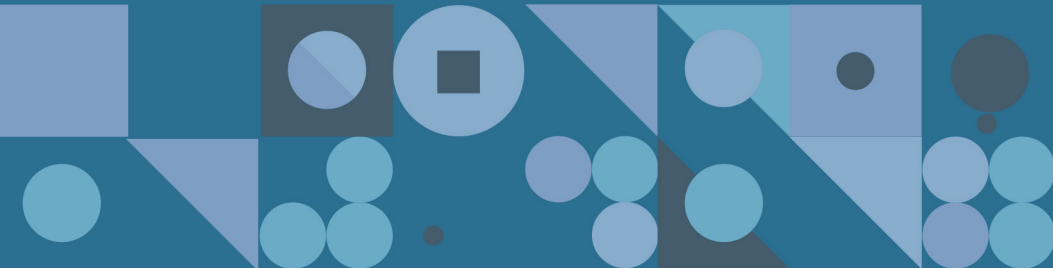


Caderno Temático da **Educação Permanente** em **Saúde** de **Vitória** **Vol. 1**

Saúde da Pessoa Idosa e Cuidado
Materno-Infantil no primeiro ano de vida



Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa
Daniele Stange Calente
Fernanda Poleze da Silva
Noemia do Nascimento Butzke
(Orgs.)

Caderno Temático da **Educação Permanente** em **Saúde** de **Vitória** **Vol. 1**

**Saúde da Pessoa Idosa e Cuidado
Materno-Infantil no primeiro ano de vida**

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa
Daniele Stange Calente
Fernanda Poleze da Silva
Noemia do Nascimento Butzke
(Orgs.)

Conselho Editorial

Profa. Dra. Andrea Domingues
Prof. Dr. Antônio Carlos Giuliani
Prof. Dr. Antonio Cesar Galhardi
Profa. Dra. Benedita Cássia Sant'anna
Prof. Dr. Carlos Bauer
Profa. Dra. Cristianne Famer Rocha
Prof. Dr. Cristóvão Domingos de Almeida
Prof. Dr. Eraldo Leme Batista
Prof. Dr. Fábio Régio Bento
Prof. Dr. Gustavo H. Cepolini Ferreira
Prof. Dr. Humberto Pereira da Silva
Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa

Prof. Dr. José Rubens Lima Jardimilino
Prof. Dr. Juan Droguett
Profa. Dra. Ligia Vercelli
Prof. Dr. Luiz Fernando Gomes
Prof. Dr. Marco Morel
Profa. Dra. Milena Fernandes Oliveira
Prof. Dr. Narciso Laranjeira Telles da Silva
Prof. Dr. Ricardo André Ferreira Martins
Prof. Dr. Romualdo Dias
Profa. Dra. Rosemary Dore
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus
Profa. Dra. Thelma Lessa
Prof. Dr. Victor Hugo Veppo Burgardt

**©2026 Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa; Daniele Stange Calente;
Fernanda Poleze da Silva; Noemia do Nascimento Butzke (orgs.)**

Direitos desta edição adquiridos pela Paco Editorial. Nenhuma parte desta obra
pode ser apropriada e estocada em sistema de banco de dados ou processo similar,
em qualquer forma ou meio, seja eletrônico, de fotocópia, gravação, etc., sem a
permissão da editora e/ou autor.

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

C129

Caderno Temático da Educação Permanente em Saúde de Vitória (Vol. 1):
saúde da pessoa idosa e cuidado materno-infantil no primeiro ano de vida /
Organização de Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa, Daniele Stange Calente,
Fernanda Poleze da Silva, Noemia do Nascimento Butzke. -- 1. ed. -- Jundiaí,
SP : Paco Editorial, 2026.

72 p. ; 14x21 cm.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-462-3208-6

1. Escola Técnica do SUS - Vitória (ES). 2. Saúde pública - Vitória (ES).
3. Promoção da saúde. 4. Pessoal da área de saúde pública - Educação (Edu-
cação permanente) - Vitória (ES). I. Corrêa, Mônica Cola Cariello Brotas (Orga-
nizadora). II. Calente, Daniele Stange (Organizadora). III. Silva, Fernanda Poleze
da (Organizadora). IV. Butzke, Noemia do Nascimento (Organizadora). V. Título.

26-106099.0

CDD: 362.1098152

CDU: 614.2(815.2)

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

PACO  EDITORIAL

Av. Carlos Salles Block, 658
Ed. Altos do Anhangabaú, 2º Andar, Sala 21
Anhangabaú - Jundiaí-SP - 13208-100
11 4521-6315 | 2449-0740
contato@editorialpaco.com.br
Foi feito Depósito Legal.

PREFEITO DE VITÓRIA

Lorenzo Pazolini

VICE-PREFEITA DE VITÓRIA

Cristhine Samorini

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA

Magda Cristina Lamborghini

SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Patricia Rocha Vedova Pirola

SUBSECRETÁRIO DE APOIO ESTRATÉGICO

Thiago Gaspar Corrêa

GERÊNCIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Flávio Alves Thomaz

**ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE
SAÚDE (ETSUS-VITÓRIA)**

Josenan de Alcântara Almeida Costa

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA ETSUS-VITÓRIA

Denise Mara Ramaldes Pedrosa

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
<i>Josenan de Alcântara Almeida Costa</i>	

INTRODUÇÃO	9
-------------------	----------

CAPÍTULO 1.	
UMA REVISÃO TEÓRICA DA POLÍTICA DE	
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SEUS	
IMPACTOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa

Fernanda Poleze da Silva

Daniele Stange Calente

Noemia do Nascimento Butzke

CAPÍTULO 2.	
A METODOLOGIA DE AÇÕES EDUCATIVAS	
ESTRATÉGICAS	25

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa

Fernanda Poleze da Silva

Daniele Stange Calente

Noemia do Nascimento Butzke

CAPÍTULO 3.	
AÇÃO EDUCATIVA ESTRATÉGICA: CUIDADO	
INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	33

Adjane da Silva Vasconcelos

Camila Saltini Muller

Daniele Stange Calente

Maria Aparecida Moreira Raposo

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa

Noemia do Nascimento Butzke

Renata Maria Sales Madureira

Sandra Maria Bissoli

CAPÍTULO 4.

AÇÃO EDUCATIVA ESTRATÉGICA: SAÚDE MATERNO-INFANTIL – DA GESTAÇÃO AO PRIMEIRO ANO DE VIDA

53

Aline Muzi de Castro

Ana Maria Tesch Capezzuto

Daniel Domith Vicente

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa

Noemia do Nascimento Butzke

Samara Lhorrainy dos Reis de Freitas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

COMPROMISSO COM A MUDANÇA

69

Monica Cola Cariello Brotas Corrêa

Fernanda Poleze da Silva

APRESENTAÇÃO

É com imensa satisfação que apresento este Caderno Temático de Educação Permanente em Saúde (EPS), uma iniciativa que reflete o compromisso contínuo e a filosofia de trabalho da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde de Vitória “Professora Ângela Maria Campos da Silva” (ETSUS-Vitória).

Nossa Escola é fruto de uma história dedicada à qualificação dos trabalhadores da saúde no município, formalmente estabelecida em 2010 pelo Decreto Municipal n. 14.919, com o propósito fundamental de avançar na qualificação dos profissionais e fortalecer o SUS. Este material é um passo significativo para concretizar nossa missão de transformar e qualificar as práticas de atenção, educação e gestão em saúde.

A ETSUS-Vitória se consolida como um espaço estratégico de discussão, formulação e proposição de ações de Educação Permanente em Saúde. Atuamos com base no perfil epidemiológico da população e na organização das boas práticas de cuidado, promovendo a gestão social sobre as políticas públicas.

Para isso, articulamos e dialogamos com as três esferas de governo, serviços de saúde e, de forma vital, com o controle social. Nossa atuação é orientada pelo Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), aprovado pelo Conselho Estadual de Educação (CEE), que descreve nosso projeto político-pedagógico focado em valores como Democracia, Cidadania e Qualidade, e tem a visão de sermos referência em formação profissional e práticas inovadoras em EPS.

Nossa inserção vai além do contexto municipal e estadual. A ETSUS-Vitória orgulha-se de fazer parte da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) do Ministério da Saúde, o que nos proporciona maior visibilidade nacional, acesso a troca de experiências e recursos pedagógicos, e a participação em projetos e espaços coletivos cruciais para a construção do conhecimento em Educação Profissional. Em nível estadual, somos ativas em fóruns como a Cies, CIR, CMS e Cosems-ES, garantindo que nossas formações

atendam às pactuações e necessidades regionais, oferecendo cursos e apoio a outros municípios do Espírito Santo.

No âmbito municipal, desempenhamos um papel essencial na gestão dos processos formativos da saúde, sendo responsável pelas ações de EPS direcionadas aos profissionais da PMV/Semus. Nossas ações educativas, que se estendem a outras Secretarias, são interseccionais e pautadas em princípios pedagógicos claros: o ambiente de trabalho como *locus* de aprendizagem; o trabalho como princípio pedagógico; e a aprendizagem significativa baseada na reflexão crítica sobre as políticas de saúde. Além disso, a Escola oferece apoio técnico-pedagógico à gestão, auxiliando na identificação de problemas e no desenvolvimento de ações interventivas, sempre alinhadas à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Com este Caderno Temático, que se soma aos nossos cursos formais (técnicos e especializações) e não formais (aperfeiçoamento e capacitação), reforçamos o compromisso de fortalecer o processo formativo e o desenvolvimento permanente dos profissionais do SUS. Nossa equipe, composta por profissionais da saúde, educação e administração, majoritariamente especialistas e da própria rede, trabalha para que as ações da ETSUS-Vitória visem o aprimoramento contínuo das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica. Esperamos que este material seja uma ferramenta valiosa e inspiradora para todos que se dedicam à qualificação do SUS e à melhoria da qualidade de vida da nossa população.

Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da ETSUS-Vitória

INTRODUÇÃO

O material que apresentamos aqui apresenta uma nova modalidade de implementação de ações de educação permanente em saúde. As atividades propostas estão balizadas na indissociabilidade entre educação, atenção e gestão.

Nesse sentido, os temas de ações educativas foram fruto de processo de análise de necessidades sociais de saúde, pactuadas entre representantes de vários segmentos e organizadas a partir de uma análise diagnóstica da saúde no município de Vitória, seguidos de uma priorização. Além disso, foram organizadas a partir da descrição de linha de base, com descrição de processos, conhecimentos e comportamentos de forma a nos permitir acompanhar os resultados obtidos do ponto de vista da reação dos participantes, indicado por seu nível de satisfação, da aprendizagem, da mudança de comportamento e do impacto das ações para a realidade de saúde. Assim, foram organizadas as Ações Educativas Estratégicas (AEs).

O compromisso é de uma imersão em algumas temáticas definidas como prioritárias e, a partir de um processo de intervenção com ações diversificadas, poder mapear resultados e mudanças nas pessoas, nos processos de trabalho e para os usuários de saúde.

Um outro ponto essencial é a proposta de integração dos eixos de ação da ETSUS-Vitória: formação, integração ensino e serviço e pesquisa. Os projetos construídos trazem a propostas que articulam os três eixos de ação integrando ensino, pesquisa e extensão comunitária.

Para o ano de 2026, foram definidas duas temáticas prioritárias: Saúde da Pessoa Idosa e Mortalidade Infantil. Nesse caderno são apresentadas não apenas as propostas de ação educativas, construídas por um grupo técnico, dentro de cada temática, como também algumas outras informações que consideramos importantes.

No primeiro capítulo é apresentada uma revisão da Educação Permanente em Saúde, partindo dos conceitos, evolução histórica, implementação, desafios e potências dentro do ES. No Capítulo 2, apresentamos a metodologia que organiza a proposta, bem como

o modelo de avaliação que suporta as práticas da ETSUS-Vitória e que será o pilar do movimento de monitoramento e avaliação das AEEs. Na sequência, os capítulos 3 e 4 são, respectivamente, destinados a apresentar as propostas para a Saúde da Pessoa Idosa e o enfrentamento da Mortalidade Infantil. Ao final, apresentamos nossas considerações finais, indicando os desafios e potências identificadas no processo de elaboração desse plano educativo.

Temos a clareza que um ano de intervenção não encerra necessidades formativas dentro das temáticas propostas, tampouco esgota as demandas de intervenção, mas acreditamos que ao final de 2026 teremos alcançado mudanças de conhecimento e comportamento nos profissionais participantes, induzido novos processos de trabalho e, sobretudo, fortalecido novas estratégias pedagógicas, com potência para transformar a Educação Permanente em Saúde em um caminho real, efetivo, de consolidação de uma saúde plena e transformadora.

CAPÍTULO 1.

UMA REVISÃO TEÓRICA DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SEUS IMPACTOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa

Fernanda Poleze da Silva

Daniele Stange Calente

Noemia do Nascimento Butzke

Educação permanente: histórico e conceito

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a formação de pessoas está colocada como um pilar essencial (Brasil, 1988). Todavia, a complexidade do SUS, que propõe simultaneamente uma reorientação filosófica e metodológica a partir dos princípios doutrinários e organizativos desse novo sistema de saúde, requer modelos formativos com potência para transcender grandes desafios, tais como a hegemonia do modelo biomédico, a fragmentação do cuidado, além de obstáculos comunicacionais e políticos que se apresentam nessa transição (Kodjaoglanian; Magalhães, 2019). Na atualidade, somam-se a esses desafios o processo de inovação tecnológica e científica bem como as constantes mudanças no processo de trabalho em saúde, demandando profissionais de saúde qualificados e atualizados (Silva; Pereira, 2024).

Nesse contexto, desde a década de 1990, várias iniciativas para a formação e qualificação dos profissionais de saúde vem sendo propostas, sem obter sucesso. Nesse cenário de constantes desafios e mudanças, a Educação Permanente surge como um caminho para a construção de sintonia entre as necessidades sociais de saúde e a capacidade efetiva de resposta apresentada pelo

sistema por meio de seus processos de cuidado e, sobretudo, pela capacidade dos profissionais (Fonseca *et al.*, 2023).

O conceito de educação permanente está diretamente ligado ao processo de aprendizagem de adultos. O termo educação permanente tem origem na França, na década de 50 (Santos; Tanaka; Batista, 2025). Mas, conforme destaca Lemos (2016), na década de 60 se associa a iniciativas de reestruturação produtiva decorrentes da intensificação da mecanização do trabalho e da urbanização. Posteriormente, a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura retoma o conceito, pautando-se na teoria do capital humano como um fator primordial para o desenvolvimento da economia e dos países (Feuerwerker, 2014).

Em todos esses movimentos, estão colocadas algumas das premissas propostas por Knowles (1970) para a aprendizagem de adultos: 1) consideração da experiência profissional, 2) a identificação da função social ou produtiva do novo conhecimento e 3) a motivação para a aprendizagem. Enquanto na andragogia Knowles discute o contexto social da aprendizagem do adulto, David Ausubel (1963) introduz a aprendizagem significativa, destacando como se deve organizar as estratégias de ensino com vistas a produzir a melhor apreensão de novas informações. Todas essas discussões permeavam a proposta de Educação Permanente, com evidente relação com as demandas de formação no contexto da saúde.

É na década de 80 que a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como parte do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde em uma contraposição aos modelos formativos pautados na educação continuada (EC), realizados prioritariamente mediante cursos.

A EPS diferencia-se da EC por seu comprometimento com a produção do conhecimento que ocorre no cotidiano do processo de trabalho nas instituições de saúde. Ao partir da realidade vivida pelo trabalhador da saúde, pautado em seus conhecimentos prévios e experiências, a EPS se constituiu como um processo ativo de construção de conhecimento, em que se prioriza, não a transmissão de informações e conceitos, mas a busca da so-

lução dos problemas identificados pelos trabalhadores ao longo do processo de trabalho. Já a EC tem como pontos centrais uma abordagem mais pontual, pautada em cursos e formações, nas quais a aprendizagem não requer um compromisso direto com o processo de trabalho (Feuerwerker, 2014).

Nesse sentido, como destacam alguns autores (Ceccim; Feuerwerker, 2004), a EPS em saúde, ao resgatar os princípios da aprendizagem de adultos, conforme proposta na andragogia (1970), promove protagonismo do aluno trabalhador, rompe a hierarquia da educação tradicional, que desvaloriza o saber e as experiências daquele que aprende e, além disso, promove um compromisso com os resultados da ação do aprendiz com a mudança da prática, do problema que motivou o processo formativo.

Pode-se dizer, portanto que a Educação Permanente em Saúde surge como uma estratégia para aproximação da formação com a realidade dos serviços de saúde e com o compromisso de gerar simultaneamente, crescimento profissional, pessoal e transformação da realidade.

Evolução da EPS no Brasil

No Brasil, o nascimento da EPS é decorrente do surgimento da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ocorrida em 2003. A criação dessa nova organização da gestão do trabalho em saúde impulsionou as discussões sobre a formação da força de trabalho para o SUS e, em 2004 surge a Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 – PNEPS (Brasil, 2004). Este marco legal não apenas instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), mas também a consolidou como um pilar fundamental para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores no setor saúde. A PNEPS propôs uma metodologia que parte da problematização do cotidiano do trabalho, dos desafios e das necessidades locais para desencadear processos de aprendizagem-intervenção (Ceccim, 2005).

Respalhada nas bases conceituais que alicerçavam as discussões sobre Educação Permanente em propostas internacionais, a

PNEPS se organiza utilizando-se do conceito de aprendizagem significativa e o compromisso com transformação não apenas do aprendiz, mas a modificação do contexto do trabalho.

Um outro princípio importante da PNEPS é o conceito de quadrilátero da formação, que descreve a necessária articulação de quatro eixos centrais da formação de profissionais de saúde: 1) o ensino, representado as instituições formadoras e responsáveis pela formação inicial e continuada dos profissionais de saúde; 2) a gestão que envolve os setores responsáveis por gerir em âmbito municipal, estadual e federal os serviços de saúde; 3) a atenção, aqui representada pelos trabalhadores e suas práticas cotidianas de cuidado e assistência à população; e 4) o controle social, por meio de suas representações e espaços deliberativos que devem acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde.

A importância do conceito de quadrilátero reside na perspectiva de que a formação em saúde não é um processo restrito ao espaço da sala de aula. Constitui-se como movimento dialógico que articula os quatros eixos, identificados acima, tornando indissociáveis atenção, gestão e educação. Ou seja, o processo formativo se dá na interação, na troca entre quem aprende e quem ensina, no diálogo com quem gere, com quem cuida e quem está sendo cuidado. O local de articulação dos quatro eixos e de seus respectivos atores eram os Polos de Educação Permanente em Saúde (Ceccim, 2005).

Mas, ainda que essa formulação inicial buscasse a indução de um processo permanente de reflexão e transformação da realidade na articulação dos seus quatro eixos, foram necessárias novas estratégias e arranjos. Assim, em 20 de agosto de 2007, surge a Portaria GM/MS n. 1.996 que instituiu as Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies), mais orientadas às necessidades regionais e com maior potência para articulação da gestão, atenção e educação (Brasil, 2007).

Conforme definido na Portaria de 2007, as Cies seriam espaços colegiados, de caráter permanente, com missão de identificar necessidades de formação e de desenvolvimento e, a partir dessas, promover a proposição de estratégias de intervenção que integrem instituições de ensino e serviços de saúde, tendo como

ponto de partida e de chegada, as demandas dos serviços e as necessidades de saúde da população (Brasil, 2007).

A PNEPS, como destacam vários autores (França *et al.*, 2017; Santos; Tanaka; Batista, 2025), ao propor a descentralização operacionalizada pelas CIES, contribuiu para que as ações dela decorrentes catalisassem a proposição de inúmeras ações formativas, incrementassem as discussões sobre a importância de uma formação orientada para o SUS e sobre a importância de ter o SUS como local de formação, sendo objeto e objetivo das formações em saúde.

Assim, podemos destacar a PNEPS como uma estratégia crucial no desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, no resgate aos princípios doutrinários que regem esse sistema. A PNEPS não se restringe à mera atualização de conhecimentos, mas propõe uma mudança na forma como o trabalho e a aprendizagem são concebidos e realizados no setor saúde, partindo do pressuposto da problematização (Santos; Tanaka; Batista, 2025).

Deve-se destacar que a PNEPS foi um importante indutor da integração ensino serviço, a qual se somou a várias outras iniciativas, dentre as quais destacamos Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), Programa Mais Médicos (PMM) e o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes).

Mas, apesar dos evidentes avanços, ainda há muitos desafios a serem vencidos que sinalizam a dificuldade na articulação entre os diferentes atores: gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino e também a reduzida implementação das Cies (Brasil, 2018).

Dessa forma, em 2017, dez anos após a Portaria GM/MS n. 1.996/2007, retomou-se a discussão sobre a PNEPS, com o objetivo de debater coletivamente sua atualização. Várias oficinas regionais foram realizadas, envolvendo estados e municípios, possibilitando uma avaliação do processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Conforme representado na figura 1, os processos de análise utilizados nas oficinas regionais tomaram como ponto de partida as formulações atuais da PNEPS, a análise de decisões implementadas e proble-

mas identificados ao longo do processo de sua implementação, resultando em dados avaliativos que alimentariam a reformulação da política (Pinto; Vieira-da-Silva; Baptista, 2019).

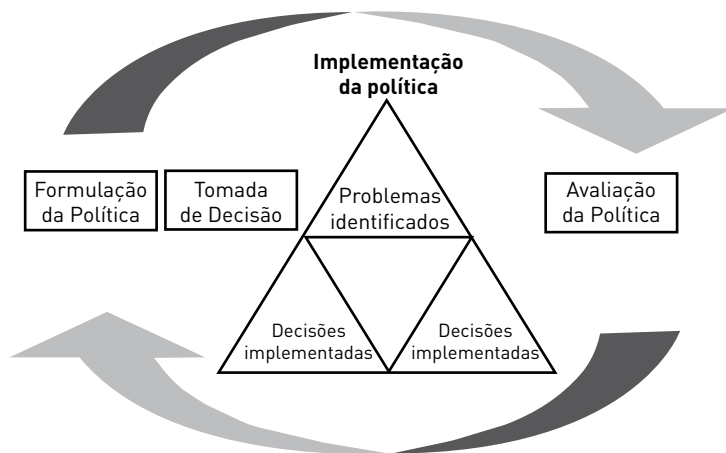


Figura 1. Modelo teórico de análise da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Fonte: Brasil (2018).

Do movimento de retomada da PNEPS, destaca-se o PRO EPSSUS, com objetivo de prover as instâncias locais de apoio técnico institucional e financeiro e incentivo de custeio para a elaboração de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (Peeps). Nos planos deveriam convergir os projetos construídos nos municípios. Outro ponto importante foi a criação dos laboratórios de inovação em educação em saúde, com ênfase na educação permanente em saúde, e na busca de evidências dos resultados dos processos de implementação da PNEPS. Essa iniciativa propiciou a troca de experiência, a construção de redes e o compartilhamento de estratégias e soluções aos desafios que se colocam (Pinto; Vieira-da-Silva; Baptista, 2014).

Todas essas iniciativas vêm permitindo o fortalecimento dos executores da educação permanente e indicando a PNEPS como

uma ferramenta pedagógica muito potente, capaz de impulsionar a análise crítica e dialógica do processo de trabalho de forma descentralizada e ascendente.

A Educação Permanente em Saúde em Vitória

A formação de profissionais para o SUS acompanha o próprio processo de organização do sistema no município de Vitória. Iniciado em fins da década de 90, teve como desafio inicial, o processo de municipalização das unidades de saúde antes geridas pela gestão estadual ou federal.

Em um movimento de acolhimento e alinhamento, foram realizadas muitas oficinas cujo produto era a construção de uma carta de valores e a organização das práticas a partir dos princípios organizativos do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Assim, criou-se o primeiro Núcleo de Recursos Humanos (NRH) que congregava ações de seleção, administração de pessoal e desenvolvimento profissional.

Ainda na década de 90, o NRH responsabilizou-se pela formação de médicos e enfermeiros para atuação em equipes do programa de saúde da família proposto pelo Governo Federal. Já naquela ocasião, havia a preocupação na utilização de metodologias adequadas ao processo de aprendizagem de adultos. Assim, o processo formativo foi construído utilizando como metodologia a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL).

A partir daí, dada a importância dos processos formativos para fazer frente aos desafios das mudanças que as novas propostas de cuidado traziam, seguindo os movimentos da gestão federal, ocorreu a segmentação da gestão do trabalho e a área de desenvolvimento de pessoas. Nascia ali a Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (GFDS).

Foi a partir da GFDS que se iniciou a educação permanente em saúde de Vitória. A partir da formação de multiplicadores, a ETSUS iniciou seus processos por meio de rodas de educação permanente que se realizaram em todos os territórios do muni-

cípio, capilarizando os princípios da PNEPS em seu nascimento com a Portaria GM/MS n. 198.

Dentro do município, iniciou-se um grande movimento para repensar as ações educativas, realizadas em grande volume, mas nem sempre realizadas a partir da premissa da indissociabilidade da educação, atenção e gestão, muitas vezes desconectada da realidade do trabalhador, pouco significativas e com baixa aplicabilidade no cotidiano do trabalho.

As muitas reflexões culminaram na organização de um processo de formação voltado justamente para o planejamento de ações educativas orientados aos princípios do SUS e balizados nos fundamentos metodológicos e filosóficos da PNEPS. O curso de Gestão de Processos Educativos contribuiu para ressignificar o processo de planejamento, aproximar ações formativas da realidade das ações de cuidado e, sobretudo, inaugurou o planejamento ascendente dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus). Face a seu impacto, o curso foi replicado na Cies estadual e nas comissões de integração ensino e serviço em todo o estado, sendo materializado em um caderno formativo publicado pela ETSUS em 2015 (Corrêa; Romualdo, 2015).

Todo o movimento reflexivo e a reorientação das práticas formativas permitiram que a gerência transcendesse o universo da oferta de ações educativas, mas também passasse a incorporar os eixos de integração com o ensino e com a pesquisa. Assim, gradativamente a GFDS foi incorporando novos desafios o que levou a sua transformação em 2011, na Escola Técnica e Profissional de Vitória (ETSUS), que passou a integrar a rede de escolas técnicas do SUS em 2014.

Ser um município que conta com esse dispositivo tão potente quanto uma escola técnica do SUS representa uma fortaleza e uma grande oportunidade. Além das formações técnicas, a ETSUS mantém a gestão da educação permanente no município, sendo responsável pela proposição, organização, monitoramento e avaliação das ações educativas da Semus.

A despeito de todos os avanços, a semelhança do cenário do restante do país no que se refere à implementação da PNPES no

Brasil, também no município de Vitória enfrenta desafios na articulação entre os diferentes atores, na busca da garantia de processos pedagógicos significativos, com potência para transformar os trabalhadores do SUS e tornar mais efetivos e eficientes seus processos de trabalho. Por essa razão, a ETSUS mantém um processo de autoavaliação constante, acompanhando suas ofertas e resultados, processo que nos encaminhou a formular uma nova metodologia que possa qualificar a PNEPS no município de Vitória.

Uma proposta para o fortalecimento da EPS em Vitória

Ao longo dos anos, a ETSUS passou a organizar, por meio de diferentes modelos, um processo anual de planejamento ascendente de ações educativas, sempre no último quadrimestre do ano, visando a programação para o período seguinte. O planejamento se caracterizava por um número grande de solicitações oriundas, sobretudo, das áreas técnicas responsáveis pela coordenação de temáticas específicas da saúde.

A análise dos resultados obtidos nas últimas três edições do planejamento indicou que do planejamento inicial realizado ao fim do ano, concretizam-se apenas 50% do que é proposto, e isso ocorria em virtude da dificuldade de articulação entre os diversos setores, indicando muitas vezes uma dissociação entre a proposta e a realidade das atividades, desafio que é descrito por vários autores como comum nos processos de implementação da educação permanente (Fonseca *et al.*, 2023).

Um outro dado de análise sobre o processo avaliativo, aferido a partir dos relatórios de atividades educativas da ETSUS, indica que há no campo da saúde uma dinâmica altamente volátil que modifica realidades e reconfigura cenários, por essa razão o planejamento elaborado com muita antecedência é atravessado por novas demandas, que interferem no planejamento de forma substancial. Ao mesmo tempo, novas demandas em caráter emergencial, ou mesmo decorrente de uma reorganização do processo de trabalho, cria demandas que precisam ser contempladas. De forma que, cerca de 45% do

que é realizado tem a característica de ser uma demanda que chega fora do processo de planejamento anual. Fica claro, portanto, que é preciso ter um mecanismo constante de levantamento de demandas.

Esse aspecto avaliado também reforça a importância de construir estratégias de levantamento de demandas, planejamento de ações educativas e sua efetivação não pode se dar sem a pactuação conjunta entre educação, atenção e gestão. É importante que se compreenda as atividades formativas como estruturantes do processo de cuidado e que sejam concebidas a partir da premissa de partirem do processo de trabalho para ele, como está definido nas diretrizes da EPS (Brasil, 2018).

A necessidade de pactuação entre os três eixos da saúde: gestão, atenção e educação é essencial para que se possa construir propostas formativas e identificar de forma mais objetiva seu efeito não apenas sobre o aprendiz, mas também seu impacto no processo de trabalho e nos resultados em termos de cuidado, dos efeitos diretos para a população, tal como está previsto na PNEPS (Brasil, 2018).

Um último, mas igualmente importante, dado da avaliação refere-se ao processo avaliativo das ações formativas e à dificuldade de estabelecer métricas e um sistema institucionalizado que extrapole a medida de reação, de satisfação do participante em relação ao efeito das ações. Ainda que o desejo de mensurar de forma sistemática as mudanças comportamentais e o impacto na realidade de saúde, esse processo ocorre apenas de forma pontual, não sistematizada e institucionalizada.

Todas essas análises levaram a ETSUS-Vitória a promover um processo reflexivo e propor algumas ações para mudança no cenário e nos resultados das intervenções propostas. Nesse sentido, a partir de reuniões, discussões de grupo, mediadas por uma equipe de consultores do Centro de Desenvolvimento Docente da Faculdade de Medicina da USP (Cedem – FMUSP), foram formuladas duas frentes de trabalho, sendo elas o planejamento de ações educativas e a avaliação.

Embora com desafios específicos, o planejamento de ações educativas e avaliação estão relacionados. Na avaliação definimos

os pressupostos filosóficos e metodológicos, bem como as métricas de como serão realizadas as análises do efeito de nossas ações, de forma que oriente nosso processo avaliativo. Logo, com a intencionalidade de avançar para além de uma medida de reação de suas ações formativas e a formulação de outras categorias de análise do efeito dessas, a ETSUS respaldou sua proposta avaliativa no modelo de Kirkpatrick (Miranda *et al.*, 2025).

A proposta avaliativa de Donald Kirkpatrick, criada em 1959 para auxiliar a avaliação de ações de treinamento e formação, propõe a implementação de quatro níveis: 1) Nível I – a reação, que avalia o nível de satisfação do participante quanto a estrutura do programa, conteúdo, metodologia e aspectos instrucionais; 2) Nível II – a aprendizagem, que avalia a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas a partir da proposta formativa; 3) Nível III – comportamento, que avalia o potencial de transferência do conhecimento para o local de trabalho por meio de mudanças comportamentais; e o 4) Nível IV – que avalia a mudança nos resultados, o impacto da ação para mudança organizacional e com impacto para os usuários.

A partir da consultoria construímos espelhos do processo avaliativo a partir do modelo de Kirkpatrick para as possibilidades de avaliação das ações nos quatro níveis, compreendendo que nem sempre será possível a aplicação em todas as atividades.

E a outra proposta de mudança refere-se ao processo de planejamento com a proposição de dois sistemas: 1) um fluxo contínuo de comunicação e solicitação mantido por meio de um link de demanda disponível ao longo de todo ano com um sistema de acolhimento definido e 2) a construção de propostas robustas de planejamento, realmente integradas, em que a proposição interventiva seja mais do que a simples oferta de uma ação formativa, mas a construção de uma proposta interventiva diretamente associada a mudança de uma realidade da saúde. Essa nova modalidade de ação educativa denominamos de Ações Educativas Estratégicas (AEEs).

Nos próximos capítulos apresentaremos em mais detalhes as AEEs em sua metodologia, como também, nos capítulos 3 e 4 apresentaremos, respectivamente, as temáticas a serem abordadas

por meio de AEEs no ano de 2026, que são a Saúde da Pessoa Idosa e a Mortalidade Infantil.

Esperamos que essa apresentação possa contribuir para inspirar novas experiências de EPS ao mesmo tempo que formaliza nossos compromissos de formação, transformação dos profissionais de saúde, dos processos de trabalho e de cuidado, e da qualidade de saúde das populações indiretamente acionadas a partir de nossas ações formativas.

Referências

AUSUBEL, David P. **The psychology of meaningful verbal learning**. New York: Grune and Stratton, 1963.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

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

BRASIL. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 fev. 2004.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 ago. 2007.

CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura 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.

CORRÊA, Mônica Cola Cariello Brotas; ROMUALDO, Jaciara de Lima (orgs.). **Gestão de processos educativos em saúde**: debates para uma construção coletiva. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, 2015.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (org.). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FONSECA, Emanuel Nildivan Rodrigues *et al.* Educação permanente em saúde: desafios e potencialidades para o processo de trabalho. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 7, e13480, 2023.

FRANÇA, Tania *et al.* Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 144-154, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S311>. Acesso em: 20 maio 2026.

KNOWLES, Malcolm S. **The modern practice of adult education**: andragogy versus pedagogy. New York: Association Press, 1970.

KODJAOGLANIAN, Vera Lucia; MAGALHÃES, Patricia Marques. Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 127-133, 2019.

MIRANDA, Fernanda Maria de *et al.* Uso de la metodología de Kirkpatrick para evaluar la formación de los profesionales de enfermería: una revisión integradora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 33, e4431, 2025.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Freitas. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

SANTOS, Daniel Marques dos; TANAKA, Cintia K.; BATISTA, Nildo A. Avaliação da Educação Permanente em Saúde: uma revisão de escopo. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 443-469, 2025.

SILVA, João P.; PEREIRA, Maria C. Potencialidade das atividades de Educação Permanente em Saúde: uma revisão sistemática. **Boletim de Conjuntura (Boca)**, Boa Vista, v. 18, n. 53, p. 594-610, 2024. Disponível em: <https://bit.ly/4smd3fk>. Acesso em: 5 nov. 2025.

CAPÍTULO 2.

A METODOLOGIA DE AÇÕES EDUCATIVAS ESTRATÉGICAS

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa

Fernanda Poleze da Silva

Daniele Stange Calente

Noemia do Nascimento Butzke

Introdução

A produção de uma ação educativa transformadora é o cerne da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formalizada por meio das Portarias do Ministério da Saúde, notadamente a Portaria GM/MS n. 198/2004 e a Portaria GM/MS n. 1994/2007. Estas normativas representam um marco conceitual e operacional, que desloca a perspectiva tradicional da educação em serviço (focada em cursos e treinamentos) para um modelo que utiliza o trabalho como eixo de aprendizagem. A PNEPS não se limita a transmitir conhecimentos técnicos, mas busca a reflexão crítica sobre os processos de trabalho e a resolução de problemas reais do cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). É a partir dessa visão que se torna possível construir práticas pedagógicas que realmente impactam a qualidade do cuidado e a organização dos serviços (Brasil, 2018).

Para iniciar a construção de uma intervenção educativa com potencial transformador, é fundamental compreender o princípio da problematização. Segundo a PNEPS, a ação deve partir da identificação de um problema concreto na realidade do serviço ou na saúde da população, não de um *déficit* de conhecimento percebido de forma abstrata. O problema, quando coletivamente analisado pelos trabalhadores (gestores, profissionais e usuários), funciona como o gatilho pedagógico que mobiliza a busca por novos saberes e a reavaliação das práticas. Este processo garante que a formação não seja um evento isolado, mas sim um ciclo contínuo de ação-reflexão-ação, onde a

teoria e a prática se integram de maneira indissociável, estimulando a autonomia e a corresponsabilidade dos envolvidos (Brasil, 2007).

O aspecto transformador da ação educativa reside, portanto, no reconhecimento dos sujeitos como agentes de mudança. A PNEPS exige o rompimento com a verticalidade do ensino tradicional. Em vez de um modelo transmissivo, onde o “especialista” deposita o conhecimento, a educação permanente se estabelece em uma lógica dialógica e horizontal. Os trabalhadores, inseridos em suas equipes e contextos, são valorizados como produtores de conhecimento e detentores de saberes práticos. A metodologia utilizada, muitas vezes baseada em rodas de conversa e estudos de caso extraídos do próprio ambiente de trabalho, deve promover o debate e a reflexão sobre a prática, capacitando os profissionais a questionarem, a reconstruir, de forma coletiva, os fluxos e as rotinas que não estão produzindo o resultado esperado no SUS (Brasil, 2018).

Além da metodologia, a sustentabilidade da ação transformadora depende de sua articulação institucional. A PNEPS preconiza a criação de espaços deliberativos, como as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies), que promovem o diálogo e a pactuação entre o mundo da formação (escolas e universidades) e o mundo do trabalho (serviços de saúde). Essa integração garante que as ações educativas estejam em consonância com as prioridades políticas e as necessidades epidemiológicas e organizacionais de cada região. Uma ação transformadora, sob essa ótica, é aquela que consegue não apenas mudar a prática individual, mas também influenciar as decisões de gestão e as políticas públicas locais, utilizando a educação como ferramenta para a reorganização do sistema de saúde.

Em suma, produzir uma ação educativa transformadora com base nas Portarias da PNEPS significa ir além do treinamento técnico e abraçar a formação ética e política dos trabalhadores. O objetivo final é o fortalecimento do SUS por meio da qualificação dos seus processos de trabalho. As ações devem ser deliberadas coletivamente, intersetoriais e orientadas para a transformação, utilizando as práticas cotidianas como o cenário principal de aprendizado.

Gonçalves *et al.* (2020) destacam que o processo de implementação da educação permanente em saúde é um movimento contínuo e em disputa. Nesse sentido, a continuidade dos movimentos de indução, monitoramento e avaliação da política são essenciais para evitar retrocessos e garantir que os princípios de transformação do trabalho se concretizem no SUS.

A mudança metodológica que apresentamos nesse caderno se propõe a induzir transformações, por meio de estratégias metodológicas e de novas ferramentas, e tornar a Educação Permanente um motor efetivo de melhoria contínua da saúde pública brasileira (Brasil, 2018).

Priorização: um desafio no contexto da educação na saúde

Uma vez definido que as demandas advindas dos diversos segmentos da Semus seriam acolhidas em um movimento contínuo por meio de um novo fluxo, definiu-se a importância de destacarmos dentro dos diversos desafios que se apresentam na saúde os temas prioritários a serem objeto de intervenção.

A priorização é um processo crítico e inadiável na gestão e na prática da saúde, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), devido à inerente escassez de recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) que fazem frente às demandas ilimitadas da população. Priorizar significa tomar decisões éticas e técnicas sobre onde alocar o esforço e o investimento, garantindo que o impacto gerado seja o maior e mais justo possível. Sem a priorização, os recursos se dispersam em múltiplas frentes de baixa efetividade, comprometendo a capacidade do sistema de resolver problemas complexos e de atender às necessidades de grupos mais vulneráveis. É um mecanismo de gestão que visa a eficiência e a equidade na distribuição dos benefícios da saúde pública (Costa; Pereira; Oliveira, 2024).

Pode-se destacar três aspectos significativos sobre a importância da priorização na saúde. O primeiro deles refere-se à melhoria da qualidade. Priorizar permite concentrar esforços em intervenções de alta eficácia, embasados em critérios científicos e dados de saúde relevantes. O segundo ponto refere-se a garantia da equidade e da justiça

social, pois a priorização é um instrumento ético para a gestão da saúde pública e permite que se invista em populações e territórios mais vulneráveis. Priorizar, nesse sentido, significa tratar desigualmente os desiguais, destinando mais recursos e atenção às áreas que mais precisam, em consonância com os princípios doutrinários do SUS de universalidade, equidade e integralidade (Viera; Santos, 2025).

Por fim, ao focar em ações com melhor custo-benefício e maior potencial de transformação, a priorização contribui para a sustentabilidade fiscal e política do SUS. Ações priorizadas e bem-sucedidas geram resultados mensuráveis que justificam o investimento público, fortalecendo a confiança no sistema e a capacidade de planejamento a longo prazo. No campo da Educação Permanente, priorizar temáticas de intervenção nos processos de trabalho, conforme discutido anteriormente, garante que o conhecimento gerado leve à efetiva reorganização dos serviços, maximizando o retorno sobre o investimento em formação e desenvolvimento profissional (Viera; Santos, 2025).

Uma proposta de abordagem estratégica

Fundamentados nos princípios da PNEPS (Brasil, 2018) e buscando a priorizar ações com foco em garantir qualidade, equidade e eficácia. Definiu-se uma metodologia para a construção do planejamento das Ações Educativas Estratégicas (AEEs). O processo compreendeu as seguintes etapas:

1. Oficina de contextualização e priorização.
2. Atuação dos Grupos de Trabalho interprofissionais temáticos.
3. Validação das propostas de AEEs construídas.
4. Socialização das propostas de AEEs para a Rede Semus.

Todo o processo contou com a representatividade dos diversos setores da Semus e dos diferentes atores, ou seja, participação de gestores, profissionais da educação permanente e profissionais dos níveis central e local. Ao longo dos encontros utilizou-se metodolo-

gias ativas de forma a dar voz aos participantes e garantir a participação de todos. Passamos agora a descrever de maneira sintética as atividades desenvolvidas em cada uma das etapas.

Oficina de contextualização e priorização

Com a participação da Subsecretaria de Assistência em Saúde, das Gerências da Saúde, suas Coordenações, referências técnicas em temáticas da saúde e representação do nível local, foi realizada uma oficina com duração de quatro horas, que teve como produtos: a definição de duas temáticas prioritárias a serem trabalhadas por meio de AEEs ao longo de 2026 e a formação dos grupos de Trabalho que seguiriam para a próxima etapa de construção das ações estratégicas.

Para alcançar esses produtos a oficina teve a seguinte programação conforme detalhado no Quadro 1.

TEMPO	ATIVIDADE
15 minutos	Abertura e apresentação dos objetivos
30 minutos	Contextualização, definição dos parâmetros de análise.
60 minutos	Priorização 1 – com uso do Mentimeter, definiu-se a rodada de priorização das temáticas mais importantes e análise da nuvem de palavras, identificando os 10 mais citadas.
15 minutos	Intervalo
60 minutos	Definição das temáticas – A partir da lista de priorização, cada participante recebia um conjunto de fichas adesivas douradas para investir nas duas temáticas que considerava prioridade, tomando como referência para sua análise os documentos oficiais e dados que dispõe a partir de sua perspectiva de trabalho.
40 minutos	Leitura dos resultados, avaliação das prioridades e debates em casos de empate com defesas de propostas pelos participantes do grupo.
20 minutos	Encerramento e pactuação.

Quadro 1. Programação Oficina de Contextualização e Priorização

Fonte: Elaborado pelas autoras.

É essencial que se diga que todo processo de priorização e definição temática foi embasado nos seguintes aspectos: 1) análise de indicadores de saúde; 2) avaliação dos documentos oficiais que balizam o planejamento em saúde da Semus, a saber, Plano Municipal de Saúde, Programação Anual, Plano de Governo, dentre outros; 3) Análise contextual avaliando potenciais e fragilidades e 4) análise dos processos de trabalho conforme percepções de cada ator a partir de sua perspectiva.

O processo foi dialógico e muito participativo, além de dinâmico, o que favoreceu a otimização do tempo e o alcance dos resultados.

Concluídas todas as etapas, definiu-se por duas temáticas prioritárias: Saúde da Pessoa Idosa e Saúde Materno-Infantil com foco no primeiro ano de vida. Os grupos de trabalho reuniram técnicos em saúde dos seguintes segmentos da Semus: ETSUS, Gerência de Assistência, Gerência de Vigilância Epidemiológica, Saúde Digital e Gerência de Regulação, Controle e Avaliação. As propostas construídas são apresentadas nos capítulos 3 e 4 desse material.

Atuação dos grupos de trabalho interprofissionais temáticos

O trabalho nos grupos temáticos seguiu os passos descritos abaixo:

1. Cada participante deveria construir um diagnóstico dos desafios e potenciais dentro da temática, embasados em dados contextuais e indicadores para levar para o primeiro encontro. Foi elaborado um instrumento para coleta desses dados.
2. No primeiro encontro foi feito, a partir do material trazido por cada participante, um diagnóstico situacional da temática em termos de estrutura, processo e resultado. No mesmo encontro foram definidos ações possíveis e definição das essenciais. Ainda se definiu atividades para cada participante quanto a redação dos itens que compõem o capítulo da proposta interventiva pela temática.
3. No segundo encontro foi feita a análise dos materiais produzidos, refinamento da proposta a ser analisada e finalizada em documento compartilhado eletrônico.

No material produzidos, os capítulos com as propostas de AEEs foram configurados com uma introdução, que resume o diagnóstico situacional, a apresentação do projeto estratégico orientador e as ações educativas estratégicas propostas.

Validação das propostas de AEEs construídas

Por meio de uma oficina de validação foi feita a apresentação dos projetos e a proposição de ajustes e melhorias.

A programação da oficina seguiu as mesmas bases da primeira e teve o seguinte detalhamento de programação.

TEMPO	ATIVIDADE
20 minutos	Abertura e apresentação dos objetivos
25 minutos	Apresentação da AEE 1
60 minutos	Avaliação da AEE 1 – Cada participante recebeu um post it para fazer anotações e anexou-os a um quadro de sugestões. Foram lidas e debatidas as sugestões que depois ainda foram apreciadas pelos Grupos de Trabalho para o processo final de formulação antes da socialização
15 minutos	Intervalo
25 minutos	Apresentação da AEE 2
60 minutos	Avaliação da AEE 2 – Cada participante recebeu um post it para fazer anotações e anexou-os a um quadro de sugestões. Foram lidas e debatidas as sugestões que depois ainda foram apreciadas pelos Grupos de Trabalho para o processo final de formulação antes da socialização
35 minutos	Pactuações, encerramento e avaliação

Quadro 2. Programação Oficina de Validação

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Socialização das propostas de AEEs para a Rede Semus

O processo de socialização das AEEs se dará por meio da divulgação desse caderno que explica e congrega pressupostos filosóficos

e metodológicos da PNEPS ao mesmo tempo que orienta o processo, a metodologia de construção e os aspectos gerais das AEEs propostas. Ao longo do ano de 2026, ao lançarmos as ações haverá divulgação e ao fim do ano a socialização dos resultados esperados.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de janeiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 32, 14 jan. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.994, de 29 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 77, 30 ago. 2007.

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

COSTA JÚNIOR, Rodrigo; PEREIRA, Ana Clara; OLIVEIRA, Márcio. A urgência da atualização: como a evidência pós-pandemia orienta a Educação Permanente no SUS. **Revista de Saúde Pública e Gestão**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2024.

GONÇALVES, Caroline Barbosa *et al.* A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na visão de atores que a constroem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, supl. 1, e190840, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/4vfDR3C>. Acesso em: 29 nov. 2025.

VIEIRA, Silvia; SANTOS, Daniel. Integração ensino-serviço e a adoção de inovações tecnológicas no SUS: lições para a formação profissional. **CADERNOS Brasileiros de Educação em Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 45-60, 2025.

CAPÍTULO 3.

AÇÃO EDUCATIVA ESTRATÉGICA: CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Adjane da Silva Vasconcelos

Camila Saltini Muller

Daniele Stange Calente

Maria Aparecida Moreira Raposo

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa

Noemia do Nascimento Butzke

Renata Maria Sales Madureira

Sandra Maria Bissoli

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno que se observa em todo o território nacional, refletindo alterações gradativas na estrutura etária da população. No município de Vitória, essas mudanças se manifestam de maneira ainda mais acelerada do que a média nacional, indicando transformações significativas na estrutura populacional local e indicando a necessidade de compreender suas implicações demográficas.

Entre os anos de 2010 e 2022, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais passou de 12,04% para 20,07%, representando aumento de 66,14% no período. O índice de envelhecimento, que mede a proporção de pessoas idosas em relação à população jovem de até 14 anos de idade, também cresceu significativamente, passando de 62,51 em 2012 para 121,46 em 2022, evidenciando uma rápida transformação demográfica e a ampliação da demanda por cuidados integrais e qualificados (IBGE, 2022).

Essa mudança demográfica impõe desafios para o sistema de saúde, que precisa estruturar respostas adequadas e eficazes para atender às necessidades específicas dessa população. Nesse contexto,

as políticas públicas de saúde reforçam a importância da identificação precoce de condições que comprometem a capacidade funcional da pessoa idosa e do desenvolvimento de intervenções que mantenham autonomia e funcionalidade (Opas, 2020).

A magnitude desse desafio transcende as fronteiras municipais e nacionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em suas projeções pós-2020, reitera que o envelhecimento não é apenas o aumento de números, mas a crescente prevalência de multimorbidade, ou seja, a coexistência de múltiplas doenças crônicas no mesmo indivíduo. Essa complexidade exige que os sistemas de saúde transitem do modelo de atenção aguda e episódica para um modelo de cuidado longitudinal e integrado. A Opas (2020) destaca o roteiro Atenção Integrada para os Idosos (Icope), que visa orientar a avaliação centrada na pessoa e as intervenções na atenção primária, reforçando a urgência de capacitar equipes para a avaliação da capacidade intrínseca, que inclui domínios como cognição, nutrição e mobilidade.

Em Vitória, a Atenção Básica já se consolidou como porta de entrada do sistema de saúde, responsável pela coordenação do cuidado e pelo acompanhamento longitudinal. A rede municipal também conta com o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (Crai), que completou 30 anos em 2025. O Crai atua como unidade ambulatorial especializada, voltada para pessoas idosas frágeis e dependentes, por meio de uma equipe multiprofissional especializada na área de geriatria e gerontologia.

O Crai utiliza mecanismos de compartilhamento do cuidado, apoio matricial e educação permanente, promovendo o gerenciamento compartilhado do cuidado com a Atenção Básica, com protocolos pactuados e acesso regulado. Portanto, o Crai desempenha papel essencial no apoio clínico e técnico às equipes, contribuindo para o manejo de casos complexos e para o fortalecimento da resolutividade da rede. A atenção à saúde da pessoa idosa, conforme os princípios do SUS, é estruturada de forma integral e sistêmica, iniciando-se na atenção básica e articulando-se com os demais níveis assistenciais. O usuário é o centro do cuidado, e suas necessidades orientam a organização dos serviços.

Entretanto, apesar da estrutura já existente, persistem desafios na integração entre os pontos de atenção e no desenvolvimento das

competências necessárias ao cuidado qualificado da população idosa. São diversos desafios relacionados à capacitação das equipes, que vão desde dificuldades na identificação e no manejo das fragilidades até a abordagem de agravos de grande impacto, como as quedas. O artigo de Vieira e Santos (2025) reforça que a lacuna de competência na força de trabalho é o principal gargalo na adoção de inovações e na melhoria da coordenação das Redes de Atenção à Saúde.

As quedas como Indicador Crítico de Fragilidade e Ineficiência

As quedas acidentais constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população idosa em todo o mundo (WHO, 2007; AGS; BSG, 2011). Vitória é uma das capitais com as maiores taxas de internação e mortalidade por quedas (Maciel *et al.*, 2010; Abreu *et al.*, 2018). Em Vitória, entre 2010 e 2020, ocorreram 1.742 internações de pessoas idosas por quedas e 99 óbitos associados, com maior vulnerabilidade entre os muitos idosos. Esses eventos afetam a autonomia, elevam o risco de declínio funcional e geram custos significativos ao SUS, reforçando a necessidade de qualificação das equipes para prevenção e manejo adequado (Brasil, s.d.). O manejo inadequado das quedas e da fragilidade é um indicador direto da necessidade de intervenções de EPS focadas na transformação das práticas, conforme sugerem Costa Júnior, Pereira e Oliveira (2024).

Em relação às dificuldades na identificação e no manejo das fragilidades, cabe destacar o levantamento realizado junto aos profissionais do Município de Vitória que atuam na Atenção Básica e no Crai, que mostrou percepções divergentes sobre a capacidade de identificar e manejar fragilidades. Embora cerca de 70% dos profissionais da Atenção Básica relatem sentir-se preparados, a equipe especializada do Crai identifica limitações das equipes da Atenção Básica no uso de instrumentos essenciais, como o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20), e dificuldades no planejamento do cuidado (Vitória, 2025a).

Esses achados se refletem em indicadores alarmantes que sublinham a importância da priorização: em 2024, apenas 2,38% da população idosa de Vitória foi avaliada pelo IVCF-20 (Vitória, 2025b); houve 419 devoluções de encaminhamentos ao Crai por inconsistências; e 25% dos casos encaminhados poderiam ter sido manejados diretamente na Atenção Básica (Vitória, 2025c). Além disso, pessoas idosas apresentam os maiores números de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), sendo 33,33% do total nos últimos 14 anos (Vitória, 2025d); e somente 37,5% das vagas médicas programadas na Atenção Básica são destinadas a esse público (Vitória, 2025e).

Tais evidências apontam fragilidades na qualificação das equipes e na oferta de educação permanente, confirmadas por levantamento da Semus/ETSUS (2025), que mostram baixa oferta formativa recente sobre a temática do envelhecimento. Elas também evidenciam a necessidade de fortalecer a articulação entre APS e serviço especializado, bem como de aprimorar os fluxos de cuidado. Zanetti, Alves e Lima (2025) destacam que o uso de metodologias ativas, integradas à PNEPS, é o caminho para superar essa rigidez nos processos e capacitar o profissional para a tomada de decisão complexa.

Nesse cenário, será implantada em 2026 a Linha de Cuidados para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, instrumento fundamental para organizar fluxos, definir responsabilidades e promover práticas centradas na funcionalidade, autonomia e integralidade da atenção. Para que sua implementação seja efetiva e não se restrinja a um documento normativo, a realização de ações formativas prioritárias e focalizadas torna-se indispensável. Essas ações devem garantir que as equipes desenvolvam as competências necessárias para atuar de forma integrada e alinhada às novas diretrizes.

A priorização, neste caso, foca na capacitação sobre o IVCF-20 e o manejo da fragilidade, que são os gargalos identificados nos dados municipais. A literatura contemporânea (2024 em diante) endossa que o sucesso da Linha de Cuidado depende da adesão e da proficiência dos trabalhadores nos novos protocolos. Assim, a rede municipal poderá qualificar o cuidado prestado, assegurando atenção resolutiva, humanizada e adequada às especificidades

do processo de envelhecimento, transformando os indicadores de saúde e promovendo a dignidade da pessoa idosa em Vitória.

Ação educativa estratégica – apresentação e objetivos

A partir dos dados de diagnóstico foram pensadas as estratégias com maior potência para a organização do cuidado à pessoa idosa. A definição de objetivos gerais e estratégicos facilitou a construção das ações estratégicas.

Objetivo geral

Aprimorar a atenção à saúde da população idosa no âmbito da Atenção Básica, com ênfase em práticas centradas no cuidado e nas dimensões clínica, psicossocial e funcional.

Objetivos específicos

- Ampliar a aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20);
- Organizar o cuidado programado à pessoa idosa na Atenção Básica a partir da estratificação de risco dada pelo IVCF-20;
- Definir o perfil de competência do médico e do enfermeiro para atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica;
- Ampliar a aplicação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (Ampi) na Atenção Básica;
- Promover a articulação entre a integração ensino e serviço e a organização do cuidado a pessoa idosa;
- Contribuir para a redução da ocorrência de quedas em pessoas idosas por meio do fortalecimento de práticas de cuidado e prevenção;
- Potencializar a construção de soluções compartilhadas e o fortalecimento dos vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde.

Desenho da proposta

O projeto estratégico dará origem a quatro grupos de ações estratégicas:

- Capacitação em IVCF-20 e IVSF10
- Prevenção de quedas
- Formação em Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
- Supervisão institucional da equipe do Crai

Embora cada uma das ações possua objetivos específicos, elas se articulam no sentido do alcance do objetivo maior da proposta de intervenção, que é qualificar o cuidado da pessoa idosa no município de Vitória.

Além disso, para articular os eixos de ação da ETSUS, um braço do projeto é a oferta de um projeto de extensão a ser desenvolvido em parceria com instituições de ensino. Outra importante frente de atividade envolve a realização de um projeto de educação popular.

CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA		
CAPACITAÇÃO EM IVCF-20 e IVSF-10	PREVENÇÃO DE QUEDAS	FORMAÇÃO EM AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA
Enfermeiros e eMulti	ACS, Profissionais de educação física e eMulti	Médicos e enfermeiros
PROJETO DE EXTENSÃO Cuidar & Prevenir: Ação interprofissional de acompanhamento integral da pessoa idosa e prevenção de quedas	PROJETO DE EDUCAÇÃO POPULAR	SUPERVISÃO INSTITUCIONAL DA EQUIPE DO CRAI

Quadro 1. Quadro-síntese das ações educativas estratégicas do projeto Cuidado Integral à Saúde da Pessoa Idosa

Fonte: Elaborado pelas autoras.

PROPOSTA FORMATIVA 1

CAPACITAÇÃO EM IVCF-20 e IVSF-10

Objetivos de aprendizagem:

- Conhecer e aplicar o IVCF-20;
- Classificar o risco da pessoa idosa a partir dos dados do IVCF-20;
- Identificar pessoas idosas frágeis dos territórios de saúde a partir do IVSF-10;
- Organizar o cuidado programado às pessoas idosas nas Unidades de Saúde a partir dos dados aferidos por meio do IVSF-10 e IVCF-20.

Público-alvo: Enfermeiros e equipe e-Multi

Carga horária prevista: 20 horas presencial (teórico/prático) e 20 horas (EaD)

Procedimentos:

1. Construir o projeto pedagógico da ação formativa
2. Definir os indicadores de linha de base

Período: janeiro e fevereiro de 2026

3. Formação de médicos, enfermeiros e eMulti da Atenção Básica

Período: março a maio 2026

4. Acompanhamento da organização do cuidado a partir dos dados decorrentes da ampliação do uso do IVCF-20 e implantação do IVSF-10

Período: junho a novembro

5. Avaliação dos resultados. Estratégia: comparando com a linha de base, a partir dos indicadores predefinidos

Período: novembro de 2026

Período de realização: março a novembro de 2026

Resultados esperados:

- Ampliação da aplicação do IVCF-20 pelas ESF da ABS;
- Implementação do IVSF-10 pelas ESF da ABS;
- Melhora do cuidado à pessoa idosa atendida na ABS a partir da identificação de necessidades em saúde dessa população;
- Qualificação do compartilhamento do cuidado entre a ABS e o Crai;
- Sistematização de dados referentes à estratificação clínico funcional da população idosa de Vitória.

PROPOSTA FORMATIVA 2

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Objetivos de aprendizagem:

- Conhecer aspectos teóricos e práticos dos fatores de risco e das estratégias de prevenção de quedas a pessoas idosas, qualificando a atuação dos profissionais;
- Identificar situações e pessoas em risco para eventos de quedas;
- Discutir casos em equipe e garantir o cuidado integral à pessoa idosa em risco para quedas;

- Elaborar atividades educativas para promoção da saúde, fornecendo orientações, aconselhamento e estratégias de autocuidado para redução de risco de quedas;
- Elaborar material informativo de suporte às atividades de promoção da saúde.

Público-alvo: ACS, profissional de educação física e demais integrantes da eMulti

Carga horária prevista: 20 horas

Procedimentos:

- 1- Planejamento da atividade formativa
- 2- Realização da atividade formativa (Acolhimento, integração e engajamento dos participantes; Contextualização do cenário município, fatores de riscos, cuidados e adaptações, fatores de prevenção)
- 3- Abordagem prática com simulações e planejamento do cuidado em equipe
- 4- Elaboração e apresentação das propostas de intervenção

Período de realização: maio a junho de 2026

Resultados esperados:

- Ampliar a identificação de pessoas idosas em risco de quedas;
- Qualificação do processo de identificação, cuidado, orientação de pessoas idosas em situação de risco para quedas;
- Ampliação das atividades coletivas ofertadas às pessoas idosas e seus cuidadores pelas equipes.

PROPOSTA FORMATIVA 3

FORMAÇÃO EM AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

Objetivos de aprendizagem:

- Desenvolver a competência profissional de médicos e enfermeiros para atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica;
- Capacitar médicos e enfermeiros para a realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (Ampi);
- Instituir a estratificação clínico funcional na Atenção Básica, permitindo respostas mais assertivas e eficientes às necessidades de saúde da população idosa;
- Organizar o cuidado programado às pessoas idosas nas Unidades de Saúde.

Público-alvo: Médicos e enfermeiros da Atenção Básica

Carga horária prevista: 16 horas

Procedimentos:

1. Definir os indicadores de linha de base. Estratégia: a partir da análise do contexto, considerando as evidências mensuráveis.
2. Definir o perfil de competência do médico e do enfermeiro para atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica. Estratégia: constituição de um grupo de trabalho que irá descrever o perfil de competência, conforme Nota Técnica: Processo de construção de perfil de competência de profissionais.
3. Construir o projeto pedagógico da ação formativa. Estratégia: constituição de um grupo de trabalho, definindo

carga horária, metodologias de ensino-aprendizagem e referencial bibliográfico.

Período: janeiro a fevereiro de 2026

4. Executar a formação de médicos e enfermeiros da Atenção Básica. Estratégia: conforme o projeto pedagógico estabelecido.

Período: maio de 2026

5. Acompanhamento da implementação da Ampí nos territórios, por meio de matriciamento com a equipe do Crai e encontros formativos.

6. Avaliar os resultados. Estratégia: comparando com a linha de base, a partir dos indicadores predefinidos.

Período: novembro de 2026

Período de realização: maio a novembro de 2026

Resultados esperados:

- 80% dos médicos e enfermeiros que foram capacitados com autopercepção de domínio do perfil de competência para atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica como satisfatório;
- Adoção do uso da Ampí como estratégia organizadora do cuidado em saúde da pessoa idosa ABS;
- Organização do cuidado programado às pessoas idosas nas Unidades de Saúde em 100% das equipes dos profissionais participantes.

PROPOSTA FORMATIVA 4

SUPERVISÃO INSTITUCIONAL DA EQUIPE DO CRAI

Objetivos de aprendizagem:

- Adotar um processo mais uniforme de matriciamento, padronizando o uso das ferramentas e ações entre os profissionais e ampliando o escopo de atuação;
- Aplicar técnicas de discussão de casos clínicos e construção de Planos de Cuidados de forma sistematizada;
- Conduzir intervenções pedagógicas (capacitações, workshops, *in loco* – no território da ESF) que sejam relevantes para as necessidades de cuidado da pessoa idosa identificadas pelas ESF;
- Orientar as equipes de saúde da família sobre a condução da avaliação multidimensional da pessoa idosa e a organização do cuidado a partir dessa;
- Direcionar a organização de protocolos clínicos específicos para o cuidado no Crai;
- Atualizar quanto a conhecimento, procedimentos e técnicas de cuidado especializado às pessoas idosas acompanhadas pelo Crai;
- Aperfeiçoar o uso da avaliação multidimensional especializada da pessoa idosa;
- Conhecer novas estratégias para avaliação e reabilitação neurofuncional da pessoa idosa.

Público-alvo: Profissionais que integram a equipe do Crai

Carga horária prevista: 48 horas (1 encontro mensal com duração de 8 horas, durante 6 meses)

Procedimentos:

Serão realizados encontros mensais de oito horas, conduzidos por equipe externa de facilitadores.

Período de realização: abril a setembro de 2026

Resultados esperados:

- Fortalecimento do vínculo e da comunicação entre o Crai e as ESF, diminuindo a sensação de isolamento das equipes e promovendo o reconhecimento mútuo do papel de cada ponto da rede;
- Aumento do número de pessoas idosas identificadas como frágeis ou em risco e que possuem um plano de cuidados ativo na ESF;
- Aumento dos índices de satisfação das ESF com o apoio matricial ofertado (mensurado via pesquisa de *feedback*);
- Otimização e qualificação do cuidado compartilhado à pessoa idosa realizado entre Crai e UBS;
- Diminuição do percentual de encaminhamentos considerados “impróprios” ou “resolvíveis na ABS” após matriciamento;
- Padronização das práticas de matriciamento;
- Promover um modelo de atuação uniforme e interprofissional no Crai, assegurando consistência na qualidade e na metodologia das ações desenvolvidas pelo serviço, independentemente do profissional que as realize;
- Elaboração de diretrizes para subsidiar a construção de Protocolos Clínicos do Crai.

INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO

PROJETO DE EXTENSÃO

Cuidar & Prevenir: Ação interprofissional de acompanhamento integral da pessoa idosa e prevenção de quedas

- **Instituição proponente:** ETSUS-Vitória
- **Instituições parceiras:** Instituições de Ensino em parceria na região escolhida
- **Curso(s) envolvido(s):** Ex.: Fisioterapia, Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Nutrição, Educação Física

Introdução e justificativa

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil, trazendo consigo desafios como o aumento de doenças crônicas e a perda de autonomia. As quedas estão entre os acidentes domésticos mais comuns em pessoas idosas, sendo a principal causa de lesões, fraturas e, muitas vezes, institucionalização.

A complexidade das necessidades da pessoa idosa demanda uma abordagem que transcenda as fronteiras de uma única profissão. O modelo de **cuidado interprofissional** (onde diferentes profissionais trabalham de forma colaborativa) é fundamental para uma atenção integral e efetiva.

Este projeto de extensão visa articular o conhecimento acadêmico com as necessidades da comunidade, promovendo a qualidade de vida da pessoa idosa por meio de um acompanhamento integral, focado na prevenção de quedas.

Objetivos gerais

- Identificar e avaliar pessoas idosas residentes na Região Centro quanto a sua funcionalidade e risco de quedas.

- Promover e prevenir quedas em pessoas idosas por meio de ações de educação em saúde.

Objetivos específicos

- Realizar a estratificação de risco a partir do IVCF-20 e IVSF-10.
- Identificar fatores de risco individuais para quedas.
- Orientar pessoas idosas em risco e seus familiares quanto aos fluxos de cuidado na Unidade de Saúde.
- Compartilhar com as equipes de saúde os dados coletados na estratificação de risco visando a organização do cuidado.
- Capacitar pessoas idosas e seus cuidadores sobre medidas preventivas e segurança no lar.
- Estimular a prática regular de atividades físicas adaptadas.
- Fortalecer o vínculo entre a academia e a comunidade local.
- Elaborar material educativo quanto a prevenção de quedas.
- Participar de ações de educação popular em saúde com a comunidade local.

Metodologia

O projeto será desenvolvido como forma de suporte dos projetos de capacitação em IVCF-20 e IVSF-10 e também na prevenção de quedas. Terá a duração de 10 meses, com previsão de carga horária semanal do estudante de 8 horas. Utilizará uma abordagem participativa e interprofissional.

PROJETO DE EDUCAÇÃO POPULAR

PROJETO DE EDUCAÇÃO POPULAR

Introdução

A proposta apresentada a seguir, integra a temática da saúde da pessoa idosa, tendo como recorte ações para redução da mortalidade por quedas em pessoas idosas. O risco por quedas é multifatorial e necessita de ações e propostas que envolvam toda comunidade, visando a prevenção e identificação de fatores de riscos.

Para isso, o projeto associará a estratégia da Vigilância Popular em Saúde, que prima pelo protagonismo das populações dos territórios na identificação e monitoramento de questões que trazem grandes impactos para saúde. No contexto da prevenção de quedas em pessoas idosas, essa abordagem envolve mobilização comunitária de atores locais, associada aos profissionais de saúde, tendo em vista o trabalho integrado de reconhecimento, mapeamento e acompanhamento de situações de risco presentes na comunidade que aumentam a vulnerabilidade das pessoas idosas. As ações pautadas na vigilância popular, buscam potencializar a construção de soluções compartilhadas, fortalecer vínculos entre comunidade e serviços de saúde e ampliar a capacidade de resposta do território, tornando o cuidado mais efetivo, participativo e voltado às realidades locais.

Objetivos gerais

- Classificar e priorizar as demandas identificadas no território, considerando as necessidades de saúde da população idosa identificadas no mapeamento inicial;
- Organizar e desenvolver ações intersetoriais e estratégias de cuidado em resposta a situações de risco de quedas nas pessoas idosas do território.

Público-alvo

Agentes Comunitários de Saúde, equipes multiprofissionais, lideranças formais e informais, cuidadores, pessoa idosa do território, demais atores intersetoriais envolvidos no cuidado à população idosa e estudantes extensionistas.

Metodologia

Para alcance da proposta, seguiremos com as seguintes etapas metodológicas:

Diagnóstico inicial

Tem como objetivo conhecer território e mobilizar a rede.

- A. Definição do território “piloto” – Baseado em dados epidemiológicos, como região com maior incidência de quedas e/ou situações de vulnerabilidades;
- B. Mapeamento da rede – identificar equipamentos/projetos dos territórios que fazem atenção e cuidado à população idosa, como centros de convivência da Assistência Social, SOE, grupos de pessoas idosas nas Unidades de Saúde, entre outros;
- C. Articulação e mobilização da rede – reunião para apresentação da proposta e mobilização de diversos atores para início da intervenção.

Oficinas para construção do mapa coletivo

Identificação dos riscos e vulnerabilidades no ambiente doméstico e comunitário.

- D. Oferta de oficinas de mapeamento ofertadas às pessoas idosas do território e os ACS, identificando: presença de pessoas idosas com autonomia e acamados;

quais moradias possuem pessoas idosas em situação de vulnerabilidade; recorte da situação de riscos; identificar obstáculos, pisos escorregadios, iluminação precária, falta de barras de apoio, tanto em casa quanto na comunidade; refletir sobre o contexto socioeconômico que dificulta as adaptações.

Priorização e planejamento das intervenções

Com base no diagnóstico planejar as ações coletivamente.

- A. Elencar prioridades para intervenção;
- B. Definir coletivamente estratégias de intervenção para redução de fatores de risco;
- C. Identificar parceiros.

Execução das propostas

Com base no diagnóstico planejar as ações de forma detalhada.

- A. Ações educativas e formativas: para rede, incluindo profissionais e comunidade com enfoque a orientação sobre prevenção de quedas;
- B. Oficinas de equilíbrio, orientação sobre medicamentos, uso de calçados adequados etc.;
- C. Usar ferramentas da comunicação popular para difundir essas ideias pelo território. Articulação com os CRJ para criação de um material informativo acessível à população (vídeos, mensagens para postar em aplicativos etc.);
- D. Articulação com conselhos locais de saúde para reivindicar e/ou realizar melhorias na comunidade, no sentido de prevenir quedas;
- E. Levar o projeto de adaptação dos ambientes domésticos para faculdades de Arquitetura/Terapia Ocupacional e/ou Subsecretaria de Habitação, propondo soluções viáveis para intervir nessas residências com

apoio de pessoas da comunidade e materiais recicláveis
e/ou de baixo custo.

Avaliação

Nível de conhecimento da população sobre a prevenção de quedas e identificação dos principais fatores de risco (residências e comunidade) presentes nos ambientes visitados.

Avaliar a percepção da comunidade sobre a melhoria da segurança, o nível de engajamento na Vigilância Popular e a sustentabilidade das soluções implementadas.

Referências

ABREU, Débora Regina de O. M. *et al.* Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1131-1141, abr. 2018.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY (AGS; BSG). Panel on prevention of falls in older persons: summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 59, n. 1, p. 148-157, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Óbitos por causas externas em idosos**: Vitória-ES, 2010-2020. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/4t0KTYs>. Acesso em: 5 nov. 2025.

COSTA JÚNIOR, Rodrigo; PEREIRA, Ana Clara; OLIVEIRA, Márcio. A urgência da atualização: como a evidência pós-pandemia orienta a Educação Permanente no SUS. **Revista de Saúde Pública e Gestão**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2024.

MACIEL, Shirley Suely Soares *et al.* Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 25-31, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção integrada para os idosos (Icope)**: orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington: Opas, 2020.

VIEIRA, Silvia; SANTOS, Daniel. Integração ensino-serviço e a adoção de inovações tecnológicas no SUS: lições para a formação profissional. **cadernos Brasileiros de Educação em Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 45-60, 2025.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde (Semus). Gerência de Atenção à Saúde. **Levantamento interno sobre identificação e manejo de fragilidades em pessoas idosas**. Vitória, 2025a. Documento interno.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde (Semus). **Relatório Consolidado da Ficha IVCf-20**: Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar. Vitória, 2025b. Documento interno.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde (Semus). Gerência de Regulação, Controle e Avaliação. **Dados internos da fila de regulação dos encaminhamentos ao Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (Crai), registrados no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar**. Vitória, 2025c. Documento interno.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde (Semus). Gerência de Atenção à Saúde. **Dados internos sobre internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em pessoas idosas, a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)**. Vitória, 2025d. Documento interno.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde (Semus). **Dados internos sobre a programação de vagas médicas na Atenção Básica destinadas a pessoas idosas, coletados a partir das agendas médicas no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar**. Vitória, 2025e. Documento interno.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global report on falls prevention in older age**. Geneva: WHO, 2007.

ZANETTI, Rafael; ALVES, Pedro; LIMA, Laura. Metodologias ativas e a transformação do processo de trabalho em saúde: um estudo de caso em Unidades Básicas. **Jornal de Políticas Públicas em Saúde**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 20-35, 2025.

CAPÍTULO 4.

AÇÃO EDUCATIVA ESTRATÉGICA: SAÚDE MATERNO-INFANTIL – DA GESTAÇÃO AO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Aline Muzi de Castro

Ana Maria Tesch Capezzuto

Daniel Domith Vicente

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa

Noemia do Nascimento Butzke

Samara Lhorrainy dos Reis de Freitas

Introdução

A mortalidade infantil permanece como um dos indicadores mais sensíveis da qualidade de vida, da organização da rede de atenção e das condições socioeconômicas de uma população. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2023), o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) foi de 13,8 óbitos por mil nascidos vivos, com predomínio do componente neonatal precoce, fortemente relacionado à qualidade da assistência pré-natal, do parto e das primeiras horas de vida. No Espírito Santo, o CMI registrado em 2022 foi de 10,6 por mil nascidos vivos, em 2023 foi de 10,85 por mil nascidos vivos e o em 2024 foi de 11,46 por mil nascidos, valor semelhante ao padrão nacional.

Em Vitória, o cenário recente reforça a necessidade de respostas estruturadas. O Boletim Epidemiológico de Mortalidade Fetal, Infantil e Materna (Copemi-TV, 2025) indica que o município apresentou CMI de 10,88 em 2022, 10,47 em 2023 e 10,58 em 2024. Apesar de abaixo do limite de alerta da OMS (20/1.000), os valores demonstram estabilidade em patamar que exige intervenções contínuas, especialmente considerando que o período neonatal precoce respondeu por 56,76% dos óbitos infantis em 2024, um padrão que se repete ao longo dos últimos anos e que evidencia fragilidades no cuidado à gestante e ao recém-nascido.

Outro elemento relevante é a queda de 24,12% na natalidade entre 2017 e 2024 (4.608 para 3.496 nascidos vivos), conforme demonstrado na Tabela 1, apontando transformações demográficas que impactam a organização da rede assistencial e a vigilância dos agravos materno-infantis.

Ano	Nº de Nascidos Vivos
2017	4608
2018	4644
2019	4482
2020	4167
2021	3957
2022	3861
2023	3726
2024*	3496

Tabela 1. Número de nascidos vivos, segundo ano (Vitória-ES, 2017-2024)

Fonte: Semus/GVS/CVE/Copemi-TV/Sinasc – Vitória-ES

* Dados sujeitos à revisão, atualizados em 30 de abril de 2025.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) representa a probabilidade de uma criança morrer antes de completar seu primeiro ano de vida. Ele é composto por dois componentes:

- **Mortalidade Neonatal (0 a 27 dias)**, que inclui o período neonatal precoce (0 a 6 dias) e o neonatal tardio (7 a 27 dias);
- **Mortalidade Pós-Neonatal (28 a 364 dias)**.

A mortalidade neonatal costuma estar relacionada a intercorrências durante a gestação ou o parto, bem como a condições maternas e malformações congênitas. Por outro lado, os óbitos pós-neonatais geralmente refletem determinantes sociais, culturais e ambientais que influenciam a saúde infantil.

Conforme a Tabela 2, a menor taxa de mortalidade infantil registrada em Vitória foi observada em 2019, quando o coeficiente atingiu 6,69 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2024, foram contabilizados 37 óbitos de crianças menores de um ano, número ligeiramente inferior ao de 2023 (39 óbitos), porém ainda acima dos valores registrados no período.

Nº DE ÓBITOS INFANTIS EM VITÓRIA - ES POR ANO						
Ano	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nº de óbitos	30	35	29	42	39	37
CMI	6,69	8,39	7,33	10,88	10,47	10,58

Tabela 2. Número de óbitos infantis e CMI (Vitória-ES – 2019 a 2024)

Fonte: Semus/GVS/CVE/Copemi-TV/SIM – Vitória-ES.

Segundo dados do Copemi-TV, a distribuição dos óbitos por faixa etária (Tabela 3) evidencia que o período neonatal precoce (0 a 6 dias) permanece como o principal responsável pelas mortes infantis, correspondendo a 56,76% dos casos em 2024. Embora essa predominância já fosse verificada em anos anteriores, o crescimento recente nessa faixa etária demanda maior atenção. O período pós-neonatal (28 dias a 11 meses) representou 27,03% dos óbitos, enquanto o período neonatal tardio (7 a 27 dias) respondeu por 16,21%.

Nº DE ÓBITOS INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA													
Idade	2019		2020		2021		2022		2023		2024		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Neonatal Precoce	14	46,67	21	58,33	14	46,67	15	35,71	19	47,50	21	56,76	
Neonatal tardio	03	10,00	06	16,67	05	16,66	09	21,73	10	25,00	06	16,21	
Pós Neonatal	13	43,33	09	25,00	10	36,67	18	42,86	11	27,50	10	27,03	
TOTAL	30	100	36	100	29	100	42	100	40	100	37	100	

Tabela 3. Número e proporção de óbitos infantis por faixa etária (Vitória-ES – 2019 a 2024)

Fonte: Semus/GVS/CVE/Copemi-TV/SIM – Vitória-ES.

A concentração de óbitos nos primeiros dias de vida reforça a necessidade de fortalecer a assistência pré-natal, o cuidado durante o parto e as ações voltadas ao atendimento imediato do recém-nascido.

A análise por Região de Saúde, demonstrada na Tabela 4, mostra que somente a Região São Pedro registrou redução no coeficiente de mortalidade infantil, apresentando queda de 43,45% em comparação ao ano anterior. Nas demais regiões, observou-se aumento significativo, especialmente na Região Centro, onde o indicador cresceu 85,04%, e na Região Santo Antônio, que apresentou elevação de 58,10%.

MORTALIDADE INFANTIL POR REGIÃO DE SAÚDE													
	2019		2020		2021		2022		2023		2024		
Região	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	
CONTINENTAL	06	4,69	06	5,34	08	7,421	07	6,35	10	9,87	10	10,03	
MARUIPE	07	7,36	11	12,62	07	7,95	15	18,54	09	11,55	07	10,38	
CENTRO	02	6,99	01	3,50	02	8,58	03	12,77	01	4,48	02	8,29	
SANTO ANTONIO	02	4,48	08	17,50	03	7,95	05	12,92	04	10,12	06	16,00	
SÃO PEDRO	08	11,85	04	6,15	03	4,73	05	8,53	10	17,33	05	9,80	
FORTE SÃO JOÃO	05	5,98	06	7,68	06	8,34	07	9,46	06	8,27	07	10,63	
TOTAL	30	6,69	36	8,63	29	7,33	42	10,88	40	10,73	37	10,58	

Tabela 4. Número e taxa de óbito infantil por região de saúde.
Vitória-Es 2019 a 2024

Fonte: Semus/GVS/CVE/Copemi-TV/SIM – Vitória-ES.

Esses resultados evidenciam a urgência de reforçar a rede de atenção materno-infantil, com foco em um pré-natal qualificado, na vigilância ativa de fatores de risco e na ampliação do acesso aos serviços de saúde, sobretudo nos territórios com maior vulnerabilidade.

À luz do panorama epidemiológico apresentado, torna-se evidente que a redução da mortalidade infantil demanda intervenções que ultrapassem a atualização técnica isolada. Os padrões observados, especialmente no que se refere aos óbitos evitáveis e à concentração de mortes no período neonatal precoce, evidenciam fragilidades estruturais na organização do cuidado, nos fluxos assistenciais e na integração entre os diferentes pontos da rede.

Esses elementos revelam a necessidade de fortalecer processos, padronizar práticas, aprimorar a comunicação assistencial e qualificar a coordenação do cuidado ao longo de todo o ciclo gestacional e do primeiro ano de vida da criança. Nesse contexto, uma resposta efetiva exige articular educação permanente, reorganização de processos e indução de mudanças institucionais que sustentem melhorias contínuas e impactem diretamente os desfechos materno-infantis.

Diante desse contexto, a presente Ação Educativa Estratégica foi estruturada com base nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), partindo da realidade concreta dos serviços e dos desafios identificados no diagnóstico municipal. Ao concentrar esforços no acompanhamento da gestante, da puérpera e da criança no primeiro ano de vida, esta proposta busca induzir mudanças organizacionais, fortalecer equipes, aprimorar fluxos, qualificar práticas e promover integração interprofissional, elementos essenciais para reduzir mortes evitáveis e elevar a qualidade da atenção materno-infantil em Vitória.

Assim, esta ação educativa se insere como estratégia municipal robusta e necessária, articulada às metas do Plano Municipal de Saúde, ao ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e às recomendações internacionais e nacionais de vigilância e prevenção de mortalidade materno-infantil, contribuindo para a proteção integral da vida e para o fortalecimento contínuo da Atenção Primária à Saúde.

Ação educativa estratégica – apresentação e objetivos

A temática definida foi Mortalidade Infantil, dada a abrangência do tema, a partir dos dados de diagnóstico foi definido que o escopo das propostas interventivas abrangeria a gestante, puérpera e a criança, do nascimento ao primeiro ano de vida. Considerados aspectos críticos para o município de Vitória e com necessidade, sobretudo, de ajustes nos fluxos e processos, considerou-se que ao priorizarmos essas etapas do ciclo de vida teremos a condição ideal para o desenvolvimento de uma ação educativa estratégica que, como definido na PNEPS, parte dos desafios do trabalho com o compromisso de retor-

nar como melhoria e qualificação do sistema. A definição de objetivos gerais e específicos facilitou a construção das propostas formativas.

Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde materno-infantil com foco do pré-natal ao primeiro ano de vida na Atenção Básica com vistas a diminuir nos indicadores de mortalidade materno-infantil.

Objetivos específicos

- Reorganizar processos de trabalho nas equipes de saúde da família relativos ao cuidado materno-infantil no período do pré-natal ao final do primeiro ano de vida do recém-nascido.
- Qualificar a equipe para o cuidado integral a gestante, puérpera e recém-nascido, desenvolvendo competências técnicas e relacionais.
- Sistematiza fluxos e processos de trabalho relativos ao cuidado materno-infantil.

Desenho da proposta

Com base no panorama epidemiológico detalhado na introdução, tornou-se imprescindível identificar estratégias capazes de provocar mudanças reais na rede municipal.

Diante dessas constatações, foram realizados encontros de planejamento com representantes de diferentes áreas da rede, nos quais se buscou compreender coletivamente as causas estruturais dos resultados observados. Durante esses encontros, emergiu a percepção de que os indicadores negativos estavam diretamente associados a fragilidades na organização do cuidado e na coordenação dos processos, mais do que à insuficiência de conhecimentos técnicos. Assim, para alcançar impacto significativo, seria necessário construir

uma intervenção capaz de fortalecer práticas assistenciais, qualificar processos de trabalho e ativar espaços colaborativos de decisão.

Outro aspecto identificado foi a necessidade de um movimento municipal amplo e integrado, considerando que todos os territórios apresentavam desafios e que algumas regiões registravam crescimento expressivo do CMI. Foi consenso que qualquer estratégia deveria envolver toda a rede, gerências, unidades e equipes, embora isso representasse desafios adicionais para o monitoramento e a avaliação, dada a quantidade de atores e complexidade dos fluxos envolvidos.

Frente a esse conjunto de elementos, delineou-se a construção de uma intervenção estruturada, de caráter indutor, com potencial para alcançar todo o município e apoiar mudanças organizacionais consistentes. Assim, nasceu o projeto **“Formação de Ativadores de Mudança no Cuidado Materno-Infantil”**, fundamentado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e alinhado aos objetivos traçados no diagnóstico municipal.

Sua formulação partiu do entendimento de que transformações duradouras requerem capacitação crítica, integração entre serviços, revisão de práticas baseadas em evidências e fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado.

A partir desse processo coletivo, foram definidas as premissas centrais que orientam o desenvolvimento do projeto:

- Formação de grupos de trabalho,¹ por unidade de saúde composto por:
 - Diretor da US;
 - Assistente Social;
 - Enfermeiro;
 - Médico;
 - Agente Comunitário de Saúde;
 - Este grupo de trabalho será estabelecido como um grupo de ativadores dos novos processos nas Unidades de Saúde;
 - Os planos de intervenções contendo os novos processos serão definidos nos encontros formativos re-

1. Este grupo será composto preferencialmente por um representante de cada equipe.

alizados com condução de membros da ETSUS e Saúde da Criança/mulher, com representação das demais gerências da Semus;

- Os planos de intervenções serão implementados nas unidades de saúde por este grupo de ativadores;
- O monitoramento do processo será feito pelos condutores da ação e pelos grupos de ativadores;
- O processo envolverá o compartilhamento de práticas exitosas já em desenvolvimento nos territórios e finalizará com a socialização dos resultados e dos novos processos e práticas construídos a partir das ações formativas.

O Quadro 1, derivado deste projeto, apresenta formações específicas que serão propostas, especialmente aquelas relacionadas ao manejo de determinadas condições e agravos, conforme representado no esquema a seguir.

FORMAÇÃO DE ATIVADORES DE MUDANÇA NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL: DO PRÉ NATAL AO PRIMEIRO ANO DE VIDA	
OFICINAS FORMATIVAS	MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL E TRANSMISSÕES VERTICAIS, DIABETES MELLITUS, DOENÇA HIPERTENSIVA NA GESTANTE E PUÉRPERA PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS DA APS
SEMINÁRIO MUNICIPAL DE BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL	

Quadro 1. Quadro-síntese das ações educativas estratégicas do projeto Saúde Materno-Infantil: da gestação ao primeiro ano de vida

Fonte: Elaboração própria.

Apresentamos na sequência o detalhamento das propostas formativas construídas a partir do projeto.

PROPOSTA FORMATIVA 1

OFICINAS FORMATIVAS

Objetivos de aprendizagem:

- Organizar o acompanhamento pré-natal e garantir o número de consultas adequado a todas as gestantes do território;
- Realizar o cadastro precoce e a estratificação de risco da gestante (social, biológico e clínico);
- Garantir o acompanhamento adequado e o referenciamento oportuno para serviços especializados, se necessário;
- Orientar sobre a importância da cobertura vacinal da gestante conforme o calendário e cuidados durante o período gestacional;
- Realizar acompanhamento em saúde bucal;
- Garantir a continuidade do cuidado entre a maternidade e a Atenção Básica, reestabelecendo o fluxo do cuidado;
- Realizar acompanhamento, incluindo visitas domiciliar ao Recém-nascido e a puérpera;
- Garantir a continuidade do cuidado entre a maternidade e a Atenção Básica, reestabelecendo o fluxo do cuidado;
- Realizar o acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura), realizando o número mínimo de consultas preconizadas no primeiro ano de vida (no mínimo 7 consultas);
- Orientar e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e a introdução de práticas alimentares adequadas e saudáveis;
- Realizar a busca ativa de crianças com vacinas em atraso;
- Acompanhar a suplementação com Vitamina A e Ferro, conforme as normas;
- Realizar busca ativa por meio de visita domiciliar de crianças e gestantes faltosas, não cadastradas ou que necessitem de cuidado especial;

- Realizar reuniões de equipes sistematicamente para a discussão de casos e melhoria do processo de trabalho.

Público-alvo:

Grupo de trabalho de ativadores: 1 a 2 equipes de cada unidade de saúde.

O grupo de trabalho de ativadores será composta por: diretor, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 odontólogo, 1 assistente social e 1 ACS.

Como informado anteriormente, esse grupo, que tem uma função de indução de mudanças, será sensibilizado, motivado e preparado para essa missão. A presença do diretor no grupo, reforça o compromisso institucional para que o processo tenha o peso de um projeto de gestão que integra educação e atenção.

Carga horária prevista:

120 horas, sendo 9 oficinas de 8 horas e as atividades de dispersão realizadas nos intervalos e as reuniões de acompanhamento no Coger.

Procedimentos:

1. Divulgação da proposta junto aos diretores
2. Formação das equipes de ativadores por Unidade de Saúde
3. Oficina 1 – Contextualização do cenário nacional, regional e municipal. Sensibilização e Matriz Swot de cada território (Atividade de dispersão: diagnóstico situacional do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido no território)
4. Oficina 2 – Socialização dos diagnósticos e descrição dos fluxos de cuidado (Atividade de dispersão: construção do plano de intervenção)
5. Oficina 3 – Apresentação dos planos de intervenção, socialização de experiências exitosas e ajustes para aplicação do plano

6. Oficina 4 – Cuidado à gestante
7. Oficina 5 – Cuidado ao recém-nascido
8. Oficina 6 – Cuidado a puérpera
9. Oficina 7 – Abordagem familiar e cuidado em rede
10. Oficina 8 – Estratégias de cuidado interprofissional
11. Oficina 9 – Apresentação de resultados parciais

Período de realização: abril a novembro de 2026

Instrumentos a serem utilizados:

- Matriz Swot
- Instrumento de diagnóstico situacional pré e pós-intervenção
- Plano de intervenção
- Formulários de monitoramento

Estratégias de monitoramento:

- Acompanhamento das etapas de implantação do plano de intervenção com encontros regionais (Coger) bimestral entre as oficinas 5 e 8.
- Materiais apresentados ao longo das oficinas.
- Acompanhamento de resultados do plano de intervenção.
- Relatório final apresentado no seminário de boas práticas em cuidado materno-infantil.

Resultados esperados:

- Acesso Precoce e Qualificado da gestante inicie o acompanhamento pré-natal;
- Ampliação no número mínimo de consultas preconizadas nas gestantes;
- Identificação de Risco da gestante (social, biológico e clínico) e garantia do acompanhamento adequado e o referenciamento oportuno para serviços especializados, se necessário;

- Oferta atenção em saúde bucal;
- Fortalecimento da articulação com a Rede de Atenção à Saúde (Rede Cegonha) para assegurar o acesso à maternidade de referência;
- Garantia da continuidade do cuidado entre a maternidade e a Atenção Básica, reestabelecendo o fluxo do cuidado;
- Acompanhamento da Criança de Risco;
- Garantia do acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura);
- Qualificar a orientação e acompanhamento do Aleitamento Materno e Nutricional da criança;
- Garantia da busca Ativa de crianças e gestantes faltosas, não cadastradas ou que necessitem de cuidado especial.

Avaliação e monitoramento:

AVALIAÇÃO DE REAÇÃO: Instrumento específico da ETSUS ao fim de cada oficina presencial.

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO: Projeto de Intervenção: organização do cuidado programado à gestante, puérpera e recém-nascido.

AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTO: Questionário de autopercepção de domínio do perfil de competência para atenção à gestante, puérpera e recém-nascido.

AVALIAÇÃO DE IMPACTO: Indicadores predefinidos a partir do contexto:

Número de gestantes com pré-natal completo.

Número de mortes materno-infantil.

PROPOSTA FORMATIVA 2

MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL E TRANSMISSÕES VERTICAIS, DIABETES MELLITUS, DOENÇA HIPERTENSIVA NA GESTANTE E PUÉRPERA PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS DA APS

Objetivos de aprendizagem:

- Realizar o rastreamento oportuno da sífilis em gestantes e seus parceiros;
- Interpretar corretamente os testes treponêmicos e não treponêmicos;
- Instituir o tratamento adequado da sífilis na gestação e no puerpério, respeitando esquema terapêutico e prazos;
- Garantir o tratamento e acompanhamento do(s) parceiro(s);
- Monitorar a queda dos títulos após tratamento, conforme protocolos;
- Realizar a prevenção, identificação e manejo de casos suspeitos de sífilis congênita;
- Organizar fluxos de notificação, investigação e seguimento dos casos de sífilis na APS;
- Manejo e prevenção de outras transmissões verticais;
- Classificar a hipertensão arterial na gestação;
- Manejar clinicamente a hipertensão arterial na gestação utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas;
- Solicitar e interpretar exames complementares pertinentes à doença hipertensiva da gestante;
- Identificar, monitorar e manejar sinais de alarme de pré-eclâmpsia;
- Realizar profilaxia de pré-eclâmpsia conforme diretrizes vigentes;
- Orientar o automonitoramento da pressão arterial no domicílio;

- Manejar a hipertensão e a crise hipertensiva na APS durante a gestação e o puerpério;
- Realizar encaminhamento adequado a serviços especializados quando indicado;
- Rastrear e diagnosticar precocemente o Diabetes Mellitus gestacional;
- Acompanhar de forma sistemática e integrada gestantes e puérperas diagnosticadas com DM;
- Manejar a glicemia por meio de tratamento farmacológico e/ou não farmacológico em gestantes e puérperas.

Público-alvo: Médicos e enfermeiros

Carga horária prevista: 60 horas, 32 horas presenciais e 28 horas em EaD

Procedimentos:

1. Divulgação da proposta junto aos diretores
2. Inscrição dos participantes
3. Etapa 1 – Atualização em Doença Hipertensiva na Gestante
4. Etapa 2 – Atualização em Diabetes Mellitus Gestacional
5. Etapa 3 – Atualização em Sífilis e outros agravos de transmissão vertical.

Período de realização: junho a setembro de 2026

Avaliação e monitoramento:

AVALIAÇÃO DE REAÇÃO: Aplicação do instrumento específico da ETSUS ao final de cada oficina presencial para mensurar satisfação, relevância percebida e aplicabilidade das atividades.

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO: Realização de pré e pós-testes, complementados por simulações clínicas para avaliar a aquisição de habilidades relacionadas à DMG, DHG e manejo da sífilis.

AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTO: Aplicação de questionário de autopercepção sobre o domínio das competências necessárias para a atenção à gestante, puérpera e recém-nascido, incluindo manejo de DMG, DHG e sífilis.

AVALIAÇÃO DE IMPACTO: Monitoramento de indicadores assistenciais e epidemiológicos capazes de refletir mudanças na qualidade do cuidado após as intervenções. Serão acompanhados, entre outros:

- Proporção de gestantes com pré-natal completo, conforme critérios preconizados;
- Redução de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita;
- Redução de casos de descompensação hipertensiva e glicêmica durante a gestação;
- Proporção de gestantes com estratificação de risco registrada;
- Melhoria nos tempos de diagnóstico e tratamento oportuno (DMG, DHG, sífilis e outros agravos de transmissão vertical);
- Redução dos óbitos maternos e infantis relacionados às condições abordadas.

Resultados esperados:

- Padronização do Rastreamento e diagnóstico da DMG e das Doenças Hipertensivas, utilizando os protocolos e fluxogramas atualizados do Ministério da Saúde;
- Aumento da proporção de gestantes com DMG ou DH identificadas e classificadas precocemente como de alto risco, já no primeiro trimestre, ou no momento oportuno, em sua área de abrangência;
- Aumento da adesão da equipe às boas práticas no manejo inicial e monitoramento contínuo das gestantes com DMG e DH, incluindo:
- Tomada de decisões clínicas oportunas sobre o início da medicação ou o encaminhamento imediato,

prevenindo a progressão para quadros graves como pré-eclâmpsia e eclâmpsia;

- Redução no tempo de espera e nas barreiras para o encaminhamento (referência) das gestantes de alto risco (DMG e DH não controladas) para a Atenção Especializada (pré-natal de alto risco);
- Garantia de que as gestantes recebam o plano de cuidados (contrarreferência) da atenção especializada para que a ESF possa complementar o acompanhamento no território, evitando a fragmentação do cuidado;
- Redução na incidência de complicações maternas evitáveis no território, como casos de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e internações hospitalares por descompensação glicêmica;
- Redução na incidência de desfechos negativos para o recém-nascido (RN) relacionados ao mau controle das patologias;
- Aumento da proporção de puérperas que recebem o acompanhamento pós-parto adequado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2023**: mortalidade materna e infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL E TRANSMISSÃO VERTICAL (COPEMI-TV). Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil. **Boletim Epidemiológico da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil**: ano epidemiológico 2024 (analisado em 2025). Vitória: Secretaria Municipal de Saúde, 2025.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

COMPROMISSO COM A MUDANÇA

Monica Cola Cariello Brotas Corrêa

Fernanda Poleze da Silva

O presente Caderno Temático se consolida como um marco estratégico para a Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde de Vitória (ETSUS-Vitória), que ao formalizar a metodologia das Ações Educativas Estratégicas (AEEs) reitera o compromisso institucional de qualificar o Sistema Único de Saúde SUS. O documento não apenas revisita a trajetória histórica da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil e no município, pautada na Portaria GM/MS n. 198/2004, mas também estabelece um modelo que visa superar a fragmentação do cuidado. A filosofia central reside na indissociabilidade entre educação, atenção e gestão, utilizando o processo de trabalho como *locus* de aprendizagem e a reflexão crítica como motor para a transformação da realidade em saúde (Brasil, 2018).

A formulação das AEEs nasce de um processo de autoavaliação rigoroso que identificou desafios cruciais na implementação da EPS em Vitória, como a baixa concretização do planejamento anual programado (apenas 50% realizado) e a alta incidência de demandas emergenciais (cerca de 45%). A resposta a essas fragilidades foi a proposição de um novo fluxo contínuo de comunicação e um modelo de planejamento robusto, que exige a pactuação conjunta entre os eixos de educação, atenção e gestão. Assim, as AEEs representam uma proposta interventiva integrada, que busca ser mais do que a simples oferta de cursos, associando as ações formativas diretamente à mudança de uma realidade da saúde.

Para o ano de 2026, as ações foram direcionadas para duas temáticas prioritárias: a Saúde da pessoa idosa e o enfrentamento da Mortalidade Infantil. Essa priorização se baseou em uma análise diagnóstica e indicadores alarmantes. No caso da Saúde da pessoa idosa, a cidade de Vitória apresenta um envelhecimento populacional acelerado (aumento de 66,14% entre 2010 e 2022), mas com baixa cobertura de avaliação de fragilidade (apenas 2,38% da po-

pulação idosa avaliada pelo IVCF-20 em 2024) e alta taxa de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Icsap), representando 33,33% do total. Já para a Mortalidade Infantil, o escopo interventivo abrange a gestante, puérpera e a criança até o primeiro ano de vida, focado em ajustes de fluxos e processos críticos.

Um pilar fundamental para a sustentação e comprovação da efetividade deste novo modelo é o sistema de avaliação institucionalizado. Reconhecendo a dificuldade histórica de se estabelecer métricas além da satisfação do participante, a ETSUS-Vitória adotou o modelo de Donald Kirkpatrick (1960), que propõe uma avaliação em quatro níveis: reação, aprendizagem, comportamento e, crucialmente, impacto nos resultados organizacionais e para os usuários. Este compromisso com a mensuração de resultados concretos assegura que o investimento na formação se traduza em melhoria tangível na qualidade do cuidado e na eficiência dos processos de trabalho, conforme preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2018).

Em síntese, o Caderno Temático de 2026 da ETSUS-Vitória formaliza um movimento de qualificação e aperfeiçoamento contínuo das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica. A implementação das Ações Educativas Estratégicas e a adoção de um modelo robusto de avaliação sinalizam a determinação da gestão em promover mudanças de conhecimento e comportamento nos profissionais e, sobretudo, em induzir novos processos de trabalho. A expectativa final é que, ao longo de 2026, esta nova abordagem pedagógica demonstre sua potência para transformar a Educação Permanente em Saúde em um caminho real e efetivo de consolidação de uma saúde plena e transformadora para a população de Vitória.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde**: orientações. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

KIRKPATRICK, Donald L. Techniques for evaluating training programs. **Journal of the American Society of Training Directors**, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan. 1960.

Título	Caderno Temático da Educação Permanente em Saúde de Vitória (Vol. 1): saúde da pessoa idosa e cuidado materno-infantil no primeiro ano de vida
Organizadoras	Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa Daniele Stange Calente Fernanda Poleze da Silva Noemia do Nascimento Butzke
Assistência Editorial	Sarita M. de Moraes Batista
Capa	Gabriel Luis Pereira
Projeto Gráfico	Vanessa Menegatti Fonseca
Preparação	Andressa Marques
Revisão	Ana Maltauro
Formato	14x21
Número de Páginas	72
Tipografia	Adobe Garamond Pro
Papel	Alta Alvura Alcalino 75g/m²
1ª Edição	Agosto de 2026

Caro Leitor,
Esperamos que esta obra tenha
correspondido às suas expectativas.

Compartilhe conosco suas dúvidas e sugestões:

sac@editorialpaco.com.br

 11 98599-3876

Publique sua obra pela Paco Editorial

EDIÇÃO DE QUALIDADE, DIVULGAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO NACIONAL



Teses e dissertações

Trabalhos relevantes que representam contribuições significativas para suas áreas temáticas.



Grupos de estudo

Resultados de estudos e discussões de grupos de pesquisas de todas as áreas temáticas.



Capítulo de livro

Livros organizados pela editora dos quais o pesquisador participa com a publicação de capítulos.



Técnicos e Profissionais

Livros para dar suporte à atuação de profissionais das mais diversas áreas.

Envie seu conteúdo para avaliação:

livros@pacoeditorial.com.br

11 4521-6315
 11 95394-0872

www.editorialpaco.com.br/publique-na-paco/

Todo mês novas chamadas são abertas:

www.editorialpaco.com.br/capitulo-de-livros/

Conheça outros títulos em
www.pacolivros.com.br

PACO  EDITORIAL

Av. Carlos Salles Block, 658
Ed. Altos do Anhangabaú – 2º Andar, Sala 21
Anhangabaú - Jundiaí-SP - 13208-100

Como transformar o cotidiano dos serviços de saúde em um ambiente vivo de aprendizagem? Em um cenário onde teoria e prática muitas vezes se distanciam, este Caderno Temático 2026 da ETSUS-Vitória formaliza uma proposta inovadora: as Ações Educativas Estratégicas (AEEs). O modelo une gestão e cuidado para enfrentar desafios críticos, como a saúde da pessoa idosa e o cuidado materno-infantil. Mais que um guia, esta obra propõe uma mudança real de comportamento, baseada no modelo de Kirkpatrick, garantindo que cada formação ecoe na qualidade do atendimento. Transforme a prática e fortaleça o SUS através de um saber que nasce do fazer diário.

Fundada em 2010, a ETSUS-Vitória é um espaço estratégico de Educação Permanente em Saúde. Nossa missão é qualificar trabalhadores e fortalecer o SUS por meio de articulação da integração ensino-serviço-comunidade. Pautada em valores como democracia e inclusão, a Escola atua na formação técnica, pesquisa e apoio pedagógico, promovendo a reflexão crítica sobre o trabalho. Seguindo o legado de publicações como o livro *Gestão de Processos Educativos: Debates para uma construção coletiva*, a ETSUS reafirma seu compromisso com a produção de conhecimento compartilhado, consolidando-se como referência na transformação das práticas de saúde e da gestão pública em Vitória.



Secretaria de
SAÚDE



PREFEITURA DE
VITÓRIA

ISBN 978-85-462-3208-6



9 788546 232086



/PacoEditorial



@PacoEditorial



@Paco_Editorial