

(A) GENTE EM PAUTA: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE DA FAMÍLIA

(A) GENTE EM PAUTA: PERMANENT PROFESSIONAL EDUCATION STRATEGY IN FAMILY HEALTH PROGRAM

(A) GENTE EM PAUTA: EDUCACIÓN PERMANENTE EN LA SALUD DE LA FAMILIA

Marina Dias da Silva¹
Bruna Mendes Carvalho²
Sandra Kaline Soares Nascimento³
Shirley Nunes Silva de Araújo⁴
Dailey Oliveira Carvalho⁵
Gleice de Oliveira Cordeiro⁶
Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues⁷

RESUMO: Este trabalho relata a experiência de construção do projeto (A)Gente em Pauta, na forma de ações de Educação Permanente em Saúde entre Agentes Comunitárias de Saúde e trabalhadoras residentes no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família inserida na Estratégia Saúde da Família. A descrição e análise do processo estão respaldadas no método de sistematização da experiência de Oscar Jara Holliday e na autoetnografia, de forma a marcar o caráter crítico-reflexivo da vivência na formação profissional e interpessoal das envolvidas. Como resultado, destaca-se o processo de territorialização, que subsidiou a organização e desenvolvimento do projeto, e a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem variadas, no decorrer dos sete encontros realizados, que geraram estratégias de atuação conjunta entre as participantes, como visitas domiciliares, intervenções no território e modificações nas relações entre Agentes Comunitárias de Saúde, residentes e equipe. Conclui-se que a Educação Permanente em Saúde pode se inserir na micropolítica dos serviços e promover a recriação do processo de trabalho, por meio do envolvimento de trabalhadoras locais, comunidade, gestores e instituições de ensino, com vistas a qualificar a Atenção Básica, priorizando o caráter ético, político e afetivo da Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Formação Profissional em Saúde. Residência Multidisciplinar.

¹ Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Feira de Santana.

² Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Feira de Santana.

³ Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁴ Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁵ Mestra em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁶ Mestra em Psicologia. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁷ Doutora em Difusão do Conhecimento. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

ABSTRACT: This work reports the experience of developing the "(A)Gente em Pauta" project, conducted through Permanent Health Education (PHE) actions involving Community Health Workers (CHW) and resident workers within the Multiprofessional Residency in Family Health, as part of the National Health Strategy (NHS). The description and analysis of the process are supported by Oscar Jara Holliday's experience systematization method and autoethnography, highlighting the critical-reflective nature of the experience in the professional and interpersonal development of those involved. As a result, the territorialization process is emphasized, which served as the foundation for the project's organization and development, alongside the use of diverse teaching-learning methodologies throughout seven meetings. These activities generated joint action strategies among participants, such as home visits, territorial interventions, and changes in the relationships between CHWs, residents, and the health team. The study concludes that Permanent Health Education can be integrated into the micropolitics of services and promote the recreation of work processes through the involvement of local workers, the community, managers, and educational institutions. This aims to qualify Primary Care, prioritizing the ethical, political, and affective dimensions of Permanent Health Education.

Keywords: National Health Strategies. Community Health Workers. Health Human Resource Training. Internship and Residency.

RESUMEN: Este trabajo relata la experiencia de construcción del proyecto "(A)Gente em Pauta", bajo la forma de acciones de Educación Permanente en Salud (EPS) entre Agentes Comunitarias de Salud (ACS) y trabajadoras residentes en el ámbito de la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia, inserta en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). La descripción y el análisis del proceso están respaldados por el método de sistematización de experiencias de Oscar Jara Holliday y por la autoetnografía, a fin de marcar el carácter crítico-reflexivo de la vivencia en la formación profesional e interpersonal de las involucradas. Como resultado, se destaca el proceso de territorialización, que sirvió de base para la organización y el desarrollo del proyecto, y la utilización de diversas metodologías de enseñanza-aprendizaje a lo largo de los siete encuentros realizados. Esto generó estrategias de actuación conjunta entre las participantes, tales como visitas domiciliarias, intervenciones en el territorio y modificaciones en las relaciones entre ACS, residentes y el equipo de salud. Se concluye que la Educación Permanente en Salud puede insertarse en la micropolítica de los servicios y promover la recreación del proceso de trabajo mediante el involucramiento de trabajadoras locales, la comunidad, gestores e instituciones de enseñanza, con el objetivo de cualificar la Atención Básica, priorizando el carácter ético, político y afectivo de la Educación Permanente en Salud.

Palabras clave: Estrategias de Salud Nacionales. Agentes Comunitarios de Salud. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Internado y Residencia.

1 INTRODUÇÃO

No contexto da Reforma Sanitária e remodelação da assistência à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, em 1991, criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) sendo, posteriormente, integrado ao Programa Saúde da Família (PSF), que, com a promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, foi estabelecida como estratégia

prioritária para consolidar a Atenção Básica (AB) (Pinto; Giovanella, 2018). Assim, segundo a política, suas diretrizes operacionais se baseiam no cuidado integral, resolutivo e centrado na pessoa, em território definido, de forma a ordenar a rede e garantir participação comunitária (Brasil, 2017).

À luz desses parâmetros, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) é incumbida de atribuições que vão desde o cadastro da população de sua microárea, até o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como de vigilância à saúde (Freire *et al.*, 2021). Assim, alinhada com a política que visa balizar a atuação das equipes de Saúde da Família (eSF) atuantes em territórios vivos, a ACS é convocada a trabalhar como ponte entre essa equipe e a comunidade.

As agentes operacionalizam de forma cotidiana o processo de territorialização e adscrição formulado na política, para permitir o planejamento e o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais que impactem nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2017). Cada ACS deve residir no território de atuação, sendo responsável por uma microárea com até 750 pessoas, sobre a qual assume atribuições que demandam vínculo e processo de qualificação permanente, alinhada à realidade de cada comunidade (Mendonça *et al.*, 2022).

3

Nesse contexto, Barros LS e Cecílio LCO (2019) sustentam que a inserção da ACS na Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma mudança no modelo assistencial, como resultado de estratégias locais de gestão que fomentam espaços de educação continuada/permanente, avaliação e monitoramento do trabalho desse profissional. Ainda assim, estudos apontam fragilidades nos processos formativos para a categoria, com a implantação de cursos fragmentados, avaliados como insuficientes e que reforçam o modelo biomédico (Mélló *et al.*, 2023; Giugliani *et al.*, 2023).

A revisão da PNAB (2017) coaduna com esse cenário, ao criar a equipe de Atenção Básica (eAB), flexibilizando a quantidade de ACS na equipe e incluir a aferição de glicemia capilar e realização de curativos simples no exercício das ACS. Tais mudanças podem acarretar barreiras de acesso aos serviços e dificultar a realização de ações de educação e promoção de saúde por essas profissionais (Freire *et al.*, 2021). Nesse quesito, legislações posteriores, como a Lei nº 13.708/18 e a Lei nº 14.536/23, tentam superar o disposto na portaria, ao trazerem a presença da ACS na ESF como essencial e obrigatória e regulamentam seu exercício enquanto profissionais da saúde, respectivamente.

Diante desses avanços normativos e das implicações para suas práticas, cabe salientar que formação e qualificação constituem-se temática central para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2007). Propor uma política que repense a formação de trabalhadores para o SUS é conceber um sistema complexo que começa no processo de trabalho, com as equipes nos serviços, de forma a integrar diferentes atores. Nesse sentido, a proposição da política é instituir relações orgânicas e permanentes entre as instituições de ensino, as ações e serviços de atenção à saúde, o controle social e a gestão da saúde, numa integração ensino-serviço-comunidade-gestão – o “quadrilátero” da formação (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

O trabalho na saúde é caracterizado pelo trabalho vivo em ato permanente, caracterizado por relações intercessoras entre trabalhadoras e usuários. Nesse território das relações, as tecnologias leves devem guiar o processo de trabalho e a produção de cuidado, o que demanda, muitas vezes, uma reorientação do modelo assistencial vigente (Merhy; Feuerwerker, 2016). Cenários como esse podem se concretizar por meio do reconhecimento e pactuação interinstitucional para planejamento, gestão e mediação de estratégias implicadas com os usuários e com vistas à integralidade do cuidado (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Assim, os Ministérios da Saúde e da Educação cooperam em iniciativas para reorientar a formação em saúde no Brasil, com foco no aprimoramento técnico-profissional e nas demandas sociais emergentes e persistentes. Dessa forma, têm-se a Residência Multiprofissional em Saúde, instituída pela lei nº 11.129/2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), instituído em 2007, e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), instituído em 2010, como algumas das iniciativas que apostam no ensino em serviço com integração de saberes a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade e da incorporação de práticas pedagógicas inovadoras (Lima *et al.*, 2024).

Diante disso, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) responde à proposta da PNEPS, na medida em que convoca atores para a construção de uma formação profissional alinhada com o fortalecimento do SUS, tendo a AB como local estratégico. Assim, no contexto da residência multiprofissional inserida na micropolítica dos serviços de saúde, a EPS pode ser o eixo intercessor entre residentes e as trabalhadoras do serviço, por meio do qual se pode repensar e refazer os processos de trabalho. Isso posto, questionamo-nos: de que forma

a interação entre esses atores propicia a formação de espaços para a construção de saberes e práticas colaborativas, pelo trabalho e para o trabalho?

Destacamos que, à luz da literatura, a discussão sobre essa articulação ainda é escassa, apesar da AB ser campo de formação em vários programas de residência no Brasil. Por meio da vivência contextualizada, pretende-se não apenas contribuir para a constituição de conhecimento científico, mas a socialização de experiências possíveis dentre as diversas possibilidades de trabalhos criativos no território, o que pode agregar na discussão sobre a implementação da PNEPS nas localidades, no aprimoramento das práticas em saúde e na valorização profissional de ACS e residentes.

Considerando esse contexto, o objetivo deste artigo é relatar a construção de ações de EPS entre residentes e ACS no projeto (A) Gente em Pauta, no âmbito da ESF, em um município no interior da Bahia, no período de maio de 2024 a julho de 2025.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter autoetnográfico. Segundo Chang (2008, *apud* Santos, 2017), a autoetnografia se sustenta na orientação metodológica de base etnográfica e analítica, para interpretação cultural de conteúdos autobiográficos aliados a um caráter reflexivo. Oriunda das investigações antropológicas, a inclusão da experiência do sujeito e dos fatores relacionais que permeiam o estudo, intenciona demarcar o caráter político e transformador que este carrega. Assim sendo, pretendemos relatar a experiência de planejamento e execução do projeto (A) Gente em Pauta, construído entre residentes e ACS durante a RMSF, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município no interior da Bahia, no período de maio de 2024 a junho de 2025.

O referido município localiza-se a 154 km da capital e conta com uma população estimada de 54.940 pessoas (IBGE, 2024). As eSF e as eSB estão organizadas em 14 USF e uma Unidade Básica de Saúde (UBS), apoiadas por uma equipe Multiprofissional (eMulti). O município é campo de atuação dos residentes desde o início do programa, em 2020, e duas USF são referências para as atividades do programa. Assim, a experiência a ser relatada está circunscrita à realidade de uma dessas unidades.

A USF localiza-se na área urbana e possui uma população adscrita de 5.374 usuários, acompanhados por uma equipe composta por uma (01) enfermeira – gerente do serviço – uma

(01) médica, uma (01) eSB, duas (02) técnica de enfermagem, uma (01) auxiliar administrativa, uma (01) auxiliar de serviços gerais e 12 ACS que se distribuem em 13 microáreas, já que uma das ACS atua em dois territórios de configuração rural.

A RMSF da UEFS tem entrada anual e dispõe de 10 vagas para profissionais de cinco (05) profissões, sendo elas: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Psicologia e Odontologia. Os profissionais são divididos em duas USF's polo que recebem grupos com residentes de cada categoria profissional. Ao longo do período diversas atividades são desenvolvidas em conjunto com as eSF, dentre elas a territorialização como ferramenta de planejamento e contato com o território, e a Educação Permanente que aproxima saberes e suscita a construção de uma atuação colaborativa.

A sistematização da proposta, pelo método de Oscar Jara Holliday (2006), está estruturada em cinco tempos abertos para adaptações de acordo com a realidade e condições de cada um. Dessa forma, este trabalho se organiza em: ponto de partida, perguntas iniciais, recuperação do processo vivido, reflexão de fundo e pontos de chegada (*op. cit.*, 2006). Para desenvolvimento metodológico, destacamos que o ponto de partida foi delineado na introdução deste trabalho. Uma vez que tal etapa se constitui como primeiro momento do processo de sistematização, garantido pela participação na experiência e pelos registros do que foi feito, aspectos que são a base da discussão teórica.

6

Além disso, a pergunta inicial também se encontra explícita na introdução, da qual deriva o objetivo e o recorte deste trabalho. A recuperação do processo vivido e a reflexão de fundo estarão dispostas como Resultados e Discussão, respectivamente, e as Considerações Finais se constituem como os pontos de chegada esboçados a partir dos tópicos anteriores.

Assim, para efeitos de implicação no processo de escrita, já que deriva de vivência implicada, reivindicamos liberdade para escrever em 1ª pessoa do plural, e adotando os vocativos e pronomes no feminino, com a permissão da autoetnografia, porque exige a conscientização, avaliação e reavaliação da participação de quem escreve no desenvolvimento do trabalho, e de como a experiência contribuiu na formação de uma intersubjetividade (Santos, 2017).

Dessa forma, privilegiamos a construção coletiva que perpassou as ações e as discussões propostas neste trabalho – na figura de cinco (05) residentes, grupo formado por mulheres em sua totalidade, 12 ACS, das quais seis (06) são mulheres, constituindo a maioria em identidade de gênero, e tutoras e preceptoras da RMSF – com base na orientação cultural do método

autoetnográfico, que tem como suporte a interpretação dos fatores vividos, do aspecto relacional entre os sujeitos envolvidos e dos fenômenos investigados (Santos, 2017).

Para tanto, o processo de sistematização foi oriundo de registros em três (03) fontes principais. Em primeiro lugar, as ferramentas de planejamento que orientam as ações na residência, baseadas no Planejamento Estratégico Situacional (PES) (Teixeira, 2010); em segundo, o diário de campo e os relatórios formais requeridos pela RMSF, ferramentas metodológicas para registro e análise posterior da experiência vivenciada; e por fim, os registros fotográficos e materiais produzidos para e durante os encontros, para reconstrução do momento tal como foi experienciado.

Para fins de fundamentação ética, salientamos que este relato atende à Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, em parágrafo do artigo 1º, que dispensa o registro no sistema CEP/CONEP de pesquisas sobre “VIII - atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização” (Brasil, 2016, p. 2). Assim, a identidade dos sujeitos que participaram da experiência foi preservada, e os conteúdos referentes à descrição das atividades foram lidos e analisados apenas pelas pessoas envolvidas na elaboração deste trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

RECUPERAÇÃO DO PROCESSO VIVIDO

O planejamento das ações de EPS se iniciou com o processo de Territorialização da área de abrangência da USF, realizado por nós, residentes, e as ACS. A etapa de reconhecimento do território teve início em maio de 2024 e se estendeu até setembro do mesmo ano. A observação *in loco* contemplou 13 microáreas onde efetuamos entrevistas com as ACS, a partir de roteiro para coletar informações sobre o território, foram realizadas consultas aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), para acesso a dados já sistematizados, e visitas domiciliares, que permitiram o contato com moradores das localidades que são usuários da USF.

Então, tivemos acessos a dados relativos, por exemplo, ao quantitativo de casos de pessoas convivendo com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) que estavam com o acompanhamento descontinuado na USF; a dificuldade de construir cuidado compartilhado com pessoas em sofrimento psíquico; o desencontro de informações na comunidade a respeito das Condições Pós-covid, conjunto de sinais e sintomas reconhecidos

pelo Ministério da Saúde como decorrentes do quadro da Covid-19; a dificuldade das ACS em acompanharem as atualizações do calendário vacinal por conta da ausência de momentos formativos que discutam esse tema; as fichas de cadastro sem a atualização necessária das informações das famílias e indivíduos, com informações equivocadas ou incompletas no que tange às categorias de raça/cor/etnia, gênero, sexualidade e nome social; e a sobrecarga enfrentada no cotidiano das ACS, diante das demandas do trabalho em território.

Ainda nesse intento, cabe destacar que a territorialização é um processo contínuo e pode ser encarado para além da dimensão técnico-científica, mas como a inserção implicada no território que propicia rever o processo de trabalho e as práticas de cuidado. Dessa forma, as interações com a equipe e com a comunidade são tomadas como territorialização na medida em que permitiram reconhecer um território por meio das ações das profissionais em articulação com os usuários, dos desafios, das exigências verticalizadas e das demandas por condições dignas de trabalho. As relações com as ACS, em especial, estreitaram-se, já que para além de conhecer aspectos objetivos de cada microárea, foi possível ter contato com as percepções subjetivas das profissionais que trabalham e moram ali.

Ao final da territorialização fomos convocadas, em acordo com a trajetória formativa na residência, a propor intervenções voltadas à rotina do trabalho em saúde naquele contexto, a partir daquela realidade. Como já exposto, discutimos com as ACS que havia uma distância entre as exigências no processo de trabalho e as propostas formativas que deveriam orientar essa atuação, aspecto que não era contemplado naquela realidade e que foi atestado pela vivência em campo.

A partir disso, então, havia uma fragilidade na consolidação da EPS voltada para a atuação das profissionais, que refletia na atuação das residentes. Esse direcionamento partiu da relação construída ao longo da territorialização e tendo em vista a dificuldade em articular com toda a eSF para dispor de agenda que contemplasse momentos de discussão sobre o trabalho, questão que se relaciona com a forma como a EPS é compreendida a nível de gestão municipal. Já a nossa inclusão no problema, enquanto residentes, deu-se em virtude da relação construída com as ACS e do lugar que poderíamos ocupar, visto que, transitando entre teoria e prática, a residente é convocada a refletir criticamente sobre a prática em uma dinâmica que afeta o processo de trabalho dos profissionais e os valoriza – considerando as profissionais locais e as profissionais-residentes (Gomes *et al.*, 2025).

Para dar seguimento ao projeto, as temáticas possíveis eram discutidas nas reuniões mensais da USF, de forma a pactuar as ações e alinhar expectativas. Dessa forma, alguns temas foram sugeridos pelas ACS e outros por nós residentes, a partir do vivido em conjunto no reconhecimento do território. As ações estiveram incluídas nos turnos de trabalho e buscaram o engajamento das participantes por meio da problematização do processo de trabalho, da prática colaborativa, e da reflexão crítica sobre o território e os impactos à saúde individual e coletiva que são agenciados por ele.

Assim, os encontros foram planejados a partir de momentos de estudo e discussão de materiais, como a PNEPS, a Política Nacional de Humanização (PNH), o Acolhimento pedagógico para profissionais da Atenção Básica da Secretária de Saúde do Estado da Bahia, os Cadernos de Atenção Básica e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), em seus princípios de emancipação, diálogo, amorosidade, problematização, construção do projeto democrático popular e construção compartilhada de conhecimento (PNEPS-SUS, 2013).

No decorrer das pactuações, identificamos aspectos que poderiam dificultar a concretização e andamento das atividades. Além da participação restrita da eSF, elencamos a indisponibilidade de espaço na USF para realização das atividades e a ausência de apoio da gestão municipal na concretização do projeto, no que concerne à articulação de apoio institucional e ao suporte material e logístico para realização das ações. Já como facilidades, destacamos: o comprometimento e interesse das profissionais presentes nas reuniões; o fácil acesso à Academia da Saúde, para onde transferimos as atividades; a participação das residentes que ingressaram em 2025; e o apoio da instituição de ensino, com a disponibilização de equipamentos e materiais impressos, e por meio dos dispositivos de tutoria e preceptoria.

O primeiro (A) Gente em Pauta foi realizado em novembro de 2024 e o último em julho de 2025, perfazendo um total de sete (07) encontros, realizados uma vez por mês com duração média de duas horas. Essa periodicidade foi estabelecida de modo a não conflitar com outras agendas da residência e do trabalho das ACS, cabendo ressaltar que nos meses de janeiro e abril as ações não ocorreram por dificuldades em alinhar horários. Os momentos foram facilitados por nós, residentes, mas a construção demandou a participação de todas as envolvidas. A avaliação foi empreendida por meio da frequência nos encontros e da devolutiva das trabalhadoras.

Os momentos encontram-se detalhados no Quadro 01, a seguir:

Quadro 1 - Planilha dos encontros do (A)Gente em Pauta, de novembro de 2024 a julho de 2025.

Encontros	Temas	Objetivos	Metodologias	Recursos	Referências	Participantes
1	Qualidade dos dados cadastrais e os Marcadores Sociais da Diferença (MSD).	Discutir como os MSD e a qualidade dos dados cadastrais impactam na produção do cuidado na AB.	Exposição de slides, roda de conversa, atividade prática e entrega de glossário sobre os MSD.	Projeto; computador; material impresso; lápis e caneta.	BRITO JCM. Importância da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na coleta de dados em unidade básica de saúde. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. HIRANO LFK, <i>et al.</i> (Orgs.) Marcadores sociais das diferenças: fluxos, trânsitos e intersecções. Goiânia: Editora Imprensa Universitária, 2019. 258 p.	Cinco ACS e cinco residentes.
2	Fortalecimento do conhecimento sobre vacinas.	Atualização sobre o calendário vacinal de diferentes faixas-etárias.	Exposição de slides, roda de conversa e atividade prática.	Projeto; computador; material impresso; lápis e caneta.	BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2024.	Seis ACS, quatro residentes e técnica de enfermagem.
3	Condições pós-covid.	Atualização sobre a temática.	Exposição de slides, roda de conversa e jogo interativo.	Projeto; computador; material impresso.	BRASIL. Ministério da Saúde. Atualizações acerca das condições pós-COVID no âmbito do Ministério da Saúde. Nota Técnica N.º 57/2023 – DGIP/SE/MS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Post COVID-19 condition: Case definition, epidemiology, and guidelines. Genebra: OMS, 2021.	Seis ACS e seis residentes.
4	Saúde mental no território.	a) Qualificar o cuidado em saúde mental junto aos usuários, famílias e equipe; b) Fortalecer a discussão de casos para produção de cuidado.	Exposição de slides, roda de conversa e discussão de casos do território.	Projeto; computador.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 173 p. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores do campo. Brasília, DF: OPAS, 2015.	Nove ACS e onze residentes.

Encontros	Temas	Objetivos	Metodologias	Recursos	Referências	Participantes
5	Saúde da trabalhadora ACS.	Propiciar espaço para trocas de experiências sobre o trabalho.	Exposição de slides roda de conversa e atividade prática.	Projeto; computador; cartolina; canetas.	BORGES DC. Círculo de Cultura como estratégia de promoção da saúde: encontros entre educação popular e interdisciplinaridade. Saúde Debate , v. 46, n. especial 6, p. 228-238, 2022. FERREIRA JNS. <i>et al.</i> Agente Comunitário de Saúde: condições laborais e saúde do trabalhador. Rev Bras Med Trab , v. 19, n. 4, p. 437-444, 2021.	Sete ACS e sete residentes.
6	Manejo de HAS e DM.	Atualizar sobre as diretrizes clínicas e terapêuticas da HAS e da DM e discutir sobre o trabalho interprofissional.	Exposição de slides roda de conversa e atividade prática.	Projeto; computador; esfigmomanômetro; glicosímetro; fita; lanceta.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica . Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: hipertensão e diabetes . Porto Alegre: Coren-RS, 2020. 140 p.	Quatro ACS, dez residentes e enfermeira-preceptora.
7	Cine (A) Gente em Pauta: trabalho em equipe e busca ativa.	Fortalecer o trabalho em equipe e a busca ativa como estratégia de produção do cuidado com foco em pessoas que convivem com HAS e DM	Exposição do episódio 07 “Joel” da série de televisão “Unidade Básica” e roda de conversa.	Projeto; computador.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica . Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. JOEL (Temporada um, ep. sete). Unidade Básica [Seriado]. Direção: Carlos Cortez e Caroline Fioratti. Elenco: Caco Ciocler, Bianca Müller, Ivo Müller, Ana Petta, Francisco Gaspar. Rio de Janeiro: Universal Channel, 2016. 1 vídeo (27 min.).	Dez ACS e onze residentes.

Fonte: as autoras, 2025.

A presença das ACS variou ao longo dos encontros, mas foi representativa na maioria deles, sendo o maior quantitativo no último, que contou com dez profissionais. Nosso grupo de residentes, alocado na USF, participou de todas as atividades, em parceria com residentes alocadas na outra unidade e com a turma ingressante de 2025. Ademais, tivemos a presença da

técnica de enfermagem e da enfermeira da unidade, que também é preceptora, em dois encontros diferentes.

Por fim, os efeitos do projeto se expressaram no engajamento das ACS nas discussões, nos relatos sobre suas percepções acerca do processo de trabalho na USF e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, nos exemplos de casos do território, nos momentos de confraternização, na disposição em estar ali para escutar os colegas de trabalho e para se colocar em suas angústias, contribuindo com soluções ou com questionamentos que abriam espaço para a criação coletiva.

Diante disso, houve pactuações e solicitações de ações conjuntas, de visitas domiciliares, de novas sessões de série de TV, e de outros momentos para que elas fossem ouvidas, também por outros membros da equipe e da gestão. Isso ressoou no fortalecimento e valorização das relações interpessoais e profissionais, na recriação do processo de trabalho e na mobilização de demandas por parte das trabalhadoras, num movimento que extrapolou as duas horas de duração propostas para cada encontro e que se aproxima de uma consolidação da EPS na micropolítica das relações, aspecto almejado com o início do projeto.

REFLEXÕES DE FUNDO

12

A vivência relatada diz respeito à construção coletiva de estratégias contextualizadas ao território da ESF. Com base nas ferramentas de planejamento em saúde, foi possível traçar um projeto que reuniu ACS e residentes dispostas à aprendizagem mútua e significativa a partir da discussão de temáticas relacionadas ao processo de trabalho das envolvidas.

Quando se transpõe essa experiência à micropolítica do serviço de saúde, a realidade é a de um processo de trabalho no qual a EPS não encontra espaço, frente às demandas do cotidiano da AB. Essas demandas operam em dobra, na medida em que se determina sua captura pelo que está institucionalizado nas políticas, mas elas escapam pelas fissuras de um trabalho que é produzido em ato (Franco; Merhy, 2012). Portanto, ainda que haja um imperativo das políticas e diretrizes clínicas para que a atuação seja pautada na exigência por produtividade, na priorização dos conhecimentos clínicos e epidemiológicos e na persistência do modelo biomédico; o trabalho é atravessado pela postura, atitude e pelo autogoverno dos profissionais (Pereira *et al.*, 2021).

No cenário das ações relatadas, a expressão de autogoverno por parte das ACS, que por conta de sua rotina de trabalho e de seu vínculo empregatício conseguiam participar das ações,

revela a precarização do trabalho dos outros profissionais que compõem a eSF. Ferreira *et al.* (2019) trazem as ações de EPS na AB, por vezes, associadas a uma concepção instrumental da educação, com momentos fragmentados e descontextualizados com o território, por razões como a ausência de planejamento e de articulação entre os níveis da gestão, da baixa adesão e da rotatividade das trabalhadoras, e da baixa participação popular.

Isso coincide com a educação profissional naquele contexto, que é caracterizada por ações pontuais e verticalizadas para equipes que estão sujeitas a mudanças frequentes na composição. A ausência de processos permanentes, estruturados a partir de uma gestão colegiada e com apoio institucional a níveis municipal e estadual, limita a capacidade formativa, a transformação da dinâmica de trabalho e, em consequência, a articulação com a atenção à saúde. À vista disso, a EPS pode ser ponto de incômodo para gestores e trabalhadoras conforme a problematização sobre o processo de trabalho venha despertar mobilizações e questionamentos acerca do modo hegemônico de produzir saúde (Merhy; Feuerwerker, 2016).

Nesse ponto, cabe destacar os efeitos produzidos a partir da experiência, como a demanda das trabalhadoras por escuta por parte dos gestores e as discussões sobre as limitações do processo de trabalho e da RAS como resultados de um cenário mais amplo de fragilização da ESF. Entre as demandas direcionadas às ACS, como a execução de atividades que fogem do escopo original de suas atribuições, e a configuração de equipes que flexibiliza a presença dessa profissional, a PNAB de 2017 precariza suas condições de trabalho, pois descaracteriza seu papel na promoção de saúde e mecaniza suas ações sem processos de formação técnica que acompanhem as exigências, reforçando o modelo biomédico (Dias *et al.*, 2025).

Relativo à execução de atividades que antes da PNAB não faziam parte das atribuições das ACS, o tema do sexto encontro foi um dos que partiu de demanda direta das profissionais e possibilitou discutir esse aspecto, trabalhar questões relacionadas ao manejo de HAS e DM pela via da educação em saúde, e exercitar a prática de aferição de pressão arterial e de glicemia capilar. Alinhado à proposta da EPS, a intenção foi problematizar como essas atribuições se inserem na rotina das ACS, em vista de sua atuação entre USF e comunidade, a disponibilidade de insumos para suprir essas exigências e a qualidade da formação oferecida pelo município, que seguia um formato de capacitação técnica desarticulado do território.

O destaque a esse tema convém para retomar o planejamento como parte da gestão do processo de trabalho, na medida em que possibilita a construção de ações de EPS com recurso para tanto, compromisso com a transformação e qualificação da atenção à saúde, e vontade

política por parte da gestão (Jesus; Rodrigues, 2022; Santos *et al.*, 2021). Conhecer as necessidades das trabalhadoras e da comunidade, por meio da territorialização, estabelecer parcerias interinstitucionais e convocar os diferentes atores envolvidos na produção do cuidado são a base para fortalecer a EPS nas diferentes realidades dos serviços de saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A experiência relatada denota o cotidiano do serviço como campo para a EPS a partir do encontro que se dá entre trabalhadoras, usuários e a micropolítica do processo de trabalho, que despertam inquietações e trocas. Esse lugar não é natural e dado, mas fruto da mobilização de grupos no ambiente onde convivem e da disposição afetiva dos envolvidos para a conformação de um espaço que, atravessado pela relação entre a macro e a micropolítica, seja favorável à formação e à recriação das ações (Figueiredo *et al.*, 2022).

Nesse caso específico, os encontros entre as trabalhadoras locais e as trabalhadoras-residentes no contexto do processo de territorialização, das atividades

compartilhadas no cotidiano da USF com os demais integrantes da equipe, das pactuações e reuniões, e das ações de EPS mobilizaram trocas sobre as vivências de trabalho na saúde tensionando tanto a formação entre as problemáticas do serviço e da rede, quanto as potencialidades daquele encontro para ambos os grupos, em uma relação intercessora (Merhy *et al.*, 2019).

14

Assim, as subjetividades que circulavam nesse espaço foram mediadas pelas tecnologias leves, pois se tratavam da produção de vínculos, do acolhimento mútuo, da escuta e do reconhecimento da importância do outro e de si na prática coletiva, a partir da construção de uma realidade comum para as envolvidas. Nesse sentido, as tecnologias leve-duras, na figura dos saberes científicos estruturados, e as duras, representadas pelas normas e os equipamentos, participaram dos momentos de forma a não capturar a dinâmica viva do trabalho, bem como a não tomar o protagonismo nem das pessoas presentes, nem da intencionalidade do encontro tal como acontecia.

O desenho ideal incluiria a comunidade e os gestores, num arranjo em quadrilátero, em que todos esses atores se articulassem para o planejamento, mediação e gestão (Schott *et al.*, 2023). No planejamento e execução do (A) Gente em Pauta, a interlocução com os usuários se deu de forma indireta, como parte da relação entre as ações de EPS e os efeitos que poderiam ter no cuidado em saúde. Já a interlocução com os mecanismos da gestão municipal em saúde aconteceu a partir da comunicação sobre o projeto e da solicitação de apoio para execução. Ainda

assim, cabe destacar que a articulação que propiciou a implantação e a manutenção da RMSF no município demandou a pactuação entre os vértices do quadrilátero, contemplando ensino-serviço-gestão-control social como baliza para sua existência.

Ademais, a Prática Interprofissional (PIP) pôde ser vivenciada nas trocas ao longo do projeto, as quais produziram estratégias de atuação em território, como visitas domiciliares, momentos conjuntos de educação em saúde e de discussão de casos, e acionamento de nós residentes em demandas como atendimentos individuais e coletivos. Nesse intento, evidenciamos aqui o último encontro, que incluiu a devolutiva e discussão dos resultados de outro projeto entre ACS e residentes que aconteceu concomitantemente ao (A) Gente em Pauta, reforçando atributos que perpassam a comunicação e colaboração interprofissional, objetivos comuns centrados nos usuários e interdependência das ações (Peduzzi *et al.*, 2020).

Esses atributos foram corroborados pelo uso de metodologias de ensino-aprendizagem que estimulavam a participação das presentes e abarcavam elementos como jogos interativos, atividades práticas relacionadas à temática, rodas de conversa, discussão de casos e exibição de seriado de televisão. Segundo Roman *et al.* (2017), o emprego de metodologias ativas ressalta a relevância social do aprendizado, fomentando a retenção do conhecimento e sua incorporação na rotina prática e na sociedade. Logo, a intenção foi estimular processos críticos e reflexivos por meio da imersão na realidade e da busca por soluções para as problemáticas identificadas, pela via dialógica e contemplando o caráter vivo das comunidades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho debruçou-se sobre um desenho que se transformou em ato e que intencionou defender a educação permanente como formação política para residentes e trabalhadoras, estabelecida na micropolítica das relações. A interação ensino-serviço-comunidade-gestão, por meio da implantação e manutenção do programa de residência multiprofissional, fomenta processos formativos que mobilizam a rede, as trabalhadoras, a comunidade e a gestão em saúde para a formação de profissionais e para a qualificação da atenção à saúde, contribuindo para o fortalecimento da ESF e do SUS, em última instância.

Contudo, para o planejamento e desenvolvimento de ações dentro do contexto da residência e fora dele, é fundamental incluir permanentemente os usuários e os gestores, para que a gestão e as responsabilidades sejam compartilhadas, e para que a continuidade da proposta seja garantida. Ademais, convém negociar a participação de todos os membros da equipe,

articulando níveis de gestão para que as atividades formais integrem a agenda de trabalho e aconteçam no espaço físico das unidades de saúde. Desse modo, pode-se contemplar a realidade dos territórios e dos processos de trabalho que se estabelecem a partir disso, além de ratificar o caráter ético e político da EPS com a transformação crítica dos serviços e dos sujeitos envolvidos no cuidado à saúde.

Ainda, vale o aceno à necessidade de fortalecimento e valorização política da presença da ACS na AB, que encontra nessa profissional o compasso para o trabalho em território e alinhado às famílias e comunidades, bem como de repensar os mecanismos institucionais e políticos voltados ao provimento, fixação e valorização das eSF nos municípios, de forma a garantir a continuidade dos processos de trabalho.

Por fim, destacamos o apoio da instituição de ensino a qual se vincula o programa de residência e a potencialidade da articulação entre educação e trabalho na reorientação da formação para a área da saúde. Isso aproxima trabalhadoras em formação do cotidiano dos serviços, das comunidades e das profissionais, estabelecendo relações afetivas que podem olhar de forma atenta para o que pode ser transformado, modificar o instituído e fazer circular desenhos de outras realidades possíveis.

REFERÊNCIAS

1. BARROS LS, CECÍLIO LC. O. Entre a 'grande política' e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 10-21, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6KxJ9h98cL76MMn5vm5dwGv/?lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2025.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 ago 2007. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 09 maio 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 set 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 20 jan 2026.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, 2017.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 09 maio 2025.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 de abril 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/reso510_07_04_2016.html. Acesso em: 09 maio 2025.

6. CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2025.

7. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde**. [Internet], 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 jun 2025.

8. DIAS JR, et al. Política Nacional de Atenção Básica (2017) e as atribuições dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 78, n. 1, p. 1-9, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Dpz8bD4Z6dXQrTRmXYdN3kG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun 2025.

9. FERREIRA L, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jun. 2025.

10. FIGUEIREDO EBL, et al. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1164-1173, out./dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sRPvgfL8KzJM7R8NsVsrnw/>. Acesso em: 20 jul 2025.

11. FRANCO TB, MERHY EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, 2012. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 15 jun 2025.

12. FREIRE DEWG, et al. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 85, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2021.v55/85/pt>. Acesso em: 15 jun 2025.

13. GIUGLIANI C, et al. Habilidades dos agentes comunitários de saúde: análises com estudantes do curso técnico do Programa Saúde com Agente. **Rev. APS**, v. 26, p. 1-24, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262342466>. Acesso em: 09 jul 2025.

14. GOMES AES, et al. Trocas que transformam: a importância da colaboração entre profissionais das equipes locais e profissionais-residentes na saúde da família. **Cenas**

Educacionais, v. 8, 2025. Disponível em: https://www.revistas.uneb.br/index.php/cenaseducacionais/article/view/22245/16134?fbclid=PAQoxDSwL4mFpleHRuA2FlbQIxMQABp9ThG_Bc-BE5UJ-qBHqYtFkHeO99hJc6xaplgJAHe6RAYfnTNrFQjmo9JHbE_aem_xFAJhNLucK3yazx3wISiKw. Acesso em: 2 jun 2025.

15. HOLLIDAY OJ. **Para sistematizar experiências**. 2. ed. Brasília: Revista MMA; 2006. 128 p. Acesso em: 10 maio 2025

16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**, 2024. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2024. [Internet]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 10 maio 2025.

17. JESUS JM, RODRIGUES W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GP8Tbc45LMsFMNvd8fbx9fz/>. Acesso em: 20 jul 2025.

18. LIMA JPM, et al. Integralidade como diretriz formativa na atenção primária sob a perspectiva dos residentes em Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1-19, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/wDW7ZNjkG8fTPk4VpKw7mJN/>. Acesso em: 20 jul 2025.

19. MÉLLO LMBD, et al. Agentes comunitárias de saúde e a busca pelo ensino superior: motivações e implicações para a profissão. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 33, p. 1-21, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dhf9QdnHVxjZGSFDDn4Vcwk/>. Acesso em: 10 jul 2025.

18

20. MENDONÇA VR, et al. Os desafios da Atenção Primária na perspectiva dos ACS de Itaperuna. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 9, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31853>. Acesso em: 15 jul 2025.

21. MERHY EE, FEUERWERKER LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. (orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>. Acesso em: 15 jul 2025.

22. MERHY EE, et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 70-83, dez., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/>. Acesso em: 10 jul 2025.

23. PEDUZZI M, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jun 2025.

24. PEREIRA MM, et al. Modos de interação disciplinar como linha de escape no trabalho em Saúde da Família: uma análise cartográfica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. 1-25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KNFvCTJ34Y5d9sfdp99rtBN/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun 2025.
25. PINTO LF, GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 26, v. 6, 1903-1913, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul 2025.
26. ROMAN C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Clin Biomed Res**, v. 37, n. 4, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/73911/pdf>. Acesso em: 05 nov 2025.
27. SANTOS AR, et al. Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e ressignificações. **Rev. enferm. UFPE**, v. 14, 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003055167>. Acesso em: 10 jul 2025.
28. SANTOS SMAO. método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **PLURAL**, 24(1), p.214-241, 2017. Disponível em: <https://revistas.usp.br/plural/article/view/113972>. Acesso em: 03 jun 2025.
29. SCHOTT M, et al. Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Educação: Teoria e Prática**, 66(33), 2023. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/eduteo/v33n66/1981-8106-eduteo-33-66-e14.pdf>. Acesso em: 05 nov 2025.
30. TEIXEIRA CF (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA; 2010. 161p.