

**RELATO DE EXPERIÊNCIA  
SOBRE EDUCAÇÃO  
CONTINUADA PARA  
AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE EM UMA  
UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM BELÉM (PA)**

**EXPERIENCE REPORT ON CONTINUING EDUCATION FOR COMMUNITY  
HEALTH AGENTS IN A FAMILY HEALTH UNIT IN BELÉM (PA)**

Ciências da Saúde • 28/05/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/779834751](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/779834751)

---

João Pedro das Neves Alves<sup>1</sup>

Antonio Ferreira Dias Neto<sup>2</sup>

Caio Fernando Lopes Silva<sup>3</sup>

Luiz Henrique Lopes Rocha<sup>4</sup>

Ítalo Roberto Sobrinho Prata<sup>5</sup>

José Filipe Farias<sup>6</sup>

---

## **RESUMO**

**Objetivo:** descrever a experiência de educação continuada desenvolvida com Agentes Comunitários de Saúde em uma equipe da Unidade de Saúde da Família Carmelândia, em Belém, Pará. **Métodos:** relato de experiência de intervenção educativa em serviço, executada em 2025 no âmbito do componente Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG). A sistematização utilizou registros do projeto, reuniões com preceptoria e equipe, conversas exploratórias com agentes comunitários, cronograma de ações, materiais educativos e relatos produzidos durante as atividades. **Resultados:** o diagnóstico inicial apontou ausência de plano formal de treinamento, carência de documentos técnicos de apoio e necessidade de reduzir variações nas orientações realizadas no território. Foram executadas capacitações sobre violência contra a mulher, aleitamento materno, hanseníase, saúde mental, saúde da mulher e saúde do homem. A participação dos agentes agregou situações concretas das visitas domiciliares e exigiu ajustes no cronograma diante de feriados, recesso, disponibilidade da equipe e agenda assistencial. **Conclusão:** a experiência mostrou que a educação continuada, quando pactuada com a preceptoria e ajustada à rotina local, pode organizar conteúdos, fortalecer a atuação dos agentes comunitários e qualificar a integração ensino-serviço, sem permitir inferência sobre desfechos clínicos não mensurados.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Educação Continuada; Educação em Saúde; Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

**Objective:** to describe the continuing education experience developed with Community Health Workers in a team from the

Carmelândia Family Health Unit, in Belém, Pará. Methods: this is an experience report of an in-service educational intervention carried out in 2025 within the scope of the Teaching, Service, Community, and Management Integration component. The systematization was based on project records, meetings with preceptors and the health team, exploratory conversations with Community Health Workers, an action schedule, educational materials, and reports produced during the activities. Results: the initial diagnosis indicated the absence of a formal training plan, a shortage of technical support documents, and the need to reduce variation in the guidance provided in the territory. Training sessions were conducted on violence against women, breastfeeding, leprosy, mental health, women's health, and men's health. The participation of Community Health Workers incorporated concrete situations from home visits and required adjustments to the schedule due to holidays, academic recess, team availability, and the care agenda. Conclusion: the experience showed that continuing education, when agreed upon with preceptors and adjusted to the local routine, can organize content, strengthen the work of Community Health Workers, and qualify teaching-service integration, without allowing inferences about unmeasured clinical outcomes.

**Keywords:** Primary Health Care; Community Health Workers; Continuing Education; Health Education; Family Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde constitui o ponto preferencial de entrada no Sistema Único de Saúde e sua capacidade de produzir resposta sanitária consistente depende de atributos como longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária (OLIVEIRA; PEREIRA,

2013; BRASIL, 2019). Na Estratégia Saúde da Família (ESF), esses atributos se operacionalizam quando a equipe reconhece o território, acompanha famílias ao longo do tempo e organiza ações que combinam cuidado individual, vigilância, prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2017; BRASIL, 2025). Para que esse arranjo funcione, contudo, é necessário que cada ator da equipe exerça seu papel com clareza, regularidade e respaldo técnico adequado.

Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ocupam posição crítica, pois articulam unidade, domicílio e território, colaboram na identificação de necessidades de saúde e sustentam parte da comunicação cotidiana entre equipe e famílias. Quando sua atuação é fragilizada por orientações divergentes, materiais insuficientes ou ausência de treinamento periódico, a capilaridade territorial se mantém, mas a potência do cuidado se reduz (BRASIL, 2017; SANTOS et al., 2020). A qualificação contínua do trabalho dos ACS emerge, portanto, como condição estrutural para que a ESF cumpra suas funções - e não como iniciativa periférica ou complementar.

A formação voltada aos trabalhadores da saúde pode assumir sentidos distintos, com implicações práticas relevantes para o planejamento das ações. A educação permanente em saúde parte dos problemas reais do processo de trabalho e utiliza a reflexão coletiva para reorganizar práticas, fluxos e responsabilidades (BRASIL, 2009). A educação continuada, por sua vez, apresenta delimitação mais circunscrita, orientada à atualização de conteúdos, a capacitações temáticas e ao reforço de competências específicas; na literatura da área, ela figura como matriz conceitual distinta, embora ambas possam se articular nos serviços (CAVALCANTI;

GUIZARDI, 2018). No cotidiano da Atenção Primária, essas dimensões tendem a se complementar: a identificação de uma dificuldade concreta no território orienta a escolha dos temas, enquanto os encontros educativos oferecem instrumentos práticos para qualificar a resposta da equipe.

É nesse entrecruzamento entre território, trabalho dos ACS e organização das ações educativas que se situa a experiência aqui relatada. A USF Carmelândia, localizada no bairro do Mangueirão, em Belém, Pará, integra a rede municipal de saúde e a equipe participante acompanha uma área descrita nos registros do projeto como periférica, com limitações de infraestrutura urbana, saneamento incompleto e habitações populares, com 3.623 pessoas cadastradas na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2026). A comunidade foi caracterizada como acolhedora, participativa e com vínculo positivo junto aos agentes comunitários, que atuavam como ponte entre a população e os serviços ofertados pela unidade.

O diagnóstico inicial do projeto identificou, como problema organizador, a falta de padronização das orientações em saúde destinadas ao território. Essa fragilidade associava-se à ausência de plano formal de treinamento, à carência de documentos técnicos de apoio e ao uso limitado de indicadores internos para priorizar ações. O problema, portanto, não era apenas pedagógico: era também organizacional, pois interferia na forma como a equipe transformava necessidades locais em orientações comuns para o trabalho dos ACS. Diante desse diagnóstico, uma intervenção estruturada de educação continuada foi planejada e executada com a participação dos profissionais da unidade.

Relatos de experiência em saúde têm utilidade quando tornam explícitos o contexto, o problema, o racional da intervenção, os componentes executados e os limites do que foi observado (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021). Com base nessa premissa, o presente trabalho tem por objetivo descrever a experiência de educação continuada para Agentes Comunitários de Saúde na USF Carmelândia, com foco na organização das ações, na participação dos profissionais e nos limites da intervenção executada.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de relato de experiência, de abordagem descritiva, sobre uma intervenção educativa de baixa complexidade desenvolvida na USF Carmelândia. A experiência ocorreu no âmbito do componente Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG) do curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), com atividades executadas ao longo de 2025. O desenho do relato seguiu a lógica de explicitação de contexto, intervenção, participantes, processo de implementação e limites observados (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021; HOFFMANN et al., 2014).

O cenário foi uma equipe da USF Carmelândia, unidade de Atenção Primária localizada no bairro do Mangueirão, em Belém, Pará, vinculada à rede municipal de saúde (BRASIL, 2026). Participaram da experiência discentes do curso de Medicina, sob orientação da preceptoria, em interação com a equipe da unidade, composta por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde vinculados à equipe participante, conforme registros do projeto.

A informação utilizada para redigir o trabalho foi composta por registros de reuniões, cronogramas, descrições de atividades, relatos reflexivos do grupo e sínteses do diagnóstico local. A unidade de análise foi o processo de educação continuada dirigido aos Agentes Comunitários de Saúde, com preservação de sigilo e sem exposição de usuários, casos individuais ou dados sensíveis.

A intervenção foi organizada em quatro etapas metodológicas. Na primeira, realizou-se reconhecimento do território, da rotina da unidade e das necessidades educativas relacionadas ao trabalho dos ACS. Na segunda, ocorreu o planejamento com a preceptoria e a equipe, incluindo definição dos ACS como público-alvo prioritário, seleção de temas, proposta de manual prático e ajuste do cronograma. Nessa etapa, o aleitamento materno foi incorporado como tema do semestre, enquanto a hanseníase foi remanejada para agosto.

Na terceira etapa, foram preparadas as capacitações. Os temas foram definidos a partir das demandas observadas na unidade, de campanhas de saúde pertinentes à rotina da Atenção Primária e das conversas exploratórias com ACS e equipe. Os materiais utilizados incluíram apresentações em slides, roteiros de discussão, sínteses orientadoras e estudos de caso simples, formulados para aproximar o conteúdo técnico das situações encontradas em visitas domiciliares, conforme registros do projeto.

Na quarta etapa, ocorreram os encontros educativos. A abordagem combinou exposição dialogada, perguntas interativas, roda de conversa e discussão de situações do território trazidas pelos ACS. Não houve aplicação de questionários estruturados nem mensuração formal de aprendizagem antes e depois das atividades.

A avaliação foi narrativa e descritiva, baseada na participação dos profissionais, nas dúvidas registradas e na necessidade de ajustes do cronograma.

Feriados, recesso institucional indicado no cronograma do projeto, indisponibilidade de estudantes e profissionais, além da agenda assistencial da unidade, exigiram redistribuição de encontros. Esses ajustes foram tratados como parte do processo de implementação, pois a continuidade das ações dependia de pactuação com a preceptoria e compatibilidade com o funcionamento real da unidade.

A análise buscou congruência temporal, correspondência entre problema, objetivo, método e resultados, e separação explícita entre ações realizadas, produtos em elaboração e efeitos não mensurados.

**Quadro 1** – Contexto e problema organizador da experiência, USF Carmelândia, Belém, Pará, 2025

<b>Dimensão</b>	<b>Síntese</b>
Cenário	Unidade de Saúde da Família Carmelândia, localizada no bairro do Mangueirão, em Belém, Pará, em imóvel adaptado para funcionamento assistencial.
População registrada no projeto	3.623 pessoas cadastradas na equipe de Saúde da Família participante, conforme diagnóstico inicial do projeto extensionista.
Características comunitárias	Território periférico, com limitações de saneamento básico e infraestrutura urbana, conforme diagnóstico inicial do projeto; descrito nos registros como participativo e com vínculo positivo com os profissionais da unidade.
Pontos fortes	Vínculo entre profissionais, Agentes Comunitários de Saúde e moradores do território; abertura da equipe

	para projetos de educação em saúde; presença de recursos humanos compatíveis com uma equipe básica de Saúde da Família.
Problema de partida	Baixa padronização das orientações em saúde, associada, nos registros do projeto, à ausência de plano formal de treinamento, carência de documentos técnicos de apoio e fragilidade no uso de indicadores internos.
Público-alvo	Agentes Comunitários de Saúde vinculados à equipe participante, com apoio da preceptoria e dos demais profissionais da unidade.
Objetivo operacional	Organizar processo de educação continuada para apoiar o trabalho dos ACS no território e reduzir variações nas orientações em saúde.

**Fonte:** elaboração própria.

### 3. RELATO DA EXPERIÊNCIA

A experiência começou pela identificação de uma necessidade concreta, registrada no diagnóstico inicial do projeto: havia vínculo positivo entre unidade, ACS e território, mas não existia uma arquitetura educativa estável para sustentar capacitações periódicas. A lacuna não se restringia a um conteúdo específico. Ela envolvia modo de organização, escolha de temas, preparação de materiais e definição de uma sequência mínima para a educação continuada.

O reconhecimento inicial também mostrou que a infraestrutura interferia na execução das atividades. Conforme registros do projeto, a unidade funcionava em imóvel adaptado, com limitações de espaço e privacidade para reuniões, rodas de conversa e capacitações. Essas condições não foram objeto direto da

intervenção, mas exigiram encontros objetivos, pactuados previamente e compatíveis com o tempo disponível da equipe.

O planejamento foi consolidado em reunião com a preceptoria em 14 de fevereiro de 2025. Na ocasião, os ACS foram definidos como público-alvo prioritário das capacitações, discutiu-se a construção de um manual prático para apoiar o trabalho no território e revisou-se o calendário inicialmente previsto. O aleitamento materno foi acrescentado ao semestre por adequação à demanda observada, enquanto a hanseníase foi deslocada para o segundo semestre.

Antes da execução das ações, os discentes realizaram conversas exploratórias com ACS e equipe, levantaram temas prioritários a partir de campanhas de saúde e organizaram um cronograma mensal. A preparação dos encontros incluiu slides, roteiros de discussão e estudos de caso, com a intenção de evitar conteúdos excessivamente genéricos e aproximar cada tema das situações observadas no território.

A primeira capacitação registrada ocorreu em março, com discussão sobre autocuidado e violência contra a mulher, vinculada ao Dia Internacional da Mulher. A atividade utilizou exposição dialogada e dinâmica de participação, com ênfase na identificação de situações de vulnerabilidade, na escuta durante as visitas domiciliares e na orientação responsável para os fluxos da rede.

Em maio, realizou-se encontro sobre aleitamento materno, tema incorporado após o ajuste com a preceptoria. A discussão abordou orientações frequentes no território, dificuldades de manutenção do aleitamento e formas de comunicação com puérperas e familiares. O formato combinou palestra breve e roda de conversa, permitindo

que os ACS relacionassem o conteúdo às dúvidas recebidas durante visitas.

No segundo semestre, as capacitações abordaram hanseníase em 27 de agosto de 2025, saúde mental e prevenção do suicídio em 17 de setembro de 2025, saúde da mulher em 8 de outubro de 2025 e saúde do homem em 26 de novembro de 2025. Em hanseníase, a discussão enfatizou sinais suspeitos, orientação comunitária e importância da busca ativa, em consonância com a lógica territorial da Atenção Primária e com as atribuições de vigilância e acompanhamento das equipes (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019). Em saúde mental, o debate exigiu maior cuidado por envolver situações sensíveis relatadas no território, especialmente dúvidas sobre sinais de risco, acolhimento inicial e encaminhamento.

A participação dos ACS foi o componente mais relevante da execução. Eles não apareceram apenas como receptores do treinamento, mas como profissionais que traziam dificuldades práticas, barreiras de acesso, dúvidas de comunicação e situações observadas nas visitas domiciliares. Como os registros disponíveis não continham transcrições literais, essas percepções foram sistematizadas de forma narrativa: os ACS relacionaram os temas à rotina de busca ativa, à escuta de famílias em vulnerabilidade e à necessidade de materiais simples para orientar falas mais homogêneas no território.

O cronograma precisou ser modificado mais de uma vez. Feriados, recesso institucional, disponibilidade dos estudantes, horários dos ACS e agenda assistencial da unidade reduziram a previsibilidade dos encontros. A solução adotada foi reorganizar a sequência, preservar os temas essenciais e adiar o que não poderia ser realizado

com qualidade mínima. Essa adaptação integrou a experiência, pois demonstrou que a educação continuada em serviço depende menos de um plano rígido e mais de pactuação factível.

Um exemplo concreto dessa necessidade de adaptação ocorreu no mês de novembro de 2025. A capacitação sobre saúde do homem, prevista para o período do Novembro Azul, precisou ser reprogramada em função das medidas municipais adotadas em razão da COP 30 - a 30ª Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima, realizada em Belém entre 10 e 21 de novembro de 2025. A Prefeitura de Belém instituiu feriado municipal nos dias 6 e 7 de novembro (Lei nº 10.212, de 15 de outubro de 2025) e determinou, pelo Decreto nº 113.687/2025, o regime de teletrabalho para servidores municipais e a segunda etapa das férias escolares da rede pública entre 5 e 21 de novembro - embora, conforme o mesmo decreto, os serviços de saúde devessem manter atendimento presencial. Ainda assim, a circulação reduzida na cidade, as restrições de mobilidade urbana e a agenda assistencial comprimida nesse período afetaram a disponibilidade de estudantes e profissionais da unidade, tornando necessário reorganizar a data prevista para o encontro. A atividade foi mantida dentro do mês, em data compatível com a rotina do serviço, preservando o tema e o vínculo com a campanha.

Dois produtos consolidados permaneceram como resultado coerente do ciclo executado, de acordo com os registros do projeto. O primeiro foi um calendário educativo pactuado e revisto conforme a rotina da unidade. O segundo foi o conjunto de materiais e estratégias utilizadas nas capacitações - apresentações, roteiros de discussão, rodas de conversa e estudos de caso - construídos a partir das demandas identificadas no território. Além desses, o ciclo deixou

como encaminhamento planejado a elaboração de um manual didático para apoiar a educação continuada dos ACS; esse documento foi mantido como objetivo de continuidade do projeto, mas não foi concluído no período relatado, razão pela qual não integra os produtos finalizados.

A experiência, desse modo, deslocou a inserção discente de participação episódica em campanhas para uma atuação mais organizada em educação em saúde. O ganho principal foi a construção de uma sequência pactuada: diagnóstico do problema, escolha dos temas, preparação dos materiais, execução dos encontros, adaptação do cronograma e reconhecimento explícito dos limites da intervenção.

**Quadro 2** – Ações educativas e capacitações registradas no projeto, USF Carmelândia, Belém, Pará, 2025

<b>Período/d ata</b>	<b>Tema</b>	<b>Formato registrado</b>	<b>Observação metodológica</b>
14/02/2025	Reunião com preceptoria	Discussão do projeto, definição dos ACS como público-alvo prioritário, proposta de manual prático e realinhamento do cronograma.	Planejamento da intervenção e inclusão do aleitamento materno no semestre, com remanejamento da hanseníase para agosto.
Março/2025	Autocuidado e violência contra a mulher	Exposição dialogada e dinâmica participativa com foco na atuação dos ACS no território.	Ação vinculada ao Dia Internacional da Mulher; priorizou escuta, identificação de vulnerabilidades e orientação para fluxos de apoio.

Maio/2025	Aleitamento materno	Palestra breve e roda de conversa com ACS.	Tema incorporado após ajuste com a preceptoria; discussão orientada por dúvidas frequentes de visitas domiciliares.
27/08/2025	Hanseníase	Capacitação para ACS com apresentação em slides e discussão de casos simples.	Debate enriquecido por relatos de experiências do território, com ênfase em sinais suspeitos, busca ativa e encaminhamento.
17/09/2025	Saúde mental e prevenção do suicídio	Capacitação dialogada e roda de conversa.	Incluiu discussão sobre sinais de risco, acolhimento inicial e situações observadas em visitas domiciliares.
08/10/2025	Saúde da mulher	Capacitação para ACS com discussão orientada por roteiro.	Retomou demandas do cuidado preventivo e da orientação comunitária.
26/11/2025	Saúde do homem	Capacitação para ACS no contexto do Novembro Azul.	Data ajustada dentro do mês em razão das restrições de mobilidade urbana decorrentes da COP 30; a atividade foi mantida com foco em orientação, prevenção e busca ativa.

**Fonte:** elaboração própria.

#### 4. DISCUSSÃO

O núcleo da experiência foi a transformação de uma necessidade difusa - melhorar a orientação educativa no território - em um processo de educação continuada com temas, datas, materiais e responsabilidades mais explícitos. Essa transformação importa porque o ACS atua em um ponto de conexão entre serviço e território, no qual visitas domiciliares, vulnerabilidades sociais, linguagem local e capacidade de resposta da unidade interferem na orientação prestada às famílias. Se a equipe não constrói referências comuns, a orientação prestada tende a depender excessivamente da experiência individual de cada profissional (BRASIL, 2017; SANTOS et al., 2020).

A intervenção também mostrou que padronização não deve ser confundida com rigidez. No contexto da USF Carmelândia, padronizar significou reduzir incertezas essenciais: quais temas seriam abordados, com que finalidade, por qual formato, para qual público e em que momento. A adaptação do calendário, longe de negar a padronização, tornou-a possível. Quando feriados, recesso, indisponibilidades e agenda assistencial comprimiram o tempo disponível, a equipe precisou priorizar conteúdos e preservar continuidade mínima.

O foco nos ACS é coerente com o modelo de Atenção Primária orientado pelo território. Evidências nacionais indicam que a atuação desses profissionais se relaciona ao desempenho da APS em ações voltadas à saúde da mulher, da criança, da hipertensão e do diabetes, especialmente pela mediação entre serviço e comunidade (SANTOS et al., 2020). No projeto relatado, essa mediação apareceu na forma como os agentes trouxeram barreiras de acesso, dúvidas práticas e percepções sobre a recepção das orientações pelas famílias.

A experiência aproxima educação continuada e educação permanente. A continuada esteve presente nas capacitações temáticas, nos materiais de apoio e na atualização de conteúdos, dimensão descrita na literatura como distinta da educação permanente (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018). A permanente apareceu quando os temas foram definidos a partir de problemas percebidos no trabalho e quando os relatos dos ACS modificaram a forma de discutir cada assunto, em consonância com a aprendizagem no trabalho proposta pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009). Assim, a atividade não se limitou à transmissão de informações; ela funcionou como espaço de interpretação coletiva do trabalho no território.

Como experiência de integração ensino-serviço, o projeto ganhou consistência porque a atividade discente respondeu a uma demanda pactuada com a unidade. Estudos sobre formação em serviços de Atenção Primária descrevem que a presença de objetivos comuns, diálogo com trabalhadores e aproximação com a comunidade aumenta a densidade formativa da prática (BREHMER; RAMOS, 2014; PEIXOTO et al., 2019). Na USF Carmelândia, a preceptoria funcionou como eixo de alinhamento: autorizou ajustes, indicou lacunas e evitou que o projeto se mantivesse preso a um cronograma incompatível com o campo.

A sequência temática adotada teve coerência operacional. Saúde da mulher, violência, aleitamento materno, hanseníase, saúde mental e saúde do homem compõem campos de atuação compatíveis com ações de promoção, prevenção, vigilância, orientação e acompanhamento na Atenção Primária (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019). Ainda assim, a experiência não permite afirmar melhora de adesão

terapêutica, redução de atendimentos de urgência ou mudança objetiva de indicadores, pois esses desfechos não foram medidos.

Esse ponto é metodologicamente decisivo. O projeto produziu organização educativa, participação profissional e relatos de utilidade percebida; não produziu linha de base, série temporal, comparação antes-depois ou indicador assistencial auditável. Portanto, qualquer afirmação causal sobre melhora clínica da população seria indevida. O que pode ser sustentado é mais restrito: a educação continuada ofereceu uma estrutura plausível para qualificar a comunicação dos ACS, fortalecer a discussão de temas prioritários e criar base para produtos posteriores, como o manual didático.

A proposta de manual merece interpretação cuidadosa. O diagnóstico inicial mostrou necessidade de documentos técnicos e materiais claros; as reuniões mantiveram o manual como objetivo; as reuniões e registros subsequentes mantiveram o manual como etapa de continuidade. Entretanto, o ciclo não finalizou com a entrega de manual concluído. Por isso, trata-se de desdobramento planejado, e não de resultado final, o que impede a superestimação dos produtos da intervenção.

Sendo assim, as limitações são claras. O relato foi produzido a partir da perspectiva dos executores e dos registros do projeto; não houve entrevistas formais com todos os trabalhadores, nem avaliação independente da satisfação dos ACS ou dos demais profissionais da unidade. A infraestrutura foi descrita porque condicionou a execução, mas não foi objeto de intervenção. Além disso, parte do cronograma precisou ser reorganizada, e alguns temas previstos no

plano inicial não puderam ser trabalhados no momento originalmente definido.

Apesar desses limites, a experiência é transferível em seu mecanismo. À luz da descrição de intervenções proposta pelo checklist Template for Intervention Description and Replication (TIDieR), unidades de Saúde da Família que enfrentam baixa padronização educativa podem iniciar por diagnóstico breve, pactuação com preceptoria, escuta dos ACS, seleção de temas prioritários, cronograma flexível, materiais simples e registro dos encontros (HOFFMANN et al., 2014). Esse desenho não substitui política institucional de educação permanente, mas cria uma base concreta para que o treinamento deixe de depender apenas de oportunidade ou imprevisto.

## **5. CONCLUSÃO**

A experiência na USF Carmelândia mostrou que a educação continuada para Agentes Comunitários de Saúde pode funcionar como intervenção organizacional simples em território periférico, sobretudo quando a equipe reconhece baixa padronização das orientações, ausência de plano formal de treinamento e necessidade de materiais comuns para apoiar o trabalho no campo.

As ações executadas abordaram temas do calendário de saúde e demandas pactuadas com a preceptoria, incluindo autocuidado e violência contra a mulher, aleitamento materno, hanseníase, saúde mental, saúde da mulher e saúde do homem. A participação dos ACS, com relatos do território, foi o elemento que impediu a redução dos encontros a exposições teóricas.

O principal resultado não foi a demonstração de efeito clínico, mas a organização de uma agenda educativa e a produção de materiais e estratégias de capacitação. A adaptação do cronograma à realidade da unidade - incluindo feriados, recesso e as restrições de mobilidade decorrentes da COP 30 - integrou o próprio processo, e a elaboração de um manual didático permanece como encaminhamento planejado para continuidade do projeto.

Como experiência de integração ensino-serviço, o projeto indica que intervenções educativas modestas, se pactuadas, registradas e metodologicamente delimitadas, podem fortalecer a atuação dos ACS e ampliar a pertinência da formação médica na Atenção Primária à Saúde.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Unidade de Saúde da Família Carmelândia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Conjunto.asp?VCo\\_Unidade=1501405246121](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=1501405246121). Acesso em: 23 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 12 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 12 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira\\_servicos\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf). Acesso em: 23 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Saúde da Família: guia para ampliação e qualificação no seu município. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_familia\\_guia\\_imp.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_familia_guia_imp.pdf). Acesso em: 23 abr. 2026.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; RAMOS, Flávia Regina Souza. Teaching-service integration: implications and roles in experiences of undergraduate courses in nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 48, n. 1, p. 118-124, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100015>.

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes; GUIZARDI, Francini Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00119>.

HOFFMANN, Tammy C. et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR)

checklist and guide. BMJ, London, v. 348, g1687, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Práxis Educacional, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PEIXOTO, Marcelo Torres et al. Medical education in primary healthcare: a multiple-approach experience to teaching, service and community integration practices. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 23, supl. 1, e170794, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170794>.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. Contribution of community health workers to primary health care performance in Brazil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 54, 143, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054002327>.

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Medicina (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ). Belém-PA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>2</sup> Discente do Curso de Medicina (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ). Belém-PA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>3</sup> Discente do Curso de Medicina (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ). Belém-PA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

<sup>4</sup> Discente do Curso de Medicina (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ). Belém-PA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

<sup>5</sup> Discente do Curso de Medicina (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ). Belém-PA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

<sup>6</sup> Discente do Curso de Medicina (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ). Belém-PA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)