ansiosos, melhora do humor, da qualidade do sono e do bem-estar entre mulheres fisicamente ativas. De maneira semelhante, Souza *et al.*, (2020) verificaram que técnicas de relaxamento e práticas integrativas contribuíram para redução dos níveis de estresse e ansiedade, reforçando seu potencial como estratégias complementares na Atenção Primária à Saúde.

Outro aspecto relevante refere-se ao fortalecimento do vínculo terapêutico estabelecido durante as rodas de conversa. Conforme discutem Ventura *et al.*, (2026), a escuta ativa, o acolhimento e a construção de relações de confiança favorecem a adesão ao cuidado, reduzem o estigma relacionado aos transtornos mentais e ampliam a percepção de suporte social, aspectos igualmente observados durante a realização desta intervenção.

Apesar dos resultados positivos, algumas limitações foram identificadas. A participação irregular de parte das usuárias, as dificuldades de deslocamento até a Unidade Básica de Saúde e as limitações socioeconômicas presentes no território constituíram fatores que interferiram na adesão às atividades propostas. Esses desafios também são descritos por Rodrigues *et al.*, (2024), evidenciando

que fatores contextuais podem influenciar o desenvolvimento de intervenções comunitárias em saúde mental.

Em síntese, a intervenção demonstrou que as rodas de conversa constituem uma estratégia viável e efetiva para a promoção da saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Além de favorecerem o acolhimento, a educação em saúde e o fortalecimento das redes de apoio, essas atividades contribuíram para ampliar o conhecimento das participantes sobre a ansiedade, estimular práticas de autocuidado e fortalecer o vínculo entre usuárias e equipe de saúde, reafirmando o potencial das intervenções participativas como instrumento de promoção da saúde mental das mulheres.

CONCLUSÃO

A implementação do plano de intervenção possibilitou o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde mental de mulheres entre 18 e 59 anos em acompanhamento por ansiedade generalizada na Unidade Básica de Saúde. Por meio das rodas de conversa, foi possível criar um espaço de acolhimento, escuta e compartilhamento de experiências, favorecendo a reflexão sobre os fatores que influenciam a ansiedade e suas repercussões no cotidiano das participantes.

Os objetivos propostos no projeto foram alcançados à medida que as atividades desenvolvidas contribuíram para ampliar o conhecimento das usuárias sobre a ansiedade, seus sintomas e formas de enfrentamento. Além disso, a intervenção estimulou a adoção de práticas voltadas ao cuidado com a saúde mental, como a retomada de atividades físicas, a realização de exercícios de relaxamento e mindfulness, bem como a valorização de momentos de autocuidado e bem-estar.

As rodas de conversa também favoreceram o fortalecimento do vínculo entre usuárias e equipe de saúde, promovendo um ambiente de confiança e diálogo dentro da unidade. Essa interação contribuiu para uma maior sensibilização em relação à importância do cuidado com a saúde mental no contexto da atenção básica, incentivando práticas de escuta qualificada e acompanhamento mais próximo das mulheres em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, as ações desenvolvidas demonstraram que estratégias coletivas e participativas podem representar importantes ferramentas para o enfrentamento da ansiedade e para a promoção da saúde mental na comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde. A continuidade de iniciativas semelhantes pode fortalecer as práticas de cuidado, estimular hábitos de vida mais saudáveis e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das usuárias acompanhadas pelo serviço.

Portanto, conclui-se que o plano de intervenção alcançou resultados positivos ao promover informação, apoio e incentivo ao autocuidado, reforçando o papel da atenção primária como espaço fundamental para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BORCARD, G. G.; *et al.* Educação em saúde como estratégia de cuidado para mulheres com

transtornos mentais, com enfoque no uso de medicamentos e plantas medicinais. **Scientia Plena**, v. 21, n. 9, 2025. Disponível em: <https://www.scientiaplenu.org.br/sp/article/view/8450>. Acesso em: 17 jul. 2026.

CARVALHO, S. T. A. *et al.* Saúde mental de mulheres rurais no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 15, n. 45, p. 615-631, 2023. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/2181>. Acesso em: 17 jul. 2026.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VsL4yTBPR7nSd9wF7MP5Tpj/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2026.

FORTUNATO, L. S. *et al.* Barreiras sociodemográficas, familiares e culturais, e suas influências no cuidado à saúde mental de mulheres feirantes. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 25, n. 1, p. 280-298, 2026. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/77030>. Acesso em: 17 jul. 2026.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 159-168, 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/22024>. Acesso em: 12 jul. 2026.

FROTA, I. J.; *et al.* Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. **Journal of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3971>. Acesso em: 12 jul. 2026.

GOMES, R. G.; SANTANA, S. G.; BURGOS, M. S. Prevalência e fatores associados aos transtornos de ansiedade na Atenção Primária: um estudo retrospectivo no município de Garanhuns-PE. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 3, e7752, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV5N3-082>. Acesso em: 17 jul. 2026.

HENNINGTON, E. A. O trabalho de cuidados na agenda da saúde: invisibilidade, sobrecarga e desgaste de mulheres trabalhadoras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, e10430, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2025.v49nspe2/e10430/>. Acesso em: 17 jul. 2026.

HENRIQUE, M. A. B. O diário de campo: uma ferramenta de reflexão para o pesquisador-professor. **Revista Interfaces**, Suzano, ano 16, n. 13, p. 141-161, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.uniesp.edu.br/index.php/1/article/view/289>. Acesso em: 17 jul. 2026.

LOPES, M. **Nordeste é a 2ª região do país com maior número de mulheres com saúde mental abalada**. Saiba Mais, Natal, 11 set. 2023. Disponível em: <https://saibamais.jor.br/2023/09/nordeste-e-a-2a-regiao-do-pais-com-maior-numero-de-mulheres-com-saude-mental-abalada/>. Acesso em: 17 jul. 2026.

MCLEAN, C. P.; *et al.* Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 45, n. 8, p. 1027-

1035, ago. 2011. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3135672/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

MESQUITA, V. **Resgate de ideias**: estudos e expressões estéticas. Fortaleza: Casa de José de Alencar, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, C. S. *et al.* Grupos reflexivos com mulheres em situação de vulnerabilidade: uma prática extensionista. **Revista ComCiência - Multidisciplinar**, v. 7, n. 9, p. 91-95, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/comciencia/article/view/17929>. Acesso em: 17 jul. 2026.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa como instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 95-103, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338>. Acesso em: 12 jul. 2026.

OLIVEIRA, L. S. H.; BREZOLIN, R. de L. Grupos terapêuticos na Atenção Primária segundo a percepção dos usuários. **Divers@!**, Curitiba, v. 18, n. 1, 2025. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/98726>. Acesso em: 17 jul. 2026.

OMS. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/254610>. Acesso em: 17 jul. 2026.

PARREIRA, B. D. M.; *et al.* Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, e20210066, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FYWhctYJymBLc4gBTr89Tnv/abstract/?lang=pt> Acesso em: 08 jul. 2026.

PEREIRA, C. D.; *et al.* O uso das práticas integrativas e complementares no transtorno de ansiedade, na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista FT**, v. 27, n. 125, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/o-uso-das-praticas-integrativas-e-complementares-no-transtorno-de-ansiedade-na-atencao-primaria-a-saude-revisao-integrativa/>. Acesso em: 17 jul. 2026.

RODRIGUES, H. F.; *et al.* Intervenções territoriais e comunitárias em saúde mental de comunidades tradicionais de Paraty. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp. 1, e8701, ago. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sgHqwhH4gC4P63jcHXrmTQD/>. Acesso em: 17 jul. 2026.

ROCHA, L. **Mais de 26% dos brasileiros têm diagnóstico de ansiedade, diz estudo**. CNN Brasil, São Paulo, 29 jun. 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/mais-de-26-dos-brasileiros-tem-diagnostico-de-ansiedade-diz-estudo/>. Acesso em: 17 jul. 2026.

SILVA, M. M. J.; *et al.* Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e03253, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28902327/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

SILVA, M. S.; *et al.* A enfermagem no campo da saúde mental: uma breve discussão teórica. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 2, n. 2, p. 40–46, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321025033_A_enfermagem_no_campo_da_saude_mental_uma_breve_discussao_

teórica. Acesso em: 12 jul. 2026.

SOUZA, K. G. L.; LIMA, A. M. J.; SANTOS, A. F. Saúde mental e atenção primária: percepção dos coordenadores da Atenção Primária à Saúde sobre as estratégias e desafios. **Revista Foco**, Curitiba, v. 18, n. 3, e8046, 2025. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8046>. Acesso em: 12 jul. 2026.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/3D6QGWLv5N7dMpsF3K7n9hJ/>. Acesso em: 17 jul. 2026.

VENTURA, C. A. A.; *et al.* Atenção Primária à Saúde na percepção de pessoas com necessidades de cuidado em saúde mental: desafios, expectativas e recomendações. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 24, e03349312, 2026. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/3349/1198#toc>. Acesso em: 12 jul. 2026.

ZORZI, V. N.; *et al.* Promoção de saúde mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230447, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/frwSGcmyj4WQQNSSFShMytb/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2026.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RISCOS PSICOSSOCIAIS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Jheiny Maiara Cordeiro¹;

E-mail: jheiny.vha@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5390-9213>

Taciana de Oliveira Sousa²;

E-mail: tacy_sousa@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-5585-834X>

Cinthia Prisciliana Silva Batista³;

E-mail: cinthiazinh@live.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-9938-9851>

Sueli Rodrigues de Sousa⁴;

E-mail: sueli.rodrigues1970@outlook.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5104-0854>

Serug Almeida Alves de Lima⁵;

E-mail: Serugl61@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-2076-7647>

Marcelo Santos Ferreira⁶.

E-mail: msferreira30@hotmail.com

RESUMO: **Introdução:** A saúde mental dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) constitui tema relevante diante das elevadas demandas assistenciais, escassez de recursos e múltiplas responsabilidades presentes no cotidiano de trabalho. A sobrecarga laboral, a pressão por resultados, o contato com o sofrimento humano e os desafios territoriais podem favorecer estresse, ansiedade e esgotamento profissional, evidenciando a necessidade de estratégias voltadas ao bem-estar desses trabalhadores. **Objetivo:** Promover a saúde mental dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Rosa Selvagem, considerando os desafios e fatores de risco psicossociais presentes no cotidiano da APS. **Metodologia:** Estudo qualitativo e descritivo, realizado com 10 profissionais de saúde selecionados por amostragem intencional. Os dados foram coletados por meio de questionários semiestruturados e analisados pela técnica de análise de conteúdo temática. A intervenção consistiu em rodas de conversa sobre saúde mental, desenvolvidas de forma participativa. Foram respeitados os princípios éticos das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido. Resultados e discussão: As rodas de conversa proporcionaram espaços de escuta, diálogo e reflexão, permitindo aos profissionais compartilhar experiências, reconhecer fatores relacionados ao sofrimento no trabalho e discutir estratégias de enfrentamento. **Resultados.** As atividades favoreceram o fortalecimento do trabalho em equipe, o incentivo ao autocuidado e a valorização de espaços coletivos de apoio. Conclusão: A intervenção ampliou a conscientização sobre a importância da saúde mental no ambiente laboral e estimulou estratégias coletivas de cuidado, contribuindo para a construção de um ambiente de trabalho mais saudável, colaborativo e acolhedor na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Fatores de risco psicossociais.

MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE: PSYCHOSOCIAL RISKS AND COPING STRATEGIES

ABSTRACT: Introduction: The mental health of the professionals of Primary Health Care (APS) constitutes a relevant topic given the high demands for assistance, scarcity of resources and multiple responsibilities present in daily work. Work overload, pressure for results, or contact with human suffering and territorial challenges can contribute to stress, anxiety, and professional exhaustion, evidencing the need for strategies aimed at the well-being of workers. **Objective:** Promote the mental health of the professionals of the Rosa Selvagem Family Health Unit, considering the challenges and psychosocial risk factors present in the daily life of APS. **Methodology:** Qualitative and descriptive study, carried out with 10 health professionals selected by intentional demonstration. The data are collected by means of semi-structured questionnaires and analyzed by the thematic content analysis technique. The intervention consisted of rounds of conversations about mental health, carried out in a participatory manner. Forum respected the ethical principles of Resolutions nº 466/2012 and nº 510/2016, with the assurance of the Free and Clarified Consent Term. Results and discussion: The rounds of conversations will provide spaces for discussion, dialogue and reflection, allowing professionals to share experiences, reconvene factors related to non-work suffering and discuss coping strategies. **Results.** These activities will favor the strengthening of work in teams, or encourage self-care and the valorization of collective support spaces. **Conclusion:** A broad intervention to raise awareness about the importance of mental health in the work environment and stimulate collective care strategies, contributing to the construction of a safer, more collaborative and supportive work environment in APS.

KEYWORDS: Mental health. Primary health care. Psychosocial risk factors.

INTRODUÇÃO

A saúde mental dos profissionais da saúde, especialmente daqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), tem se consolidado como um tema de crescente relevância no campo da saúde coletiva e da saúde do trabalhador. Esses profissionais estão inseridos em um contexto marcado por elevada demanda assistencial, exigência de respostas rápidas, contato permanente com

situações de sofrimento, limitação de recursos materiais e humanos e necessidade de articulação contínua com usuários, famílias e demais pontos da rede de atenção. Por constituir a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e assumir responsabilidades relacionadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado, a APS concentra parte expressiva das demandas do sistema, o que pode intensificar a carga física, emocional e psicológica dos trabalhadores. De acordo com Lima (2021), a natureza multifacetada do trabalho na APS, que exige simultaneamente competências técnicas, comunicacionais e relacionais, contribui para o aumento da pressão ocupacional e pode favorecer o desenvolvimento de sofrimento psíquico.

Nesse contexto, os profissionais da Atenção Primária encontram-se expostos a diferentes fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho. Entre eles destacam-se a sobrecarga assistencial, jornadas prolongadas, escassez de recursos humanos e materiais, pressão por produtividade e resultados, conflitos interpessoais, falta de autonomia, precarização das relações de trabalho e baixa valorização profissional. O contato frequente com o sofrimento, a doença e situações de vulnerabilidade social também pode gerar elevados níveis de tensão, ansiedade e desgaste emocional. Quando esses fatores se tornam persistentes e não são acompanhados por mecanismos institucionais adequados de proteção e suporte, podem favorecer o surgimento ou agravamento de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e síndrome de burnout (Costa; Pereira, 2018; Santos; Ferreira, 2023).

A síndrome de burnout ocupa posição de destaque entre os problemas relacionados à saúde mental dos trabalhadores da saúde, sendo tradicionalmente caracterizada por dimensões como esgotamento emocional, despersonalização e redução da realização profissional (Maslach; Jackson, 1981). No ambiente da APS, sua ocorrência pode estar relacionada ao acúmulo de demandas, à pressão emocional inerente ao cuidado e às condições inadequadas de trabalho. Esse processo de desgaste não repercute apenas na saúde individual do trabalhador, mas também pode comprometer o funcionamento das equipes e a qualidade dos serviços ofertados à população.

Os efeitos do adoecimento mental relacionado ao trabalho podem se manifestar por meio de absenteísmo, presenteísmo, afastamentos prolongados, dificuldades de concentração, queda da produtividade, rotatividade de profissionais, redução da empatia e comprometimento da comunicação entre os membros da equipe. Em determinadas situações, o sofrimento psíquico também pode aumentar a probabilidade de falhas assistenciais e abandono da profissão, além de produzir repercussões importantes na vida familiar e social dos trabalhadores. Estudos apontam que a sobrecarga e o estresse ocupacional podem interferir diretamente na qualidade do cuidado e na segurança dos usuários, demonstrando que a proteção da saúde mental dos profissionais constitui também uma estratégia para qualificar a assistência em saúde (Bianchi 2015).

A motivação para a realização deste estudo surgiu da observação de um número expressivo de afastamentos relacionados a problemas de saúde mental entre trabalhadores do contexto da Atenção Primária, associado à percepção de fragilidades no suporte institucional oferecido aos profissionais em processo de adoecimento. Tal realidade evidencia que, apesar de esses trabalhadores desempenharem papel fundamental no funcionamento dos serviços e manterem contato direto e contínuo com a

população, nem sempre encontram espaços adequados de acolhimento, escuta e acompanhamento de suas próprias necessidades de saúde mental. Essa situação pode favorecer a manutenção do sofrimento, dificultar a busca por ajuda e ampliar os impactos negativos sobre a vida profissional e pessoal.

Dessa forma, o problema investigado não se limita à presença de transtornos mentais entre profissionais da saúde, mas envolve a identificação das condições organizacionais, relacionais e psicossociais que contribuem para o adoecimento. A insuficiência de apoio institucional, a elevada demanda assistencial, as limitações estruturais e a baixa valorização profissional podem atuar de forma combinada, aumentando a vulnerabilidade desses trabalhadores. Diante desse cenário, torna-se necessário compreender quais fatores de risco psicossociais estão presentes no cotidiano dos profissionais da APS e quais estratégias individuais, coletivas e institucionais podem ser mobilizadas para reduzir seus impactos. Assim, a questão norteadora deste estudo consiste em compreender quais fatores de risco psicossociais afetam a saúde mental dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e quais estratégias de enfrentamento podem contribuir para minimizar suas repercussões.

A realização desta investigação apresenta relevância social, acadêmica, profissional e institucional. Sob a perspectiva social, os trabalhadores da APS ocupam posição estratégica no SUS, sendo responsáveis pelo primeiro contato da população com os serviços de saúde e pela continuidade do cuidado ao longo do tempo. Promover condições adequadas de saúde mental para esses profissionais significa também contribuir para a manutenção da qualidade, da humanização e da continuidade da assistência oferecida aos usuários.

No âmbito acadêmico, analisar os fatores psicossociais relacionados ao adoecimento dos profissionais da APS pode ampliar o conhecimento sobre a relação entre organização do trabalho, saúde mental e qualidade da assistência, além de fornecer subsídios para o planejamento de intervenções baseadas nas necessidades concretas dos trabalhadores. Do ponto de vista profissional e institucional, o estudo pode colaborar para a criação e o fortalecimento de estratégias de prevenção do adoecimento, acolhimento dos trabalhadores, melhoria das relações interpessoais, valorização profissional e qualificação dos ambientes de trabalho.

A adoção de ações voltadas à promoção da saúde mental dos trabalhadores apresenta potencial para produzir efeitos positivos em diferentes dimensões do processo de trabalho. Estratégias como espaços de escuta, atividades de educação em saúde, fortalecimento das relações entre os membros das equipes, estímulo ao apoio mútuo, organização adequada das demandas, práticas de autocuidado e ampliação do suporte institucional podem contribuir para reduzir a sobrecarga emocional e aumentar a capacidade de enfrentamento das situações estressoras. Da mesma forma, intervenções organizacionais direcionadas à melhoria das condições de trabalho, valorização profissional e construção de ambientes colaborativos podem fortalecer a proteção psicossocial dos trabalhadores (Almeida *et al.*, 2022).

Priorizar a saúde mental dos profissionais da APS, portanto, constitui medida estratégica para a sustentabilidade dos serviços de saúde. Trabalhadores que encontram apoio institucional e condições mais adequadas para o desenvolvimento de suas atividades tendem a apresentar maior capacidade de enfrentamento dos desafios cotidianos, melhor integração com as equipes e maior

possibilidade de manutenção de vínculos terapêuticos com os usuários. Consequentemente, ações de promoção da saúde mental podem contribuir para diminuir o absenteísmo, o presenteísmo e os afastamentos decorrentes do sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que favorecem a continuidade e a qualidade da assistência.

Nesse sentido, torna-se fundamental que o cuidado em saúde mental não esteja direcionado exclusivamente aos usuários dos serviços, mas também contemple aqueles que diariamente executam as ações de cuidado. Reconhecer os profissionais da saúde como sujeitos que também necessitam de proteção, acolhimento e acompanhamento constitui uma dimensão essencial da política de saúde do trabalhador e da própria organização da Atenção Primária.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores de risco psicossociais que impactam a saúde mental dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, buscando compreender os elementos relacionados à organização e às condições de trabalho, bem como subsidiar a construção de estratégias de enfrentamento e ações voltadas à promoção da saúde mental e à prevenção do adoecimento ocupacional desses trabalhadores.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva, desenvolvida no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como objetivo compreender os fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho que impactam a saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e construir, de forma participativa, estratégias voltadas à promoção do bem-estar no ambiente laboral. A abordagem qualitativa foi adotada por possibilitar a interpretação das percepções, experiências e significados atribuídos pelos participantes às vivências relacionadas ao processo de trabalho e ao adoecimento psíquico. Conforme Minayo (2010), esse tipo de abordagem busca compreender fenômenos sociais em sua complexidade, valorizando a subjetividade e a experiência dos sujeitos. A natureza descritiva da pesquisa, por sua vez, permitiu caracterizar a realidade investigada sem interferir ou manipular os fenômenos observados, conforme descrito por Gil (2008).

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família Rosa Selvagem, serviço de pequeno porte composto por quatro consultórios, sendo um destinado ao atendimento odontológico, um para consultas de enfermagem e dois para atendimento médico. A unidade possui duas equipes de Saúde da Família, cada uma composta por médica, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que apenas uma das equipes conta com atendimento odontológico, formado por cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal. O território adscrito apresenta características geográficas que dificultam o acesso da população aos serviços, marcado por escadarias e ladeiras íngremes, o que representa desafios adicionais para o desenvolvimento das atividades assistenciais e para o acompanhamento dos usuários.

Os participantes do estudo foram selecionados por meio de amostragem não probabilística do tipo intencional, considerada adequada para pesquisas qualitativas por permitir a inclusão de sujeitos

diretamente relacionados ao fenômeno investigado (Tongco, 2007). Participaram 11 profissionais da equipe multiprofissional da Unidade de Saúde da Família Rosa Selvagem, sendo uma médica, um cirurgião-dentista, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, garantindo a participação de diferentes categorias profissionais e, consequentemente, a diversidade de experiências e percepções sobre o processo de trabalho e seus impactos na saúde mental.

A produção dos dados ocorreu durante dois encontros presenciais realizados nos dias 14 e 27 de janeiro de 2026, nos horários compreendidos entre 13h30 e 14h30, no primeiro encontro, e entre 13h30 e 14h45, no segundo, respeitando o cronograma da Unidade de Saúde da Família e a disponibilidade da equipe, de forma a não comprometer a rotina assistencial. Após a conclusão dessa etapa, os dados obtidos subsidiaram a elaboração do plano de intervenção voltado à promoção da saúde mental dos trabalhadores.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma abordagem participativa, utilizando rodas de conversa associadas à aplicação de um questionário semiestruturado. As rodas de conversa constituíram espaços coletivos de diálogo, reflexão e compartilhamento de experiências, favorecendo a construção conjunta do conhecimento sobre os fatores que influenciam a saúde mental dos profissionais, conforme os pressupostos da educação problematizadora de Paulo Freire (1996). Durante o primeiro encontro, foi aplicado um questionário composto por questões abertas e fechadas, com o objetivo de identificar as condições de trabalho, a percepção dos participantes acerca da própria saúde mental, os principais fatores estressores, as estratégias individuais de enfrentamento e o apoio institucional disponível. No segundo encontro, os resultados obtidos na etapa inicial foram apresentados aos participantes, servindo como ponto de partida para discussão coletiva e construção de propostas de intervenção direcionadas aos problemas identificados.

As discussões desenvolvidas durante os encontros foram registradas em caderno de campo e posteriormente transcritas, constituindo o corpus da pesquisa. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2016), desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Inicialmente realizou-se leitura flutuante dos registros e organização do material empírico; posteriormente procedeu-se à codificação das informações e agrupamento das falas em categorias temáticas; por fim, realizou-se a interpretação dos resultados, articulando os achados com a literatura científica e com os objetivos da pesquisa. As categorias foram construídas a partir da recorrência e da relevância dos significados expressos pelos participantes, permitindo identificar fatores relacionados ao processo de trabalho, ao sofrimento psíquico, às estratégias de enfrentamento e às possibilidades de fortalecimento da saúde mental no ambiente laboral.

A intervenção foi elaborada de forma participativa, considerando as necessidades identificadas durante o diagnóstico situacional e as sugestões apresentadas pelos próprios profissionais. Como estratégia central, foram realizadas duas rodas de conversa sobre saúde mental destinadas à equipe da Unidade de Saúde da Família Rosa Selvagem, com duração aproximada de 60 a 90 minutos cada. Os encontros foram conduzidos com apoio de recursos audiovisuais, incluindo apresentação inicial em

datashow para contextualização do tema, além da utilização de quadro branco, cadeiras organizadas em círculo, canetas e blocos de anotações para registro das principais discussões.

A dinâmica foi estruturada em etapas que contemplaram acolhimento dos participantes, apresentação dos objetivos da atividade, integração do grupo, discussão dos fatores relacionados ao adoecimento mental no trabalho, compartilhamento de experiências, reflexão sobre estratégias de autocuidado, fortalecimento das redes de apoio e identificação de recursos institucionais voltados à promoção da saúde mental. Durante os encontros, o facilitador estimulou a participação ativa dos profissionais, favorecendo um ambiente de escuta qualificada, acolhimento e construção coletiva de soluções. Ao final das atividades foi realizada uma síntese dos principais pontos discutidos e elaborados encaminhamentos para subsidiar futuras ações na unidade, incluindo propostas de grupos de apoio, fortalecimento da educação permanente, supervisão clínica e implantação de pausas estratégicas durante a jornada de trabalho.

A avaliação da intervenção ocorreu mediante observação do nível de participação dos profissionais, dos temas levantados durante as discussões e da percepção subjetiva dos participantes acerca da relevância das atividades desenvolvidas. Todos os participantes foram informados previamente sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos, os possíveis riscos e benefícios, bem como sobre o caráter voluntário da participação, sendo incluídos no estudo somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações e a utilização exclusiva dos dados para fins científicos, mediante substituição das informações identificáveis por códigos e pseudônimos.

O presente estudo constitui um subprojeto vinculado ao projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91948525.0.0000.5050. Este subprojeto encontra-se contemplado na aprovação ética do estudo principal, apresentando compatibilidade quanto aos objetivos, população e procedimentos metodológicos. Ressalta-se, ainda, que a Unidade de Saúde da Família concedeu anuência institucional para a realização da pesquisa, autorizando o desenvolvimento das rodas de conversa e das demais etapas previstas no serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de compreender os fatores associados ao esgotamento emocional entre profissionais da Atenção Básica, foram realizadas duas rodas de conversa com trabalhadores de duas equipes de saúde, incluindo profissionais de nível superior e médio que, 2 enfermeiras, 2 técnicos, 1 dentista, 1 médica, 5 agentes de saúde.

A primeira roda de conversa ocorreu no dia 14 de janeiro, iniciando-se com a pergunta disparadora: “Quantos profissionais aqui já saíram do trabalho emocionalmente esgotados?”. A

partir desse questionamento inicial, os participantes foram convidados a compartilhar experiências relacionadas às condições de trabalho e aos impactos dessas vivências em sua saúde mental. À luz da análise de conteúdo temática proposta por Laurence Bardin (2016), especialmente nas etapas de exploração do material e categorização, foram identificadas unidades de sentido recorrentes nos relatos dos participantes, permitindo a organização dos dados em categorias temáticas.

A partir desse processo analítico, evidenciou-se ampla identificação dos trabalhadores com a temática do esgotamento emocional, sendo relatadas diversas situações que contribuem para o desgaste psicológico no cotidiano profissional. As principais queixas apresentadas foram agrupadas nas seguintes categorias: sobrecarga de trabalho, falta de estrutura e de recursos adequados, comportamentos hostis por parte dos usuários e ausência de suporte psicológico institucional aos profissionais.

A sobrecarga de trabalho foi apontada como um dos fatores mais recorrentes, associada ao grande volume de atendimentos, múltiplas demandas administrativas e pressão pelo cumprimento de metas. Outro aspecto frequentemente mencionado foi a falta de reconhecimento profissional, tanto por parte da gestão quanto da comunidade atendida, gerando sentimentos de desvalorização e frustração. Resultados semelhantes são descritos na literatura, que aponta a sobrecarga laboral e a ausência de reconhecimento como importantes fatores associados ao esgotamento emocional e ao desenvolvimento da síndrome de burnout entre profissionais da saúde (Maslach; Jackson, 1981; Ribeiro *et al.*, 2018).

Os participantes também destacaram a falta de estrutura e de recursos adequados para a realização do trabalho, incluindo limitações de materiais, infraestrutura e suporte institucional. Além disso, foram relatados conflitos organizacionais e ausência de apoio dos superiores, fatores que contribuem para um ambiente de trabalho percebido como pouco acolhedor. De acordo com Ribeiro *et al.* (2018), a escassez de recursos materiais, a precariedade da infraestrutura e o baixo suporte institucional configuram importantes fatores psicossociais associados ao adoecimento mental no trabalho em saúde.

Outro ponto enfatizado foi a exposição constante a comportamentos hostis por parte de usuários, incluindo agressões verbais e situações de tensão no atendimento. Esse cenário é agravado pela cobrança intensa por metas e produtividade, frequentemente percebida como descolada da realidade das equipes e das condições concretas de trabalho. Situações de conflito no atendimento e exposição frequente a comportamentos hostis por parte de usuários têm sido apontadas como fatores que intensificam o estresse ocupacional entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (Souza; Lima; Batista, 2019).

Também foi relatada a ausência de suporte psicológico institucional para os profissionais, apesar da natureza emocionalmente exigente das atividades desenvolvidas na Atenção Básica. Muitos trabalhadores destacaram ainda a presença de demandas sociais complexas que ultrapassam as competências técnicas do profissional de saúde, gerando sensação de impotência diante de problemas sociais estruturais. A ausência de suporte institucional e de estratégias de cuidado voltadas aos trabalhadores contribui para o aumento do sofrimento psíquico entre profissionais da saúde (Ribeiro

et al., 2018).

Adicionalmente, surgiram preocupações relacionadas aos vínculos de trabalho precários e inseguros, os quais contribuem para sentimentos de instabilidade e ansiedade entre os profissionais. A literatura aponta que a precarização das relações de trabalho está associada à insegurança ocupacional e ao sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde (Antunes, 2018; Souza; Lima; Batista, 2019).

Por fim, alguns profissionais relataram exposição à violência no território, evidenciando que o contexto social onde as equipes atuam também influencia diretamente o processo de trabalho e o bem-estar dos profissionais. Estudos indicam que a violência e os conflitos presentes em territórios socialmente vulneráveis constituem fatores importantes de estresse e risco psicossocial para trabalhadores da saúde (Minayo; Souza, 2003).

A segunda roda de conversa foi realizada no dia 27 de janeiro e teve como foco a discussão de estratégias de intervenção para a prevenção da Síndrome de Burnout entre profissionais da Atenção Básica. A partir das problemáticas identificadas no encontro anterior, foram debatidas possibilidades de ações voltadas à promoção da saúde mental no ambiente de trabalho através da pergunta disparadora. “Que pequenas mudanças na rotina da UBS poderiam ajudar a reduzir o estresse da equipe?”.

As propostas construídas coletivamente foram organizadas em três eixos principais: individual, coletivo e institucional. A segunda roda de conversa foi realizada no dia 27 de janeiro e teve como foco a discussão de estratégias de intervenção para a prevenção da Síndrome de Burnout entre profissionais da Atenção Básica. A partir das problemáticas identificadas no encontro anterior, foram debatidas possibilidades de ações voltadas à promoção da saúde mental no ambiente de trabalho, a partir da pergunta disparadora: “Que pequenas mudanças na rotina da UBS poderiam ajudar a reduzir o estresse da equipe?”.

As propostas construídas coletivamente foram organizadas em três eixos principais: individual, coletivo e institucional.

Ao final dos encontros, os relatos dos participantes sugeriram maior abertura ao diálogo entre os membros da equipe e maior disponibilidade para compartilhar experiências relacionadas ao sofrimento no trabalho. Também foram observados indícios de fortalecimento das relações interpessoais e de sensibilização quanto à importância da saúde mental no ambiente laboral. No entanto, tais achados referem-se à percepção dos participantes ao longo das rodas de conversa, não sendo possível afirmar mudanças estruturais ou impactos permanentes no processo de trabalho, considerando o caráter pontual da intervenção e a ausência de instrumentos longitudinais de avaliação.

No eixo individual, destacou-se a importância da promoção do autocuidado e da regulação emocional. Foram sugeridas ações educativas voltadas à saúde mental do trabalhador, incluindo oficinas de psicoeducação sobre estresse crônico e burnout, capacitações em estratégias de enfrentamento e manejo emocional, além da realização de práticas integrativas, como exercícios de relaxamento e mindfulness no ambiente de trabalho (Schaufeli; Enzmann, 1998; Hamaideh, 2011; Minayo *et al.*, 2010).

Essas iniciativas têm como objetivo fortalecer a resiliência dos profissionais, favorecer o reconhecimento precoce de sinais de adoecimento psíquico e estimular práticas de autocuidado. Adicionalmente, foi sugerida a oferta de capacitações em comunicação não violenta e manejo de conflitos, como estratégia para minimizar o impacto emocional decorrente de interações marcadas por agressividade e violência verbal por parte de usuários.

No eixo coletivo, foram enfatizadas estratégias voltadas ao fortalecimento das relações de trabalho e ao suporte entre os profissionais. Destacou-se a importância da construção de espaços de troca, escuta e apoio entre os trabalhadores, bem como o incentivo ao trabalho em equipe e à comunicação interpessoal qualificada. Essas ações visam promover um ambiente colaborativo, capaz de contribuir para o enfrentamento conjunto das situações de estresse e violência no ambiente laboral.

Por último, no eixo institucional, foram apontadas a necessidade de melhorias nas condições organizacionais de trabalho. Entre as propostas discutidas estão a reorganização das agendas de atendimento, a definição de limites seguros de consultas por turno e a garantia de tempo protegido para atividades administrativas. Também foi destacada a importância da implementação de protocolos institucionais para o enfrentamento da violência ocupacional, com fluxos claros de notificação e oferta de suporte ao profissional. Intervenções que modificam os fatores organizacionais de risco, tais como carga de trabalho excessiva, falta de controle sobre as tarefas e ausência de políticas claras de proteção ao trabalhador, são fundamentais para promover saúde mental no trabalho (Lamontagne *et al.*, 2014).

Os participantes ressaltaram ainda a relevância da valorização profissional, por meio de reconhecimento institucional, feedback estruturado e incentivo à educação permanente. Paralelamente, foi apontada a necessidade de maior estabilidade nos vínculos de trabalho e transparência na gestão, fatores considerados fundamentais para a redução da insegurança e da ansiedade ocupacional.

Os resultados das rodas de conversa evidenciam que o esgotamento emocional entre profissionais da Atenção Básica está associado a múltiplos fatores, envolvendo aspectos individuais, organizacionais e institucionais do trabalho (Carlotto, 2011; Ribeiro *et al.*, 2018). Dessa forma, estratégias de prevenção do burnout devem contemplar intervenções integradas, incluindo oficinas de psicoeducação, rodas de conversa e ações de autocuidado, considerando essas diferentes dimensões (Ferreira; Lima, 2020; Costa *et al.*, 2015). Após a realização das rodas de conversa e a implementação inicial dessas estratégias, foram observadas melhorias no ambiente de trabalho e na percepção dos trabalhadores quanto ao cuidado com a saúde mental (Costa *et al.*, 2015).

Primeiramente, percebeu-se maior abertura para o diálogo entre os membros das equipes. A criação de espaços de escuta, como as rodas de conversa, favoreceu a expressão de sentimentos, dificuldades e experiências do cotidiano profissional. Esse processo contribuiu para que os trabalhadores se sentissem mais acolhidos e compreendidos dentro da própria equipe.

Outra melhoria relatada foi o fortalecimento do trabalho em equipe. A troca de experiências e a discussão coletiva de situações difíceis possibilitaram uma melhor divisão das responsabilidades e maior apoio entre os profissionais diante de casos complexos ou demandas emocionalmente desgastantes.

Foi identificado um aumento da conscientização sobre saúde mental e burnout, uma vez que os momentos de psicoeducação permitiram que os profissionais reconhecessem sinais de estresse crônico e esgotamento emocional em si mesmos e nos colegas (Carlotto, 2011; Ferreira; Lima, 2020; Costa *et al.*, 2015). Isso contribuiu para a valorização do autocuidado e para a busca de estratégias de enfrentamento mais saudáveis no cotidiano de trabalho. No âmbito individual, alguns profissionais relataram melhora na forma de lidar com situações de tensão e conflitos, especialmente após discussões sobre comunicação e manejo emocional. As práticas de relaxamento e momentos breves de pausa durante a rotina também foram percebidas como recursos importantes para reduzir o estresse ao longo da jornada de trabalho.

No aspecto organizacional, as rodas de conversa favoreceram maior sensibilização da equipe e da gestão em relação às condições de trabalho, permitindo que problemas antes naturalizados fossem discutidos de forma mais estruturada. Esse movimento contribuiu para iniciar reflexões sobre organização da agenda, divisão de tarefas e necessidade de apoio institucional aos profissionais.

De modo geral, as intervenções possibilitaram melhorias na percepção de apoio entre os profissionais, redução do sentimento de isolamento diante das dificuldades do trabalho e maior valorização do cuidado com a saúde mental no ambiente da Atenção Básica (Dejours; Abdoucheli, 1994; Costa *et al.*, 2015). Embora algumas mudanças estruturais dependam de decisões institucionais mais amplas, os resultados iniciais indicam que a criação de espaços coletivos de escuta e reflexão já representa um avanço importante na prevenção do esgotamento profissional.

CONCLUSÃO

A saúde mental dos profissionais da Atenção Primária é essencial para a qualidade da assistência e o funcionamento dos serviços de saúde. No estudo realizado na Unidade de Saúde da Família Rosa Selvagem, identificaram-se diversos fatores de risco psicossociais, como sobrecarga de trabalho, pressão por metas, falta de reconhecimento, escassez de recursos, conflitos organizacionais e exposição à violência, que contribuem para o desgaste emocional e o risco de estresse ocupacional e burnout.

As rodas de conversa mostraram-se uma estratégia importante para promover escuta, reflexão e troca de experiências entre os profissionais, permitindo a identificação de demandas e a construção coletiva de estratégias de enfrentamento. Entre as propostas destacaram-se ações de autocuidado, fortalecimento do trabalho em equipe, melhorias organizacionais, criação de espaços de escuta e capacitações em comunicação e manejo de conflitos.

Os resultados indicaram maior diálogo entre a equipe, fortalecimento das relações de trabalho e maior conscientização sobre a importância da saúde mental no ambiente laboral. Conclui-se que intervenções voltadas à saúde mental são fundamentais para melhorar as condições de trabalho, fortalecer as equipes e qualificar a assistência, sendo necessário o apoio institucional para a implementação de políticas mais efetivas de cuidado ao trabalhador.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. S. *et al.* Riscos psicossociais e estratégias de enfrentamento no trabalho em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, e20210214, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210214>.
- ANJOS, P. A. C. *et al.* Saúde mental no trabalho: relato de experiência de uma roda de conversa com agentes comunitários de saúde. **CERES – Health & Education Medical Journal**, São José do Rio Preto, v. 8, n. 1, p. 1-13, 2025. Disponível em: <https://www.ceresjournal.com>. Acesso em: 26 mar. 2026.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BIANCHI, R. *et al.* Burnout and depression: causal attributions and construct overlap. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 71, n. 6, p. 505-517, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde: diretrizes para formulação de políticas públicas**. Brasília: Ministério da Saúde, s/d.
- CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout: fatores relacionados à saúde mental dos profissionais da saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 431-438, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000300010>.
- COSTA, R. R. O. *et al.* As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 43, p. 29-35, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br>. Acesso em: 26 mar. 2026.
- COSTA, S. A.; PEREIRA, A. S. L. Fatores de risco psicossociais no trabalho e o estresse em enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 11-16, 2018. Disponível em: revista.cofen.gov.br. Acesso em: 26 mar. 2026.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola de Dejours à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- FERREIRA, M. A.; LIMA, L. M. Intervenções para promoção da saúde mental no SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 830-844, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012618>.
- HAMAIDEH, S. H. Burnout, social support, and job satisfaction among Jordanian mental health nurses. **Issues in Mental Health Nursing**, Philadelphia, v. 32, n. 4, p. 234-242, 2011. DOI: <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.546494>.
- LAMONTAGNE, A. D. *et al.* Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. **BMC Psychiatry**, London, v. 14, p. 131, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-131>.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of**

Organizational Behavior, Hoboken, v. 2, n. 2, p. 99–113, 1981. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

RIBEIRO, M. C. *et al.* Fatores psicossociais e saúde mental no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2343–2352, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.28782016>.

SANTOS, J. V. O.; FERREIRA, M. A. M. Saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 48, edcl12, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/edcl12pt2023>.

SCHAUFELI, W. B.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and practice**: a critical analysis. London: Taylor & Francis, 1998.

SOUZA, L. C.; LIMA, R. A.; BATISTA, S. H. Adoecimento mental entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Foco**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 12–21, 2019. Disponível em: <https://www.saudeemfoco.org>. Acesso em: 26 mar. 2026.

TONGCO, M. D. C. Purposive sampling as a tool for informant selection. **Ethnobotany Research & Applications**, Honolulu, v. 5, p. 147–158, 2007. DOI: <https://doi.org/10.17348/era.5.0.147-158>.

Parte IV – Cuidado Integral nos Ciclos de Vida

Apresenta intervenções voltadas a grupos específicos, reforçando a integralidade da assistência.

PRÁTICAS DE CUIDADO HUMANIZADO: INTERVENÇÃO VOLTADA PARA IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Christianne Palmeira Videres¹;

E-mail: videres86@hotmail.com

Mona Lisa Menezes Bruno²;

E-mail: monalisa_bruno@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1509-3401>

Ieda Harumi Takata³;

E-mail: iedahar@yahoo.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0421-9913>

Silvânia Oliveira Cavalcante⁴;

E-mail: silvaniaoc.vet@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-8209-4697>

Aurenice Campos de Moura⁵;

E-mail: aurenicecmoura@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-9579-8681>

Sileide Santos da Silva⁶.

E-mail: sisan.adv@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-4349-7464>

RESUMO: **Introdução:** O envelhecimento populacional brasileiro ocorre de forma acelerada, exigindo maior atenção à saúde do idoso, especialmente diante da presença de doenças crônicas, fragilidade e risco de perda da autonomia. Idosos institucionalizados em ILPI constituem grupo ainda mais vulnerável, pois a institucionalização pode comprometer vínculos sociais e a saúde mental. Nesse contexto, destaca-se a importância do cuidado humanizado, que valoriza a integralidade do indivíduo e o papel da equipe multiprofissional na promoção do bem-estar, da autonomia e da qualidade de vida. **Objetivo:** Promover a humanização do cuidado aos idosos institucionalizados, em Instituição de Longa Permanência. **Metodologia:** A proposta fundamentou-se no contexto do envelhecimento populacional e na necessidade de aprimoramento contínuo das práticas de cuidado institucional. A intervenção foi executada por meio de oito encontros educativos, realizados nas sextas-feiras dos meses de novembro e dezembro de 2025, com duração média de 40 minutos cada. Os conteúdos abordaram processo de envelhecimento, prevenção de lesão por pressão, manejo de alterações cognitivas e comportamentais,

comunicação terapêutica, humanização da assistência e estratégias de autocuidado do cuidador. Utilizou-se da metodologia ativa, com abordagem participativa, problematização de situações do cotidiano e discussão orientada. **Resultados e Discussão:** Observou-se ampliação do conhecimento teórico-prático, maior reflexão crítica acerca das práticas assistenciais e do fortalecimento do vínculo entre equipe e instituição. **Conclusão:** Intervenções educativas sistematizadas se configuram como estratégia efetiva para qualificação do cuidado em Instituição de Longa Permanência, contribuindo para promoção da saúde e da dignidade da pessoa idosa institucionalizada.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso institucionalizado. Instituição de longa permanência. Cuidadores. Educação em saúde. Envelhecimento.

MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE: PSYCHOSOCIAL RISKS AND COPING STRATEGIES

ABSTRACT: Introduction: The aging of the Brazilian population is occurring rapidly, demanding greater attention to the health of the elderly, especially in the face of chronic diseases, frailty, and the risk of loss of autonomy. Elderly people institutionalized in long-term care facilities constitute an even more vulnerable group, as institutionalization can compromise social bonds and mental health. In this context, the importance of humanized care, which values the individual's wholeness and the role of the multidisciplinary team in promoting well-being, autonomy, and quality of life, is highlighted. **Objective:** To promote the humanization of care for institutionalized elderly people in long-term care facilities. **Methodology:** The proposal was based on the context of population aging and the need for continuous improvement of institutional care practices. The intervention was carried out through eight educational meetings, held on Fridays in November and December 2025, with an average duration of 40 minutes each. The content addressed the aging process, prevention of pressure injuries, management of cognitive and behavioral changes, therapeutic communication, humanization of care, and caregiver self-care strategies. An active methodology was used, with a participatory approach, problematization of everyday situations, and guided discussion. **Results and Discussion:** An expansion of theoretical and practical knowledge, greater critical reflection on care practices, and a strengthening of the bond between the team and the institution were observed. **Conclusion:** Systematized educational interventions are configured as an effective strategy for improving care in Long-Term Care Institutions, contributing to the promotion of the health and dignity of institutionalized elderly people.

KEYWORDS: Institutionalized elderly. Long-term care institution. Caregivers. Health education. Aging.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um fenômeno mundial e, no Brasil, vem ocorrendo de maneira rápida e expressiva, produzindo importantes repercussões sociais, econômicas e

sanitárias. Nas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado importantes transformações em sua dinâmica demográfica, caracterizadas, entre outros aspectos, pela redução da fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida. As projeções populacionais indicam progressivo envelhecimento da estrutura etária brasileira, com aumento expressivo da participação das pessoas idosas na população, cenário que demanda adequações nas políticas públicas e na organização dos serviços destinados a esse segmento populacional (IBGE, 2018).

Nesse contexto, a atenção à saúde da pessoa idosa tornou-se uma prioridade estratégica, especialmente diante do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e das condições relacionadas à fragilidade, perda da autonomia e dependência funcional. Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, osteoporose e doenças neurodegenerativas estão entre os agravos frequentemente associados ao processo de envelhecimento e podem comprometer significativamente a capacidade funcional e a qualidade de vida. Dessa forma, o aumento da longevidade exige não apenas maior oferta de serviços assistenciais, mas também políticas e práticas de cuidado capazes de preservar a autonomia, a independência, a participação social e os direitos da população idosa (Brasil, 2023).

Entre os diferentes contextos de cuidado, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) desempenham papel relevante na assistência às pessoas que necessitam de acompanhamento contínuo ou que não dispõem de suporte familiar suficiente para permanecer em seus domicílios. Entretanto, a institucionalização pode produzir repercussões importantes na vida dos idosos, especialmente quando resulta no afastamento da convivência familiar, comunitária e social. Sentimentos de solidão, abandono, isolamento e perda de vínculos afetivos podem surgir ou intensificar-se após a institucionalização, comprometendo não apenas a saúde mental, mas também a percepção de pertencimento, autonomia e qualidade de vida dessas pessoas (Brasil, 2019).

Diante dessa realidade, o cuidado destinado ao idoso institucionalizado não deve limitar-se à realização de procedimentos relacionados às necessidades biológicas. Torna-se necessária uma abordagem integral e humanizada, que reconheça cada pessoa idosa em sua singularidade, história de vida, valores, preferências, limitações e potencialidades. A humanização do cuidado pressupõe acolhimento, respeito, escuta qualificada, construção de vínculos e reconhecimento do idoso como sujeito de direitos, ultrapassando uma assistência centrada apenas em alimentação, higiene, administração de medicamentos e controle de doenças. Essa perspectiva favorece a preservação da dignidade, da autoestima, da autonomia possível e do bem-estar físico, emocional e social (Silva *et al.*, 2016).

Nesse processo, cuidadores e demais profissionais envolvidos na assistência institucional assumem papel fundamental. Além das tarefas relacionadas às atividades cotidianas, esses trabalhadores participam diretamente da construção das relações afetivas, da identificação das necessidades dos residentes e da promoção de oportunidades de interação social. A convivência diária permite estabelecer vínculos de confiança, reconhecer mudanças no comportamento e estimular a participação dos idosos nas decisões relacionadas ao próprio cuidado. Dessa maneira, a qualidade das práticas desenvolvidas pelos cuidadores pode interferir diretamente na experiência da institucionalização e na manutenção

da autonomia, autoestima e cidadania das pessoas idosas (Camarano; Kansa, 2010; Silva *et al.*, 2016).

Entretanto, a efetivação do cuidado humanizado pode ser dificultada pelas próprias condições de funcionamento das instituições. Em algumas ILPI, verifica-se número reduzido de profissionais de saúde, ausência de acompanhamento multiprofissional contínuo, sobrecarga dos cuidadores e limitações estruturais e assistenciais. Em determinadas situações, o caráter predominantemente social e assistencial dessas instituições pode resultar em menor presença de médicos, enfermeiros e outros profissionais, fazendo com que grande parte das necessidades cotidianas dos residentes seja atendida pelos cuidadores ou dependa do encaminhamento para serviços externos da rede de saúde.

Essa situação pode produzir lacunas na integralidade da assistência, sobretudo quando os cuidadores assumem responsabilidades complexas sem capacitação, acompanhamento ou suporte profissional suficientes. Embora desempenhem função indispensável na rotina institucional, a humanização do cuidado não depende exclusivamente da disposição individual desses trabalhadores, mas também das condições organizacionais, da qualificação profissional, da disponibilidade de recursos e da articulação entre a instituição e a rede de saúde. Dessa forma, torna-se necessário analisar como as práticas de cuidado estão sendo desenvolvidas e em que medida incorporam princípios de acolhimento, respeito, escuta, autonomia e valorização da pessoa idosa.

A problemática deste estudo surgiu da vivência prática relacionada ao atendimento periódico de idosos em uma Instituição de Longa Permanência, ocasião em que foram observadas limitações relacionadas à disponibilidade de recursos humanos especializados e ao acompanhamento contínuo por profissionais de saúde.

Nesse cenário, grande parte do cuidado cotidiano permanece sob responsabilidade dos cuidadores, despertando inquietações acerca da forma como a assistência humanizada tem sido implementada diante das limitações existentes.

Assim, a questão que orienta esta investigação está relacionada à capacidade das práticas desenvolvidas no cotidiano institucional de atender não apenas às necessidades físicas dos residentes, mas também às dimensões emocionais, sociais e relacionais inerentes ao envelhecimento. Nesse sentido, questiona-se de que maneira os cuidadores das Instituições de Longa Permanência desenvolvem práticas capazes de promover um cuidado humanizado aos idosos institucionalizados, especialmente em contextos marcados por equipe profissional reduzida e limitações na assistência multiprofissional.

A realização deste estudo justifica-se por sua relevância social, ética, profissional e acadêmica. Do ponto de vista social, o crescente número de pessoas idosas e a ampliação das demandas por cuidados de longa duração tornam indispensável a discussão sobre a qualidade da assistência ofertada nas instituições. O fato de uma pessoa idosa necessitar de cuidado permanente ou residir em uma ILPI não reduz seus direitos à dignidade, à autonomia, ao respeito e à participação nas decisões que envolvem sua própria vida.

Sob a perspectiva ética e assistencial, a humanização constitui elemento essencial para assegurar que o cuidado ultrapasse a execução mecânica de tarefas e seja orientado pelo reconhecimento das necessidades individuais dos residentes. Práticas como escuta qualificada, comunicação respeitosa, valorização das histórias de vida, estímulo à autonomia, preservação da privacidade e promoção da convivência social podem transformar significativamente a experiência da institucionalização, contribuindo para um ambiente mais acolhedor e para a manutenção da dignidade das pessoas idosas.

No âmbito profissional, compreender as práticas adotadas pelos cuidadores pode contribuir para identificar potencialidades e necessidades de qualificação, favorecendo a elaboração de estratégias educativas e institucionais destinadas ao fortalecimento do cuidado humanizado. A valorização e a capacitação desses trabalhadores são fundamentais, considerando sua presença contínua na rotina dos residentes e sua importância na identificação de necessidades físicas, emocionais e sociais.

A investigação também apresenta relevância acadêmica ao aproximar a discussão teórica sobre humanização, envelhecimento e institucionalização das situações concretas vivenciadas nas Instituições de Longa Permanência. A compreensão das práticas de cuidado desenvolvidas nesses espaços pode subsidiar novas intervenções, processos de educação permanente e estratégias de articulação entre as ILPI e a rede de atenção à saúde, contribuindo para uma assistência mais integral e centrada na pessoa idosa.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo verificar as práticas realizadas pelos cuidadores em Instituições de Longa Permanência para Idosos voltadas à promoção do cuidado humanizado aos idosos institucionalizados, buscando compreender de que maneira essas práticas contribuem para o acolhimento, a dignidade, a autonomia e o bem-estar físico, emocional e social dos residentes.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, desenvolvida com o propósito de compreender as práticas de cuidado humanizado realizadas por cuidadores de idosos institucionalizados, bem como as percepções desses profissionais acerca da assistência prestada no contexto de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. A abordagem qualitativa foi escolhida por possibilitar a compreensão aprofundada das percepções, vivências, experiências e significados atribuídos pelos participantes às práticas de cuidado e ao processo de institucionalização da pessoa idosa. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa permite analisar fenômenos sociais em sua complexidade, considerando a subjetividade dos sujeitos e os contextos nos quais as experiências são produzidas.

A pesquisa foi desenvolvida em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos localizada no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, onde a pesquisadora realiza atendimentos semanais de rotina. João Pessoa, capital do estado da Paraíba, está situada na região Nordeste do país e apresenta expressivo crescimento da população idosa nas últimas décadas, acompanhando o processo de transição demográfica e epidemiológica observado no cenário nacional. O aumento da expectativa de

vida e da proporção de pessoas idosas amplia a demanda por serviços de cuidado continuado, entre eles as Instituições de Longa Permanência para Idosos, destinadas ao acolhimento e à assistência de indivíduos que necessitam de apoio permanente ou apresentam limitações para permanecer em seus domicílios.

Os participantes foram selecionados de forma intencional, considerando a relação direta e contínua estabelecida com os idosos residentes na instituição. A amostra, de caráter não probabilístico, foi constituída por 12 cuidadores de idosos institucionalizados que atenderam aos critérios definidos para participação. Foram incluídos cuidadores formais que atuavam diretamente na assistência aos residentes, independentemente do tempo de atuação na instituição, desde que mantivessem contato regular com os idosos e concordassem voluntariamente em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos cuidadores afastados de suas atividades durante o período da coleta de dados, profissionais que não exerciam função assistencial direta junto aos residentes e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

Para a produção dos dados foram utilizados diferentes instrumentos, de forma complementar. Inicialmente, aplicou-se um questionário sociodemográfico destinado à caracterização dos participantes. Também foi utilizado um roteiro semiestruturado para orientação das rodas de conversa, contendo questões relacionadas às práticas de cuidado realizadas no cotidiano institucional, à percepção dos profissionais acerca da humanização da assistência, aos sentimentos e desafios vivenciados durante o processo de trabalho e às sugestões para qualificação do cuidado. O questionário semiestruturado foi composto por perguntas previamente elaboradas e questões abertas, permitindo ao mesmo tempo a sistematização dos temas de interesse da pesquisa e maior liberdade de expressão aos participantes, conforme os pressupostos da pesquisa qualitativa descritos por Minayo (2014).

Além dos instrumentos mencionados, foram realizadas observações diretas das rotinas institucionais, registradas em diário de campo. Esse instrumento foi utilizado para documentar de maneira sistemática interações, comportamentos, impressões, contextos e acontecimentos considerados relevantes durante a investigação. Na perspectiva qualitativa, o diário de campo contribui para complementar as informações produzidas por meio das falas dos participantes e permite ao pesquisador registrar elementos contextuais que podem ampliar a compreensão da realidade investigada (Minayo, 2014). As rodas de conversa foram conduzidas com auxílio de instrumento guia semiestruturado, permitindo flexibilidade na condução das discussões e favorecendo a livre expressão das experiências dos cuidadores relacionadas ao envelhecimento, ao cotidiano institucional, às relações interpessoais, ao cuidado e à qualidade de vida dos residentes.

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de novembro e dezembro de 2025. As atividades ocorreram em oito encontros realizados às sextas-feiras, nos dias 7, 14, 21 e 28 de novembro e 5, 12, 19 e 26 de dezembro de 2025. Os encontros foram realizados após os atendimentos clínicos, no horário compreendido entre 10h e 10h40, respeitando a dinâmica institucional e buscando evitar prejuízos às atividades assistenciais. Nesse período foram contempladas as etapas de planejamento, aplicação dos instrumentos, realização das rodas de conversa, desenvolvimento das atividades interventivas e organização dos dados para análise.

A intervenção foi realizada no próprio ambiente institucional e consistiu em rodas de conversa com os cuidadores, concebidas como espaços de escuta, reflexão, compartilhamento de experiências e construção coletiva de conhecimentos acerca do cuidado humanizado. Antes do início das atividades, foi estabelecido contato com a gestão da instituição para apresentação da proposta, organização do cronograma e definição dos dias e horários mais adequados, respeitando a rotina de trabalho dos participantes. Posteriormente, os cuidadores foram convidados a participar de forma voluntária e receberam informações sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos e os aspectos éticos relacionados à pesquisa.

As rodas de conversa aconteceram em espaço reservado, silencioso e adequado ao diálogo, localizado nas dependências da própria instituição. Cada encontro teve duração média de aproximadamente 40 minutos e foi conduzido pela pesquisadora, que exerceu a função de mediadora das discussões. Durante as atividades foram utilizadas perguntas norteadoras previamente elaboradas, abordando temas como práticas de cuidado no cotidiano da ILPI, compreensão da humanização da assistência, sentimentos relacionados ao processo de trabalho, dificuldades enfrentadas pelos cuidadores e possibilidades de melhoria das práticas assistenciais. A condução dos encontros priorizou a escuta qualificada, o respeito às manifestações individuais, a participação ativa dos integrantes e a valorização das experiências construídas no cotidiano institucional.

Não foram estabelecidas respostas previamente esperadas, buscando-se garantir liberdade para manifestação das percepções e experiências dos participantes. O diálogo entre os cuidadores foi estimulado como estratégia para identificar pontos de convergência e divergência, compartilhar formas de enfrentamento das dificuldades e construir coletivamente reflexões sobre a qualificação do cuidado. Durante todo o processo, as observações da pesquisadora referentes às interações, aos comportamentos, às reações dos participantes e aos aspectos considerados relevantes para compreensão da intervenção foram registradas em diário de campo.

Os dados produzidos foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), amplamente utilizada em estudos qualitativos por possibilitar a interpretação sistemática dos conteúdos expressos nas falas e nos registros produzidos durante a pesquisa. O processo analítico foi desenvolvido em três etapas. A primeira correspondeu à pré-análise, envolvendo a organização do material, a leitura flutuante dos registros e a definição do corpus de análise. Em seguida, realizou-se a exploração do material, com codificação das informações, identificação de unidades de sentido e organização dos conteúdos em categorias temáticas. Por fim, procedeu-se ao tratamento dos resultados, às inferências e à interpretação dos achados à luz dos objetivos do estudo e dos referenciais teóricos adotados.

As falas dos participantes foram organizadas e agrupadas de acordo com semelhanças, diferenças e recorrências encontradas nos discursos, possibilitando identificar padrões relacionados às práticas de cuidado, à humanização da assistência, aos desafios enfrentados pelos cuidadores e às possibilidades de qualificação do atendimento prestado aos idosos institucionalizados. A articulação entre as informações obtidas nas rodas de conversa e os registros do diário de campo possibilitou uma compreensão mais abrangente das experiências vivenciadas no contexto institucional.

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa foi conduzida em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios relacionados à autonomia, dignidade, privacidade, confidencialidade, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Os participantes foram previamente esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e benefícios da investigação, bem como sobre o caráter voluntário da participação, sendo incluídos no estudo somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos casos em que houve utilização de imagens ou registros audiovisuais, foi solicitada autorização específica.

A confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes foram assegurados mediante utilização de códigos ou pseudônimos em substituição aos dados capazes de permitir identificação individual. As informações obtidas foram destinadas exclusivamente às finalidades científicas da pesquisa. O estudo encontra-se vinculado ao projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará, intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 91948525.0.0000.5050, sendo conduzido em consonância com os procedimentos e princípios éticos estabelecidos para a investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade foi iniciada com breve apresentação da pesquisadora e dos objetivos do encontro, destacando a importância da escuta qualificada e do compartilhamento de experiências no cuidado ao idoso institucionalizado. Como pergunta disparadora, utilizou-se: “Quais são os maiores desafios enfrentados por vocês no cuidado diário ao idoso institucionalizado?”.

Apartir dessa questão inicial, os participantes foram estimulados a relatar vivências, dificuldades e estratégias utilizadas no cotidiano profissional. Durante as rodas de conversa, emergiram como principais temas: sobrecarga física e emocional no cuidado; dificuldades na comunicação com idosos com declínio cognitivo; manejo de comportamentos agressivos ou resistentes; relação com familiares dos idosos; necessidade de capacitação contínua; reconhecimento profissional e valorização do cuidador. Observou-se que os relatos foram marcados por forte carga emocional, especialmente ao abordarem situações de sofrimento, abandono familiar e limitações estruturais da instituição. No diário de campo, registrou-se participação ativa da maioria dos cuidadores, com envolvimento significativo nas discussões. Inicialmente, alguns demonstraram certa timidez, mas, ao longo do encontro, houve maior abertura e troca de experiências.

As principais dúvidas estiveram relacionadas ao manejo de idosos com demência, prevenção de lesões por pressão e estratégias para lidar com o desgaste emocional. Como dificuldade recorrente, destacou-se a escassez de recursos humanos e materiais. Mereceu atenção a necessidade de apoio psicológico aos cuidadores, bem como o sentimento de desvalorização profissional relatado por parte dos participantes. As rodas de conversa possibilitaram maior reflexão sobre as práticas de cuidado e promoveram espaço de escuta e acolhimento. Observaram-se ampliação da compreensão sobre o envelhecimento e suas especificidades; troca de estratégias de cuidado entre os participantes;

maior conscientização sobre a importância do autocuidado; esclarecimento de dúvidas técnicas; fortalecimento do vínculo entre os profissionais.

Percebeu-se mudança na postura de alguns participantes, que relataram intenção de modificar condutas relacionadas à comunicação com os idosos e à organização do cuidado. Assim, a intervenção contribuiu para o aprimoramento do conhecimento, da percepção e das práticas dos cuidadores, além de promover espaço de apoio coletivo, fundamental para qualificação da assistência ao idoso institucionalizado. A análise e discussão dos resultados deste estudo fundamentaram-se nos dados obtidos a partir das rodas de conversa realizadas com 12 cuidadores de idosos institucionalizados. Dentre os 12 cuidadores, seis eram homens e seis mulheres com média de idade de 35 a 50 anos. Todos trabalhavam no serviço há mais de 1 ano.

Os achados foram organizados de modo a dialogar com os objetivos do estudo e a literatura científica pertinente, possibilitando a compreensão dos efeitos da intervenção no contexto do cuidado ao idoso institucionalizado. A partir da análise de conteúdo das falas dos participantes, conforme o referencial metodológico de Bardin (2016), emergiram as seguintes categorias temáticas: (1) Compreensão ampliada do cuidado humanizado; (2) Comunicação e escuta qualificada; (3) Desafios no processo de trabalho institucional; (4) Sobrecarga emocional e necessidade de apoio aos cuidadores; e (5) Fortalecimento do vínculo e valorização da história de vida do idoso.

Essas categorias evidenciaram mudanças significativas na percepção dos cuidadores acerca do cuidado humanizado, bem como reflexões críticas sobre o processo de trabalho e o vínculo estabelecido com os idosos. Esses achados corroboram estudos que destacam a importância de espaços de escuta e reflexão no ambiente institucional, capazes de promover maior sensibilização dos profissionais para as dimensões subjetivas do cuidado (Minayo, 2014; Bardin, 2016).

Categoria 1 – Compreensão ampliada do cuidado humanizado

A análise das falas evidenciou que, após a intervenção educativa, os cuidadores começaram a compreender o cuidado humanizado para além da dimensão técnica, reconhecendo-o como prática relacional que envolve empatia, acolhimento e respeito à singularidade do idoso. Essa mudança demonstra deslocamento conceitual relevante, no qual o cuidado deixa de ser entendido apenas como execução de tarefas e passa a ser percebido como processo integral centrado na pessoa.

As falas ilustraram essa transformação: “Antes eu achava que cuidar era só dar banho e medicação, mas agora vejo que é escutar e ter paciência” (Participante 3); “O idoso tem história, tem sentimento, não é só cumprir rotina” (Participante 7); “Humanizar é tratar como eu gostaria que tratassem minha família” (Participante 1). Esse achado converge com Minayo (2014), que destaca a humanização como dimensão essencial da qualidade assistencial, sobretudo em contextos institucionais. Boff (2012) reforça que o cuidado constitui atitude ética fundamental nas relações humanas.

Categoria 2 – Impactos da intervenção na prática assistencial

Os relatos demonstraram que os cuidadores articularam a valorização da comunicação como ferramenta terapêutica fundamental, reconhecendo a escuta qualificada como elemento estruturante do cuidado. Observou-se maior atenção à linguagem verbal e não verbal dos idosos, bem como maior disponibilidade para o diálogo. Conforme relatado: “Depois da roda, comecei a prestar mais atenção quando ele fica calado ou triste” (Participante 5); “Percebi que conversar evita muitos conflitos” (Participante 8).

Os participantes relataram mudanças positivas na forma de conduzir o cuidado diário, com maior atenção às necessidades emocionais dos idosos e maior sensibilidade no manejo de situações de dependência, fragilidade e sofrimento. Ayres (2004) destaca a importância da interação entre profissionais e usuários para a construção de práticas de cuidado que articulem os aspectos técnicos às dimensões humanas e relacionais da atenção à saúde.

Categoria 3 - Repercussões no ambiente institucional

Os relatos evidenciaram que a intervenção repercutiu no ambiente institucional, favorecendo mudanças na dinâmica da equipe e no modo como o cuidado passou a ser organizado no cotidiano da instituição. Apesar dos avanços percebidos, os participantes relataram dificuldades relacionadas às condições estruturais e organizacionais do trabalho, incluindo carga horária extensa e número reduzido de profissionais. Merhy (2002) destaca que o processo de trabalho em saúde é atravessado por dimensões institucionais que influenciam diretamente a qualidade da assistência, podendo favorecer práticas mecanizadas, quando não há suporte adequado.

As falas ilustraram essa transformação: “Depois das rodas, começamos a conversar mais sobre como melhorar o cuidado” (Participante 2); “Hoje eu peço ajuda quando preciso, antes eu tentava resolver tudo sozinha” (Participante 6); “Quando a equipe trabalha unida, o idoso responde melhor” (Participante 10).

Observou-se maior cooperação entre os profissionais e fortalecimento do trabalho em equipe, reconhecendo-se que o cuidado humanizado depende de ambiente institucional acolhedor e colaborativo.

Categoria 4 - Sobrecarga emocional e necessidade de apoio aos cuidadores

Os discursos revelaram desgaste emocional decorrente do contato contínuo com sofrimento e dependência funcional dos idosos. Dejours (1992) afirma que o trabalho pode gerar sofrimento psíquico, quando não existem espaços institucionais de escuta e apoio, reforçando a importância de estratégias coletivas de reflexão como as rodas de conversa. Os participantes expressaram essa compreensão nas seguintes falas: “Percebi que estava muito estressada e isso influenciava meu jeito de cuidar” (Participante 4); “A gente quase nunca fala da saúde emocional de quem cuida” (Participante 8); “Se eu não estiver bem, não consigo oferecer um cuidado de qualidade” (Participante 11). Os

relatos demonstraram reconhecimento da sobrecarga física e emocional vivenciada no cotidiano institucional, reforçando a necessidade de suporte e valorização do trabalhador, compreendendo o cuidado como relação que envolve responsabilidade e sensibilidade também para consigo.

Categoria 5 - Fortalecimento do vínculo e valorização da história de vida do idoso

Os participantes relataram maior valorização das narrativas de vida dos residentes, reconhecendo a importância da biografia individual no cuidado. Após a intervenção, observou-se ampliação da sensibilidade em relação à história, às memórias e às experiências acumuladas ao longo da vida dos idosos. As falas evidenciaram esse movimento: “Eu passei a perguntar mais sobre a história deles, e isso muda totalmente o jeito de cuidar” (Participante 5); “Quando ele conta da juventude, a gente entende melhor o comportamento dele” (Participante 9); “Antes eu via só o idoso dependente, agora vejo a pessoa que ele foi e ainda é” (Participante 2); “Conhecer a história faz a gente ter mais paciência e respeito” (Participante 11).

Os relatos indicaram que o fortalecimento do vínculo ocorreu a partir do reconhecimento do idoso como sujeito histórico, portador de saberes, memórias e identidade própria, contribuindo para relações mais empáticas e maior satisfação no exercício do cuidado. Na perspectiva freireana, o respeito aos saberes, às experiências e à autonomia dos sujeitos constitui elemento fundamental para a construção de relações dialógicas (Freire, 1996). Neste sentido, o cuidado passa a ser compreendido como encontro entre sujeitos, superando a lógica exclusivamente técnica.

Observou-se que os cuidadores reconheceram o cuidado humanizado não apenas como execução de tarefas técnicas, mas como prática que envolve dimensões relacionais e atenção às necessidades e particularidades das pessoas idosas. Estudos desenvolvidos no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos destacam que ações educativas e espaços de formação e reflexão podem contribuir para qualificar as práticas dos cuidadores, articulando conhecimentos técnicos às dimensões humanas do cuidado (Silva; Gutierrez, 2018; Oliveira *et al.*, 2020). No que se refere ao processo de trabalho, os participantes relataram maior conscientização sobre a importância do trabalho em equipe, da comunicação interpessoal e do apoio emocional entre os cuidadores. Esses achados dialogam com estudos que apontam que a sobrecarga emocional e a rotina extenuante podem impactar negativamente o cuidado ao idoso institucionalizado, sendo fundamental a adoção de estratégias que promovam o bem-estar dos profissionais e o fortalecimento dos vínculos no ambiente de trabalho (Camarano; Kansa, 2010).

Além disso, a intervenção favoreceu o fortalecimento do vínculo entre cuidadores e idosos, aspecto relevante para a qualificação e humanização da assistência. O cuidado gerontológico requer atenção às diferentes dimensões do envelhecimento e às necessidades físicas, psicológicas e sociais da pessoa idosa, especialmente em contextos de maior dependência e institucionalização (Freitas; Py, 2016). Dessa forma, os resultados obtidos neste estudo reforçaram a relevância de intervenções baseadas no diálogo, na escuta qualificada e na reflexão coletiva como estratégias efetivas para promoção do cuidado humanizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos, alinhando-se às evidências científicas disponíveis e aos princípios da atenção integral à saúde do idoso.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DA LITERATURA

Os resultados obtidos reforçaram a relevância de estratégias educativas e reflexivas no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos, evidenciando que intervenções baseadas em diálogo e compartilhamento de experiências favorecem mudanças significativas na percepção dos cuidadores acerca do cuidado humanizado. Esse achado converge com estudos que apontam a educação permanente em saúde como ferramenta fundamental para qualificação das práticas assistenciais, especialmente em cenários institucionais caracterizados por rotinas rígidas e demandas intensas de trabalho.

A humanização do cuidado pressupõe considerar o sujeito para além das necessidades estritamente técnicas e biomédicas, valorizando suas experiências, necessidades e particularidades na construção das práticas de saúde. Nessa perspectiva, a dimensão relacional do encontro entre profissionais e usuários constitui elemento fundamental para a integralidade do cuidado (Ayres, 2004). Os dados desta pesquisa confirmam essa perspectiva, ao demonstrar que, após a intervenção, os cuidadores demonstraram a valorizar aspectos emocionais, relacionais e biográficos dos idosos, indicando ampliação do entendimento sobre o cuidado integral. Resultados semelhantes são descritos por Merhy (2002), ao afirmar que tecnologias leves, como vínculo, escuta e acolhimento, constituem elementos essenciais na produção do cuidado em saúde. A valorização dessas dimensões foi claramente identificada nos discursos analisados, sugerindo que a intervenção contribuiu para fortalecer práticas mais sensíveis e centradas na pessoa.

Além disso, a literatura destaca que espaços coletivos de reflexão favorecem o suporte emocional dos trabalhadores e reduzem o desgaste psíquico relacionado ao cuidado prolongado. Neste sentido, Dejours (1992) argumenta que a possibilidade de falar sobre o sofrimento no trabalho constitui estratégia protetora para a saúde mental dos profissionais. Essa perspectiva dialoga diretamente com os relatos dos participantes, que apontaram as rodas de conversa como momentos de alívio emocional e fortalecimento grupal.

SÍNTESE DOS RESULTADOS ALCANÇADOS COM A INTERVENÇÃO

Pode-se afirmar que a intervenção realizada alcançou resultados positivos e significativos, evidenciados pelo aumento da compreensão dos cuidadores sobre o cuidado humanizado, pela ampliação da sensibilidade diante das necessidades subjetivas dos idosos e pelo fortalecimento do vínculo estabelecido entre cuidador e residente. Observou-se, ainda, melhora na percepção sobre o trabalho em equipe e maior valorização da comunicação como ferramenta assistencial.

Os dados analisados indicaram que a intervenção atuou simultaneamente em três dimensões: cognitiva, ao ampliar o conhecimento conceitual dos participantes; afetiva, ao promover reflexões sobre sentimentos e experiências vivenciadas no cotidiano institucional; e prática, ao estimular mudanças concretas nas atitudes e comportamentos relacionados ao cuidado. Esse resultado demonstra o potencial transformador de estratégias educativas participativas, no contexto da atenção à pessoa idosa institucionalizada.

Destaca-se, também, que a experiência possibilitou a criação de espaço seguro para expressão de dificuldades, angústias e desafios do trabalho, contribuindo para fortalecimento da identidade profissional e para a valorização do papel do cuidador. Esse aspecto revela que intervenções educativas podem exercer função terapêutica e organizacional, ao favorecer coesão grupal e reconhecimento do trabalho realizado. De modo geral, a intervenção mostrou-se efetiva como estratégia de qualificação da assistência e sensibilização dos profissionais, evidenciando que ações educativas dialógicas constituem ferramentas potentes para promover cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa idosa.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu compreender a relevância das práticas de cuidado humanizado no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos, evidenciando a importância do cuidador como agente fundamental na promoção da dignidade, do respeito e da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada. A implementação da intervenção, por meio das rodas de conversa com os cuidadores, possibilitou a reflexão crítica sobre o processo de trabalho e as relações estabelecidas no cuidado diário. Observou-se que a intervenção contribuiu para ampliar o entendimento acerca do cuidado humanizado, fortalecendo atitudes baseadas na empatia, na escuta qualificada e na valorização da individualidade do idoso.

Os objetivos propostos no estudo foram alcançados, uma vez que a intervenção promoveu mudanças positivas na percepção dos cuidadores, impactando de forma qualitativa a prática assistencial e o ambiente institucional. Além disso, o espaço de diálogo favoreceu o fortalecimento do trabalho em equipe e o reconhecimento do papel do cuidador, no contexto da assistência ao idoso.

Dessa forma, conclui-se que ações educativas e reflexivas, como as desenvolvidas neste estudo, constituem estratégias eficazes para qualificação do cuidado em ILPI. A experiência descrita pode contribuir para a comunidade atendida e a equipe de cuidadores, além de servir como subsídio para implementação de futuras intervenções voltadas à humanização do cuidado ao idoso institucionalizado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Rodrigo Silva; REIS, Márcio Fabri; TORRES, Juliana Lopes. Tecnologias assistivas e humanização do cuidado em ILPIs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 1, p. 95–104, 2023.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. DOI: 10.1590/S0104-12902004000300003.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra*. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**: Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. (Série Pactos pela Saúde 2023).

BRIZOLLA, Maria Martha. Humanização no atendimento de enfermagem em ILPIs. **Revista Foco**, Curitiba, v. 18, n. 1, e8614, 2025.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232–235, jan./jun. 2010.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018*. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 58 p. (Série Relatórios Metodológicos, v. 40). ISBN 978-85-240-4464-9.

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

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

HAIDE, Iasmym da Silva; SILVA, Daniel da Silva. Vivências humanizadas e desafios emocionais no cuidado a idosos em Instituição de Longa Permanência: um relato de estágio em Psicologia Social. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 2336-2349, jun. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**: revisão 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MUNIZ, Bruna Maria Nascimento. A humanização para idosos: estudo de caso em uma ILPI. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, [s. l.], v. 17, n. 1, e9278, 2025.

OLIVEIRA, Isabelle de Farias *et al.* Promoção de saúde, educação e qualidade de vida para os residentes e cuidadores de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI): um relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 6, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n6-342.

SANTOS, Robson Gabriel dos *et al.* Psicologia e envelhecimento: relato de estágio em Instituição de Longa Permanência. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)**, São Paulo, v. 11, n. 7, p. 1121-1135, 2025.

SILVA, Bruna Teixeira da *et al.* Humanização da assistência ao idoso institucionalizado: um olhar

para o cuidado integral. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 809–820, 2016.

SILVA, Henrique Salmazo da; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 34, n. 67, p. 283-296, 2018. DOI: 10.1590/0104-4060.54049.

WONG, Tatiane Lemos; EWERLING, Grazielle Nascimento; MARTINS, William;

STRADA, Cláudia de Fátima Oliveira. Humanização da assistência de enfermagem aos idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, São Paulo, v. 3, n. 12, e3122391, 2022.

CUIDADO INTEGRAL PARA PREVENÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO: INTERVENÇÃO REALIZADA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Camila Lopes Araújo¹;

E-mail: camilalps.05@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-4378-4043>

Lyara Duarte Dantas Holanda²;

E-mail: lyaraduart@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-5383-602X>

Joedilson Deó da Silva Filho³;

E-mail: dr.joedilson.deo@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-5466-2429>

Maria do Socorro Uchoa Gonçalves⁴;

E-mail: uchoas@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-1424-5342>

Anaiza Diogenes Soares⁵;

E-mail: anaiza.soares@uol.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-3653-7545>

Maria Nadir Florêncio de Sousa⁶.

E-mail: nadiahlorenco2011@hotmail.com,

RESUMO: **Introdução:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus gestacional (DMG) constituem importantes problemas de saúde pública no contexto materno-infantil, por estarem associados ao aumento da morbimortalidade materna e perinatal. Durante a gestação, podem favorecer complicações como pré-eclâmpsia, parto prematuro, alterações do crescimento fetal e maior risco de doenças cardiovasculares e metabólicas futuras. No município de Alcantil, Paraíba, evidencia-se a necessidade de fortalecer estratégias preventivas direcionadas às gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Fortalecer o cuidado integral e promover ações preventivas voltadas à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus durante a gestação. **Metodologia:** Trata-se de intervenção descritiva e aplicada, com abordagem qualitativa, desenvolvida com gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde do município. Participaram gestantes em acompanhamento regular que aceitaram voluntariamente integrar as atividades propostas. **Resultados**

e discussão: A intervenção contemplou diagnóstico situacional, estratificação de risco, intensificação do monitoramento da pressão arterial e glicemia, orientações individuais e atividades coletivas de educação em saúde. Foram abordados alimentação saudável, controle do ganho de peso, atividade física segura e reconhecimento de sinais de alerta, além do acompanhamento por visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde. Observou-se maior adesão ao pré-natal, melhoria dos registros e do acompanhamento clínico e fortalecimento do vínculo entre gestantes e equipe multiprofissional.

Conclusão: A intervenção contribuiu para qualificar a assistência pré-natal, fortalecer práticas preventivas e favorecer a identificação precoce de fatores de risco, contribuindo para a redução de complicações materno-fetais e para a melhoria da atenção à saúde materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Induzida pela Gravidez. Diabetes Gestacional. Atenção Primária à Saúde.

COMPREHENSIVE CARE FOR THE PREVENTION OF HYPERTENSION AND DIABETES GESTATIONAL DIABETES MELLITUS: INTERVENTION CARRIED OUT WITHIN THE SCOPE OF PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Introduction: Systemic arterial hypertension (SAH) and gestational diabetes mellitus (GDM) are important public health problems in the maternal and child health context, as they are associated with increased maternal and perinatal morbidity and mortality. During pregnancy, these conditions may contribute to complications such as preeclampsia, preterm birth, fetal growth abnormalities, and an increased future risk of cardiovascular and metabolic diseases. In the municipality of Alcantil, Paraíba, Brazil, there is a need to strengthen preventive strategies for pregnant women receiving care in Primary Health Care (PHC). **Objective:** To strengthen comprehensive care and promote preventive actions targeting arterial hypertension and diabetes mellitus during pregnancy. **Methodology:** This was a descriptive and applied intervention with a qualitative approach, conducted with pregnant women enrolled in and receiving prenatal care at the municipality's Basic Health Units. Participants included pregnant women undergoing regular prenatal follow-up who voluntarily agreed to participate in the proposed activities. **Results and Discussion:** The intervention included situational assessment, risk stratification, intensified blood pressure and blood glucose monitoring, individual counseling, and collective health education activities. Topics included healthy eating, appropriate weight gain, safe physical activity, and recognition of warning signs, complemented by home visits conducted by community health workers. Increased adherence to prenatal care, improvements in clinical records and follow-up, and stronger bonds between pregnant women and the multiprofessional health care team were observed. **Conclusion:** The intervention contributed to improving prenatal care, strengthening preventive practices, and promoting early identification of risk factors, thereby contributing to the reduction of maternal and fetal complications and improving maternal and child health care.

KEYWORDS: Hypertension. Pregnancy-Induced. Gestational Diabetes. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus gestacional (DMG) constituem importantes agravos de saúde pública no contexto materno-infantil, especialmente por estarem associados ao aumento da morbimortalidade materna e perinatal. Durante a gestação, essas condições podem contribuir para o desenvolvimento de complicações como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, restrição do crescimento intrauterino, parto prematuro, macrosomia fetal, sofrimento fetal e maior necessidade de internações e intervenções obstétricas. Além disso, podem produzir repercussões futuras para a saúde da mulher e da criança, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas ao longo da vida (Souza; Iser; Malta, 2023; Ruas *et al.*, 2024).

Embora a gestação seja um processo fisiológico, ela provoca importantes alterações metabólicas, hormonais e hemodinâmicas no organismo materno, que podem favorecer o surgimento ou agravamento de condições como hipertensão arterial e alterações do metabolismo glicêmico. Tanto a hipertensão gestacional quanto o diabetes mellitus gestacional podem apresentar evolução inicialmente assintomática, o que reforça a importância do acompanhamento sistemático durante o pré-natal, com identificação precoce dos fatores de risco, monitoramento clínico e realização dos exames recomendados (Bertoli *et al.*, 2022; Ruas *et al.*, 2024).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na prevenção e no controle desses agravos, por constituir o principal nível de acompanhamento das gestantes durante o pré-natal. A proximidade das equipes com o território permite desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de complicações, rastreamento de fatores de risco, acompanhamento da pressão arterial, monitoramento glicêmico, orientação nutricional e incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis. Além disso, a longitudinalidade do cuidado favorece a construção de vínculo entre gestante e equipe multiprofissional, contribuindo para maior adesão às consultas, aos exames e às recomendações realizadas durante a gestação (Bertoli *et al.*, 2022).

A ausência de diagnóstico precoce e de intervenções oportunas pode comprometer significativamente a evolução da gravidez. Gestantes com alterações hipertensivas ou glicêmicas não identificadas ou inadequadamente controladas apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e neonatais, tornando indispensável a atuação contínua e integrada das equipes de saúde. Nesse sentido, o cuidado pré-natal não deve restringir-se às consultas clínicas e à realização de exames, sendo necessária também a implementação de estratégias educativas capazes de ampliar o conhecimento das mulheres sobre sua condição de saúde e fortalecer sua participação ativa no processo de cuidado.

No município de Alcantil, Paraíba, identifica-se a necessidade de fortalecimento das ações preventivas desenvolvidas durante o pré-natal, especialmente no que se refere à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus gestacional. Apesar do acompanhamento realizado nos serviços da Atenção Primária à Saúde, persistem desafios relacionados à identificação precoce dos fatores de risco, à adesão das gestantes às orientações recebidas e à sistematização de atividades educativas direcionadas ao autocuidado.

Entre as situações observadas encontram-se hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, dificuldades relacionadas à adesão regular ao acompanhamento pré-natal e conhecimento insuficiente acerca dos riscos e dos sinais de alerta associados às alterações hipertensivas e glicêmicas durante a gravidez. Essas condições podem contribuir para o diagnóstico tardio e para o aumento da ocorrência de complicações que poderiam ser prevenidas ou minimizadas por meio de ações contínuas de acompanhamento e educação em saúde.

Além dos fatores individuais, aspectos socioeconômicos e dificuldades de acesso às informações podem interferir na capacidade das gestantes de incorporar as recomendações realizadas pelos profissionais de saúde ao cotidiano. Dessa forma, a orientação deve ser desenvolvida com linguagem acessível e de maneira compatível com as condições sociais e culturais das mulheres acompanhadas, possibilitando que compreendam os riscos existentes e participem ativamente das decisões relacionadas à própria saúde e à saúde do bebê.

O problema que fundamenta esta proposta de intervenção, portanto, encontra-se relacionado à insuficiência de ações sistematizadas e integradas na Atenção Primária voltadas à prevenção, ao rastreamento e ao controle precoce da hipertensão arterial e do diabetes mellitus durante a gestação. A ausência de fluxos educativos contínuos, associada às dificuldades de adesão ao autocuidado e ao acompanhamento pré-natal, pode limitar a efetividade da assistência e favorecer o desenvolvimento de complicações maternas e fetais evitáveis.

Diante dessa realidade, torna-se necessário fortalecer a atuação da equipe multiprofissional por meio de estratégias que articulem acompanhamento clínico, educação em saúde e participação ativa das gestantes. A aferição regular da pressão arterial, o monitoramento dos níveis glicêmicos conforme indicação clínica, a avaliação do ganho de peso, a orientação sobre alimentação adequada e o incentivo à prática de atividade física segura durante a gestação são medidas que podem contribuir para o reconhecimento precoce de alterações e para a redução dos riscos associados a esses agravos (Bertoli *et al.*, 2022).

A educação em saúde apresenta especial relevância nesse processo, uma vez que possibilita ampliar o conhecimento das gestantes sobre hipertensão e diabetes na gravidez, favorecer o reconhecimento de sinais de alerta e estimular práticas de autocuidado. Atividades individuais e coletivas podem abordar conteúdos relacionados à alimentação saudável, controle do ganho ponderal, importância das consultas e exames do pré-natal, prática segura de atividade física e necessidade de procurar o serviço de saúde diante de sinais ou sintomas sugestivos de complicações.

A elaboração deste Plano de Intervenção justifica-se, portanto, pela necessidade de qualificar a assistência pré-natal e reduzir a ocorrência de agravos potencialmente evitáveis. Sob a perspectiva materno-infantil, o desenvolvimento de ações preventivas pode contribuir para reduzir complicações como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, prematuridade, restrição do crescimento fetal, macrosomia e sofrimento fetal, além de favorecer maior segurança durante a gestação, o parto e o puerpério (Bertoli *et al.*, 2022).

A intervenção também apresenta relevância para a saúde futura da mulher, considerando que alterações hipertensivas e metabólicas diagnosticadas durante a gravidez podem estar associadas a maior risco de doenças crônicas posteriormente. Mulheres que apresentam diabetes mellitus gestacional, por exemplo, necessitam de acompanhamento após a gestação devido ao risco aumentado de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, enquanto aquelas com síndromes hipertensivas gestacionais podem apresentar maior risco cardiovascular em fases posteriores da vida (Souza; Iser; Malta, 2023).

No âmbito dos serviços de saúde, a sistematização das ações pode contribuir para organizar o processo de trabalho das equipes, fortalecer o acompanhamento das gestantes e ampliar a integração entre as atividades clínicas e educativas. Além disso, o estabelecimento de estratégias preventivas possibilita identificar precocemente gestantes com maior risco e realizar os encaminhamentos necessários de acordo com a complexidade de cada situação, fortalecendo a articulação entre a Atenção Primária e os demais pontos da rede de atenção materno-infantil.

Assim, a proposta de intervenção fundamenta-se na compreensão de que a prevenção da hipertensão arterial e do diabetes mellitus durante a gestação exige uma abordagem integral e interdisciplinar, na qual a gestante seja reconhecida como sujeito ativo do cuidado. A associação entre vigilância clínica, educação em saúde, orientação nutricional, incentivo a hábitos saudáveis e acompanhamento longitudinal pode contribuir para maior adesão ao pré-natal e para melhores desfechos maternos e perinatais.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo promover o cuidado integral por meio do fortalecimento das ações preventivas no acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na prevenção, identificação precoce e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus durante a gestação.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como um plano de intervenção de natureza descritiva e aplicada, com abordagem qualitativa, desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Alcantil, Paraíba, com o objetivo de fortalecer as ações de prevenção da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus durante a gestação por meio da qualificação do acompanhamento pré-natal realizado nas Unidades Básicas de Saúde.

A opção pela abordagem qualitativa fundamenta-se na possibilidade de compreender, de forma aprofundada, os significados, as percepções e as experiências das gestantes e dos profissionais de saúde em relação ao cuidado desenvolvido durante o pré-natal. Conforme Minayo (2014), a pesquisa qualitativa dedica-se ao universo dos significados, crenças, valores, atitudes e relações sociais, permitindo compreender aspectos que não podem ser reduzidos à mensuração quantitativa. Dessa forma, essa abordagem possibilita interpretar as dimensões subjetivas, sociais e culturais que influenciam o cuidado em saúde, favorecendo análises contextualizadas e coerentes com a realidade vivenciada pelas participantes. Além disso, intervenções em saúde fundamentadas em evidências

devem considerar não apenas os indicadores epidemiológicos, mas também os determinantes socioculturais que influenciam os processos de cuidado, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (Minayo, 2014).

A intervenção foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família, localizada em área predominantemente rural do município de Alcantil-PB, responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 1.900 usuários cadastrados. A população adscrita apresenta características próprias dos territórios rurais, marcadas pela dispersão geográfica, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e condições socioeconômicas que podem interferir diretamente na adesão ao pré-natal e às ações de promoção da saúde. Nesse contexto, a Unidade Básica de Saúde desempenha papel fundamental como porta de entrada do Sistema Único de Saúde e coordenadora do cuidado longitudinal, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento clínico das gestantes.

A equipe responsável pela assistência é composta por profissionais da Estratégia Saúde da Família, contando ainda com apoio multiprofissional por meio da equipe multiprofissional ampliada (eMulti), além da atuação periódica de psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. A integração desses profissionais favorece o desenvolvimento de ações interdisciplinares voltadas ao cuidado integral da gestante, fortalecendo o vínculo com a comunidade e ampliando a resolutividade da assistência prestada no âmbito da Atenção Primária.

Participaram da intervenção 28 gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal da Unidade Básica de Saúde durante o período de execução do estudo. Foram incluídas mulheres que realizavam acompanhamento regular na unidade e que aceitaram participar voluntariamente das atividades propostas após receberem esclarecimentos acerca dos objetivos da intervenção. Entre as participantes, foi dada atenção especial às gestantes que apresentavam maior risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial gestacional e diabetes mellitus gestacional, considerando fatores como histórico familiar de doenças crônicas, excesso de peso, sedentarismo, idade materna avançada, antecedentes obstétricos desfavoráveis e alterações prévias da pressão arterial ou da glicemia. Essa priorização possibilitou direcionar as ações preventivas às mulheres com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de complicações maternas e fetais.

A intervenção foi realizada entre os meses de março e junho de 2025, sendo desenvolvida de forma contínua e integrada à rotina assistencial da Unidade Básica de Saúde. As atividades ocorreram predominantemente no turno da manhã, entre 8h e 12h, durante as consultas de pré-natal e em momentos destinados às atividades coletivas com gestantes. As rodas de conversa foram realizadas semanalmente, em datas previamente definidas pela equipe de saúde, visando favorecer a participação das usuárias. Paralelamente, orientações individuais foram realizadas durante os atendimentos clínicos e reforçadas nas visitas domiciliares conduzidas pelos agentes comunitários de saúde, de acordo com as necessidades identificadas ao longo do acompanhamento.

A produção dos dados ocorreu mediante diferentes instrumentos complementares. Foram utilizados registros dos prontuários eletrônicos, fichas de acompanhamento pré-natal, formulários de estratificação de risco e registros das atividades educativas realizadas durante a intervenção. Também

foi aplicado um questionário estruturado antes e após as atividades educativas, com o objetivo de avaliar o conhecimento das gestantes sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus na gestação, permitindo identificar possíveis mudanças na compreensão das participantes acerca dos fatores de risco, das medidas preventivas e da importância do acompanhamento pré-natal.

O planejamento da intervenção teve início com a realização de um diagnóstico situacional, obtido por meio da análise dos prontuários e fichas de acompanhamento pré-natal disponíveis na unidade. Foram levantadas informações referentes ao histórico clínico das gestantes, valores de pressão arterial, índice de massa corporal, evolução do ganho ponderal, resultados de exames laboratoriais, incluindo glicemia de jejum e teste oral de tolerância à glicose quando indicado, além da ocorrência de intercorrências obstétricas registradas durante o acompanhamento. Essa etapa permitiu identificar a frequência de gestantes com fatores de risco e reconhecer fragilidades relacionadas às ações de prevenção e monitoramento desses agravos.

Com base nesse diagnóstico, foram implementadas ações educativas e assistenciais voltadas à prevenção da hipertensão arterial e do diabetes mellitus gestacional. As atividades contemplaram rodas de conversa, orientações individuais durante as consultas de pré-natal e encontros educativos coletivos com grupos de gestantes. Entre os temas abordados destacaram-se alimentação saudável, controle do ganho de peso gestacional, prática segura de atividade física, monitoramento da pressão arterial e da glicemia, importância da realização dos exames laboratoriais, adesão às consultas de pré-natal e reconhecimento dos principais sinais e sintomas de alerta relacionados às complicações hipertensivas e glicêmicas na gestação. As ações foram desenvolvidas de forma interdisciplinar, envolvendo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cabendo a estes últimos o reforço das orientações durante as visitas domiciliares e o incentivo à continuidade do acompanhamento, especialmente entre as gestantes com maior dificuldade de adesão.

Como estratégia complementar ao processo educativo, foram elaborados e distribuídos materiais impressos contendo orientações simples e ilustradas sobre prevenção da hipertensão arterial e do diabetes mellitus durante a gestação, reforçando as recomendações discutidas tanto nas atividades coletivas quanto nas consultas individuais.

A análise dos dados qualitativos foi conduzida sob perspectiva interpretativa, buscando compreender os significados atribuídos pelas gestantes às experiências vivenciadas durante o acompanhamento pré-natal e às ações educativas desenvolvidas. O processo analítico envolveu leitura exaustiva do material produzido, organização das informações e construção de categorias temáticas emergentes do próprio corpus, respeitando o contexto social e cultural das participantes. Conforme Minayo (2014), a análise qualitativa pressupõe um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico, possibilitando interpretar os sentidos presentes nos discursos. Complementarmente, adotou-se a análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), que orienta a identificação, organização e interpretação de padrões de significado sem a necessidade de categorias previamente estabelecidas. Os resultados quantitativos provenientes dos questionários foram organizados de forma descritiva, permitindo comparar o nível de conhecimento das gestantes antes e após a realização das atividades educativas.

No que se refere aos aspectos éticos, todas as participantes receberam esclarecimentos acerca dos objetivos da intervenção, dos procedimentos realizados e do caráter voluntário da participação. Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações e a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e para qualificação das práticas assistenciais relacionadas ao pré-natal, sem qualquer identificação individual das participantes. O estudo foi conduzido em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e integra o projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 91948525.0.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos após a implementação do Plano de Intervenção evidencia avanços que ultrapassam a dimensão operacional do cuidado, aproximando-se das recomendações já consolidadas na literatura sobre atenção materno-infantil. Desde o diagnóstico situacional inicial, foi possível identificar fragilidades importantes no acompanhamento das gestantes, especialmente no que se refere à irregularidade no monitoramento da pressão arterial e à ausência de sistematização no controle glicêmico.

A interpretação dos achados possibilitou a construção de categorias temáticas que evidenciam as múltiplas dimensões impactadas pela intervenção. Inicialmente, a categoria Fragilidades iniciais no acompanhamento pré-natal revelou lacunas importantes no monitoramento da pressão arterial e no controle glicêmico das gestantes, apontando para a necessidade de reorganização do cuidado. Em resposta a esse cenário, emergiu a categoria Reorganização das práticas assistenciais e vigilância clínica, que demonstra como a incorporação da estratificação de risco, a padronização de condutas e o monitoramento sistemático aproximaram a prática das recomendações científicas.

A Educação em saúde como eixo de transformação do cuidado destacou-se como elemento central da intervenção, ao favorecer maior compreensão das gestantes sobre sua condição de saúde e estimular o engajamento no acompanhamento. Esse movimento refletiu diretamente na categoria Qualificação dos indicadores clínicos e prevenção de riscos materno-fetais, evidenciada pela maior regularidade na realização de exames e no acompanhamento clínico.

Paralelamente, observou-se a Integração multiprofissional e reorganização do processo de trabalho, expressa na maior articulação entre os profissionais e na participação ativa dos agentes comunitários de saúde, fortalecendo a continuidade do cuidado. Esse processo contribuiu para o Fortalecimento do vínculo entre gestantes e equipe de saúde, perceptível pela maior adesão às consultas e pela busca espontânea por orientações.

Por fim, a categoria Mudanças nos hábitos de vida e promoção do autocuidado evidencia que os efeitos da intervenção ultrapassaram o âmbito clínico, alcançando transformações no cotidiano das gestantes, especialmente no que se refere à alimentação, à prática de atividade física e à adoção de comportamentos preventivos, consolidando o cuidado como prática significativa e incorporada à

rotina dessas mulheres.

Segundo Bertoli *et al.* (2022), o diabetes mellitus gestacional apresenta caráter frequentemente assintomático, o que exige rastreamento contínuo e organizado. Consoante Carneiro *et al.* (2022), a ausência de acompanhamento sistemático no pré-natal favorece o surgimento de complicações evitáveis, evidenciando a necessidade de intervenções estruturadas. De acordo com Souza, Iser e Malta (2023), a detecção tardia dessas condições amplia os riscos maternos e fetais, reforçando a importância de uma vigilância ativa no contexto da Atenção Primária à Saúde.

A reorganização das práticas assistenciais, especialmente com a incorporação mais consistente da estratificação de risco e do monitoramento clínico, produziu mudanças significativas na forma de condução do pré-natal. Segundo Brasil (2012), o acompanhamento pré-natal deve ser orientado para a identificação precoce de agravos, sendo essa uma das principais funções da atenção básica. Consoante Henriques *et al.* (2022), o reconhecimento antecipado de alterações pressóricas é determinante para prevenir a progressão para síndromes hipertensivas mais graves.

De acordo com Machado *et al.* (2022), o monitoramento adequado da glicemia durante a gestação permite intervenções oportunas, reduzindo riscos metabólicos tanto para a gestante quanto para o feto. Nesse sentido, a padronização das condutas e o fortalecimento da vigilância clínica evidenciam a aproximação da prática assistencial com as recomendações científicas.

O fortalecimento das ações de educação em saúde configurou-se como um dos eixos centrais da intervenção, produzindo impactos relevantes na forma como as gestantes passaram a se relacionar com o cuidado. Segundo Carneiro *et al.* (2022), a educação em saúde constitui elemento essencial para o fortalecimento do autocuidado e para a prevenção de agravos durante a gestação. Consoante Souza, Iser e Malta (2023), a ampliação do conhecimento sobre sinais de alerta e fatores de risco favorece a adoção de comportamentos preventivos, especialmente em contextos de vulnerabilidade.

De acordo com Bertoli *et al.* (2022), a compreensão da condição de saúde pela gestante é um fator determinante para a adesão ao acompanhamento e ao tratamento. Assim, o aumento do engajamento das participantes nas atividades educativas demonstra que a intervenção foi capaz de promover não apenas informação, mas transformação na percepção do cuidado.

No que se refere aos indicadores clínicos, os resultados observados reforçam a importância do acompanhamento sistemático como estratégia de prevenção de complicações gestacionais. Segundo Bertoli *et al.* (2022), o rastreamento regular do diabetes gestacional é indispensável devido ao seu caráter silencioso. Consoante Machado *et al.* (2022), a realização de exames como glicemia de jejum e teste oral de tolerância à glicose permite diagnóstico precoce e manejo adequado. De acordo com Santos *et al.* (2024), a aferição periódica da pressão arterial é fundamental para a identificação de alterações ainda em estágios iniciais. Dessa forma, a maior regularidade na realização de exames e no monitoramento clínico evidencia que a intervenção contribuiu diretamente para qualificar a assistência e reduzir riscos materno-fetais.

A intervenção também produziu impactos relevantes no processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente no que se refere à integração multiprofissional e à continuidade do cuidado. Segundo Carneiro *et al.* (2022), a atuação integrada da equipe é fundamental para garantir a efetividade do pré-natal, permitindo abordagens mais abrangentes e resolutivas. Consoante Alves *et al.* (2024), o trabalho articulado entre os profissionais favorece o vínculo com as gestantes e amplia a adesão às práticas de cuidado. De acordo com Brasil (2012), a organização do processo de trabalho na atenção básica é um dos pilares para a qualificação da assistência. Nesse contexto, a maior comunicação entre os profissionais e a participação ativa dos agentes comunitários contribuíram para fortalecer o acompanhamento longitudinal das gestantes.

O fortalecimento do vínculo entre gestantes e equipe de saúde destacou-se como um dos resultados mais significativos da intervenção. Segundo Alves *et al.* (2024), o vínculo constitui elemento central para a adesão ao cuidado e para a continuidade do acompanhamento pré-natal. Consoante Souza, Iser e Malta (2023), a confiança estabelecida entre usuário e serviço de saúde influencia diretamente a participação ativa no processo de cuidado. De acordo com Carneiro *et al.* (2022), o acolhimento e a escuta qualificada favorecem a construção de relações mais sólidas e efetivas no contexto da Atenção Primária. Dessa forma, a maior procura por orientações e a redução de faltas às consultas indicam que o cuidado passou a ser percebido pelas gestantes como necessário e significativo.

Por fim, as mudanças observadas nos hábitos de vida das gestantes evidenciam que a intervenção alcançou impactos que ultrapassam o âmbito clínico. Segundo Alves *et al.* (2024), a prática de atividade física durante a gestação contribui para a prevenção do diabetes mellitus gestacional e para o equilíbrio metabólico. Consoante Souza, Iser e Malta (2023), a adoção de hábitos saudáveis é fundamental para a redução dos riscos associados às doenças crônicas na gestação. De acordo com Bertoli *et al.* (2022), intervenções educativas contínuas favorecem mudanças comportamentais mais duradouras. Assim, as transformações observadas no padrão alimentar e na disposição para práticas saudáveis indicam que a intervenção foi capaz de promover mudanças concretas no cotidiano das gestantes.

CONCLUSÃO

A partir da execução das ações propostas, foi possível observar avanços significativos no processo de trabalho da equipe da Unidade Básica de Saúde, especialmente no que se refere à organização e qualificação do acompanhamento pré-natal. A intervenção contribuiu para maior regularidade na aferição e registro de parâmetros clínicos essenciais, como pressão arterial, peso e glicemia, bem como para maior atenção à estratificação de risco das gestantes. Dessa forma, o objetivo geral do plano foi atingido ao promover o fortalecimento das ações preventivas e assistenciais voltadas à identificação precoce e ao controle dessas condições durante a gestação, reduzindo a exposição das gestantes a complicações evitáveis.

Além disso, os objetivos específicos também foram alcançados na medida em que a intervenção ampliou a realização de atividades educativas em saúde, promovendo maior conscientização das gestantes quanto à importância da alimentação saudável, do controle do ganho ponderal, da prática de atividade física segura e do reconhecimento de sinais e sintomas de alerta.

As ações educativas, desenvolvidas por meio de rodas de conversa, orientações individuais e reforço por visitas domiciliares, favoreceram o fortalecimento do vínculo entre gestantes e equipe de saúde, contribuindo para maior adesão às consultas e exames do pré-natal. Esse aspecto demonstra que o investimento em educação em saúde, aliado ao acompanhamento contínuo, representa uma estratégia fundamental para ampliar o protagonismo das gestantes no autocuidado e na prevenção de agravos gestacionais.

Outro ponto relevante identificado ao longo da intervenção foi a melhoria na integração entre os profissionais da equipe multiprofissional, especialmente no envolvimento dos agentes comunitários de saúde no acompanhamento das gestantes, fortalecendo a busca ativa e a continuidade do cuidado. Essa articulação favoreceu uma abordagem mais resolutiva e humanizada, reforçando o papel estratégico da Atenção Primária como principal porta de entrada para o cuidado materno-infantil e como espaço prioritário para ações de promoção e prevenção.

Dessa forma, conclui-se que a implementação do Plano de Intervenção trouxe contribuições concretas para a comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde em Alcântil-PB, ao fortalecer a assistência pré-natal e qualificar a prevenção da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na gestação.

As ações realizadas contribuíram para ampliar o acesso à informação, melhorar a vigilância clínica e reduzir vulnerabilidades relacionadas a hábitos inadequados e desconhecimento sobre fatores de risco.

Assim, a intervenção demonstrou potencial para impactar positivamente os indicadores de saúde materna e neonatal do município, promovendo uma gestação mais segura e acompanhada, e reforçando a importância da continuidade de estratégias preventivas estruturadas como ferramenta essencial para a promoção da saúde e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no nível da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T. L.; LIMA, V. A. P.; GOMES, G. S.; ALMEIDA, W. G. de. O papel do exercício físico na gestação para prevenção de diabetes gestacional: uma revisão de literatura. **Journal Archives of Health**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. e2206, 2024. DOI: 10.46919/archv5n3espec-515. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/2206>. Acesso em: 29 mar. 2026.
- BERTOLI, M. R.; DONADEL, G.; DALMAGRO, M.; OLIVEIRA, P. C. de; CERANTO, D. de C. F. B.; ZARDETO, G. Diabetes mellitus gestacional: sintomas, diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 10052–10061, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-106>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 05 fev. 2026.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, London, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

MACHADO, R. C. M.; BAIÃO, M. R.; SAUNDERS, C.; SANTOS, K.; SANTOS, M. M. A. S. A gestante e o processo de viver com diabetes mellitus. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, p. 595–603, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040329>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

RUAS, J. V. D. et al. A importância do pré-natal na prevenção de complicações durante a gestação. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 1879–1887, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p1879-1887>.

SANTOS, M. L. F. et al. Conhecimento das gestantes acerca da hipertensão gestacional: revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 2071–2085, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p2071-2085>.

SOUZA, C. M.; ISER, B. M.; MALTA, D. C. Diabetes gestacional autorreferido: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. e31030043, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030043>.

Parte V – Organização do Cuidado e Experiências na APS

Discute estratégias de qualificação da assistência, organização dos serviços e fortalecimento da integralidade do cuidado.

AVALIAÇÃO AMPLIADA DA CAVIDADE ORAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Zilmar Marques dos Reis Lins¹;

E-mail: zilmar_lins@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-4421-5015>

Auricélio Tavares de Sousa²;

E-mail: aury.odonto@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9839-3206>.

Maria Araújo de Sousa³;

E-mail: mariazinha_araujo@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-8296-7779>

Lêuda Maria Ramos da Silva⁴;

E-mail: leudaramosufc@gmail.com

Francisca Leila de Queiroz⁵;

E-mail: leilaqueirozufc@gmail.com

Maria Alves Feitosa⁶;

E-mail: mariaalvesfeitosa@gmail.com

Francisca de Assis Rodrigues⁷.

E-mail: franciscaar2010@hotmail.com

RESUMO: **Introdução:** A saúde bucal integra a saúde geral e deve compor, de forma sistemática, as práticas da Atenção Primária à Saúde (APS), em consonância com a integralidade do cuidado preconizada pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, alterações crônicas da cavidade oral frequentemente permanecem invisibilizadas, quando não constituem a queixa principal do usuário, retardando intervenções que poderiam melhorar significativamente a qualidade de vida. **Objetivo:** Relatar a experiência de identificação de necessidades ocultas em saúde bucal, a partir da avaliação clínica ampliada da cavidade oral, durante atendimento de rotina na APS. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em uma Unidade Básica de Saúde localizada em território rural, a partir do acompanhamento clínico de uma paciente adulta. Os dados foram obtidos por meio de registros em prontuário, observações clínicas, visitas domiciliares, exames de imagem e relatos da paciente e familiares, sendo analisados de forma descritiva e reflexiva, à luz dos princípios da integralidade do cuidado. **Resultados e discussão:** Durante consulta motivada por queixa

não relacionada à saúde bucal, identificaram-se limitação severa da abertura bucal, deformidade mandibular e condições odontológicas precárias, levando à hipótese diagnóstica de anquilose bilateral da articulação temporomandibular. A atuação integrada entre médico, cirurgião-dentista e equipe multiprofissional possibilitou encaminhamento oportuno para cirurgia bucomaxilofacial, acompanhamento nutricional, psicológico, fisioterapêutico e fonoaudiológico, além de apoio familiar e social. Após o tratamento cirúrgico, observaram-se recuperação funcional significativa, ganho ponderal expressivo, melhora da fala, da autoestima e da inserção social, evidenciando a relação direta entre saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida. **Conclusão:** A incorporação da avaliação da cavidade oral nas consultas rotineiras da APS mostrou-se estratégia simples, viável e de alto impacto para identificação de necessidades ocultas e efetivação da integralidade do cuidado, demonstrando o potencial transformador das práticas clínicas ampliadas no cotidiano dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Integralidade em saúde. Promoção da saúde. Qualidade de vida.

COMPREHENSIVE ORAL CAVITY ASSESSMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT ON INTEGRATED CARE

ABSTRACT: Introduction: Oral health is an integral part of overall health and should be systematically incorporated into Primary Health Care (PHC) practices, in accordance with the principle of comprehensive care advocated by the Brazilian Unified Health System. However, chronic oral conditions often remain unnoticed when they are not the patient's main complaint, delaying interventions that could significantly improve quality of life. **Objective:** To report the experience of identifying hidden oral health needs through an expanded clinical examination of the oral cavity during a routine PHC consultation. **Methodology:** This is a descriptive experience report conducted in a Basic Health Unit located in a rural area, based on the clinical follow-up of an adult patient. Data were obtained from medical records, clinical observations, home visits, imaging exams, and reports from the patient and family members, and were analyzed in a descriptive and reflective manner in light of the principles of comprehensive care. **Results and discussion:** During a consultation motivated by a complaint unrelated to oral health, severe limitation of mouth opening, mandibular deformity, and poor dental conditions were identified, leading to the diagnostic hypothesis of bilateral temporomandibular joint ankylosis. The integrated work of the physician, dentist, and multiprofessional team enabled timely referral for maxillofacial surgery, as well as nutritional, psychological, physiotherapeutic, and speech therapy follow-up, in addition to family and social support. After surgical treatment, significant functional recovery was observed, along with substantial weight gain, improvement in speech, self-esteem, and social participation, highlighting the direct relationship between oral health, general health, and quality of life. **Conclusion:** Incorporating oral cavity assessment into routine PHC consultations proved to be a simple, feasible, and high-impact strategy for identifying hidden needs and achieving comprehensive care, demonstrating the transformative potential of expanded clinical practices in everyday health services.

KEYWORDS: Oral health. Primary health care. Comprehensive health care. Health promotion. Quality of life.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal constitui componente essencial da saúde integral, influenciando não apenas funções fisiológicas básicas, como mastigação, deglutição e fala, mas também aspectos relacionados à autoestima, interação social, bem-estar e qualidade de vida. Apesar dos avanços observados nas políticas públicas e na ampliação do acesso aos serviços odontológicos, doenças como cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias permanecem como importantes problemas de saúde pública, especialmente entre populações socialmente vulneráveis, reforçando a necessidade de ações contínuas de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (Marthaler, 2004; Petersen, 2003).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel estratégico na organização do cuidado, tendo como fundamentos a integralidade, a longitudinalidade, a territorialização e a coordenação da assistência. Nesse nível de atenção, o cuidado deve ser desenvolvido a partir de uma compreensão ampliada das necessidades dos usuários, superando uma abordagem restrita à queixa principal e considerando as diferentes dimensões que interferem no processo saúde-doença (Brasil, 2017).

No campo odontológico, a Política Nacional de Saúde Bucal, consolidada por meio do Brasil Sorridente, ampliou a inserção das equipes de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde e fortaleceu a oferta de ações preventivas, educativas, assistenciais e de reabilitação no território. Essa política reconhece que a atenção à saúde bucal não deve se limitar à realização de procedimentos clínicos, mas incluir práticas educativas, incentivo ao autocuidado, identificação precoce de agravos e integração entre os diferentes profissionais que atuam na Atenção Primária (Brasil, 2004).

Nesse sentido, a incorporação da saúde bucal às práticas cotidianas da APS representa importante estratégia para efetivação do princípio da integralidade. Cada contato entre o usuário e o serviço de saúde pode constituir oportunidade para identificação de necessidades que não necessariamente correspondem à queixa inicial apresentada. A observação clínica ampliada permite ao profissional reconhecer alterações bucais que podem estar relacionadas a dificuldades funcionais, comprometimento nutricional, prejuízo estético, redução da autoestima e limitações nas relações sociais.

Entretanto, determinadas condições bucais podem ser naturalizadas pelos próprios usuários ao longo do tempo, especialmente quando não estão associadas à dor ou a manifestações agudas. Nesses casos, alterações presentes por períodos prolongados podem deixar de ser percebidas pelo indivíduo como problemas de saúde passíveis de tratamento. Essa situação evidencia a importância de uma postura profissional baseada na escuta qualificada e na avaliação clínica abrangente, capaz de identificar necessidades que permanecem ocultas ou não verbalizadas durante o atendimento.

A avaliação da cavidade oral assume, portanto, relevância mesmo em consultas cuja demanda inicial não seja de natureza odontológica. O exame físico cuidadoso e a observação das condições bucais podem revelar situações até então invisibilizadas e possibilitar a realização de orientações, encaminhamentos e intervenções oportunas. Essa perspectiva está alinhada ao princípio da integralidade do SUS, que propõe reconhecer o usuário em sua totalidade e considerar suas necessidades físicas, psicológicas e sociais durante o processo de cuidado.

Evidências apontam que intervenções em saúde bucal baseadas em ações preventivas, educativas e clínicas integradas à Atenção Primária apresentam potencial para melhorar o acesso aos serviços, reduzir desigualdades e favorecer melhores condições de saúde, principalmente entre populações em situação de vulnerabilidade. Estratégias centradas na comunidade, associadas à educação em saúde, mobilização social e continuidade das práticas preventivas, podem contribuir para ampliar a capacidade dos serviços de identificar precocemente os agravos e promover respostas mais resolutivas às necessidades da população (Petersen, 2003; Okesanya *et al.*, 2026).

A problemática que fundamenta este relato de experiência emergiu da prática assistencial desenvolvida no território adscrito à UBS Inaldo Ferreira dos Santos Filho (UBS Piabas), a partir da identificação de uma necessidade relacionada à saúde bucal durante a avaliação clínica de uma paciente cuja queixa inicial não estava diretamente associada a uma demanda odontológica. A experiência demonstrou que uma avaliação ampliada pode revelar problemas que, apesar de presentes e com repercussões importantes na vida do indivíduo, não são espontaneamente relatados ou reconhecidos como necessidades de saúde.

Essa situação desperta uma reflexão sobre o modo como a avaliação da saúde bucal é incorporada ao atendimento cotidiano na Atenção Primária. Quando o cuidado permanece restrito exclusivamente ao motivo imediato da consulta, oportunidades relevantes de prevenção, diagnóstico e intervenção podem ser perdidas. Por outro lado, uma abordagem clínica integral permite que o profissional reconheça necessidades adicionais e articule respostas assistenciais capazes de produzir benefícios que ultrapassam a dimensão estritamente biológica.

A experiência também evidencia que intervenções relacionadas à saúde bucal podem apresentar repercussões físicas, emocionais e sociais. Ao identificar e encaminhar adequadamente uma condição anteriormente naturalizada pelo usuário, o profissional pode contribuir para melhorar funções como mastigação e fala, mas também favorecer o resgate da autoestima, da confiança e da participação social. Dessa maneira, o cuidado odontológico passa a ser compreendido como parte inseparável da atenção integral à saúde.

A realização deste relato de experiência justifica-se, portanto, pela necessidade de ampliar a reflexão dos profissionais da APS sobre a importância da observação da cavidade oral durante a avaliação clínica geral, inclusive na ausência de queixas odontológicas explícitas. A identificação precoce dessas necessidades pode favorecer intervenções oportunas, fortalecer a articulação entre os profissionais da equipe e ampliar a resolutividade do cuidado prestado no território.

Sob a perspectiva profissional e assistencial, sistematizar essa experiência possibilita demonstrar como a escuta qualificada, o exame físico minucioso e a atuação interdisciplinar podem transformar um atendimento rotineiro em oportunidade para identificação de demandas ocultas e promoção de saúde. Além disso, reforça-se a importância da integração das equipes de saúde bucal aos demais profissionais da Estratégia Saúde da Família, favorecendo a construção de planos de cuidado que contemplem as múltiplas necessidades apresentadas pelos usuários.

No âmbito acadêmico e social, o compartilhamento dessa vivência contribui para fortalecer a discussão acerca da integralidade e da interdisciplinaridade na Atenção Primária à Saúde. Ao apresentar uma situação concreta vivenciada no serviço, o relato pode estimular outros profissionais a ampliarem seu olhar clínico e incorporarem a avaliação da saúde bucal às práticas assistenciais, especialmente entre usuários que apresentam maior vulnerabilidade ou dificuldades de acesso aos serviços odontológicos.

Diante desse contexto, a questão que orienta este relato consiste em compreender como a avaliação clínica ampliada da cavidade oral, realizada durante atendimentos na Atenção Primária à Saúde, pode contribuir para a identificação de necessidades ocultas em saúde bucal e para a promoção do cuidado integral ao usuário. Assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de identificação de necessidades em saúde bucal a partir da avaliação clínica da cavidade oral de uma paciente atendida na Atenção Primária à Saúde, destacando a importância do olhar ampliado, da integralidade e da articulação do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e exploratória, do tipo relato de experiência, desenvolvida a partir da atuação profissional de uma médica de Família e Comunidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Os estudos descritivos têm como finalidade apresentar e analisar características de determinado fenômeno, grupo ou experiência relacionada à saúde de uma população, permitindo compreender elementos relevantes da realidade investigada (Costa; Polak, 2009).

O relato de experiência, por sua vez, constitui modalidade de produção científica voltada à sistematização, descrição e análise crítica de uma vivência concreta, possibilitando compartilhar aprendizados, estratégias de cuidado e reflexões construídas a partir da prática profissional. Diferentemente de delineamentos experimentais, essa modalidade valoriza a singularidade das situações vivenciadas, o contexto real dos serviços e a reflexão crítica do profissional acerca do processo de trabalho, contribuindo para a produção e socialização de conhecimentos oriundos do cotidiano assistencial (Mussi; Flores; Almeida, 2021). Nessa perspectiva, a utilização de procedimentos descritivos e exploratórios possibilitou observar e interpretar o fenômeno estudado em seu contexto de ocorrência, favorecendo uma compreensão ampliada da experiência vivenciada (Fachin, 2003).

O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Inaldo Ferreira dos Santos Filho, conhecida como UBS Piabas, localizada na zona rural do município de Barreiros. A unidade possui acesso predominantemente por vias pavimentadas, embora algumas localidades mais distantes apresentem trechos não pavimentados. A população consegue acessar o serviço por meio de transporte público e alternativo, e a área de abrangência possui aproximadamente 1.200 pessoas cadastradas. Observa-se predominância de usuários com idade superior a 50 anos, configurando um perfil populacional marcado por maior frequência de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e transtornos psicossomáticos, condições que demandam acompanhamento longitudinal e ações permanentes de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A UBS Piabas desenvolve ações próprias da Atenção Primária à Saúde, incluindo consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, imunização, realização de curativos, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, acompanhamento pré-natal, puericultura, visitas domiciliares, ações educativas e acompanhamento dos grupos prioritários. No campo da saúde bucal, observam-se demandas relacionadas à presença de cáries dentárias, perdas dentárias, higiene oral inadequada e utilização de próteses em condições insatisfatórias.

O atendimento odontológico é ofertado regularmente, mediante agendamento e livre demanda, contemplando ações preventivas, educativas e assistenciais tanto na unidade quanto em instituições escolares do território. Dessa forma, a UBS desempenha papel estratégico na organização do cuidado na zona rural, favorecendo o acesso aos serviços essenciais, o acompanhamento contínuo da população e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade.

O relato de experiência teve como participante uma paciente adulta atendida na UBS Piabas no contexto da Atenção Primária à Saúde. A escolha do caso ocorreu de forma intencional, considerando sua relevância clínica, a necessidade de avaliação ampliada da cavidade oral e as repercussões biopsicossociais identificadas ao longo do acompanhamento. A experiência mostrou-se pertinente para discussão por evidenciar como uma demanda em saúde bucal, inicialmente não apresentada como queixa principal, pôde ser identificada por meio de avaliação clínica abrangente e inserida em uma perspectiva de cuidado integral.

A produção das informações ocorreu de forma prospectiva e retrospectiva, utilizando-se registros clínicos disponíveis em prontuário, observações realizadas durante os atendimentos na unidade, informações obtidas em visitas domiciliares, relatos verbais da paciente e de seus familiares e documentos complementares relacionados ao acompanhamento. Também foram considerados resultados de exames de imagem, encaminhamentos realizados e registros provenientes do acompanhamento multiprofissional. As informações foram sistematizadas ao longo do processo assistencial, contemplando aspectos referentes à avaliação da cavidade oral, às necessidades identificadas, às condutas adotadas, aos encaminhamentos realizados e à evolução clínica e funcional observada após as intervenções propostas.

A análise das informações ocorreu de forma descritiva, interpretativa e reflexiva, buscando reconstruir a trajetória de cuidado e compreender a experiência à luz dos princípios da integralidade na Atenção Primária à Saúde. Foram considerados os registros do prontuário, as observações clínicas, os relatos da paciente e de familiares e os documentos complementares disponíveis. A sistematização do caso buscou identificar os principais elementos envolvidos no reconhecimento da necessidade de saúde bucal, no processo de tomada de decisão e na articulação das estratégias assistenciais adotadas. A análise seguiu a perspectiva própria dos relatos de experiência, na qual a prática profissional é interpretada criticamente em seu contexto real, permitindo extrair aprendizados, potencialidades e reflexões capazes de contribuir para a qualificação do cuidado (Mussi; Flores; Almeida, 2021).

A interpretação também foi orientada pelos princípios da Política Nacional de Atenção Básica, especialmente no que se refere à integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e abordagem ampliada das necessidades dos usuários (Brasil, 2017). No campo específico da saúde bucal, foram considerados os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, que preconiza a articulação entre promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência odontológica e integração das equipes de saúde bucal com os demais profissionais da Atenção Primária (Brasil, 2004). Dessa forma, a experiência foi analisada não apenas a partir da condição odontológica identificada, mas também das repercussões funcionais, emocionais e sociais associadas ao cuidado prestado.

Em relação aos aspectos éticos, o estudo encontra-se vinculado a um projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 91948525.0.0000.5050. A paciente foi previamente informada acerca da utilização da experiência para finalidade acadêmica e autorizou a utilização das informações relacionadas ao acompanhamento, respeitando-se os princípios de voluntariedade, privacidade e confidencialidade. Para preservação de sua identidade, foram suprimidos dados pessoais e quaisquer informações capazes de permitir reconhecimento individual, sendo os registros apresentados exclusivamente de forma anonimizada. As informações utilizadas no relato foram destinadas exclusivamente a fins acadêmicos e científicos, observando-se os princípios éticos aplicáveis às pesquisas e relatos envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente relato decorre da atenção diferenciada dedicada ao exame da cavidade oral dos pacientes atendidos, inicialmente influenciada pela formação pediátrica e, posteriormente, consolidada pela trajetória profissional na Atenção Primária à Saúde. Reconhece-se a relevância de uma avaliação clínica global e criteriosa, orientada para identificação de sinais, sintomas e demais condições inseridas no contexto biopsicossocial que determinam o estado de saúde do indivíduo, compreendendo que saúde não se restringe à ausência de doença, mas abrange o bem-estar integral.

À luz dos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente o da integralidade, reforça-se a necessidade de abordagem que ultrapasse a dimensão curativa, incorporando ações que promovam a qualidade de vida da população. Ressalta-se que o caso aqui descrito não teve, inicialmente, relação direta com a queixa que motivou a consulta. Para a paciente, a deformidade física adquirida ainda na infância já estava incorporada à identidade, tendo inclusive repercussões na trajetória de vida,

como a aposentadoria precoce, sem, contudo, impedir a constituição de vínculos afetivos e familiares, atualmente, representados por um núcleo familiar de quatro pessoas.

Antes de apresentar a experiência propriamente dita, faz-se necessário contextualizar que a situação relatada emergiu de um atendimento rotineiro na Atenção Primária à Saúde, no qual a escuta qualificada e a avaliação clínica ampliada permitiram identificar uma necessidade em saúde bucal que não correspondia à queixa inicial da paciente. Esse achado evidencia como o olhar atento do profissional, aliado ao princípio da integralidade do cuidado, pode transformar encontros assistenciais cotidianos em oportunidades de intervenção significativa. A partir dessa perspectiva, descreve-se, a seguir, a experiência vivenciada, destacando o percurso adotado desde a identificação da condição até as condutas implementadas no cuidado.

Paciente V.C.S., 41 anos e oito meses, sexo feminino, casada, mãe de dois filhos, com ensino fundamental completo, aposentada por invalidez, residente na localidade de Piabas, zona rural do município de Barreiros (PE), pertencente à área de abrangência da UBS Inaldo Ferreira dos Santos Filho (UBS Piabas), compareceu à consulta apresentando queixas gerais não relacionadas à saúde bucal. A queixa principal referida foi “dores nas costas e urina escura”, negando disúria.

Durante a anamnese e o exame clínico geral, observou-se importante limitação da abertura bucal, precárias condições de conservação dentária, com ausências, cavidades visíveis e higiene bucal deficiente, além de deformidade mandibular evidente e comprometimento acentuado da Mobilidade da Articulação Temporomandibular (ATM). Ao ser questionada sobre esses achados, a paciente demonstrou desconforto em abordar o tema, direcionando o interesse apenas à queixa urinária. A investigação clínica, complementada por exames físico e de imagem, resultou no diagnóstico de litíase renal direita, sendo instituído tratamento medicamentoso e agendado retorno. Posteriormente, a profissional retomou a abordagem acerca do achado sugestivo de anquilose de ATM, momento em que a paciente se mostrou mais receptiva ao diálogo.

Ao relatar sua história, a paciente referiu dificuldade crônica e progressiva para abrir a boca desde a infância, dificuldade para higienização oral e mastigação, optando preferencialmente por alimentos líquidos e pastosos. Referiu, ainda, episódios frequentes de dor e desconforto na região pré-auricular e em toda a face, além de dificuldades na fala. Informou que, segundo relatos maternos, o problema teria se iniciado após quadro de “paralisia infantil”. Negou antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e etilismo. Referiu acompanhamento odontológico na infância em hospital-escola na cidade do Recife, sem continuidade do seguimento por dificuldades financeiras, sociais e de deslocamento, visto residir em zona rural. Relatou histórico de discriminação social, em decorrência da deformidade facial, embora tenha persistido nos estudos, concluindo o ensino fundamental. Informou residir em casa própria de alvenaria, com quatro cômodos, e que, ao longo dos anos, passou a “se acostumar” com a própria aparência.

Ao exame físico geral, apresentava peso de 36 kg, estatura de 1,54 m e Índice de Massa Corporal (IMC) de 15,2 kg/m², encontrando-se em bom estado geral, corada, hidratada, comunicativa e colaborativa, porém distrófica. O exame da cavidade oral e da face, realizado em conjunto com o cirurgião-dentista da unidade, evidenciou assimetria facial grave, com redução acentuada do terço

inferior da face, micrognatia mandibular, rigidez articular importante à palpação da ATM, com mobilidade extremamente reduzida e limitação severa da abertura bucal (aproximadamente 9 mm). Observou-se ausência de movimentos de lateralidade e protusão mandibular, higiene bucal precária, múltiplas cáries, perdas dentárias, doença periodontal e acúmulo significativo de biofilme dental. O exame intraoral foi dificultado pela limitação da abertura da boca.

Diante dos achados clínicos, formulou-se a hipótese diagnóstica de anquilose bilateral da articulação temporomandibular, possivelmente associada à causa infecciosa sistêmica na infância. Em consonância com a equipe de saúde bucal da unidade, foram adotadas como condutas iniciais o encaminhamento para avaliação odontológica especializada, referência para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, avaliação nutricional em virtude do baixo IMC, orientações quanto à higiene oral e solicitação de radiografia panorâmica dos maxilares e tomografia computadorizada da ATM para investigação complementar.

À medida que avançavam a investigação diagnóstica e os encaminhamentos necessários, a paciente retornou à unidade para conversa reservada, na qual manifestou preocupação significativa quanto à possibilidade de perda do benefício previdenciário do INSS, principal fonte de renda familiar, caso a limitação funcional dela fosse resolvida após o tratamento. Relatou receio de que, ao recuperar a funcionalidade mandibular, pudesse ter o benefício suspenso, comprometendo o sustento da família, visto que o esposo realizava apenas trabalhos informais e esporádicos. Diante dessa apreensão, foi sugerido que retornasse acompanhada do esposo, para que a situação pudesse ser discutida de forma compartilhada.

No retorno, a paciente apresentou o resultado da radiografia panorâmica dos maxilares, cujo laudo evidenciava “anquilose rígida no côndilo mandibular direito, dificultando a visualização dos elementos dentários, retenção horizontal dos dentes 38 e 45 e retenção mésio-angular do 48”. Trouxe, também, exame de tomografia computadorizada da ATM, ainda sem laudo. Compareceu acompanhada do esposo e da mãe. Diante da confirmação diagnóstica, foi proposta a realização de uma roda de conversa envolvendo familiares presentes e membros da equipe multiprofissional da UBS médica, enfermeira e cirurgião-dentista, com objetivo de esclarecer dúvidas, reduzir inseguranças e pactuar responsabilidades.

Durante o diálogo, emergiram inquietações relacionadas tanto ao medo do procedimento cirúrgico quanto às repercussões socioeconômicas do tratamento. A equipe realizou explicação detalhada, em linguagem acessível, com uso de recursos visuais ilustrativos, apresentando o passo a passo do tratamento proposto, de benefícios, riscos, tempo de recuperação e necessidade de acompanhamento fora do domicílio por período prolongado. Ao final, foram pactuadas responsabilidades: à equipe da UBS caberiam os encaminhamentos necessários, a articulação com a rede de atenção, bem como o acompanhamento clínico, odontológico, psicológico e nutricional da paciente; à paciente e familiares, o compromisso com a adesão ao tratamento, ficando o esposo responsável por buscar trabalho formal, a mãe designada como acompanhante durante o tratamento fora do domicílio e uma tia materna incumbida dos cuidados com as crianças, quando necessário.

O primeiro encaminhamento para a especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial foi realizado em julho de 2023, para o Hospital das Clínicas, em Recife. Desde então, a paciente iniciou acompanhamento psicológico. Em 11 de julho de 2025, coincidentemente no dia do aniversário de 41 anos, foi submetida ao procedimento cirúrgico de artroplastia bilateral da ATM, com instalação de próteses customizadas, osteoplastia mentual e reconstrução do sulco gengivolabial, conforme descrito em prontuário cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 30 de julho de 2025, com prescrição medicamentosa, uso de mentoneira, orientações rigorosas de higiene oral, dieta líquido-pastosa por 45 dias e encaminhamento para acompanhamento fisioterapêutico e fonoaudiológico.

Na visita domiciliar de pós-operatório, a paciente encontrava-se em bom estado geral, hidratada, corada, utilizando mentoneira, com edema facial moderado e feridas cirúrgicas em adequado processo de cicatrização, sem sinais flogísticos. Referia boa aceitação da dieta e já havia retornado ao ambulatório cirúrgico sem intercorrências. Foi devidamente encaminhada para fisioterapia e fonoterapia.

Oito meses após o procedimento, a paciente mantinha acompanhamento especializado no Hospital das Clínicas, apresentando estado geral excelente, recuperação nutricional significativa, com ganho ponderal de 36 kg para 52 kg e IMC atual de 22 kg/m². Permanecia em gozo do benefício previdenciário e o esposo encontrava-se inserido no mercado de trabalho como pedreiro. A paciente demonstrou gratidão à equipe da UBS, relatando que, apesar de frequentar serviços de saúde ao longo da vida, nunca havia recebido abordagem tão cuidadosa e resolutiva. A experiência reforça, para a equipe, a convicção de que os princípios do SUS universalidade, integralidade e equidade são plenamente exequíveis no cotidiano da Atenção Primária, mesmo diante de limitações estruturais.

A experiência relatada evidencia, de forma concreta, como o princípio da integralidade do cuidado, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser materializado no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), quando o profissional adota postura clínica ampliada e sensível às necessidades não explicitadas pelo paciente. Conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS deve atuar a partir de abordagem que considere o sujeito em totalidade, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 2017). No caso descrito, a identificação de uma condição grave de saúde bucal ocorreu a partir de atendimento, cuja queixa inicial não guardava relação com a cavidade oral, demonstrando a relevância do olhar clínico ampliado na prática assistencial.

A naturalização, por parte da paciente, de uma deformidade mandibular instalada desde a infância reforça o que a literatura aponta sobre a invisibilidade de agravos bucais crônicos em populações vulneráveis, sobretudo quando não associados à dor aguda imediata (Petersen, 2003). Muitas vezes, essas condições passam a integrar a identidade do indivíduo, deixando de ser reconhecidas como passíveis de intervenção, o que contribui para perpetuação de limitações funcionais, prejuízos nutricionais, dificuldades de comunicação e impactos psicossociais importantes.

A atuação integrada entre a equipe da Estratégia Saúde da Família e a Equipe de Saúde Bucal está em consonância com os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, que defende a inserção efetiva da saúde bucal nas práticas da APS, superando o modelo centrado exclusivamente no procedimento odontológico (Brasil, 2004). Observa-se, nesse relato, que o cuidado ultrapassou a dimensão técnica, incorporando escuta qualificada, abordagem familiar, apoio psicológico, orientação nutricional e articulação com a rede de atenção especializada, configurando cuidado verdadeiramente interdisciplinar.

Outro aspecto relevante refere-se ao medo da paciente quanto à perda do benefício previdenciário, evidenciando como determinantes sociais e econômicos influenciam diretamente a adesão ao cuidado em saúde. Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que condições de vida, trabalho, renda e suporte social interferem na forma como os indivíduos percebem e acessam os serviços de saúde. A roda de conversa realizada com familiares e equipe multiprofissional mostrou-se estratégia eficaz para reduzir inseguranças, fortalecer o vínculo e promover corresponsabilização pelo tratamento.

Os resultados observados após a intervenção cirúrgica e o acompanhamento multiprofissional demonstram impactos que extrapolam a dimensão bucal. O ganho ponderal significativo, a melhora nutricional, a recuperação funcional da mandíbula, a melhora da fala, da autoestima e da inserção social evidenciam que a saúde bucal está intrinsecamente relacionada à saúde geral e à qualidade de vida, conforme defendido por Sheiham (2005). A experiência confirma que intervenções em saúde bucal podem repercutir positivamente em múltiplas dimensões da vida do indivíduo.

Adicionalmente, a continuidade do benefício previdenciário e a inserção do esposo no mercado de trabalho demonstram que o cuidado em saúde não produziu prejuízo socioeconômico, mas, ao contrário, contribuiu para reorganização familiar e fortalecimento da autonomia. Esse desfecho reforça que a APS, quando articulada à rede de atenção e pautada nos princípios do SUS, é capaz de produzir transformações concretas na vida das pessoas, mesmo em contextos de vulnerabilidade.

Dessa forma, a experiência discutida corrobora a literatura, ao evidenciar que a incorporação da avaliação da cavidade oral nas consultas gerais da APS pode ser decisiva para identificação de necessidades ocultas e efetivação da integralidade do cuidado (Kusma; Moysés; Moysés, 2012). Trata-se de prática simples, de baixo custo, mas de elevado potencial resolutivo, que deve ser estimulada no cotidiano dos serviços.

CONCLUSÃO

O relato apresentado evidencia como a avaliação clínica ampliada da cavidade oral, incorporada ao atendimento rotineiro na Atenção Primária à Saúde, pode revelar necessidades ocultas e desencadear um cuidado integral, resolutivo e transformador. A experiência demonstrou que, mesmo quando a queixa principal não está relacionada à saúde bucal, o olhar atento do profissional, aliado à escuta qualificada e ao exame físico criterioso, pode identificar condições crônicas negligenciadas que impactam profundamente a funcionalidade, a nutrição, a comunicação, a autoestima e a qualidade

de vida do paciente.

A atuação articulada entre a equipe da Estratégia Saúde da Família e a Equipe de Saúde Bucal, em consonância com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, possibilitou não apenas o diagnóstico oportuno, como também a condução adequada do caso por meio de encaminhamentos, apoio multiprofissional e acompanhamento contínuo no território. Os desfechos observados após a intervenção evidenciam que a saúde bucal está intrinsecamente relacionada à saúde geral e ao bem-estar biopsicossocial.

Conclui-se que a incorporação sistemática da avaliação da cavidade oral nas consultas da APS constitui estratégia simples, viável e de alto impacto para efetivação da integralidade do cuidado. Além disso, reforça-se que o SUS, mesmo diante de limitações estruturais, possui capacidade de promover mudanças concretas na vida das pessoas, quando os princípios de universalidade, integralidade e equidade são efetivamente praticados no cotidiano dos serviços de saúde.

Entre as fortalezas deste relato, destaca-se a demonstração prática da integralidade do cuidado no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A experiência evidencia como a avaliação clínica ampliada e o olhar atento para a cavidade oral, mesmo fora de uma queixa odontológica específica, podem resultar em identificação precoce de necessidades relevantes e desfechos clínicos, funcionais e psicossociais expressivos. Ressalta-se, ainda, a atuação articulada entre a equipe multiprofissional da UBS e a rede de atenção especializada, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, além do forte vínculo estabelecido entre equipe, paciente e família, fator determinante para a adesão ao tratamento e o sucesso da intervenção.

Como limitação, destaca-se o fato de se tratar de um relato de experiência com um único caso, o que não permite generalizações para outros contextos ou populações. Além disso, por basear-se em registros clínicos, observações profissionais e narrativas da paciente, o estudo está sujeito à subjetividade inerente a esse tipo de produção científica. Outro aspecto limitante refere-se à ausência de instrumentos padronizados de avaliação da qualidade de vida ou de mensuração objetiva dos impactos psicossociais antes e após a intervenção.

Recomenda-se que profissionais da APS incorporem de forma sistemática a avaliação da cavidade oral nas consultas clínicas, mesmo na ausência de queixas odontológicas, como estratégia para fortalecimento da integralidade do cuidado. Sugere-se, ainda, a realização de novos estudos e relatos que explorem a interface entre saúde bucal e saúde geral, no contexto da APS, bem como a elaboração de projetos de intervenção voltados à promoção e prevenção em saúde bucal no território. Por fim, reforça-se a importância do trabalho interdisciplinar e da articulação com a rede de atenção especializada para garantir resolutividade e continuidade do cuidado aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica>

[nacional_atencao_basica_4ed.pdf](#). Acesso em: 28 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_saude_bucal_sus.pdf. Acesso em: 28 abr. 2026.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Antônio. A saúde e seus determinantes sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 15–24, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100006>.

COSTA, Cláudia Maria Pinto; POLAK, Luciane. Estudos descritivos: definições, aplicações e relevância na pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 667–679, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400015>.

FACHIN, Odilia. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

KUSMA, Sônia Regina; MOYSÉS, Suely Maria; MOYSÉS, Stella Maria Torres. Avaliação da cavidade oral como elemento da integralidade no cuidado em saúde: reflexões para a Atenção Primária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1047–1056, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000600018>.

MARTHALER, Thomas M. Changes in dental caries 1953–2003. **Caries Research**, Basel, v. 38, n. 3, p. 173–181, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1159/000077752>. Acesso em: 28 abr. 2026.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, e20200209, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200209>.

OKESANYA, Olusegun Johnson; ADEBAYO, Uthman Oladimeji; OSO, Temidayo Adekunle; ADEYEMI, Rasheed Olalekan; BALOGUN, Ibrahim Oluseyi. Bridging global oral health gaps through evidence based frameworks and community centered interventions. **Discover Public Health**, London, v. 23, n. 1, p. 679, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12982-026-01964-5>.

PETERSEN, Poul Erik. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 31, supl. 1, p. 3–23, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>.

PETERSEN, Poul Erik. Global oral health inequalities and challenges to improvement. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 67, n. 8, p. 935–949, 2003. Disponível em: <https://www.jdentaled.org/content/67/8/935>. Acesso em: 30 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care: closing the gap between public health and clinical care**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050460>. Acesso em: 30 abr. 2026.

PROMOÇÃO DA SUSTENTABILIDADE NO CONTEXTO ESCOLAR POR MEIO DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL: UMA PESQUISA-AÇÃO EM ESCOLA PÚBLICA DE PERNAMBUCO

Jéssica Cotrim Dantas¹;

E-mail: jessicacotrimdantas@hotmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-8139-4124>

Elizete Nogueira da Costa²;

E-mail: elizetecosta56@hotmail.com

Maria da Anunciação de Sá Nascimento³;

E-mail: Wwmariasn62@gmail.com

Robson Gilson Oliveira de Carvalho⁴;

E-mail: r.gilson@hotmail.com

Adeniza Ribeiro da Silva⁵;

E-mail: Adenizaribeiro22@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5998-1198>

Francisca Regina Gadelha da Silva⁶;

E-mail: fgadelhaufc@gmail.com

Maria da Conceição dos Santos⁷.

E-mail: ceicaoufc@gmail.com

RESUMO: **Introdução:** A Educação Ambiental alcançou relevância como instrumento de transformação social e política. No Brasil, ela está regulamentada pela Lei nº 9.795/1999, que institui a Política Nacional de Educação Ambiental, reconhecendo-a como componente essencial e permanente da educação em todos os níveis e modalidades, dentro e fora da escola. **Objetivo:** Promover a conscientização ambiental e a adoção de práticas sustentáveis em uma escola pública do município de Condado, Pernambuco, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, de caráter participativo e interventivo. A intervenção foi desenvolvida com alunos do ensino fundamental, professores, funcionários e familiares, por meio de oficinas educativas, campanhas de sensibilização e implantação de pontos de coleta seletiva. Para coleta de dados, foram utilizados diário de campo, questionários e entrevistas semiestruturadas. A análise foi realizada com base na análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin, permitindo a organização e interpretação dos dados em categorias temáticas relacionadas aos objetivos do estudo.

Resultados e Discussão: Observou-se aumento do engajamento dos alunos, melhoria no descarte de resíduos e maior integração da comunidade escolar. Registros do diário de campo evidenciaram mudanças práticas, como estudantes que passaram a corrigir a separação inadequada de resíduos e relataram replicar essas ações no ambiente familiar. Também foi identificado maior envolvimento dos professores e ampliação do diálogo sobre sustentabilidade dentro e fora da escola. Esses achados indicam que a articulação entre teoria e prática favoreceu mudanças de comportamento e fortalecimento da consciência ambiental. Além disso, a intervenção evidenciou que a educação ambiental pode atuar como estratégia de promoção da saúde, ao contribuir para melhoria das condições ambientais e da qualidade de vida da comunidade. **Conclusão:** A intervenção contribuiu de forma efetiva para formação de cidadãos críticos e comprometidos com a sustentabilidade, reafirmando a escola como espaço estratégico de transformação socioambiental.

PALAVRAS-CHAVE: educação ambiental; sustentabilidade; escola pública; promoção da saúde; desenvolvimento sustentável.

PROMOTING SUSTAINABILITY IN THE SCHOOL CONTEXT THROUGH ENVIRONMENTAL EDUCATION: ACTION RESEARCH IN A PUBLIC SCHOOL IN PERNAMBUCO

ABSTRACT: Introduction: Environmental Education is gaining relevance as an instrument of social and political transformation. In Brazil, it is regulated by Law No. 9.795/1999, which establishes the National Environmental Education Policy, recognizing it as an essential and permanent component of education at all levels and modalities, inside and outside the school. **Objective:** This study aimed to promote environmental awareness and the adoption of sustainable practices in a public school in the municipality of Condado, Pernambuco. **Methodology:** This is an applied research study with a qualitative approach, of the action-research type, with a participatory and interventional character. The intervention was developed with elementary school students, teachers, staff, and family members through educational workshops, awareness campaigns, and the implementation of selective collection points. Data collection involved field diaries, questionnaires, and semi-structured interviews. The analysis was performed based on content analysis, as proposed by Bardin, allowing the organization and interpretation of data into thematic categories related to the study's objectives. **Results and Discussion:** Increased student engagement, improved waste disposal, and greater integration of the school community were observed. Field diary entries showed practical changes, such as students correcting inadequate waste separation and reporting replicating these actions in their family environment. Greater teacher involvement and expanded dialogue about sustainability inside and outside the school were also identified. These findings indicate that the articulation between theory and practice favored behavioral changes and strengthened environmental awareness. Furthermore, the intervention demonstrated that environmental education can act as a strategy for promoting health, contributing to the improvement of environmental conditions and the quality of life of the community. **Conclusion:** It is concluded that the intervention contributed effectively to the formation

of critical citizens committed to sustainability, reaffirming the school as a strategic space for socio-environmental transformation.

KEYWORDS: environmental education; sustainability; public school; health promotion; sustainable development.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a preservação do meio ambiente e o uso sustentável dos recursos naturais tem se intensificado diante da crise ambiental contemporânea, caracterizada pelas mudanças climáticas, pelo esgotamento progressivo dos recursos naturais, pela poluição e pela perda da biodiversidade. Esses fenômenos, embora possuam dimensão global, manifestam-se também nos contextos locais e exigem mudanças na relação entre sociedade e natureza, bem como a adoção de práticas ambientalmente responsáveis (Carson, 1962; Jonas, 2006). No Brasil, problemas como o desmatamento, a poluição urbana, o consumo excessivo de recursos e o manejo inadequado dos resíduos sólidos evidenciam a necessidade de fortalecer estratégias educativas capazes de promover maior consciência socioambiental.

Nesse contexto, a Educação Ambiental constitui importante instrumento de transformação social, ao possibilitar a construção de conhecimentos, valores, atitudes e competências direcionados à conservação ambiental e ao uso sustentável dos recursos naturais. No Brasil, a Lei nº 9.795/1999, que instituiu a Política Nacional de Educação Ambiental, reconhece a Educação Ambiental como componente essencial e permanente da educação nacional, devendo estar presente, de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em caráter formal e não formal. Essa perspectiva pressupõe uma formação que articule conhecimento e prática e favoreça mudanças culturais, sociais e comportamentais em direção à sustentabilidade (Dias, 2001; Carvalho, 2011).

A escola, enquanto espaço de formação integral e cidadã, ocupa posição estratégica nesse processo, uma vez que pode estimular, desde as etapas iniciais da formação, o desenvolvimento de atitudes responsáveis em relação ao meio ambiente. Nessa perspectiva, a educação deve ultrapassar a simples transmissão de informações, assumindo caráter crítico, participativo e transformador, de modo que os estudantes sejam capazes de compreender sua realidade, problematizá-la e atuar sobre ela (Freire, 1996; Brandão, 2002). Assim, atividades de Educação Ambiental desenvolvidas no cotidiano escolar podem contribuir para que alunos, professores e funcionários reconheçam sua corresponsabilidade na preservação ambiental e incorporem práticas sustentáveis em suas atividades diárias.

Apesar de sua relevância e de sua previsão no ordenamento educacional brasileiro, a efetivação da Educação Ambiental no contexto escolar ainda enfrenta dificuldades. Entre elas, destacam-se a insuficiência de políticas institucionais de apoio, a carência de materiais pedagógicos, as limitações relacionadas à capacitação dos profissionais e as dificuldades para integrar transversalmente a temática ambiental ao currículo e às práticas cotidianas das instituições de ensino (Veiga; Amorim; Blanco, 2005). Quando a Educação Ambiental permanece restrita a atividades pontuais ou predominantemente

teóricas, reduzem-se as possibilidades de transformar o conhecimento adquirido em atitudes concretas e permanentes.

Essa problemática também se evidencia no contexto das escolas públicas do município de Condado, Pernambuco, onde se identifica a necessidade de ampliar o conhecimento, o engajamento e a adoção de práticas sustentáveis pela comunidade escolar. A insuficiência de ações sistemáticas de conscientização ambiental pode favorecer situações como o descarte inadequado de resíduos sólidos, o desperdício de materiais e a limitada participação de alunos, professores e funcionários em iniciativas voltadas à sustentabilidade. Tal realidade demonstra a importância de desenvolver estratégias educativas que aproximem os conteúdos ambientais das situações vivenciadas no cotidiano da escola e estimulem a participação ativa dos diferentes atores da comunidade escolar.

Diante dessa situação, torna-se pertinente a realização de uma intervenção que articule teoria e prática por meio de oficinas educativas, implantação de pontos de coleta seletiva e campanhas de sensibilização. A escolha da escola como espaço de intervenção justifica-se por sua capacidade de promover mudanças individuais e coletivas que podem ultrapassar seus limites físicos, uma vez que conhecimentos e comportamentos desenvolvidos pelos estudantes podem ser compartilhados com suas famílias e com a comunidade. Dessa maneira, a Educação Ambiental pode contribuir não apenas para enfrentar problemas imediatos relacionados ao descarte de resíduos e ao desperdício de materiais, mas também para formar sujeitos mais conscientes, críticos e comprometidos com a sustentabilidade.

Considerando essa realidade, estabelece-se como questão norteadora: como a implementação de um programa de Educação Ambiental na comunidade escolar pode contribuir para ampliar o conhecimento, o engajamento e a adoção de práticas sustentáveis entre alunos, professores e funcionários de escolas públicas do município de Condado-PE, Brasil?

Nesse sentido, a intervenção intitulada “Sustentabilidade na Prática: Intervenção Educativa em Escola Pública de Pernambuco por meio da Educação Ambiental” tem como objetivo promover a conscientização e a adoção de práticas sustentáveis no ambiente escolar, por meio da implantação de ações de Educação Ambiental em escolas públicas do município de Condado-PE, Brasil.

Pretende-se, por meio das atividades propostas, estimular a reflexão crítica, a redução do desperdício, o descarte adequado dos resíduos e a participação coletiva na construção de um ambiente escolar mais sustentável, contribuindo para que os conhecimentos e práticas desenvolvidos possam repercutir também nas famílias e na comunidade local.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, de caráter participativo e interventivo, desenvolvida no contexto escolar com foco na promoção da Educação Ambiental e na transformação de práticas relacionadas à sustentabilidade. A escolha pela pesquisa-ação fundamentou-se na possibilidade de compreender a realidade vivenciada pelos participantes e, simultaneamente, intervir sobre os problemas identificados, articulando a produção

de conhecimento à realização de ações capazes de promover mudanças concretas. Essa abordagem favorece a participação ativa dos sujeitos no processo investigativo e a construção coletiva de conhecimentos e soluções.

Conforme Thiollent (2011), a pesquisa participativa e interventiva articula conhecimento e ação prática, possibilitando compreender os problemas e promover transformações no contexto estudado. Brandão (2006) também destaca a valorização do diálogo, do envolvimento da comunidade e da construção coletiva de soluções, enquanto Tripp (2005) caracteriza a pesquisa-ação como um processo reflexivo que integra investigação e intervenção.

Dessa forma, a abordagem mostrou-se adequada aos objetivos deste estudo, por possibilitar a participação da comunidade escolar na identificação dos problemas, no desenvolvimento das atividades e na avaliação das mudanças relacionadas às práticas ambientais.

A pesquisa foi desenvolvida em uma escola pública localizada no município de Condado, Pernambuco, Brasil, tendo como participantes alunos do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental, professores, funcionários e familiares vinculados à comunidade escolar. A escolha desse cenário considerou a existência de desafios relacionados ao manejo de resíduos sólidos e à necessidade de fortalecimento de práticas sustentáveis no cotidiano escolar. A escola constituiu, portanto, espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de Educação Ambiental e formação cidadã.

A amostragem foi não probabilística, por conveniência, considerando a disponibilidade e o interesse dos sujeitos em participar das atividades propostas. Participaram diretamente do estudo 135 pessoas, sendo 120 alunos, dez professores e cinco funcionários. A intervenção foi realizada às sextas-feiras, durante os meses de outubro e novembro de 2025, com encontros regulares no turno da manhã, das 9h às 11h30min. A definição desse período buscou favorecer a participação da comunidade escolar e possibilitar a organização sistemática das atividades dentro da rotina da instituição. Durante o período da pesquisa, foram desenvolvidas oficinas educativas abordando sustentabilidade, reciclagem, consumo consciente e preservação ambiental; implantados pontos de coleta seletiva nas dependências da escola, com incentivo à separação adequada dos resíduos; realizadas campanhas de conscientização por meio de cartazes, palestras e atividades lúdicas; e desenvolvidas atividades práticas, incluindo a confecção de materiais a partir de resíduos recicláveis, com a finalidade de favorecer a aprendizagem significativa e o protagonismo dos estudantes.

Para a coleta de dados, foram utilizados diferentes instrumentos e estratégias, incluindo observação direta sistemática, diário de campo, questionários, entrevistas semiestruturadas, registros fotográficos e relatórios descritivos das atividades realizadas. A observação ocorreu durante todo o processo interventivo, permitindo acompanhar aspectos relacionados ao comportamento dos participantes, à participação nas atividades, às práticas de descarte de resíduos, ao uso consciente dos recursos e ao engajamento coletivo.

As informações provenientes da observação foram registradas em diário de campo, contemplando aspectos descritivos e reflexivos das situações vivenciadas. Segundo Minayo (2014), o diário de campo constitui importante recurso na pesquisa qualitativa por possibilitar o registro de percepções, acontecimentos e interações observadas durante a investigação. A observação sistemática,

por sua vez, favorece a compreensão dos comportamentos e das práticas no próprio contexto em que ocorrem (Lakatos; Marconi, 2017).

Os questionários e as entrevistas semiestruturadas foram utilizados para identificar conhecimentos prévios, percepções e possíveis mudanças de atitudes dos participantes em relação à sustentabilidade e à Educação Ambiental. Os questionários foram constituídos por questões objetivas e subjetivas organizadas em eixos temáticos, enquanto as entrevistas possibilitaram aprofundar a compreensão das experiências e dos significados atribuídos pelos sujeitos às atividades desenvolvidas. De acordo com Gil (2019), os questionários favorecem a obtenção sistemática de informações, enquanto as entrevistas semiestruturadas proporcionam maior flexibilidade e permitem aprofundar percepções, experiências e interpretações dos participantes (Minayo, 2014).

A utilização conjunta desses instrumentos contribuiu para ampliar a compreensão do fenômeno investigado (Lakatos; Marconi, 2017). Os registros fotográficos e os relatórios descritivos das oficinas, campanhas e demais atividades práticas complementaram a documentação do processo interventivo.

Os dados obtidos foram analisados qualitativamente, considerando os registros do diário de campo, as respostas aos questionários e os relatos provenientes das entrevistas. A utilização de diferentes instrumentos possibilitou a triangulação das informações, contribuindo para maior consistência da análise e para uma compreensão mais abrangente das mudanças observadas ao longo da intervenção. Para o tratamento dos dados, adotaram-se os princípios da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

Inicialmente, realizou-se a organização do material coletado e a leitura flutuante dos registros, buscando identificar ideias centrais e padrões recorrentes. Posteriormente, procedeu-se à categorização temática, com agrupamento das informações em eixos relacionados aos objetivos do estudo, especialmente conhecimento ambiental, mudanças de comportamento e engajamento dos participantes. Por fim, os dados foram interpretados considerando os significados atribuídos pelos sujeitos às experiências vivenciadas durante a intervenção e sua articulação com o referencial teórico adotado.

Em relação aos aspectos éticos, o estudo foi conduzido em conformidade com os princípios aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos, observando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando a participação de menores de idade, foi prevista a autorização dos responsáveis legais por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como o assentimento dos estudantes, respeitando sua capacidade de compreensão e sua manifestação de vontade em participar. Também foi obtida autorização formal da instituição escolar para a realização das atividades, sendo assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações e a utilização dos dados exclusivamente para fins acadêmicos. O estudo integra projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o CAAE nº 91948525.0.0000.5050.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A implementação do projeto “Sustentabilidade na Prática: Intervenção Educativa em Escola Pública de Pernambuco por meio da Educação Ambiental” ocorreu conforme o cronograma estabelecido e envolveu ativamente alunos, professores, funcionários e familiares da comunidade escolar. Durante o período de execução, foram realizadas oficinas educativas, campanhas de sensibilização e implantação de pontos de coleta seletiva, possibilitando a observação direta das mudanças ocorridas no ambiente escolar.

No início da intervenção, verificou-se que muitos alunos apresentaram conhecimento limitado acerca dos conceitos de sustentabilidade, reciclagem e preservação ambiental. Durante as primeiras atividades educativas, foram identificadas dúvidas frequentes sobre a separação correta de resíduos e o impacto das ações humanas no meio ambiente. No entanto, à medida que as oficinas foram sendo realizadas e as atividades práticas passaram a integrar o cotidiano escolar, observou-se ampliação significativa do conhecimento dos estudantes, bem como maior interesse e participação nas discussões relacionadas à temática ambiental.

Registros do diário de campo mostraram situações concretas dessa mudança, como alunos que inicialmente demonstravam dúvidas sobre a separação de resíduos passando a realizar corretamente essa prática durante as atividades. Em uma das oficinas, por exemplo, foi observado que um grupo de estudantes corrigiu espontaneamente a separação inadequada feita por colegas, demonstrando compreensão prática do conteúdo trabalhado. Além disso, falas dos participantes indicaram maior conscientização, como relatado por um aluno ao afirmar que “antes eu não sabia onde jogar o lixo, agora eu sei separar e também ensino em casa”.

As atividades práticas, especialmente aquelas relacionadas à separação de resíduos e à reutilização de materiais recicláveis, favoreceram o protagonismo estudantil e contribuíram para tornar o processo de aprendizagem mais significativo. A metodologia participativa permitiu que os alunos se reconhecessem como agentes ativos na construção de soluções para os problemas ambientais identificados no ambiente escolar. Esse processo estimulou o desenvolvimento de senso de responsabilidade coletiva, reforçando a ideia de que pequenas ações cotidianas podem contribuir para preservação do meio ambiente.

A implantação dos pontos de coleta seletiva representou uma das estratégias mais relevantes do projeto. Após a instalação das lixeiras destinadas à separação de resíduos recicláveis e orgânicos, foi possível observar melhora na organização do descarte de materiais dentro da escola. Registros do diário de campo indicaram redução do descarte inadequado de resíduos e maior cuidado por parte dos alunos e funcionários com a limpeza e conservação dos espaços comuns. Além disso, alguns estudantes passaram a orientar colegas sobre a forma correta de separar o lixo, demonstrando internalização do conhecimento adquirido, durante as oficinas.

Outro aspecto importante observado ao longo da intervenção foi o fortalecimento da integração entre os diferentes atores da comunidade escolar. Professores passaram a incorporar a temática ambiental em atividades pedagógicas e discussões em sala de aula, enquanto funcionários contribuíram para manutenção das práticas implementadas, como a organização dos pontos de coleta

seletiva. Os familiares, por sua vez, relataram que os estudantes passaram a comentar em casa sobre reciclagem, consumo consciente e preservação ambiental, ampliando o alcance das ações para além do ambiente escolar.

Outro exemplo observado foi o envolvimento dos professores, que passaram a incorporar a temática ambiental em atividades de sala de aula, relacionando conteúdos curriculares com práticas sustentáveis. Relatos de familiares também apontaram mudanças no ambiente doméstico, como a adoção da separação de resíduos e maior cuidado com o desperdício de materiais, reforçando o alcance da intervenção para além da escola.

Do ponto de vista analítico, os resultados indicaram que a articulação entre teoria e prática desempenhou papel fundamental na consolidação das aprendizagens relacionadas à sustentabilidade. A abordagem pedagógica adotada, inspirada nos princípios da educação crítica e participativa, permitiu que os estudantes refletissem sobre a realidade local e desenvolvessem atitudes mais conscientes em relação ao meio ambiente. Essa perspectiva dialoga com os pressupostos da pedagogia freireana, que enfatiza o papel do diálogo, da problematização e da participação ativa no processo educativo.

Resultados semelhantes têm sido descritos na literatura científica sobre educação ambiental em contextos escolares. Pesquisa realizada por Loureiro (2004), em escolas públicas brasileiras, demonstrou que projetos educativos baseados em metodologias participativas, como oficinas, debates e atividades práticas de reciclagem, promovem aumento significativo do conhecimento ambiental entre estudantes e favorecem mudanças comportamentais relacionadas à preservação do meio ambiente. Para o autor, a participação ativa dos alunos nas atividades educativas contribui para o fortalecimento da consciência ecológica e o desenvolvimento de atitudes mais responsáveis em relação ao espaço coletivo.

De forma semelhante, estudo conduzido por Santos e Jacobi (2017), em escolas públicas brasileiras, evidenciou que programas de educação ambiental voltados à coleta seletiva e ao consumo consciente resultaram em maior engajamento dos estudantes e em melhorias nas práticas de gestão de resíduos, dentro do ambiente escolar. Os autores observaram que a realização de atividades práticas e campanhas educativas favoreceu a internalização de valores relacionados à sustentabilidade, promovendo mudanças positivas no comportamento dos alunos e fortalecendo a cultura ambiental no contexto escolar.

Além disso, Guimarães (2004) destaca que intervenções pedagógicas fundamentadas na educação ambiental crítica possuem potencial para produzir impactos que ultrapassam os limites da escola, alcançando, também, o ambiente familiar e comunitário. Em diversos estudos analisados pelo autor, verificou-se que estudantes envolvidos em projetos ambientais se tornam multiplicadores de conhecimentos e práticas sustentáveis, incentivando familiares e membros da comunidade a adotarem hábitos mais responsáveis em relação ao meio ambiente. Esse fenômeno também foi observado neste estudo, uma vez que relatos de familiares indicaram maior diálogo em casa sobre sustentabilidade, após a participação dos alunos nas atividades propostas.

Dessa forma, os resultados obtidos nesta intervenção reforçam não apenas a relevância das ações educativas no ambiente escolar, mas também seu potencial como estratégia de promoção da saúde no contexto comunitário. A experiência demonstrou que ações pedagógicas participativas e contextualizadas podem contribuir significativamente para formação de cidadãos críticos, conscientes do próprio papel na preservação do meio ambiente e comprometidos com a construção de uma sociedade mais sustentável.

Além disso, é importante destacar que as ações desenvolvidas neste estudo dialogam diretamente com o campo da saúde, uma vez que as questões ambientais, como o descarte inadequado de resíduos e o uso incorreto dos recursos naturais, configuram determinantes socioambientais que impactam diretamente a qualidade de vida das populações. Nesse sentido, a educação ambiental, quando trabalhada no contexto escolar, ultrapassa o campo pedagógico e se consolida como uma estratégia de promoção da saúde, contribuindo para prevenção de agravos, melhoria das condições ambientais e fortalecimento de práticas saudáveis no cotidiano. Assim, ao estimular mudanças de comportamento e maior consciência coletiva, a intervenção também favorece a construção de ambientes mais saudáveis e sustentáveis, alinhando-se aos princípios da atenção primária à saúde e da promoção da saúde no âmbito comunitário.

CONCLUSÃO

O projeto “Sustentabilidade na Prática: Intervenção Educativa em Escola Pública de Pernambuco por meio da Educação Ambiental” demonstrou que a educação ambiental, quando desenvolvida de forma planejada, participativa e contextualizada, produziu impactos positivos no ambiente escolar e na comunidade envolvida. A experiência evidenciou que ações educativas práticas favoreceram mudanças significativas nos hábitos, nas atitudes e percepções dos participantes em relação à preservação ambiental.

Os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que a intervenção possibilitou a conscientização da comunidade escolar, a implantação de práticas sustentáveis e o fortalecimento do engajamento coletivo. As oficinas educativas, campanhas de sensibilização e a coleta seletiva contribuíram para incorporação de rotinas sustentáveis e formação de uma cultura ambiental mais consistente no cotidiano da escola.

Os resultados reforçaram que a educação ambiental crítica, fundamentada nos pressupostos de Freire e Brandão, extrapola a transmissão de informações, promovendo reflexão, protagonismo e responsabilidade social. A escola consolidou-se, nesse contexto, como espaço estratégico de transformação social, capaz de influenciar práticas sustentáveis que ultrapassam os limites físicos e alcançam as famílias e a comunidade local.

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, pois a pesquisa foi realizada em uma única escola pública, o que pode restringir a generalização dos achados para outros contextos. Além disso, o período de intervenção foi relativamente curto, o que pode limitar a avaliação de mudanças a longo prazo. Outro aspecto refere-

se à predominância de dados qualitativos, sem utilização de instrumentos quantitativos robustos para mensuração dos resultados. Apesar dessas limitações, os achados oferecem contribuições relevantes para compreensão do papel da educação ambiental como estratégia de promoção da saúde no contexto escolar.

Concluiu-se que a intervenção realizada pode servir como referência para implementação de projetos semelhantes em outras escolas públicas, contribuindo para o fortalecimento de políticas educacionais voltadas à sustentabilidade e a construção de uma sociedade mais consciente, justa e ambientalmente equilibrada.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alinne Veiga; AMORIM, Érica; BLANCO, Maurício. Educação ambiental nas escolas públicas brasileiras: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação Ambiental**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 65–78, 2005. Disponível em: periodicos.unifesp.br. Acesso em: 27 mar. 2026.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação popular**. São Paulo: Brasiliense, 2002.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Pesquisa participante**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.
- BRASIL. **Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999**. Dispõe sobre a educação ambiental e institui a Política Nacional de Educação Ambiental. Brasília, DF: Presidência da República, [1999]. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 27 mar. 2026.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- CARSON, Rachel. **Primavera silenciosa**. São Paulo: Melhoramentos, 1962.
- CARVALHO, Isabel Cristina de Moura. **Educação ambiental: a formação do sujeito ecológico**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- DIAS, Genebaldo Freire. **Educação ambiental: princípios e práticas**. São Paulo: Gaia, 2001.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.
- GUIMARÃES, Mauro. **Educação ambiental: no consenso, um embate?** Campinas: Papirus, 2004.
- JACOBI, Pedro Roberto; SANTOS, Vânia Maria Nunes dos. Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade: reflexões e experiências em escolas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Ambiental**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 45–60, 2017. DOI: doi.org.
- JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**.

Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LOUREIRO, Carlos Frederico Bernardo. **Educação ambiental crítica**: contribuições e desafios. São Paulo: Cortez, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>.

DETERMINANTES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL NA APS EM COMUNIDADE QUILOMBOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caroline Silva Manguiera Maciel¹;

E-mail: carolmaciel00@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4711-2336>

Flávio José de Girão Lima²;

E-mail: flaviogiraodelima@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-9100-7559>

Maria Lúcia Soares da Mota³;

E-mail: renatamotta2008@gmail.com

Claudiangela Pinheiro de Sousa⁴;

E-mail: claudiangelapinheiro@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3399-4976>

Francisca Selma de Souza Girão⁵;

E-mail: selmasgirao@hotmail.com

Katyna Bezerra Andrade⁶;

E-mail: katynablau@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-70003-0746>

Veranaisa de Lima Brasil⁷.

E-mail: veranaisalima@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-6877-5935>

RESUMO: Introdução: A saúde mental constitui um desafio relevante para a saúde pública, especialmente em populações historicamente vulnerabilizadas, como as comunidades quilombolas rurais. Nesses territórios, desigualdades socioeconômicas e raciais, barreiras geográficas e limitações no acesso aos serviços especializados podem influenciar a ocorrência e a persistência do sofrimento psíquico. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de cuidado em saúde mental desenvolvida junto à comunidade quilombola Serra Feia, localizada no município de Cacimbas, Paraíba. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva, elaborado a partir da atuação médica na Atenção Primária à Saúde entre janeiro e abril de 2026. As ações compreenderam atendimentos clínicos, visitas domiciliares, atividades comunitárias, rodas de

conversa e aplicação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) como instrumento complementar à escuta clínica e ao rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC). **Resultados e discussão:** Foram avaliados 80 usuários adultos distintos acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Mariano Bernardino. Entre os participantes, 26 (32,5%) apresentaram rastreio positivo para TMC, manifestados predominantemente por ansiedade, tristeza persistente, alterações do sono e queixas somáticas, frequentemente associadas às vulnerabilidades do território. Em parte dos atendimentos, o sofrimento emocional foi inicialmente expresso por meio de sintomas físicos inespecíficos. A utilização do SRQ-20 contribuiu para ampliar a identificação de demandas subjetivas, enquanto as rodas de conversa e as ações de educação em saúde favoreceram espaços de diálogo, acolhimento e fortalecimento do vínculo entre a equipe e a comunidade. A religiosidade, a espiritualidade, o suporte familiar e as relações comunitárias também se destacaram como possíveis recursos de enfrentamento. **Conclusão:** Conclui-se que o cuidado em saúde mental em comunidades quilombolas rurais requer abordagem integral, territorializada e culturalmente sensível, fundamentada na escuta qualificada, no acompanhamento longitudinal e na compreensão ampliada dos determinantes sociais da saúde. A experiência reafirma o papel estratégico da Estratégia Saúde da Família na identificação das necessidades, na coordenação do cuidado e na ampliação da visibilidade das demandas de saúde mental da população quilombola.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Comunidade quilombola. Atenção Primária à Saúde. Determinantes sociais da saúde. Estratégia de Saúde Nacionais.

SOCIAL DETERMINANTS AND MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE IN A QUILOMBOLA COMMUNITY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Mental health is a relevant public health challenge, particularly among historically vulnerable populations, such as rural quilombola communities. In these territories, socioeconomic and racial inequalities, geographic barriers, and limited access to specialized services may influence the occurrence and persistence of psychological distress. **Objective:** This study aimed to report the experience of mental health care developed within the Serra Feia quilombola community, located in the municipality of Cacimbas, Paraíba, Brazil. **Methodology:** This is a descriptive and reflective experience report based on medical practice in Primary Health Care between January and April 2026. The activities included clinical consultations, home visits, community-based interventions, conversation circles, and the application of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as a complementary tool for clinical listening and the screening of common mental disorders. **Results and discussion:** A total of 80 distinct adult users followed by the Mariano Bernardino Primary Health Care Unit were assessed. Among the participants, 26 (32.5%) screened positive for common mental disorders (CMD), manifested predominantly by anxiety, persistent sadness, sleep disturbances, and somatic complaints, frequently associated with vulnerabilities in the territory. In some consultations, emotional distress was initially expressed through nonspecific physical symptoms. The use of the SRQ-20 contributed to the identification of subjective demands, while conversation circles and health

education activities fostered dialogue, welcoming practices, and stronger bonds between the healthcare team and the community. Religiousness, spirituality, family support, and community relationships also emerged as potential coping resources. **Conclusion:** It is concluded that mental health care in rural quilombola communities requires a comprehensive, territory-based, and culturally sensitive approach grounded in attentive listening, longitudinal follow-up, and an expanded understanding of the social determinants of health. The experience reaffirms the strategic role of the Family Health Strategy in identifying needs, coordinating care, and increasing the visibility of the mental health demands of the quilombola population.

KEYWORDS: Mental health. Quilombola community. Primary Health Care. Social determinants of health. National Health Strategies.

INTRODUÇÃO

A saúde mental constitui uma dimensão fundamental do bem-estar individual e coletivo, configurando-se como questão prioritária no campo da saúde pública. Desde o início dos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde tem destacado a magnitude dos transtornos mentais e seus impactos sobre a qualidade de vida, a autonomia e a participação social das pessoas afetadas (WHO, 2002). Dados mais recentes indicam que aproximadamente 1,1 bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental em 2021, correspondendo a quase uma em cada sete pessoas no mundo, com elevada frequência dos transtornos ansiosos e depressivos (WHO, 2025).

Os transtornos mentais constituem importante causa de morbidade e podem apresentar evolução crônica e incapacitante, produzindo sofrimento psíquico, repercussões funcionais e maior vulnerabilidade social, além de frequentemente coexistirem com outros agravos à saúde.

No campo da Saúde Coletiva, o processo saúde-doença não pode ser compreendido de maneira isolada ou exclusivamente biológica, uma vez que os indivíduos estão inseridos em contextos econômicos, políticos, sociais, culturais e territoriais que interferem diretamente nas formas de vivenciar e enfrentar o adoecimento (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Essa perspectiva assume especial relevância quando se consideram as comunidades quilombolas, historicamente submetidas a desigualdades sociais, raciais e territoriais e a dificuldades relacionadas à infraestrutura, ao saneamento básico, ao acesso aos serviços de saúde e à efetivação de direitos sociais. Nesse cenário, o fortalecimento de políticas públicas e da Estratégia Saúde da Família mostra-se essencial para a promoção da equidade e para a construção de respostas adequadas às necessidades específicas desses territórios.

A relação entre vulnerabilidade social e sofrimento psíquico evidencia que condições econômicas desfavoráveis, menores níveis de escolaridade, limitações das redes de apoio social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde podem contribuir para maior exposição aos problemas de saúde mental. Na Atenção Primária à Saúde, esse sofrimento pode manifestar-se por meio de fadiga, irritabilidade, dificuldades de concentração e memória, alterações do sono, queixas somáticas, ansiedade e tristeza persistente, nem sempre verbalizadas espontaneamente pelos usuários, o que reforça a importância da escuta qualificada, do vínculo e da compreensão ampliada das condições de

vida da população acompanhada.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na identificação das necessidades de saúde mental e na construção de práticas de cuidado compatíveis com as especificidades do território. Por meio da Estratégia Saúde da Família, podem ser desenvolvidas ações de acolhimento, escuta qualificada, acompanhamento longitudinal, educação em saúde e articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Essa atuação torna-se particularmente importante em comunidades rurais e socialmente vulnerabilizadas, nas quais barreiras geográficas e estruturais podem dificultar o acesso aos serviços especializados de saúde mental.

Como recurso complementar, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) pode contribuir para o rastreamento de transtornos mentais comuns e para a identificação de manifestações de sofrimento psíquico que nem sempre são relatadas espontaneamente. Por não possuir finalidade diagnóstica, entretanto, seus resultados devem ser associados à avaliação clínica e à compreensão das condições sociais, culturais e familiares dos usuários.

Apesar da relevância dessa problemática, ainda existem lacunas na compreensão das relações entre os determinantes sociais da saúde e a saúde mental das populações quilombolas, especialmente quanto às formas pelas quais essas condições se manifestam no cotidiano dos usuários acompanhados pelos serviços locais. Na experiência assistencial desenvolvida na comunidade quilombola Serra Feia, adscrita à Unidade Básica de Saúde Mariano Bernardino, foram identificadas demandas relacionadas ao sofrimento psíquico e dificuldades de acesso ao cuidado especializado, além de manifestações como ansiedade, alterações do sono, tristeza persistente e dificuldades psicossociais relacionadas às condições de vida. Essa realidade evidenciou a necessidade de compreender o sofrimento para além das manifestações clínicas, considerando os fatores sociais, econômicos, culturais e territoriais relacionados às experiências de adoecimento da população.

A realização deste trabalho justifica-se, portanto, pela necessidade de ampliar a visibilidade das demandas de saúde mental de uma comunidade historicamente vulnerabilizada e de contribuir para a reflexão acerca de práticas assistenciais humanizadas, integrais e culturalmente sensíveis. A análise da experiência pode favorecer o planejamento de ações de promoção da saúde mental, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal que considerem as particularidades históricas, sociais, religiosas e comunitárias da população quilombola. Também se mostra relevante para o campo da Medicina de Família e Comunidade, ao evidenciar o papel da Atenção Primária na identificação precoce das necessidades, na construção de vínculos, na coordenação do cuidado e na promoção da equidade em contextos de vulnerabilidade social e territorial.

Diante desse cenário, parte-se da seguinte questão norteadora: de que forma os determinantes sociais da saúde influenciam o sofrimento psíquico dos usuários da comunidade quilombola Serra Feia acompanhados pela Atenção Primária à Saúde? Complementarmente, busca-se compreender como as práticas de acolhimento, escuta qualificada, educação em saúde e fortalecimento dos vínculos comunitários podem contribuir para estratégias de cuidado em saúde mental compatíveis com a realidade sociocultural dessa população.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de cuidado em saúde mental desenvolvida junto à comunidade quilombola Serra Feia no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando as manifestações de sofrimento psíquico, os determinantes sociais envolvidos e as estratégias de cuidado desenvolvidas no território.

METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva, elaborado a partir da sistematização de vivências profissionais desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Os relatos de experiência constituem uma modalidade relevante de produção do conhecimento, pois possibilitam articular situações observadas na prática assistencial com referenciais teóricos, contribuindo para a análise crítica da realidade, para a ampliação das discussões acadêmicas e para o aperfeiçoamento das práticas em saúde (Antunes *et al.*, 2024).

A experiência pode ser compreendida como um processo de apreensão e interpretação das vivências, situado no contexto social e histórico em que os sujeitos estão inseridos. Nessa perspectiva, a prática assistencial não se restringe à execução de procedimentos, mas constitui um espaço de construção de significados e de compreensão das relações estabelecidas entre os indivíduos, os serviços de saúde e o território (Heidegger, 1988).

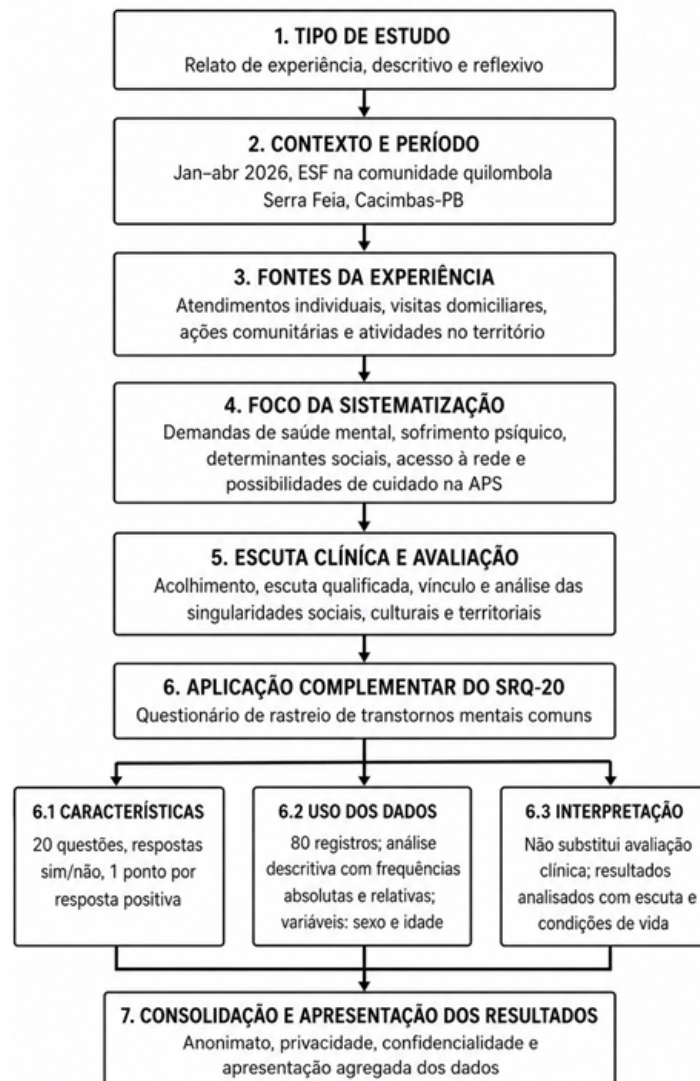
Para que o relato de experiência contribua efetivamente para a produção científica, sua elaboração não deve limitar-se à descrição cronológica das atividades realizadas. Torna-se necessário sistematizar as situações observadas, delimitar o contexto da experiência e desenvolver uma análise crítica fundamentada em referenciais teóricos pertinentes. Esse processo confere maior consistência metodológica, epistemológica e reflexiva ao estudo (Minayo, 2012).

A experiência foi desenvolvida entre janeiro e abril de 2026, durante a atuação médica na Estratégia Saúde da Família junto à comunidade quilombola Serra Feia, localizada na zona rural do município de Cacimbas, no sertão paraibano. Foram consideradas as situações observadas em atendimentos individuais, visitas domiciliares, ações comunitárias e demais atividades realizadas no território.

A sistematização da experiência concentrou-se nas demandas relacionadas à saúde mental identificadas no cotidiano assistencial, especialmente nas manifestações de sofrimento psíquico, na influência dos determinantes sociais da saúde, nas barreiras de acesso aos serviços especializados e nas possibilidades de cuidado desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Também foram considerados aspectos relacionados ao acolhimento, à escuta qualificada, à construção de vínculo e às singularidades sociais, culturais e territoriais da comunidade acompanhada.

A organização metodológica do estudo compreendeu quatro etapas principais: contextualização do cenário assistencial, identificação e sistematização das demandas observadas no território, utilização do SRQ-20 como recurso complementar à escuta clínica e análise reflexiva dos achados à luz da literatura científica. Para facilitar a visualização dessas etapas, elaborou-se um fluxograma representativo do percurso metodológico adotado no estudo, apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas do estudo.



Fonte: O próprio autor (2026).

Como recurso complementar à escuta clínica, foi utilizado o SRQ-20 em atendimentos realizados durante o período analisado, especialmente em consultas de rotina e em situações nas quais a avaliação clínica indicava a necessidade de rastreamento de sofrimento psíquico. Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, o SRQ-20 é empregado no rastreamento de transtornos mentais comuns, incluindo manifestações relacionadas ao humor depressivo e ansioso, à redução da energia vital, às queixas somáticas e às dificuldades cognitivas (Mari; Williams, 1986).

O instrumento é composto por 20 questões objetivas, com respostas dicotômicas correspondentes às opções “sim” ou “não”, considerando sintomas apresentados nos 30 dias anteriores à aplicação. Cada resposta afirmativa equivale a um ponto, permitindo a obtenção de um escore entre zero e 20 pontos. Por se tratar de um instrumento de rastreamento, o SRQ-20 não estabelece diagnóstico clínico específico, devendo seus resultados ser interpretados em conjunto com a avaliação profissional e com a análise das condições de vida dos usuários (Santos; Araújo; Oliveira, 2009).

Para a classificação dos resultados, adotou-se o ponto de corte 7/8, conforme proposto por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Foram classificados como negativos os escores iguais ou inferiores a sete pontos e como positivos os escores iguais ou superiores a oito pontos. Nesse critério, o estudo de validação identificou sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31% para o rastreamento de transtornos mentais comuns.

Foram consideradas 80 aplicações do SRQ-20. Os dados foram sistematizados por meio de análise descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas, além da caracterização segundo sexo e idade. A utilização do instrumento não substituiu a avaliação clínica nem determinou, isoladamente, a definição de condutas ou encaminhamentos. Seus resultados foram interpretados em conjunto com a escuta qualificada, a avaliação das condições de vida e a análise das necessidades individuais dos usuários.

No Brasil, o SRQ-20 é amplamente utilizado em pesquisas epidemiológicas e em estudos desenvolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde, apresentando evidências de validade para o rastreamento de transtornos mentais comuns em diferentes populações (Santos et al., 2010). Estudos internacionais também demonstram propriedades psicométricas satisfatórias em contextos comunitários e em serviços de atenção primária, embora o desempenho do instrumento e os pontos de corte possam variar conforme as características da população avaliada (Netsereab *et al.*, 2018).

Durante a elaboração do relato, foram preservados o anonimato, a privacidade e a confidencialidade das informações relacionadas aos usuários acompanhados. Os dados foram apresentados de forma agregada, sem a inclusão de informações que permitissem a identificação individual, em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à sistematização de experiências assistenciais.

A UBS Mariano Bernardino está inserida em uma área rural de ampla extensão territorial, vinculada à comunidade quilombola Serra Feia, localizada no município de Cacimbas, no sertão paraibano. A equipe da Estratégia Saúde da Família acompanha 996 pessoas, distribuídas em 328 famílias. A população adscrita apresenta condições socioeconômicas heterogêneas, limitações estruturais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente à assistência especializada.

A localização da comunidade e sua relação com a área urbana do município são apresentadas na Figura 2. A representação cartográfica contribui para contextualizar as barreiras territoriais enfrentadas pelos moradores e pela equipe de saúde no acompanhamento longitudinal dos usuários.

Figura 2 – Localização da comunidade quilombola Serra Feia no município de Cacimbas-PB.



Fonte: Google Maps (2026).

A UBS Mariano Bernardino constitui o principal ponto de referência assistencial para a população acompanhada no território. Sua inserção em área rural favorece a proximidade entre a equipe e a comunidade, mas também evidencia desafios relacionados à infraestrutura local e à articulação com outros serviços da rede de atenção. A Figura 3 apresenta a estrutura física da unidade de saúde.

Figura 3 – Unidade Básica de Saúde Mariano Bernardino, comunidade quilombola Serra Feia, Cacimbas-PB.



Fonte: Acervo do autor (2026).

O deslocamento no território é dificultado pela presença de estradas não pavimentadas, terrenos acidentados e distâncias consideráveis em relação à zona urbana. Essas características interferem no acesso aos serviços especializados em saúde mental, concentrados fora da comunidade. Parte dos usuários depende do transporte disponibilizado pelo poder público para realizar consultas, avaliações e acompanhamentos em outros pontos da rede assistencial.

A comunidade apresenta formas próprias de organização social, forte identidade cultural e trajetória histórica marcada pela resistência. Esses elementos devem ser considerados na compreensão das percepções, vivências e estratégias de enfrentamento relacionadas ao processo saúde-doença. As relações comunitárias, o suporte familiar e as práticas religiosas também se destacam como componentes relevantes das redes locais de apoio social.

As condições observadas no território devem ser analisadas à luz dos determinantes sociais da saúde. Comunidades quilombolas podem estar expostas a desigualdades históricas e raciais, vulnerabilidades socioeconômicas, barreiras geográficas e limitações no acesso aos serviços especializados. Esses fatores podem dificultar a continuidade do cuidado e ampliar a exposição a condições associadas ao sofrimento psíquico, especialmente às manifestações relacionadas aos transtornos mentais comuns (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No período compreendido entre janeiro e abril de 2026, foram consideradas 80 aplicações do SRQ-20 realizadas durante atendimentos na Atenção Primária à Saúde. O conjunto analisado foi composto por 65 registros correspondentes a pessoas do sexo feminino e 15 registros referentes a pessoas do sexo masculino. A idade dos usuários avaliados variou entre 18 e 61 anos. Essas informações permitiram caracterizar o perfil sociodemográfico das aplicações e contextualizar os resultados do rastreamento de transtornos mentais comuns apresentados nas seções subsequentes.

O relato de experiência foi construído a partir das vivências assistenciais desenvolvidas junto aos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família na comunidade quilombola Serra Feia, no contexto dos atendimentos realizados na UBS Mariano Bernardino e das atividades desenvolvidas no território. As reflexões apresentadas decorreram da observação clínica, da escuta qualificada e do acompanhamento longitudinal realizados no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

A população assistida foi constituída por 80 usuários adultos distintos, com idades entre 18 e 61 anos, de ambos os sexos. A inclusão ocorreu de forma não probabilística, por conveniência, considerando os usuários atendidos no período analisado que apresentaram demandas relacionadas à saúde mental durante consultas individuais, visitas domiciliares, ações de promoção da saúde ou momentos de acolhimento.

Entre as manifestações observadas durante a prática assistencial, destacaram-se queixas relacionadas ao sofrimento emocional, sintomas ansiosos, alterações do sono, tristeza persistente e dificuldades psicossociais associadas às condições de vida no território. Essas manifestações foram consideradas no processo de escuta clínica e na avaliação das necessidades de cuidado em saúde mental.

A experiência assistencial descrita neste trabalho foi desenvolvida entre janeiro e abril de 2026, durante a atuação profissional na Estratégia Saúde da Família vinculada à UBS Mariano Bernardino, junto à comunidade quilombola Serra Feia. Nesse período, foram realizadas atividades assistenciais no espaço da unidade de saúde e no território, incluindo atendimentos individuais, visitas domiciliares, ações de promoção da saúde e momentos de acolhimento.

As observações e os dados apresentados foram sistematizados a partir do acompanhamento longitudinal dos usuários e das situações identificadas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde ao longo do período analisado.

Durante a prática assistencial, o SRQ-20 foi utilizado como instrumento complementar à escuta clínica e ao rastreamento de transtornos mentais comuns. Sua aplicação ocorreu em atendimentos realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando a identificação de demandas relacionadas ao sofrimento psíquico durante consultas individuais, visitas domiciliares e momentos de acolhimento.

O SRQ-20 é composto por 20 questões objetivas, com respostas dicotômicas correspondentes às opções “sim” ou “não”, referentes às manifestações apresentadas nos 30 dias anteriores à aplicação. Cada resposta afirmativa equivale a um ponto, permitindo a obtenção de um escore entre zero e 20 pontos. Os itens contemplam sintomas relacionados ao humor depressivo e ansioso, à redução da energia vital, às queixas somáticas e às dificuldades cognitivas (Santos; Araújo; Oliveira, 2009).

Para a interpretação dos resultados, adotou-se o ponto de corte 7/8, conforme proposto por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Foram classificados como negativos os escores iguais ou inferiores a sete pontos e como positivos os escores iguais ou superiores a oito pontos. O rastreio positivo indica a presença de sinais sugestivos de transtornos mentais comuns, mas não corresponde, isoladamente, a um diagnóstico clínico.

Por essa razão, os resultados do SRQ-20 foram interpretados em conjunto com a avaliação clínica, a escuta qualificada e a análise das condições sociais, culturais e emocionais vivenciadas pelos usuários. O instrumento não substituiu a avaliação profissional nem determinou automaticamente a definição de condutas ou encaminhamentos.

Além da aplicação do SRQ-20, foram consideradas as informações obtidas durante o acolhimento, a construção de vínculo e o acompanhamento longitudinal dos usuários. Nos casos em que foram identificadas necessidades de cuidado, as condutas foram definidas conforme a intensidade, a persistência e a complexidade das manifestações apresentadas. Essas estratégias incluíram o acompanhamento pela equipe de Saúde da Família e, quando pertinente, a articulação com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo os CAPS.

Durante as ações desenvolvidas no território, foram realizadas rodas de conversa com os usuários da comunidade quilombola Serra Feia. As atividades foram orientadas pelos princípios da educação em saúde, do acolhimento e da valorização das experiências comunitárias. Também foram consideradas as demandas identificadas durante os atendimentos individuais, as visitas domiciliares e os momentos informais de escuta vinculados às atividades da Estratégia Saúde da Família.

As rodas de conversa foram conduzidas a partir de um roteiro temático flexível, elaborado de acordo com as necessidades observadas no território. Foram abordados temas relacionados ao sofrimento emocional, às dificuldades vivenciadas no cotidiano, às estratégias de enfrentamento, à religiosidade, ao suporte familiar e comunitário e ao autocuidado em saúde mental. A utilização de um roteiro aberto possibilitou adaptar as discussões às experiências apresentadas pelos participantes, preservando o caráter dialógico das atividades.

Os principais eixos temáticos utilizados para orientar as rodas de conversa estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Eixos temáticos utilizados nas rodas de conversa.

Eixo temático	Aspectos abordados
Sofrimento emocional	Ansiedade, tristeza persistente, alterações do sono, sobrecarga emocional e dificuldades cotidianas
Estratégias de enfrentamento	Autocuidado, organização da rotina, apoio familiar e redes comunitárias
Religiosidade e espiritualidade	Fé, práticas religiosas, construção de esperança e fortalecimento subjetivo
Suporte social	Relações familiares, vínculos comunitários e espaços de apoio presentes no território
Acesso ao cuidado	Acolhimento, acompanhamento pela equipe de Saúde da Família e possibilidades de articulação com a rede assistencial

Fonte: O próprio autor (2026).

As rodas de conversa constituem uma estratégia relevante para a construção compartilhada do conhecimento, pois favorecem a participação dos usuários e a troca de experiências. Essa abordagem contribui para que os participantes assumam uma postura ativa, reflexiva e crítica diante das questões que atravessam sua realidade, fortalecendo práticas de cuidado mais humanizadas (Sampaio *et al.*, 2014).

As atividades foram desenvolvidas com base nas tecnologias leves do cuidado, com ênfase na escuta qualificada, na construção de vínculo, no respeito à subjetividade e na valorização das singularidades culturais da comunidade. Os espaços coletivos de diálogo buscaram ampliar a compreensão sobre as demandas de saúde mental presentes no território e favorecer a aproximação entre a equipe de saúde e os usuários.

A experiência assistencial compreendeu ações voltadas à identificação, ao acolhimento e ao acompanhamento de usuários com demandas relacionadas à saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde. As intervenções foram integradas à rotina da Estratégia Saúde da Família e incluíram atendimentos individuais realizados na UBS Mariano Bernardino, visitas domiciliares e atividades coletivas de educação em saúde desenvolvidas no território.

O SRQ-20 foi aplicado a usuários adultos selecionados de forma não probabilística, por conveniência, durante atendimentos realizados no período analisado. A utilização do instrumento ocorreu em consultas de demanda espontânea e em visitas domiciliares destinadas a usuários com limitações de acesso à unidade em decorrência de outras condições clínicas. O questionário foi

empregado como recurso complementar à escuta clínica, sem substituir a avaliação profissional ou estabelecer diagnóstico específico.

A partir das demandas identificadas nos atendimentos e dos resultados obtidos por meio do SRQ-20, foram sistematizados temas considerados relevantes para a elaboração das ações comunitárias. As atividades foram desenvolvidas por meio de rodas de conversa realizadas na sala de espera da unidade de saúde, nos dias 20 de fevereiro, 11 de março, 22 de abril e 24 de abril de 2026. As ações contaram com a participação de profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família, favorecendo uma abordagem multiprofissional e integrada.

As rodas de conversa foram organizadas com base em um roteiro temático flexível, elaborado de acordo com as necessidades observadas no território. Foram abordados aspectos relacionados aos transtornos mentais comuns, incluindo alterações persistentes do humor, ansiedade, irritabilidade, alterações do sono, redução do interesse pelas atividades cotidianas, dificuldades de concentração e manifestações somáticas. Também foram apresentadas orientações sobre a importância de buscar avaliação profissional diante de sinais de agravamento ou de situações que comprometessem a segurança, a autonomia e o funcionamento cotidiano dos usuários.

As atividades coletivas tiveram caráter educativo e não substituíram o atendimento individual. Aos usuários que manifestaram necessidade de aprofundamento das questões discutidas, foi ofertado atendimento reservado e sigiloso, com avaliação clínica direcionada às demandas apresentadas. Quando pertinente, foram definidos acompanhamento longitudinal pela equipe de Saúde da Família, discussão compartilhada dos casos e articulação com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

As intervenções também incluíram orientações gerais sobre autocuidado em saúde mental, como manutenção de rotina de sono adequada, prática regular de atividade física conforme as condições individuais, alimentação equilibrada, fortalecimento das redes de apoio e acompanhamento periódico em saúde. Também foram discutidos os impactos relacionados ao uso de tabaco, álcool e outras substâncias, com incentivo à busca de suporte profissional quando necessário.

Durante as ações, foram consideradas as particularidades sociais, culturais e territoriais da comunidade quilombola. A religiosidade e a espiritualidade foram reconhecidas como possíveis recursos de enfrentamento e fortalecimento subjetivo quando valorizadas pelos próprios usuários, respeitando-se a diversidade de crenças, práticas e escolhas individuais.

A experiência permitiu reconhecer a relevância da Atenção Primária à Saúde como espaço estratégico para a identificação oportuna de demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e para a construção de práticas de cuidado integrais, longitudinais e culturalmente sensíveis.

O presente estudo foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos, com preservação do anonimato, da privacidade e da confidencialidade das informações relacionadas aos participantes. Os dados foram apresentados exclusivamente de forma agregada, sem a inclusão de nomes, iniciais ou outras informações que permitissem a identificação individual dos usuários.

A aplicação do SRQ-20 ocorreu no contexto da prática assistencial desenvolvida na Atenção Primária à Saúde. Para fins deste trabalho, foram sistematizadas informações referentes a 80 usuários adultos distintos, considerando as variáveis sexo, idade e classificação do rastreamento para transtornos mentais comuns. A utilização desses dados restringiu-se aos objetivos propostos pelo estudo, mantendo-se o sigilo das informações assistenciais.

A pesquisa encontra-se vinculada ao projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará, intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme CAAE nº 91948525.0.0000.5050. A utilização das informações neste trabalho deve permanecer restrita ao escopo e aos procedimentos éticos previstos no protocolo aprovado.

Foram observados os princípios estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, especialmente no que se refere à proteção dos participantes, à confidencialidade dos dados e ao respeito à dignidade, à autonomia e à privacidade das pessoas envolvidas (Brasil, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção apresenta os resultados observados durante a experiência assistencial desenvolvida na comunidade quilombola Serra Feia, articulando os achados do rastreamento em saúde mental pelo SRQ-20 às vivências clínicas, às visitas domiciliares, às ações educativas e às estratégias de cuidado desenvolvidas no território. Por se tratar de um relato de experiência no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), os resultados são discutidos à luz dos determinantes sociais da saúde, das tecnologias leves do cuidado e da importância das práticas educativas e dialógicas na promoção da saúde mental em populações historicamente vulnerabilizadas. Durante os atendimentos realizados na UBS Mariano Bernardino, nas visitas domiciliares e nas ações desenvolvidas no território, foram observadas manifestações frequentes de ansiedade, tristeza persistente, alterações do sono, somatizações e dificuldades psicossociais associadas às condições de vulnerabilidade presentes na comunidade.

No cotidiano da prática clínica, verificou-se que o sofrimento psíquico não poderia ser compreendido exclusivamente a partir de uma perspectiva biológica. As manifestações emocionais apresentavam relação frequente com as condições concretas de vida dos usuários, incluindo insegurança econômica, isolamento territorial, limitações estruturais, sobrecarga familiar e dificuldades de acesso aos serviços especializados. Além disso, experiências históricas de exclusão social surgiram de forma recorrente nos relatos dos moradores. Essas observações reforçam a centralidade dos determinantes sociais na compreensão do adoecimento mental, sobretudo em populações historicamente vulnerabilizadas (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A experiência também evidenciou a influência do racismo estrutural e das desigualdades historicamente constituídas sobre a saúde mental da população quilombola. Ao longo do acompanhamento longitudinal, observou-se que o sofrimento emocional não estava relacionado

apenas às privações materiais, mas também aos processos de invisibilização social, exclusão histórica e restrição do acesso a direitos fundamentais. Esse cenário encontra respaldo na literatura, que aponta maior exposição das populações negras e quilombolas a fatores associados ao sofrimento psíquico em decorrência da reprodução estrutural das desigualdades raciais e sociais no país (Silva, 2005; Batista; Rocha, 2020).

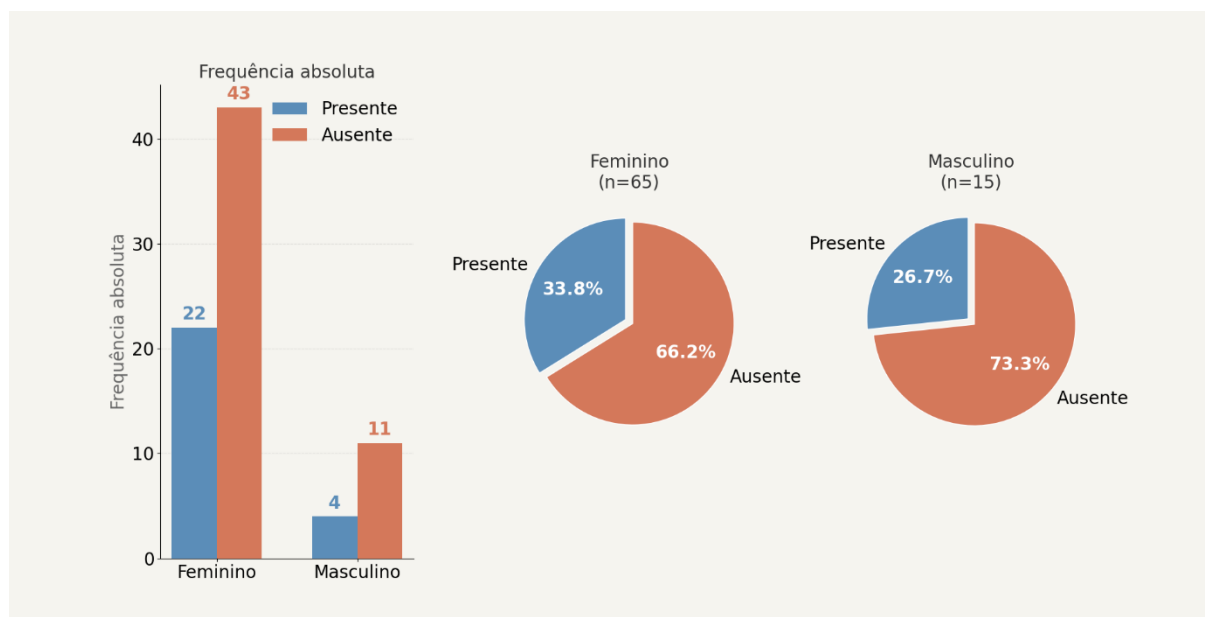
Outro aspecto relevante foi a presença de sofrimento emocional frequentemente silencioso ou pouco verbalizado. Muitos usuários procuravam a UBS por queixas físicas inespecíficas, como dores crônicas, fadiga, cefaleia e alterações do sono. A partir da escuta qualificada e da construção gradual do vínculo terapêutico, foi possível identificar manifestações subjacentes de sofrimento psíquico. Essa observação evidencia o papel estratégico da APS na identificação precoce das demandas de saúde mental, especialmente em territórios com acesso limitado à assistência especializada.

Nesse contexto, o SRQ-20 foi utilizado como instrumento complementar à escuta clínica e ao rastreamento de transtornos mentais comuns. O questionário não possui finalidade diagnóstica, mas contribui para identificar sinais sugestivos de sofrimento psíquico e qualificar a abordagem clínica. Sua aplicação favoreceu a identificação de manifestações emocionais que nem sempre eram verbalizadas espontaneamente pelos usuários, ampliando a compreensão das necessidades subjetivas presentes no território (Mari; Williams, 1986; Santos; Araújo; Oliveira, 2009).

Foram avaliados 80 usuários adultos distintos por meio do SRQ-20. Para a classificação dos resultados, adotou-se o ponto de corte 7/8, conforme proposto por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Foram considerados negativos os escores iguais ou inferiores a sete pontos e positivos os escores iguais ou superiores a oito pontos. Entre os usuários avaliados, 26 apresentaram rastreio positivo para transtornos mentais comuns, correspondendo a 32,5% do total. Os demais 54 usuários apresentaram resultado negativo, equivalentes a 67,5% da população assistida.

Quanto à distribuição por sexo, 65 participantes eram do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Entre as mulheres, 22 apresentaram rastreio positivo, representando 33,8% desse grupo, enquanto 43 apresentaram resultado negativo, equivalentes a 66,2%. Entre os homens, foram identificados quatro rastreios positivos, correspondentes a 26,7% do grupo, e 11 resultados negativos, equivalentes a 73,3%. A distribuição dos resultados segundo o sexo está apresentada na Figura 6.

Figura 6 – Distribuição dos resultados do SRQ-20 segundo o sexo dos usuários avaliados (n = 80).

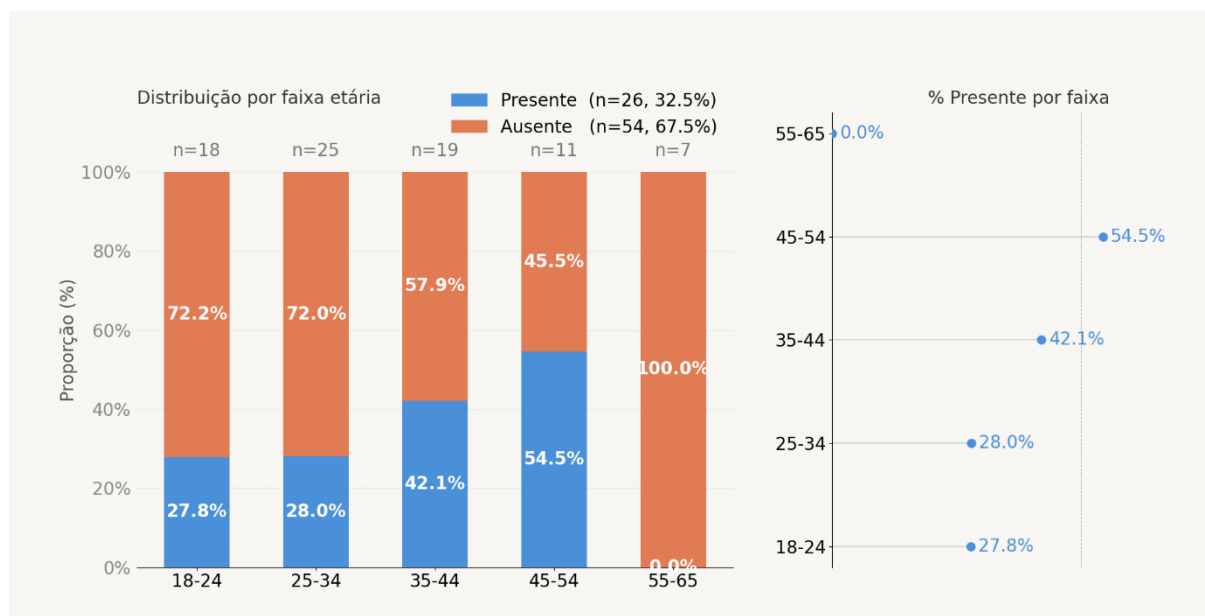


Fonte: O próprio autor (2026).

Embora tenha sido observada maior proporção de rastreios positivos entre as mulheres, essa diferença deve ser interpretada com cautela, considerando a assimetria entre os tamanhos dos grupos e o número reduzido de participantes do sexo masculino. Além disso, por se tratar de uma análise descritiva, os resultados não permitem estabelecer associação estatística entre sexo e rastreio positivo para transtornos mentais comuns.

Em relação à faixa etária, a maior proporção de rastreios positivos foi observada entre os usuários de 45 a 54 anos, grupo no qual 54,5% dos participantes apresentaram resultado positivo. Na faixa etária de 35 a 44 anos, a proporção foi de 42,1%. Entre os usuários de 25 a 34 anos e de 18 a 24 anos, os resultados positivos corresponderam a 28,0% e 27,8%, respectivamente. Não foram identificados rastreios positivos entre os usuários de 55 a 65 anos. A distribuição dos resultados segundo a faixa etária está apresentada na Figura 7.

Figura 7 – Distribuição dos resultados do SRQ-20 segundo a faixa etária dos usuários avaliados (n = 80).



Fonte: O próprio autor (2026).

A distribuição dos resultados por faixa etária sugere maior frequência de rastreios positivos entre os usuários de 35 a 54 anos, especialmente no grupo de 45 a 54 anos. Entretanto, esses achados devem ser interpretados com prudência, uma vez que algumas faixas etárias apresentam número reduzido de participantes. A ausência de resultados positivos entre os usuários de 55 a 65 anos, por exemplo, não permite concluir que o sofrimento psíquico seja inexistente nesse grupo. Os dados descrevem exclusivamente o perfil dos participantes avaliados no período analisado.

Embora a maioria dos usuários tenha apresentado resultado negativo, a identificação de rastreio positivo em aproximadamente um terço da população assistida constitui um achado relevante. Esse resultado reforça a importância da escuta qualificada e do acompanhamento longitudinal na APS, sobretudo porque as manifestações emocionais podem estar associadas a queixas inespecíficas ou permanecer pouco verbalizadas. A interpretação dos resultados do SRQ-20 deve ocorrer em conjunto com a avaliação clínica e com a análise das condições sociais, culturais e familiares dos usuários, uma vez que o instrumento não substitui a avaliação profissional nem determina isoladamente a definição de condutas ou encaminhamentos.

Para além dos atendimentos individuais, das visitas domiciliares e da aplicação do SRQ-20, a experiência também contemplou uma ação educativa em formato de roda de conversa, voltada à promoção da saúde mental no território. A atividade possibilitou abordar, de maneira dialogada, temas como ansiedade, tristeza persistente, alterações do sono, sofrimento emocional, autocuidado, rede de apoio, espiritualidade e busca por ajuda na Atenção Primária à Saúde. A roda de conversa favoreceu a participação dos usuários, a troca de experiências e a construção coletiva de sentidos sobre o sofrimento psíquico, permitindo que as demandas subjetivas fossem expressas em um espaço de escuta, acolhimento e valorização dos saberes comunitários (Oliveira *et al.*, 2021; Germani *et al.*, 2018).

Essa estratégia mostrou-se especialmente relevante por romper com uma lógica educativa verticalizada, centrada apenas na transmissão de informações, e aproximar-se de uma prática dialógica e participativa. No contexto da comunidade quilombola Serra Feia, a roda de conversa permitiu reconhecer que o sofrimento mental não se manifesta apenas por sintomas verbalizados diretamente, mas também por queixas físicas, silenciamentos, experiências de sobrecarga familiar, insegurança social e vivências históricas de exclusão. Assim, a ação educativa contribuiu para ampliar a compreensão dos usuários sobre saúde mental, reduzir estigmas e fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

A experiência pode ser compreendida à luz das tecnologias do cuidado em saúde, especialmente das tecnologias leves, compreendidas como aquelas que se expressam no acolhimento, na escuta qualificada, no vínculo, na responsabilização e na produção de autonomia (Merhy, 2004; Franco; Merhy, 2012). Nesse sentido, a roda de conversa não se limitou a uma atividade educativa pontual, mas configurou-se como uma tecnologia leve do cuidado, pois produziu encontro, escuta e compartilhamento de experiências entre profissionais e usuários. Essa dimensão relacional foi fundamental para qualificar o cuidado em saúde mental na APS, sobretudo em um território marcado por vulnerabilidades sociais, barreiras de acesso e necessidades subjetivas frequentemente pouco verbalizadas.

A religiosidade, a espiritualidade e as relações comunitárias também se destacaram como recursos de enfrentamento e proteção psicossocial. Observou-se que a fé, as práticas religiosas e o suporte familiar e comunitário eram frequentemente mobilizados diante das adversidades cotidianas. Esses elementos contribuíam para o fortalecimento subjetivo, a construção de esperança e o enfrentamento do sofrimento emocional. Tais observações apontam para a necessidade de práticas de cuidado culturalmente sensíveis, capazes de reconhecer e respeitar as singularidades da população quilombola. A literatura indica que o envolvimento religioso pode estar associado a melhores indicadores de saúde mental, especialmente em contextos marcados por situações de estresse. Essa dimensão pode ser considerada na prática clínica e nas ações de cuidado, desde que sejam respeitadas as preferências, as crenças e as escolhas individuais dos usuários (Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006).

Quanto à organização da assistência, foram identificadas limitações importantes no acesso à Rede de Atenção Psicossocial. As barreiras geográficas e a distância em relação aos serviços especializados dificultavam a continuidade do acompanhamento em saúde mental. Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família configurava-se como o principal dispositivo de acolhimento das demandas psicossociais da população e, em determinadas situações, como o ponto de atenção mais acessível aos usuários. Essa realidade evidencia o papel estratégico da APS na coordenação do cuidado em territórios marcados por vulnerabilidades sociais e restrições de acesso aos serviços especializados.

A experiência também possibilitou refletir sobre a relevância das tecnologias leves do cuidado na construção de práticas assistenciais integrais e humanizadas. O acolhimento, a escuta qualificada, o vínculo longitudinal, o respeito às singularidades culturais e a valorização das experiências comunitárias mostraram-se fundamentais para o fortalecimento da relação entre a equipe de saúde e os

usuários. Esses recursos favoreceram a identificação das demandas subjetivas presentes no território e contribuíram para a continuidade do cuidado.

As ações de educação em saúde e os momentos de diálogo realizados na comunidade apresentaram potencial para ampliar a compreensão dos usuários sobre o sofrimento psíquico, fortalecer o autocuidado e reduzir o estigma associado à saúde mental. Intervenções construídas a partir das necessidades concretas do território tendem a favorecer maior aproximação entre o serviço de saúde e a comunidade, contribuindo para a integralidade do cuidado e para a promoção da saúde mental.

Dessa forma, a experiência demonstra que o cuidado em saúde mental na APS requer uma abordagem ampliada, territorializada e culturalmente sensível, especialmente em comunidades quilombola rurais submetidas a vulnerabilidades sociais persistentes. Para além da identificação de sintomas e da realização de encaminhamentos, é necessário compreender o sofrimento psíquico em suas dimensões histórica, social, cultural e subjetiva. Essa perspectiva contribui para o fortalecimento de práticas assistenciais orientadas pelos princípios da integralidade, do vínculo longitudinal e da equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de experiência possibilitou analisar o cuidado em saúde mental desenvolvido junto à comunidade quilombola Serra Feia, localizada no município de Cacimbas, no sertão paraibano. A vivência assistencial evidenciou a influência dos determinantes sociais, culturais, raciais e territoriais sobre o sofrimento psíquico da população acompanhada no contexto da Atenção Primária à Saúde.

As demandas relacionadas à saúde mental mostraram-se frequentes no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e apresentaram relação com condições de vulnerabilidade social, limitações socioeconômicas, barreiras territoriais e dificuldades de acesso aos serviços especializados. Também foram identificadas manifestações de sofrimento emocional pouco verbalizadas, frequentemente expressas por meio de sintomas físicos inespecíficos, alterações do sono, ansiedade, tristeza persistente e somatizações. Esses achados reforçam a importância da escuta qualificada, da sensibilidade clínica e da construção de vínculo longitudinal para o reconhecimento das necessidades subjetivas dos usuários.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde destacou-se como espaço estratégico para o acolhimento, a identificação oportuna das demandas e o acompanhamento contínuo em saúde mental, especialmente em territórios rurais com acesso limitado à Rede de Atenção Psicossocial. As tecnologias leves do cuidado, incluindo acolhimento, escuta qualificada, vínculo e responsabilização compartilhada, mostraram-se relevantes para a construção de práticas assistenciais integrais, humanizadas e compatíveis com as especificidades da comunidade.

A experiência também permitiu reconhecer a religiosidade, a espiritualidade e as relações comunitárias como possíveis recursos de enfrentamento e proteção psicossocial. Esses elementos devem ser considerados nas práticas de cuidado quando valorizados pelos próprios usuários,

respeitando-se a diversidade de crenças, experiências e escolhas individuais. Essa abordagem contribui para a elaboração de estratégias culturalmente sensíveis e territorialmente adequadas.

A utilização do SRQ-20 mostrou-se pertinente como instrumento complementar à escuta clínica e ao rastreamento de transtornos mentais comuns. Sua aplicação contribuiu para ampliar a identificação de sinais sugestivos de sofrimento psíquico que nem sempre eram apresentados espontaneamente durante os atendimentos. Entretanto, o cuidado em saúde mental não se restringe à aplicação de instrumentos de rastreamento. Ele exige avaliação clínica, acompanhamento longitudinal, compreensão ampliada do processo saúde-doença e articulação com os diferentes pontos da rede assistencial.

Dessa forma, o trabalho contribui para ampliar a visibilidade das demandas de saúde mental presentes em comunidades quilombolas rurais e reforça a necessidade de fortalecer políticas públicas orientadas pelos princípios da equidade, da integralidade e da territorialização. Também reafirma o papel da Medicina de Família e Comunidade e da Estratégia Saúde da Família na construção de práticas comprometidas com o cuidado longitudinal, com o respeito às singularidades socioculturais e com a redução das desigualdades que atravessam o processo saúde-doença.

Como perspectiva para estudos futuros, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos quantitativos e qualitativos capazes de aprofundar a compreensão das demandas de saúde mental em comunidades quilombolas rurais. Estudos longitudinais podem contribuir para avaliar a evolução dos sinais sugestivos de transtornos mentais comuns ao longo do tempo e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Também se mostram pertinentes investigações sobre a relação entre sofrimento psíquico, barreiras territoriais, racismo estrutural, religiosidade e redes comunitárias de apoio, bem como avaliações de intervenções educativas e estratégias de acompanhamento desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família. A ampliação desse campo de investigação pode subsidiar práticas assistenciais e políticas públicas mais equitativas, territorializadas e culturalmente sensíveis.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Jeferson *et al.* Como escrever um relato de experiência de forma sistematizada? Contribuições metodológicas. **Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo**, [S. l.], v. 6, e12517, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47149/pemo.v6.e12517>. Acesso em: 1 jun. 2026.
- BATISTA, Eraldo Carlos; ROCHA, Kátia Bones. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 21, n. 1, p. 35-50, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v21i1.2149>. Acesso em: 1 jun. 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 1 jun. 2026.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 1 jun. 2026.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

GERMANI, Alessandra Regina Müller et al. **Roda de conversa sobre as práticas de educação em saúde com um grupo de acadêmicos do curso de Medicina**. Revista Docência do Ensino Superior, v. 8, n. 1, 2018.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flávio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>. Acesso em: 1 jun. 2026.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1988.

MARI, Jair de Jesus; WILLIAMS, Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>. Acesso em: 1 jun. 2026.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 1 jun. 2026.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300018>. Acesso em: 1 jun. 2026.

NETSEREAB, Tesfit Brhane *et al.* Validation of the WHO Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. **International Journal of Mental Health Systems**, London, v. 12, art. 61, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0242-y>. Acesso em: 1 jun. 2026.

OLIVEIRA, Márcia Farsura de et al. **Roda de conversa em um ambulatório público**: o papel da atenção primária na educação popular em saúde. Research, Society and Development, v. 10, n. 13, 2021.

SAMPAIO, Juliana *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de; OLIVEIRA, Nelson Fernandes

de. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 544-560, jul./set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SILVA, Maria Lúcia da. Racismo e os efeitos na saúde mental. *In*: BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (org.). **Seminário saúde da população negra**: Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 129-132.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Acesso em 1 de jun de 2026.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ações em saúde · 12

Acolhimento · 41, 51, 52, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 137, 165, 166, 168, 169, 171, 176, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 198, 199, 200, 203, 216, 218, 219, 220, 224, 225, 229, 246

Acompanhamento contínuo · 6, 24, 47, 51, 60, 62, 65, 71, 75, 77, 86, 147, 161, 179, 216, 218, 247, 257, 265

Acompanhamento longitudinal · 6, 15, 20, 24, 26, 30, 31, 33, 59, 61, 88, 130, 140, 145, 153, 155, 158, 159, 162, 164, 171, 179, 197, 239, 245, 257

Acompanhamento qualificado · 7

Aconselhamento reprodutivo · 128, 130, 131, 134, 141

Adesão ao tratamento · 6, 19, 20, 24, 26, 30, 39, 41, 42, 47, 51, 150, 161, 164, 165, 167, 169, 170, 171, 262, 266

Adesão terapêutica · 162

Adoecimento · 8, 198, 199, 200, 201, 203, 205, 207

Agentes comunitários de saúde · 8, 25, 35, 40, 41, 42, 61, 62, 88, 94, 128, 133, 151, 152, 201, 210, 234, 241, 242, 243, 247

Alimentação · 7, 11, 15, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 73, 74, 76, 77, 162, 163, 164, 166, 169, 216, 234, 237, 238, 241, 244, 246

Alimentação saudável · 7, 11, 15, 56, 59, 60, 61, 62, 74, 76, 77, 163, 169, 234, 238, 241, 247

Amputações evitáveis · 145

Ansiedade · 32, 49, 50, 58, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 195, 197, 205, 208

APS · 6, 9, 10, 14, 18, 20, 21, 22, 32, 59, 60, 86, 87, 126, 128, 129, 133, 134, 137, 138, 139, 141, 145, 147, 148, 149, 153, 155, 156, 161, 164, 165, 179, 180, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 233, 236, 239, 250, 251, 253, 254, 255, 263, 264, 265, 266

Assistência · 8, 11, 12, 14, 15, 21, 22, 23, 36, 93, 96, 114, 116, 118, 119, 123, 124, 135, 147, 149, 158, 179, 182, 198, 199, 200, 209, 212, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 226, 228, 230, 232, 234, 237, 238, 240, 245, 247, 253, 259

Assistência humanizada · 11, 218

Atenção Primária à Saúde (APS) · 6, 10, 14, 18, 22, 59, 60, 86, 87, 126, 129, 138, 145, 147, 149, 161, 164, 165, 179, 195, 196, 200, 233, 236, 239, 251, 253, 263

Atendimentos de urgência · 6

Atividade física · 7, 8, 11, 15, 44, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 162, 163, 164, 166, 169, 176, 180, 184, 187, 188, 189, 234, 237, 238, 241, 244, 246, 247

Atuação multiprofissional · 8, 14, 75, 76, 158

Autocuidado · 8, 11, 15, 60, 63, 64, 74, 76, 77, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 167, 168, 170, 171, 176, 179, 181, 184, 188, 189, 190, 195, 199, 203, 207, 208, 209, 214, 224, 236, 237, 244, 247, 253

Automedicação · 18, 21, 24, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34

Autonomia · 8, 11, 15, 19, 21, 27, 30, 33, 39, 74, 80, 97, 108, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 124, 128, 129, 131, 135, 138, 139, 140, 141, 147, 149, 164, 169, 171, 180, 184, 185, 187, 188, 197, 214, 216, 217, 218, 219, 223, 227, 231, 264

B

Bem-estar emocional · 176

C

Câncer · 35, 37

Ciclos de vida · 7

Ciência · 12

Cobertura vacinal · 11, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 95, 96, 98

Complicações · 6, 7, 8, 62, 67, 122, 130, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 163, 165, 166, 169, 170, 171, 233, 235, 236, 237, 238, 240, 242, 244, 245, 246, 248

Compromisso · 10, 12, 13, 97, 262

Comunidade LGBTQIAPN+ · 99, 103, 106, 108, 109, 110

Comunidades · 6, 8, 10, 12, 14, 15, 66, 71, 193

Condição crônica · 144

Condições de risco durante a gestação · 7

Conhecimento · 10, 11, 15, 16, 18, 22, 23, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 60, 63, 74, 77, 81, 89, 97, 99, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 118, 119, 121, 122, 125, 128, 132, 135, 136, 138, 141, 143, 145, 149, 150, 151, 153, 157, 158, 159, 160, 164, 169, 170, 171, 173, 181, 186, 188, 189, 190, 192, 199, 202, 211, 214, 224, 229, 236, 237, 241, 242, 245, 248, 267

Consumo de tabaco · 35, 38, 46, 47, 48, 49

Controle do tabagismo · 7, 38, 39, 52

Coordenação do cuidado · 6, 19, 101, 197, 259

Corresponsabilização · 8, 11, 94, 123, 147, 164, 171, 264

Cuidado · 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 25, 26, 27, 30, 32, 33, 39, 40, 52, 65, 67, 75, 79, 84, 87, 93, 94, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 115, 116, 117, 121, 123, 127, 130, 135, 137, 139, 140, 141, 145, 147, 148, 149, 154, 155, 158, 159, 162, 164, 169, 171, 172, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 205, 208, 209, 210, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 236, 238, 239, 240, 243, 244, 245, 247, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 263, 264, 265, 266, 267

Cuidado à pessoa idosa · 7, 15

Cuidado integral · 5, 7, 9, 10, 13, 15, 39, 40, 65, 103, 109, 128, 137, 139, 154, 228, 230, 232, 233, 239, 240, 256, 258, 265

D

Dependência · 18, 20, 21, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 39, 42, 44, 49, 50, 51, 136, 187, 216, 225, 226, 228

Desigualdades · 9, 11, 14, 58, 101, 108, 131, 136, 178, 179, 180, 254

Diabetes · 7, 57, 65, 67, 74, 79, 81, 150, 155, 156, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 257, 261

Diabetes mellitus · 7, 57, 65, 67, 74, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 246, 247, 248, 257, 261

Diagnóstico precoce · 6, 14, 99, 101, 130, 147, 236, 245, 253

Diálogo · 12, 13, 24, 91, 94, 102, 106, 107, 108, 109, 110, 114, 117, 119, 138, 140, 183, 190, 195, 202, 206, 208, 209, 221, 222, 225, 228, 230, 260, 262

Direito à saúde · 12

Docentes · 12

Doenças cardiovasculares · 35, 37, 39, 46, 57, 216, 233, 235

Doenças crônicas · 7, 14, 15, 35, 37, 39, 53, 56, 58, 60, 62, 67, 69, 72, 74, 75, 78, 80, 146, 161, 163, 171, 214, 216, 238, 240, 246, 257

Doenças crônicas não transmissíveis · 14, 15, 35, 37, 56, 58, 60, 146, 161, 163, 171, 216, 257

Doenças imunopreveníveis · 84, 85, 87, 96

E

Educação · 6, 7, 8, 11, 12, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 32, 36, 38, 56, 59, 60, 61, 67, 74, 78, 84, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 102, 103, 105, 107, 109, 110, 114, 127, 131, 132, 133, 136, 140, 145, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 161, 164, 165, 168, 170, 171, 179, 182, 184, 186, 187, 188, 189, 199, 202, 203, 207, 219, 228, 232, 234, 237, 238, 244, 247, 254

Educação em saúde · 6, 7, 8, 11, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 32, 38, 56, 59, 60, 61, 67, 74, 78, 84, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 102, 103, 107, 109, 110, 114, 128, 131, 132, 133, 140, 145, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 161, 164, 165, 168, 170, 171, 179, 184, 186, 187, 189, 199, 234, 237, 238, 244, 247, 254

Enfermeiros · 8, 35, 40, 43, 59, 143, 151, 210, 217

Enfrentamento do tabagismo · 36

Ensino · 12, 80, 260, 261

Estratégias · 5, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 33, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 52, 58, 59, 60, 62, 66, 71, 75, 76, 78, 84, 87, 88, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 116, 117, 130, 131, 132, 138, 139, 140, 141, 147, 148, 149, 151, 153, 156, 157, 158, 159, 163, 164, 168, 169, 175, 176, 179, 180, 181, 183, 184, 187, 189, 190, 193, 195, 198, 199, 200, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 214, 219, 223, 224, 226, 228, 229, 230, 233, 236, 237, 238, 247, 250, 256, 258

Estudantes · 9, 12, 34

Excesso de peso · 56, 58, 59, 61, 67, 69, 74, 75, 77, 163, 240

Experiências desenvolvidas · 7, 12, 93

F

Famílias · 6, 8, 14, 133, 197

Fases da vida · 11

G

Gestação · 7, 11, 116, 120, 128, 137, 140, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 244, 246, 247, 248

Gestações não planejadas · 128, 129, 130, 131, 132, 133, 137, 139, 141

Gestão · 12, 80, 123, 140, 204, 207, 209, 221

Gestores · 8, 12

Graduação · 12

Grupos específicos · 11, 35, 212

H

Hospitalizações · 5, 6, 7, 8, 9, 10, 146

I

Imunização · 7, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 257

Infecções · 11, 101, 112, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 136, 138, 139, 141, 142, 145, 146, 149

Infecções sexualmente transmissíveis · 11, 112, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 138, 139, 141, 142

Inovação · 13, 15, 16

Intervenções · 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 39, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 59, 60, 61, 65, 66, 69, 75, 76, 85, 86, 87, 88, 93, 95, 96, 100, 102, 107, 109, 110, 114, 116, 117, 122, 123, 131, 141, 145, 148, 150, 170, 179, 182, 187, 188, 189, 199, 208, 209, 212, 219, 228, 229, 230, 235, 236, 239, 244, 246, 251, 254, 255, 258, 264

Intoxicação · 18, 26, 27, 29, 30, 31, 32

IST · 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 136, 137, 139, 140, 141, 142

M

Medicamentos psicotrópicos · 7, 11, 20, 22, 23, 27, 34, 182

Medidas terapêuticas · 8

Métodos contraceptivos · 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141

Monitoramento clínico · 20, 147, 162, 170, 171, 236, 244, 245

Morbimortalidade · 85, 129, 144, 146, 163, 233, 235

O

Obesidade · 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 67, 68, 69, 72, 76, 77, 78, 81, 82, 163, 172

P

Participação social · 10, 12, 14, 216, 255

Pé diabético · 7, 145, 146, 148, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160

Pesquisa · 12, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 34, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 60, 63, 88, 90, 95, 97, 98, 99, 103, 105, 108, 111, 114, 118, 119, 120, 121, 123, 125, 128, 132, 133, 135, 143, 149, 150, 157, 159, 160, 167, 173, 176, 181, 182, 183, 184, 185, 192, 194, 200, 201, 202, 203, 204, 211, 219, 220, 221, 222, 223, 228, 239, 248, 256, 267

Pesquisadores · 9, 12, 22, 23, 132, 181

Pessoas · 6, 7, 11, 12, 15, 18, 20, 37, 38, 58, 61, 67, 104, 106, 108, 133, 142, 145, 149, 150, 161, 164, 165, 170, 171, 178, 179, 194, 215, 216, 217, 218, 220, 227, 257, 260, 265

Planejamento familiar · 7, 11, 15, 120, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143

Plano de parto · 11, 114, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125

Políticas públicas · 6, 13, 38, 52, 58, 85, 102, 116, 122, 130, 171, 180, 210, 215, 253

População · 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 38, 39, 40, 58, 60, 61, 66, 75, 77, 80, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 110, 118, 119, 130, 132, 147, 148, 150, 157, 164, 165, 166, 167, 169, 173, 182, 197, 198, 199, 201, 204, 215, 216, 220, 231, 240, 254, 256, 257, 258, 260

Pós-graduação · 12

Prática profissional · 10, 12, 118, 130, 256, 258

Práticas assistenciais · 9, 14, 114, 116, 214, 222, 228, 242, 243, 244, 256

Prevenção · 6, 7, 11, 14, 16, 21, 35, 38, 39, 40, 53, 58, 59, 60, 61, 67, 72, 75, 76, 82, 85, 87, 88, 94, 95, 96, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 118, 129, 130, 132, 134, 137, 139, 140, 141, 142, 145, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 171, 179, 180, 181, 191, 197, 199, 200, 206, 208, 209, 214, 224, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 253, 255, 257, 259, 263, 266

Prevenção das IST · 99, 104, 106

Prevenção de agravos · 6, 40, 59, 61, 72, 75, 130, 141, 149, 181, 197, 240, 244, 247, 257, 259

Prevenção do pé diabético · 7, 11, 145, 148, 149, 151, 152, 153, 155, 158

Processo de parto · 114, 122

Processos de trabalho · 10, 12, 14, 86, 96, 147

Profissionais · 8, 10, 12, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 32, 36, 40, 43, 47, 59, 60, 62, 84, 87, 88, 90, 91, 92, 94, 96, 99, 102, 107, 110, 116, 117, 119, 120, 122, 128, 132, 133, 158, 164, 170, 188, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 217, 218, 219, 220, 224, 225, 226, 228, 229, 237, 239, 240, 243, 245, 247, 253, 255, 256, 258, 259, 266

Profissionais de saúde · 12, 21, 22, 26, 30, 32, 36, 119, 120, 122, 132, 195, 217, 218, 237, 239

Promoção da saúde · 6, 14, 16, 36, 40, 51, 52, 58, 59, 60, 61, 71, 74, 75, 76, 78, 88, 94, 95, 96, 102, 104, 109, 110, 111, 130, 141, 149, 159, 166, 176, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 197, 199, 200, 202, 203, 206, 210, 211, 214, 236, 240, 247, 257, 259

Q

Qualificação da assistência · 7, 10, 40, 120, 224, 229, 245, 250

R

Recursos disponíveis no SUS · 8

Rede assistencial · 6

Redes de Atenção à Saúde · 6, 12, 93

Residentes · 12, 43, 61, 182, 217, 218, 219, 220, 221, 227, 232

Riscos psicossociais · 11

S

Saúde bucal · 15, 182, 201, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 264, 265, 266

Saúde coletiva · 7, 196

Saúde da mulher · 15, 127, 133, 184, 235

Saúde da pessoa idosa · 11, 216

Saúde ginecológica e obstétrica · 114

Saúde mental · 7, 11, 15, 18, 20, 22, 25, 27, 30, 80, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 214, 216, 229

Saúde participativa · 145

Saúde pública · 16, 25, 31, 37, 38, 42, 56, 57, 63, 84, 85, 90, 97, 99, 101, 120, 125, 130, 135, 146, 152, 163, 176, 179, 185, 203, 223, 233, 235, 243, 253

Saúde reprodutiva · 128

Saúde sexual · 7, 99, 101, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 128, 129, 130, 135, 137, 138, 139, 140, 141

Serviços de saúde · 8, 14, 16, 66, 75, 86, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 139, 148, 163, 178, 199, 200, 209, 210, 238, 240, 252, 263, 264, 265

Serviços hospitalares · 6

Sistema Único de Saúde (SUS) · 6, 10, 13, 18, 20, 35, 38, 58, 61, 86, 101, 118, 129, 151, 197, 253, 263

Sobrepeso · 56, 58, 60, 61, 67, 72, 76, 78, 81

Sofrimento psíquico · 11, 32, 179, 181, 183, 184, 186, 187, 190, 197, 198, 200, 202, 205, 226

SUS · 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 35, 36, 38, 39, 41, 58, 59, 61, 86, 101, 103, 107, 118, 128, 129, 130, 133, 134, 137, 141, 151, 197, 199, 211, 253, 254, 263, 264, 265, 266

T

Tabagismo · 7, 11, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 62, 64, 261

Trabalhadores · 12, 44, 195, 197, 198, 199, 200, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 217, 219, 229

Trabalho coletivo · 13

Tratamento medicamentoso · 18, 27, 41, 42, 46, 47, 52, 166, 169, 171, 260

U

Ulcerações · 145

Uso de psicotrópicos · 18, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34

Uso seguro de medicamentos · 7, 11, 21, 31

V

Vacinação · 15, 84, 85, 86, 89, 91, 92, 93, 96, 98

Vida · 13, 16, 20, 32, 33, 34, 37, 39, 46, 49, 52, 56, 58, 60, 61, 62, 66, 67, 69, 71, 72, 77, 78, 85, 104, 129, 133, 137, 139, 142, 149, 161, 164, 165, 170, 171, 176, 177, 179, 182, 184, 187, 190, 198, 214, 215, 216, 218, 220, 221, 224, 227, 230, 232, 235, 236, 238, 244, 246, 251, 252, 253, 255, 260, 263, 264, 265, 266

Vigilância epidemiológica · 36, 101

Vulnerabilidade social · 11, 39, 99, 101, 102, 103, 104, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 139, 145, 148, 150, 166, 182, 187, 197



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 