

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DO  
SUS: TERRITÓRIO,  
DETERMINANTES SOCIAIS,  
EQUIDADE E  
FORTALECIMENTO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**HEALTH PROMOTION IN BRAZILIAN PRIMARY HEALTH CARE: TERRITORY,  
SOCIAL DETERMINANTS, EQUITY AND STRENGTHENING THE FAMILY  
HEALTH STRATEGY**

Ciências da Saúde • 16/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792086917](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792086917)

---

João Manoel Lopes de Lima<sup>1</sup>  
João Pedro Martinez Hillen<sup>2</sup>  
Geisa Guedes Virtuoso de Lima Ericsson<sup>3</sup>  
Fernando Salgado do Amaral<sup>4</sup>  
Dayane de Castro Bernardo<sup>5</sup>  
Thyago Bernardo da Conceição<sup>6</sup>  
Priscila de Oliveira Souza Machado<sup>7</sup>  
Fernanda Borges Silva Garay<sup>8</sup>  
Andrea Moreira de Siqueira Puppim<sup>9</sup>  
Adriana Dias Seabra<sup>10</sup>  
Cristina de Sousa Borges Macêdo<sup>11</sup>  
Ary Sergio Coutinho Barbosa Júnior<sup>12</sup>  
Rafael da Silva Mattos<sup>13</sup>  
Juliana de Almeida Ferreira Oliveira<sup>14</sup>  
Alexandre Fonseca Batista<sup>15</sup>  
Júlio Sergio Brito dos Santos<sup>16</sup>  
Norelvi Antonio Rodrigues Nogueira da Silva<sup>17</sup>

---

## RESUMO

A promoção da saúde na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde exige superar intervenções centradas exclusivamente em escolhas individuais e incorporar as condições sociais, econômicas, ambientais e culturais que moldam possibilidades concretas de viver com saúde. Este estudo analisa criticamente a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família, articulando território, determinantes sociais, equidade, participação comunitária, intersetorialidade e transformação digital. Realizou-se revisão narrativa e documental, ampliada e conferida em outubro de 2026, com documentos do Ministério da Saúde e artigos científicos publicados prioritariamente entre 2023 e 2026. Os dados oficiais mostram expansão da Atenção Primária, com 60,4 mil equipes de Saúde da Família e Atenção Primária em 2025, 277,4 mil agentes comunitários de saúde e transferência anual de R\$ 15,5 bilhões. A literatura recente associa a Estratégia Saúde da Família a redução de mortalidade e hospitalizações evitáveis, sobretudo em populações vulnerabilizadas, mas também descreve tensões relacionadas à medicalização, fragmentação das ações, insuficiência de integração intersetorial e desigualdades territoriais. Conclui-se que promover saúde na APS requer vínculo longitudinal, leitura crítica do território, educação dialógica, busca ativa, participação social, políticas intersetoriais e avaliação orientada por equidade, de modo que a expansão de cobertura seja convertida em capacidade real de produzir saúde.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Determinantes sociais da saúde; Equidade.

## ABSTRACT

Health promotion in Primary Health Care within Brazil's Unified

Health System requires moving beyond interventions focused exclusively on individual choices and incorporating the social, economic, environmental and cultural conditions that shape real opportunities for healthy living. This study critically analyzes health promotion within the Family Health Strategy by connecting territory, social determinants, equity, community participation, intersectoral action and digital transformation. A narrative and documentary review expanded and checked in October 2026 was conducted using Ministry of Health documents and scientific articles published primarily from 2023 to 2026. Official data show expansion of Primary Health Care, with 60.4 thousand Family Health and Primary Care teams in 2025, 277.4 thousand community health workers and annual federal transfers of BRL 15.5 billion. Recent literature associates the Family Health Strategy with reductions in mortality and avoidable hospitalizations, particularly among vulnerable populations, while also describing tensions related to medicalization, fragmented actions, weak intersectoral integration and territorial inequalities. The study concludes that health promotion in PHC requires longitudinal relationships, critical territorial assessment, dialogical education, active outreach, social participation, intersectoral policies and equity-oriented evaluation so that expanded coverage is translated into real capacity to produce health.

**Keywords:** Health promotion; Primary Health Care; Family Health Strategy; Social determinants of health; Health equity.

## 1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde ocupa posição estratégica no Sistema Único de Saúde porque permite deslocar o olhar do atendimento de episódios de doença para as condições que produzem proteção, vulnerabilidade e qualidade de vida ao longo do tempo. Na Atenção

Primária à Saúde, essa perspectiva ganha materialidade quando equipes acompanham famílias, reconhecem mudanças no território, identificam barreiras de acesso e articulam ações individuais e coletivas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica fornecem fundamentos para compreender que promover saúde não equivale a multiplicar palestras, mas a construir respostas que dialoguem com autonomia, participação, equidade e condições concretas de existência (Brasil, 2014a, 2017a).

A Estratégia Saúde da Família tornou-se o principal arranjo brasileiro para aproximar o Estado do cotidiano das comunidades, articulando cuidado clínico, vigilância, prevenção e promoção. O Ministério da Saúde define a estratégia como modelo prioritário da Atenção Primária e, em formulação recente, destaca que ela "coloca a saúde no centro das necessidades da pessoa, da família e do território".

A frase é relevante porque sintetiza uma mudança de escala analítica: a doença individual continua sendo cuidada, mas passa a ser compreendida dentro de redes familiares, condições de moradia, trabalho, renda, mobilidade, alimentação, ambiente e acesso a direitos (Brasil, 2026a).

A expansão recente da estrutura da APS reforça a importância de discutir a qualidade dessa presença territorial. O balanço do Ministério da Saúde para 2025 registrou 60,4 mil equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, crescimento de 15% em relação a 2022, além de transferência anual de R\$ 15,5 bilhões.

O país contava ainda com 277,4 mil agentes comunitários de saúde e 68,07 mil agentes de combate a endemias, profissionais que

conectam informação epidemiológica, escuta comunitária e ações domiciliares a uma rede de cuidados que não se limita ao espaço físico da unidade básica (Brasil, 2025a).

A expansão quantitativa, entretanto, não garante que promoção da saúde seja efetivamente incorporada ao processo de trabalho. Em serviços submetidos a forte demanda espontânea e metas assistenciais, ações coletivas podem ser reduzidas, visitas domiciliares podem concentrar-se em usuários já conhecidos e problemas sociais complexos podem ser traduzidos apenas como necessidade de adesão individual.

Mattioni e Rocha (2023) analisam efeitos e limitações da promoção na APS e mostram que práticas emancipatórias coexistem com movimentos de medicalização e responsabilização dos sujeitos, especialmente quando políticas sociais e condições materiais são pouco consideradas.

A produção científica sobre a Estratégia Saúde da Família oferece elementos para compreender por que essa tensão importa. Aquino e Vilasbôas (2025), ao revisar 43 estudos selecionados entre 882 publicações identificadas, encontraram associações entre implantação da ESF e redução da mortalidade infantil, de mortes por causas evitáveis e de hospitalizações em diferentes grupos populacionais. Os efeitos tendem a ser mais expressivos entre populações socialmente vulnerabilizadas, aspecto que reforça a capacidade potencial da APS para reduzir desigualdades, desde que cobertura e qualidade caminhem juntas.

O cenário contemporâneo acrescenta novas possibilidades e novos riscos. Mais de 80% dos municípios utilizavam prontuário eletrônico

na APS em 2025, segundo o Ministério da Saúde, enquanto investimentos em telessaúde, equipamentos e novas unidades ampliavam infraestrutura. A digitalização pode facilitar identificação de faltosos, estratificação de risco, acompanhamento de indicadores e comunicação entre equipes, mas também pode reproduzir desigualdades quando conectividade, alfabetização digital ou qualidade do registro são insuficientes. A promoção da saúde precisa incorporar a tecnologia como meio para fortalecer vínculo e coordenação, e não como substituta da relação territorial (Brasil, 2025a).

Diante dessas transformações, este estudo tem como objetivo analisar de que maneira a promoção da saúde pode ser fortalecida na Atenção Primária do SUS a partir da Estratégia Saúde da Família, com ênfase em território, determinantes sociais, equidade, participação comunitária e organização do processo de trabalho. A questão orientadora considera não apenas quais ações são oferecidas, mas como políticas, equipes e dados podem transformar conhecimento sobre o território em intervenções capazes de ampliar autonomia, reduzir barreiras e produzir resultados sustentáveis em saúde.

Compreender essa questão exige distinguir presença administrativa de capacidade de cuidado. Uma população pode estar vinculada formalmente a uma equipe e, ainda assim, encontrar dificuldades para obter atendimento, conversar sobre suas prioridades ou concluir um percurso assistencial. Entre o cadastro e a experiência efetiva de acesso existem condições de trabalho, recursos materiais, arranjos de agenda e relações sociais que interferem na utilização dos serviços. A promoção da saúde situa-se nesse intervalo, pois

depende de transformar uma responsabilidade declarada em oportunidades concretas de proteção e participação.

A análise da Atenção Primária também precisa considerar que necessidades não se apresentam prontas ao serviço. Algumas pessoas procuram ajuda para sintomas, outras solicitam documentos, medicamentos ou encaminhamentos, enquanto uma parcela permanece distante da unidade. Em cada situação, a demanda expressa pode representar apenas parte do problema. Uma solicitação repetida de atestado pode estar associada a trabalho precarizado; uma dificuldade de acompanhar orientações pode envolver baixa visão, sofrimento mental ou cuidado de familiares. Reconhecer essas relações não autoriza substituir a narrativa do usuário por uma interpretação profissional, mas amplia as perguntas que o encontro assistencial pode comportar.

O objeto deste estudo, portanto, não se limita a atividades coletivas identificadas como promoção. Inclui a maneira pela qual o serviço acolhe, distribui oportunidades, acompanha trajetórias, utiliza informações e responde a problemas que atravessam diferentes políticas públicas. Uma consulta pode favorecer autonomia quando permite compreender opções e negociar um plano possível. Uma ação comunitária pode produzir pouca autonomia quando impõe respostas sem escuta. A distinção depende do processo desenvolvido e de suas consequências, e não apenas do local, da modalidade ou do nome atribuído à intervenção.

Essa abordagem preserva a importância da prevenção de doenças, mas evita tratar prevenção e promoção como expressões intercambiáveis. A prevenção organiza respostas a riscos e agravos definidos, enquanto a promoção amplia a atenção às condições que

sustentam a vida e às capacidades de participação nas decisões. Na prática, as duas perspectivas frequentemente se articulam. Uma atividade sobre vacinação pode incluir prevenção específica, discussão sobre confiança institucional e reorganização do horário da unidade. Sua potência aumenta quando os diferentes componentes são reconhecidos, pois cada um exige objetivos e formas de avaliação próprios.

Também não se estabelece oposição entre clínica e território. A clínica oferece recursos para reconhecer sofrimento, formular hipóteses, cuidar de doenças e reduzir danos. O território ajuda a compreender exposições, trajetórias e possibilidades de continuidade. Uma clínica desvinculada do contexto pode produzir planos impraticáveis, enquanto uma leitura social que negligencia sinais de gravidade pode atrasar o cuidado necessário. O desafio analítico consiste em examinar como essas dimensões se conectam, preservando tanto a singularidade da pessoa quanto a responsabilidade coletiva pelos determinantes da saúde.

A escolha da Estratégia Saúde da Família como eixo do estudo decorre de sua orientação comunitária e de sua possibilidade de acompanhamento longitudinal. A presença de equipes responsáveis por uma população cria condições para relacionar acontecimentos que, em atendimentos isolados, apareceriam como episódios independentes. Mudanças de moradia, perda de renda, adoecimento de cuidadores e interrupções escolares podem ser compreendidas ao longo do tempo. Contudo, esse potencial depende de continuidade organizacional e de espaços de comunicação. A simples convivência de profissionais na mesma unidade não assegura que o conhecimento produzido por cada um seja incorporado ao cuidado.

A promoção da saúde adquire relevância particular em sociedades marcadas por desigualdade persistente. Recomendações sobre alimentação, descanso, atividade física e cuidado emocional são recebidas por pessoas com diferentes recursos para realizá-las. A disponibilidade de tempo não se distribui igualmente entre trabalhadores com jornadas previsíveis e pessoas submetidas a ocupações informais. A exposição ao calor difere conforme qualidade da moradia e condições de trabalho. A possibilidade de comparecer a consultas depende de transporte, renda, mobilidade e apoio para tarefas domésticas. Essas diferenças mostram por que uma intervenção aparentemente igual pode produzir benefícios desiguais.

Uma resposta orientada por equidade procura identificar esse descompasso antes de atribuir dificuldades ao comportamento individual. A pergunta deixa de ser apenas se uma recomendação foi seguida e passa a incluir se havia meios para segui-la, se ela correspondia à prioridade da pessoa e se o serviço ofereceu apoio suficiente. Esse deslocamento não elimina responsabilidade pessoal nem transforma todo obstáculo em problema exclusivamente estatal. Ele permite distribuir responsabilidades de forma mais precisa, distinguindo decisões individuais, barreiras organizacionais e condições estruturais que exigem políticas de maior alcance.

O estudo toma a integralidade como critério para examinar essas conexões. Uma necessidade pode exigir simultaneamente cuidado clínico, apoio familiar, acesso a direitos e transformação do ambiente. Nenhuma dessas respostas esgota o problema, e sua articulação não ocorre espontaneamente. A integralidade depende de comunicação entre profissionais, continuidade entre serviços e possibilidade de rever decisões quando a situação muda. Por isso, o

fortalecimento da APS não pode ser medido apenas pelo volume de contatos, mas também pela capacidade de construir percursos compreensíveis e sustentáveis para as pessoas acompanhadas.

As informações oficiais sobre expansão de equipes e investimentos são relevantes para contextualizar possibilidades de implementação. Entretanto, esses dados correspondem a dimensões distintas. Número de equipes não equivale ao número de pessoas com acesso oportuno; recursos previstos não representam necessariamente serviços já disponíveis; existência de prontuário eletrônico não demonstra utilização qualificada. A leitura crítica dos indicadores exige conservar seus denominadores, períodos e categorias. Quando essas diferenças são apagadas, o debate sobre promoção da saúde tende a confundir anúncio, estrutura instalada, processo de trabalho e resultado populacional.

O aprofundamento proposto examina essas etapas como partes relacionadas de um mesmo problema. Recursos e normas influenciam a organização dos serviços; a organização condiciona o encontro com usuários e comunidades; esses encontros podem alterar acesso, confiança e continuidade; mudanças sustentadas nesses processos podem contribuir para resultados de saúde. Essa sequência não é automática nem linear. Ela sofre interferência de condições econômicas, redes de proteção social, acontecimentos ambientais e características das populações. Reconhecer tais mediações permite formular expectativas mais realistas e evitar promessas que a APS, isoladamente, não pode cumprir.

A revisão também considera a diferença entre explicar um efeito e reconhecer uma associação. Estudos que encontram melhores resultados em territórios com maior cobertura da ESF oferecem

evidências importantes, mas precisam ser interpretados à luz do desenho, do período e das variáveis analisadas. Municípios que ampliam cobertura podem, simultaneamente, melhorar saneamento, renda ou acesso hospitalar. Em outras situações, equipes são implantadas primeiro em áreas com maior necessidade, dificultando comparações simples. O exame desses aspectos fortalece a defesa de políticas públicas porque distingue resultados sustentados por evidência de inferências que ainda demandam investigação.

No plano assistencial, o problema central é como incorporar promoção a uma rotina frequentemente organizada por urgências e demandas imediatas. A defesa de ações comunitárias perde consistência se ignora filas, equipes incompletas e necessidades clínicas não atendidas. Ao mesmo tempo, uma agenda integralmente absorvida por episódios agudos tende a reproduzir problemas que exigiriam acompanhamento e atuação coletiva. O estudo analisa essa tensão como questão de organização, discutindo formas de combinar resposta oportuna, continuidade e planejamento territorial sem tratar essas responsabilidades como agendas mutuamente excludentes.

No plano comunitário, interessa compreender como participação pode produzir influência efetiva. A realização de reuniões, por si só, não indica que moradores tenham condições de formular prioridades ou acompanhar decisões. A participação envolve linguagem acessível, disponibilidade de tempo, proteção contra constrangimentos e retorno sobre o que foi proposto. Também exige reconhecer divergências internas à comunidade. Lideranças, usuários frequentes e pessoas com maior escolaridade podem ter mais facilidade para ocupar espaços públicos, enquanto grupos

expostos a estigma ou jornadas extensas permanecem menos ouvidos.

No plano institucional, a promoção depende de responsabilidades compartilhadas que não se dissolvam entre serviços. Encaminhar uma necessidade à assistência social, à educação ou à gestão ambiental pode ser necessário, mas não equivale a assegurar resposta. A articulação intersetorial precisa definir quem recebe a demanda, quais informações são indispensáveis, como ocorre o retorno e o que deve ser feito diante de uma interrupção. O acompanhamento dessas etapas permite distinguir cooperação concreta de uma circulação de encaminhamentos que transfere dificuldades sem modificar as condições de vida.

A transformação digital acrescenta uma camada a esse debate. Sistemas podem apoiar identificação de pessoas sem acompanhamento, comunicação entre profissionais e análise de desigualdades. Também podem aumentar trabalho administrativo, produzir classificação inadequada de prioridades ou excluir usuários que não dispõem de conectividade. A relevância da tecnologia deve ser examinada a partir de problemas assistenciais definidos. Um recurso digital ganha sentido quando melhora uma etapa do cuidado e pode ser usado com segurança; sua novidade ou capacidade de produzir relatórios não constitui, isoladamente, evidência de benefício.

O objetivo geral desdobra-se, assim, em operações analíticas complementares. A primeira consiste em explicitar os fundamentos que aproximam promoção da saúde, território e equidade. A segunda examina condições de implementação na ESF, incluindo trabalho em equipe, financiamento, participação e articulação da

rede. A terceira analisa o uso de dados e os limites da avaliação de resultados. A quarta apresenta situações hipotéticas e matrizes de planejamento capazes de tornar essas relações observáveis no cotidiano. Essas situações servem à interpretação e não correspondem a pesquisa de campo ou a relatos de usuários reais.

A contribuição pretendida é oferecer uma leitura suficientemente ampla para sustentar decisões e suficientemente concreta para evitar generalizações vazias. Não se pressupõe que exista uma intervenção única aplicável a todos os territórios. Diferentes configurações urbanas, rurais e ambientais produzem necessidades próprias, assim como diferenças de idade, deficiência, raça, gênero e inserção no trabalho modificam o acesso aos serviços. O estudo busca identificar princípios de organização e perguntas de avaliação que possam orientar adaptações justificadas, preservando o compromisso com a universalidade do SUS.

Para manter coerência entre amplitude e rigor, as proposições operacionais são apresentadas como interpretações do estudo, distintas dos achados das pesquisas citadas. As referências normativas fundamentam responsabilidades e princípios; os estudos empíricos informam associações e experiências em seus contextos; os exemplos analíticos exploram possibilidades de aplicação. Essa separação permite ao leitor reconhecer o estatuto de cada afirmação e compreender que uma proposta plausível ainda precisa ser implementada, acompanhada e revista à luz de resultados locais.

A estrutura adotada acompanha esse percurso. A fundamentação teórica aprofunda conceitos que permitem ler o território e suas desigualdades. A metodologia explicita o caráter narrativo e documental da revisão e seus limites. Os resultados e a discussão

articulam a literatura com problemas de implementação, avaliação e sustentabilidade. As considerações finais retomam condições necessárias para que expansão de serviços produza capacidade efetiva de cuidado. Em todas essas etapas, a promoção da saúde é examinada como dimensão constitutiva da APS e como responsabilidade que ultrapassa a unidade de saúde.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA**

A Política Nacional de Promoção da Saúde consolidou no Brasil uma compreensão ampliada que associa saúde a modos de viver, condições sociais, ambientes e relações de poder. Seu texto valoriza articulação intra e intersetorial, redes de atenção, participação social e reconhecimento de determinantes e condicionantes. Essa formulação afasta a promoção de uma perspectiva exclusivamente comportamental, embora não elimine a importância de escolhas individuais. O desafio está em compreender que escolhas são realizadas dentro de possibilidades desigualmente distribuídas, razão pela qual aconselhamento clínico precisa ser acompanhado de leitura social e territorial (Brasil, 2014a; Mattioni e Rocha, 2023).

A Política Nacional de Atenção Básica complementa esse fundamento ao atribuir à APS responsabilidades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e coordenação do cuidado. A ESF é indicada como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, vinculando promoção da saúde a uma equipe que conhece população adscrita e acompanha necessidades ao longo do tempo. Essa longitudinalidade permite revisar metas, compreender recaídas e reconhecer que mudanças de comportamento raramente

resultam de uma única orientação, principalmente quando barreiras sociais permanecem ativas (Brasil, 2017a).

O território, nesse contexto, não deve ser reduzido ao mapa de microáreas. Ele corresponde ao espaço vivido, composto por circulação de pessoas, recursos comunitários, relações de solidariedade, violência, oportunidades de lazer, qualidade do ar, abastecimento de água, oferta de alimentos, transporte, equipamentos públicos e condições de trabalho. Conhecer o território significa produzir informação sobre esses elementos e relacioná-los aos padrões de adoecimento observados. A atuação dos agentes comunitários de saúde é particularmente importante porque combina presença domiciliar, reconhecimento de redes locais e comunicação cotidiana com pessoas que muitas vezes não chegam espontaneamente à unidade.

Os determinantes sociais oferecem uma lente para interpretar diferenças de risco sem culpabilizar indivíduos. Uma pessoa com hipertensão pode compreender a necessidade de alimentação adequada e, ainda assim, viver em contexto de insegurança alimentar. Uma mulher pode receber recomendação de atividade física e residir em área marcada por violência, ausência de iluminação e longas jornadas de trabalho. Uma criança pode apresentar recorrência de sintomas respiratórios em moradia com umidade e poluição. Nesses casos, promover saúde exige preservar o cuidado clínico e, simultaneamente, reconhecer limites de intervenções que ignoram condições materiais.

A intersetorialidade surge como consequência prática desse reconhecimento. Equipes de saúde não possuem competência para resolver sozinhas problemas de habitação, emprego, saneamento,

educação ou violência, mas podem identificar situações, produzir registros, articular serviços e acompanhar respostas. A PNPS compreende a cooperação entre políticas como componente constitutivo da promoção, o que requer canais formais entre saúde, assistência social, educação, cultura, esporte, ambiente e outros setores. Sem esses arranjos, encaminhamentos tendem a depender de relações pessoais e tornam-se frágeis diante de mudanças de profissionais ou gestores (Brasil, 2014a).

A equidade acrescenta outra camada à análise porque indica que uma política universal precisa oferecer intensidade proporcional às necessidades. Horários de funcionamento idênticos podem ser insuficientes para trabalhadores com baixa autonomia laboral. Comunicação escrita pode não alcançar pessoas com baixa escolaridade ou deficiência visual. Estratégias de atividade coletiva podem excluir quem possui mobilidade reduzida ou responsabilidade integral pelo cuidado de familiares. Planejar com equidade significa identificar quem está menos alcançado e ajustar oferta, linguagem, busca ativa e localização das ações para reduzir barreiras específicas.

Os achados de Aquino e Vilasbôas (2025) ajudam a sustentar essa perspectiva ao mostrar que os efeitos da ESF se destacam justamente em causas sensíveis à atuação da APS e em grupos vulneráveis. Esse padrão sugere que presença territorial e acesso longitudinal podem atuar como mecanismos de proteção social, ainda que não substituam políticas redistributivas mais amplas. A APS funciona melhor quando consegue antecipar necessidades, reduzir atrasos diagnósticos, manter acompanhamento e conectar usuários a outros recursos da rede, produzindo benefícios que ultrapassam o episódio clínico.

## **2.1. Educação em Saúde, Autonomia e Participação Comunitária**

A educação em saúde permanece uma ferramenta importante, porém sua qualidade depende da relação pedagógica estabelecida. Abordagens baseadas apenas em transmissão de recomendações podem informar sem necessariamente produzir compreensão ou possibilidade de mudança. Quando a equipe parte de problemas percebidos pela comunidade, explora saberes existentes e constrói metas possíveis, o encontro educativo torna-se espaço de negociação e autonomia. Santos et al. (2025), em revisão integrativa sobre uso do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na enfermagem da APS, destacam fatores como barreiras percebidas, autoeficácia e compromisso com ações promotoras.

A valorização da autonomia não significa transferir ao usuário a responsabilidade por desfechos que dependem de estrutura social. O profissional pode estimular escolhas alimentares, adesão ao tratamento, vacinação, atividade física e práticas de autocuidado, ao mesmo tempo em que reconhece obstáculos de renda, gênero, raça, deficiência, moradia ou acesso territorial. A comunicação humanizada precisa combinar clareza científica com respeito ao projeto de vida, evitando julgamentos que fragilizam vínculo. Essa postura é especialmente relevante em temas nos quais estigma e moralização interferem na procura pelo serviço.

Grupos educativos podem favorecer apoio entre pares e construção de redes comunitárias quando organizados a partir de necessidades concretas. Gestantes, pessoas com doenças crônicas, cuidadores, adolescentes ou idosos compartilham experiências que ajudam a traduzir recomendações para a vida cotidiana. Entretanto, o número de encontros realizados não deve ser utilizado como sinônimo de

resultado. A avaliação precisa perguntar quem participa, quem deixa de participar, quais barreiras permanecem e se houve mudança mensurável em acesso, autocuidado, vínculo ou condição de saúde.

A participação comunitária amplia a legitimidade das ações porque incorpora conhecimentos que não estão nos bancos de dados. Conselhos locais, associações de moradores, escolas, coletivos, lideranças e espaços culturais podem apontar horários de maior circulação, conflitos territoriais, formas de comunicação e prioridades invisíveis ao planejamento central. A equipe não precisa aceitar toda demanda sem análise técnica, mas deve construir processos nos quais a população compreenda critérios e possa influenciar decisões. Participação significa coprodução de prioridades, e não apenas convocação para atividades já definidas.

O agente comunitário de saúde possui papel singular nesse processo porque transita entre linguagem técnica e cotidiano das famílias. O número de 277,4 mil ACS registrado em 2025 demonstra a escala nacional dessa força de trabalho. Sua contribuição para promoção da saúde depende de integração real com a equipe, acesso a informações relevantes, educação permanente e proteção de tempo para atividades comunitárias. Quando o agente é reduzido a tarefas burocráticas ou exclusivamente cadastrais, perde-se parte da capacidade de detectar precocemente mudanças no território (Brasil, 2025a).

## **2.2. Transformação Digital, Dados e Promoção Orientada por Território**

A informatização da APS cria oportunidades para combinar conhecimento qualitativo do território com indicadores sistemáticos.

Prontuários eletrônicos podem apoiar identificação de crianças com vacinação atrasada, gestantes sem acompanhamento, pessoas com condições crônicas sem retorno ou usuários em uso de medicamentos que requerem monitoramento. Essa capacidade reduz dependência da memória individual dos profissionais e permite planejar busca ativa de forma mais transparente. O dado, contudo, precisa ser completo, atualizado e interpretado no contexto, pois registros incompletos podem produzir prioridades equivocadas.

A expansão do prontuário eletrônico para mais de 80% dos municípios, informada pelo Ministério da Saúde em 2025, representa avanço de infraestrutura, mas não elimina diferenças de qualidade de uso. Unidades com conectividade instável ou equipamentos insuficientes podem registrar tardiamente informações. Profissionais sobrecarregados podem preencher campos de modo superficial. Sistemas não interoperáveis podem fragmentar histórico entre pontos de atenção. A promoção orientada por dados depende, portanto, de governança da informação, capacitação e devolutiva que mostre às equipes como o registro melhora o cuidado (Brasil, 2025a).

A telessaúde pode ampliar apoio clínico e educação permanente em territórios com menor acesso a especialistas, favorecendo decisões resolutivas sem deslocamentos desnecessários. Os sete mil kits de telessaúde previstos no balanço de investimentos de 2025 mostram prioridade federal para essa infraestrutura. Seu uso em promoção da saúde pode apoiar matriciamento, discussão de casos e qualificação de equipes, desde que preserve comunicação com o usuário e não converta o cuidado em interação predominantemente remota em contextos nos quais presença territorial é necessária.

O microplanejamento constitui uma aplicação prática da inteligência territorial. Em vez de observar apenas médias municipais, equipes podem desagregar indicadores por microárea, faixa etária, grupos prioritários e barreiras conhecidas, identificando bolsões de baixa cobertura ou maior risco. Essa abordagem é útil para vacinação, acompanhamento pré-natal, controle de hipertensão, rastreamentos e ações ambientais. A finalidade não é produzir vigilância excessiva sobre indivíduos, mas localizar desigualdades que poderiam permanecer escondidas em indicadores agregados.

**Tabela 1.** Indicadores recentes da expansão da Atenção Primária no Brasil e possíveis implicações para a promoção da saúde

| <b>Indicador oficial</b>                       | <b>Situação informada para 2025</b>             | <b>Implicação analítica</b>                                                                     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipes de Saúde da Família e Atenção Primária | 60,4 mil equipes, crescimento de 15% desde 2022 | Maior capilaridade, com necessidade de monitorar qualidade e continuidade                       |
| Transferência anual federal                    | R\$ 15,5 bilhões                                | Capacidade de indução de políticas e necessidade de uso orientado por necessidades territoriais |
| Agentes Comunitários de Saúde                  | 277,4 mil profissionais                         | Potencial ampliado para busca ativa, vínculo, educação e leitura comunitária                    |
| Agentes de Combate a Endemias                  | 68,07 mil profissionais                         | Integração possível entre promoção, vigilância e ações ambientais                               |
| Prontuário eletrônico                          | Mais de 80% dos municípios                      | Possibilidade de gestão populacional, desde que haja                                            |

|                               |                                                 |                                                                                        |
|-------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |                                                 | qualidade e interoperabilidade                                                         |
| Novas UBS pelo Novo PAC Saúde | 2.609 unidades, investimento de R\$ 5,9 bilhões | Expansão física que precisa ser acompanhada por equipes, acesso e processos de cuidado |

**Fonte:** elaboração própria com base no Ministério da Saúde (Brasil, 2025a).

Os números sintetizados na Tabela 1 mostram que o país dispõe de base material significativa para fortalecer promoção da saúde, embora infraestrutura e resultado não sejam equivalentes. Uma nova unidade pode ampliar acesso, mas precisa funcionar em horários compatíveis, possuir profissionais estáveis e desenvolver ações que respondam ao território. Um prontuário eletrônico pode apoiar busca ativa, mas somente se o cadastro estiver atualizado. Um contingente numeroso de agentes comunitários pode aprofundar vínculo, mas depende de integração com planejamento e decisões da equipe.

### **2.3. Promoção da Saúde e Produção Social das Possibilidades de Cuidado**

A compreensão ampliada de saúde exige examinar como possibilidades de cuidado são produzidas antes do encontro com o serviço. Condições de moradia, alimentação, transporte e trabalho influenciam a exposição a riscos, mas também a capacidade de procurar ajuda e manter acompanhamento. O mesmo recurso assistencial pode ser acessível para uma pessoa e praticamente indisponível para outra. Uma consulta oferecida em horário comercial, por exemplo, apresenta custos diferentes para quem

possui licença remunerada e para quem depende da renda obtida a cada dia. Essa diferença é parte do problema de saúde e precisa aparecer no planejamento.

A Carta de Ottawa é um marco dessa ampliação ao articular políticas públicas, ambientes favoráveis, ação comunitária, desenvolvimento de capacidades pessoais e reorientação dos serviços. A contribuição desse referencial está em mostrar que informação individual constitui apenas uma dimensão da promoção. A criação de condições para agir envolve distribuição de recursos e participação em decisões que afetam a vida cotidiana (World Health Organization, 1986). Para a APS, essa perspectiva implica considerar simultaneamente o encontro clínico e a organização social que define as possibilidades de utilizá-lo.

Uma implicação analítica é distinguir oportunidade formal de oportunidade realizável. Informar que existe um grupo de atividade física não demonstra que pessoas com deficiência consigam chegar ao local. Disponibilizar orientação nutricional não assegura acesso aos alimentos discutidos. Abrir um canal digital não significa que todos possam utilizá-lo com privacidade. A promoção precisa perguntar quais condições tornam cada oferta efetivamente utilizável. Essa análise pode revelar que uma mudança aparentemente pequena, como ajustar horário, linguagem ou local, produz mais acesso do que ampliar uma oferta cujo desenho continua incompatível com a vida dos usuários.

Outra implicação diz respeito à relação entre necessidade e preferência. O conhecimento profissional ajuda a reconhecer riscos que não são imediatamente percebidos, enquanto a experiência do usuário informa custos, valores e prioridades que não podem ser

deduzidos de um diagnóstico. A construção do cuidado depende da aproximação dessas perspectivas. Considerar preferências não obriga a concordar com qualquer escolha nem autoriza abandonar a responsabilidade de informar. Exige explicar alternativas, explorar dúvidas e reconhecer que um plano só pode ser sustentado quando suas exigências são compreendidas e podem ser negociadas.

O problema torna-se mais complexo quando diferentes necessidades competem entre si. Uma pessoa pode priorizar a manutenção do trabalho sobre uma consulta preventiva porque a perda de renda ameaça a alimentação da família. Outra pode adiar o próprio acompanhamento para cuidar de alguém dependente. Interpretar tais situações apenas como falta de interesse reduz a capacidade do serviço de oferecer soluções. A análise territorial permite identificar padrões de dificuldade e construir respostas coletivas, como horários alternativos, articulação de transporte ou apoio aos cuidadores, sem presumir que todas as pessoas compartilham o mesmo obstáculo.

A promoção da saúde também envolve reconhecer recursos existentes. Redes de vizinhança, associações, espaços religiosos, iniciativas culturais e formas comunitárias de solidariedade podem sustentar cuidado e pertencimento. Entretanto, recursos comunitários não substituem deveres públicos. Uma rede informal que ajuda no transporte pode ser importante, mas sua existência não justifica a ausência de uma resposta institucional para pessoas com mobilidade reduzida. O uso ético desses recursos exige evitar sobrecarga e dependência de relações que podem ser instáveis ou seletivas.

Nessa perspectiva, autonomia não corresponde à obrigação de resolver sozinho. Ela depende de informação compreensível, alternativas reais, apoio e possibilidade de recusar sem sofrer humilhação ou perda arbitrária de acesso. A autonomia pode aumentar quando uma pessoa recebe ajuda para organizar medicamentos, compreender uma indicação ou negociar um horário. Também pode diminuir quando o serviço oferece muitas recomendações sem verificar entendimento e capacidade de execução. A qualidade da promoção é observada no fortalecimento da capacidade de decidir e agir, e não na simples transferência de tarefas para o usuário.

O conceito de corresponsabilidade deve ser interpretado com o mesmo cuidado. Responsabilidades são diferentes porque os participantes dispõem de poderes e recursos distintos. Cabe ao profissional informar e oferecer cuidado competente; à gestão, assegurar condições organizacionais; a outros setores, atuar sobre suas competências; ao usuário, participar conforme suas possibilidades e escolhas. Quando essa distribuição é apagada, corresponsabilidade pode tornar-se uma linguagem aparentemente colaborativa para atribuir à pessoa falhas do serviço. A análise proposta exige explicitar o que cada ator pode efetivamente fazer e o que permanece fora de sua governabilidade.

## **2.4. Determinantes Estruturais e Condições Intermediárias no Território**

O estudo dos determinantes sociais permite diferenciar mecanismos que distribuem posições sociais de condições mais próximas da experiência cotidiana. A organização econômica, as relações de poder e as políticas públicas influenciam escolaridade,

renda, ocupação e reconhecimento social. Essas posições condicionam moradia, exposição ambiental, alimentação, segurança e acesso a recursos. O modelo de Solar e Irwin organiza essa relação entre determinantes estruturais e intermediários e ajuda a evitar interpretações que tratam fatores sociais como uma lista de atributos individuais sem história ou conexão (Solar e Irwin, 2010).

Na APS, essa distinção modifica a leitura de situações recorrentes. Uma pessoa que deixa de comparecer por falta de transporte apresenta uma barreira imediata, mas essa barreira pode estar associada a segregação urbana, precariedade de renda e distribuição desigual de serviços. A equipe pode atuar sobre o problema imediato e produzir informações para decisões de maior alcance. O reconhecimento da dimensão estrutural não deve suspender ações possíveis, assim como a solução pontual não deve ser confundida com transformação do mecanismo que produz novas dificuldades.

A causalidade social raramente corresponde a uma relação única. Renda pode influenciar alimentação, condições de moradia e exposição ocupacional; adoecimento pode reduzir capacidade de trabalhar e produzir nova perda de renda. Esse movimento de retroalimentação ajuda a compreender por que problemas se acumulam em determinadas trajetórias. A análise clínica centrada apenas no momento atual pode não perceber que uma descompensação resulta de uma sequência de interrupções. A longitudinalidade permite reconstruir essa sequência e identificar pontos em que apoio oportuno poderia reduzir a progressão de vulnerabilidades.

O território materializa tais relações sem esgotá-las. Pessoas que vivem na mesma rua podem experimentar condições distintas por idade, raça, gênero, deficiência ou posição no trabalho. Por isso, não basta classificar uma área como vulnerável e atribuir a todos os moradores a mesma necessidade. Indicadores territoriais orientam planejamento, mas precisam ser combinados com informações individuais e familiares pertinentes. A leitura contextual evita tanto ignorar desigualdades do lugar quanto transformar o endereço em explicação automática para a vida de cada pessoa.

Também é necessário diferenciar exposição de possibilidade de proteção. Duas famílias podem enfrentar o mesmo alagamento e apresentar consequências distintas conforme qualidade da construção, presença de pessoas dependentes, capacidade de deslocamento e disponibilidade de uma rede de apoio. O risco não decorre apenas da intensidade do evento. Ele resulta da relação entre ameaça, condições de vulnerabilidade e recursos de resposta. Essa perspectiva favorece planejamento que identifica quem necessita de apoio antecipado e quais medidas devem envolver outros setores.

A coleta de informações sociais exige finalidade explícita. Perguntar sobre renda, alimentação ou violência só se justifica quando a informação pode orientar cuidado ou planejamento legítimo. Questionários extensos sem possibilidade de resposta institucional podem produzir desgaste e sensação de vigilância. A equipe precisa explicar por que pergunta, reconhecer o direito de não responder e limitar o compartilhamento ao necessário. A qualidade do diagnóstico territorial depende de confiança, e a confiança pode ser comprometida quando dados sensíveis circulam sem controle ou são usados para julgamentos.

Uma consequência prática é construir categorias de análise que ajudem a agir. Registrar genericamente que existe vulnerabilidade social oferece pouca orientação. Descrever dificuldade de transporte, ausência de apoio ao cuidado ou insegurança alimentar permite considerar respostas mais específicas. Ainda assim, as categorias devem permanecer abertas à revisão. Pessoas e famílias mudam de condição, e uma classificação antiga não deve determinar indefinidamente a forma como serão percebidas. O registro precisa guardar contexto e temporalidade para não converter uma situação transitória em identidade fixa.

O enfrentamento dos determinantes requer diferentes escalas de ação. Na escala do encontro assistencial, pode envolver adaptação de um plano. Na escala da unidade, pode exigir mudança de agenda ou comunicação. Na escala municipal, pode demandar transporte, saneamento ou articulação de políticas. Na escala nacional, relaciona-se a financiamento, proteção social e regulação. A promoção torna-se mais consistente quando essas escalas são conectadas e quando se reconhece que a APS pode contribuir para mudanças estruturais sem assumir responsabilidade exclusiva por produzi-las.

## **2.5. Equidade e Universalidade Como Critérios de Organização**

A universalidade define o alcance do direito, enquanto a equidade orienta a resposta às diferenças de necessidade e de possibilidade de acesso. A oferta de um serviço para todos não assegura distribuição justa de seus benefícios. Grupos com maior disponibilidade de tempo, informação e mobilidade podem ocupar mais rapidamente as oportunidades oferecidas. Uma organização comprometida com equidade precisa reconhecer esse padrão e

criar apoios diferenciados, preservando a possibilidade de acesso de toda a população. Não se trata de substituir universalidade por seleção, mas de torná-la efetiva em condições desiguais.

Na prática, essa orientação exige examinar critérios de prioridade. Gravidade clínica, risco de agravamento, barreiras de acesso e possibilidade de benefício podem contribuir para decisões, mas não devem ser usados de forma opaca. Uma prioridade precisa ser explicável e passível de revisão. Critérios que favorecem apenas quem sabe solicitar atendimento podem reproduzir desigualdades, assim como classificações rígidas podem deixar de reconhecer mudanças na situação. O processo deve combinar referências comuns com capacidade de análise individual, evitando arbitrariedade e automatismo.

A proporcionalidade da resposta constitui um princípio útil para o planejamento. Uma oferta básica pode ser mantida para todos, enquanto esforços adicionais se dirigem a grupos com maiores obstáculos. O apoio pode incluir busca ativa, comunicação acessível, visita domiciliar ou articulação de transporte. Essa intensificação deve ser justificada por necessidade, e não por estereótipos. Também precisa ser avaliada quanto a efeitos não desejados, como estigmatização, exposição pública ou percepção de tratamento desigual sem explicação dos critérios.

Diferenças absolutas e relativas ajudam a compreender avanços e limites. Em um exemplo hipotético, se um grupo passa de 40% para 60% de acompanhamento e outro de 80% para 90%, ambos melhoram, mas a distância continua importante. A diferença absoluta diminui de quarenta para trinta pontos percentuais, enquanto a razão entre os percentuais também se modifica. A

leitura conjunta impede que uma melhora geral esconda desigualdade persistente. O exemplo não representa dado de campo; demonstra por que a análise deve explicitar qual medida está sendo utilizada.

A escolha dos grupos de comparação requer cuidado. Categorias amplas podem ocultar diferenças internas, enquanto subdivisões excessivas produzem estimativas instáveis e risco de identificação. A equipe deve selecionar recortes relevantes para a decisão e compatíveis com a qualidade dos registros. Raça ou cor, faixa etária, deficiência, microárea e condição de trabalho podem ser pertinentes, mas sua utilização exige completude, critérios consistentes e respeito à autodeclaração quando aplicável. Um indicador com muitas informações ausentes deve ser interpretado como incompleto, não como retrato fiel da população.

A equidade também diz respeito à experiência de atendimento. Duas pessoas podem obter consulta e vivenciar relações muito diferentes de escuta e respeito. Interrupções frequentes, linguagem inacessível, descrédito de sintomas e tratamento discriminatório afetam a qualidade do cuidado e a disposição para retornar. Avaliar acesso apenas pelo registro de presença perde essa dimensão. Relatos de usuários, observação de processos e análise de reclamações podem ajudar a reconhecer barreiras relacionais que não aparecem nos indicadores de produção.

Outro aspecto é o custo transferido para as famílias. Deslocamentos repetidos, solicitações fragmentadas de exames e orientações que exigem recursos indisponíveis produzem encargos que nem sempre são contabilizados pelo serviço. Uma organização eficiente do ponto de vista administrativo pode ser onerosa para o usuário. O

planejamento equitativo considera esse custo e procura reduzir retornos desnecessários, melhorar a comunicação e coordenar procedimentos quando clinicamente adequado. A economia de tempo e deslocamento pode ampliar continuidade sem aumentar proporcionalmente o volume de atendimento.

A equidade precisa, finalmente, ser incorporada à avaliação das próprias intervenções de promoção. Uma campanha pode aumentar participação total e alcançar sobretudo pessoas já próximas da unidade. Um grupo pode apresentar bons resultados entre participantes e manter excluídos aqueles com maior necessidade. Nesses casos, a avaliação deve examinar alcance, permanência e barreiras, além dos resultados observados. O benefício dos participantes é relevante, mas não esgota a responsabilidade territorial de uma equipe que também precisa compreender quem continua ausente.

## **2.6. Território Vivido e Diagnóstico Participativo**

O território administrativo organiza responsabilidade sanitária, mas o território vivido informa como as pessoas realmente circulam e buscam recursos. Limites de bairros ou microáreas podem não corresponder aos trajetos utilizados para trabalhar, estudar, comprar alimentos ou acessar transporte. Uma unidade geograficamente próxima pode ser difícil de alcançar por barreiras físicas ou conflitos locais. A análise territorial precisa incorporar essas experiências para que a distribuição de serviços não seja orientada apenas por distância em linha reta ou por fronteiras desenhadas em mapas.

O diagnóstico participativo reúne informações de fontes diferentes sem presumir que uma delas represente integralmente a realidade.

Registros assistenciais mostram quem chegou ao serviço; visitas podem revelar necessidades de quem permanece em casa; escolas identificam aspectos da vida de crianças e adolescentes; organizações comunitárias conhecem mudanças nas redes locais. A combinação dessas informações permite reconhecer convergências e contradições. Uma divergência entre dados e relatos não deve ser descartada automaticamente, pois pode indicar sub-registro, mudança recente ou diferença entre a população atendida e a população residente.

O mapa territorial pode representar equipamentos, trajetos, pontos de alagamento, áreas de circulação e recursos comunitários. Entretanto, a representação de situações sensíveis exige restrição. Identificar publicamente domicílios associados a violência, condições de saúde ou vulnerabilidade pode produzir exposição e dano. Mapas para discussão comunitária devem utilizar informações agregadas e adequadas à finalidade. Instrumentos nominativos destinados ao cuidado precisam permanecer em ambientes protegidos, com acesso limitado aos profissionais que necessitam das informações para exercer suas atribuições.

A produção do diagnóstico também depende de atualização. Um retrato construído uma vez pode tornar-se inadequado diante de mudanças de moradia, novas ocupações, alterações no transporte ou fechamento de equipamentos públicos. A atualização não exige repetir continuamente um levantamento completo. Pode ser organizada por eventos relevantes, revisão periódica de informações e comunicação entre equipe e comunidade. O importante é reconhecer que território é processo e que o planejamento precisa conservar capacidade de resposta a transformações que não estavam previstas no diagnóstico inicial.

Uma leitura participativa deve diferenciar problemas priorizados pela comunidade daqueles identificados exclusivamente pelo serviço. Nem sempre haverá coincidência imediata. A equipe pode estar preocupada com acompanhamento de condições crônicas, enquanto moradores destacam lixo, iluminação ou segurança. A negociação de prioridades exige mostrar relações entre essas questões e construir possibilidades compartilhadas. Ignorar a pauta comunitária enfraquece legitimidade; abandonar a análise técnica também pode deixar riscos relevantes sem resposta. O trabalho consiste em tornar os diferentes argumentos compreensíveis e identificar ações convergentes.

As necessidades invisíveis merecem atenção específica. Pessoas que não participam de reuniões, não utilizam canais digitais ou não conseguem deixar o domicílio podem permanecer fora do diagnóstico. A equipe deve examinar quem contribuiu para a construção das prioridades e quem não foi ouvido. Estratégias complementares, como escuta em horários distintos, visitas consentidas e materiais acessíveis, podem ampliar diversidade. A representatividade não decorre apenas do número de participantes, mas da possibilidade de incorporar experiências que costumam ter pouca presença nos espaços decisórios.

A devolutiva é parte do diagnóstico, não uma etapa opcional. Informações coletadas precisam retornar à comunidade de forma compreensível, acompanhadas de interpretação e de limites. A equipe pode apresentar quais problemas foram identificados, quais ações estão sob sua responsabilidade e quais dependem de outros setores. Quando uma demanda não pode ser atendida no prazo esperado, a explicação evita que silêncio seja interpretado como desinteresse. A devolutiva também permite corrigir leituras

equivocadas e reconhecer recursos que o serviço não havia identificado.

O diagnóstico territorial adquire utilidade quando orienta escolhas observáveis. Ele pode modificar agenda, localização de ações, prioridades de busca ativa e articulação da rede. Se permanece apenas como documento arquivado, sua capacidade de produzir mudança é pequena. Por isso, cada diagnóstico deve ser associado a um processo de decisão e a uma previsão de revisão. O território não é um cenário ilustrativo da APS; constitui fonte de informação e espaço de responsabilização no qual a pertinência das ações pode ser continuamente examinada.

## **2.7. Atributos da Atenção Primária e Mecanismos de Promoção**

O acesso de primeiro contato oferece uma base para que necessidades sejam reconhecidas antes de se tornarem mais graves ou mais difíceis de acompanhar. Esse atributo envolve possibilidade de procurar o serviço, obter uma resposta adequada e compreender o que acontecerá em seguida. A existência de uma porta aberta não assegura acesso quando há barreiras de horário, comunicação, mobilidade ou acolhimento. Para a promoção da saúde, importa que a pessoa possa trazer dúvidas e problemas ainda pouco definidos, sem precisar enquadrá-los previamente em uma doença ou procedimento.

A longitudinalidade permite que orientações sejam revistas a partir de experiências reais. Um plano pode parecer viável durante a consulta e revelar dificuldades no cotidiano. Quando existe continuidade, a equipe pode compreender essas dificuldades, reconhecer avanços e ajustar propostas. O vínculo não depende

exclusivamente de um profissional específico, embora relações estáveis sejam relevantes. Também envolve continuidade da informação, coerência entre condutas e reconhecimento da história do usuário. Uma equipe que muda frequentemente suas orientações sem explicação pode enfraquecer confiança mesmo quando mantém boa disponibilidade de consultas.

A coordenação do cuidado relaciona diferentes intervenções em um percurso que faça sentido para a pessoa. Encaminhamentos, exames, retornos e orientações precisam ser articulados para evitar duplicação, lacunas e mensagens contraditórias. Na promoção da saúde, essa coordenação impede que necessidades sociais e preventivas desapareçam durante a passagem por outros pontos da rede. A APS pode manter acompanhamento mesmo quando parte do tratamento ocorre em serviço especializado, desde que existam comunicação e definição clara das responsabilidades de cada equipe.

A integralidade amplia a capacidade de reconhecer necessidades que não correspondem ao motivo inicial da procura. Isso não significa investigar tudo em cada contato ou transformar qualquer encontro em uma consulta excessivamente longa. Exige sensibilidade para identificar prioridades e possibilidade de organizar continuidade. Uma queixa musculoesquelética pode coexistir com sofrimento relacionado ao trabalho; uma consulta de acompanhamento pode revelar isolamento social. O serviço precisa ter meios para acolher essas dimensões sem dispersar a atenção sobre o problema principal nem prometer respostas que não consegue oferecer.

A orientação familiar contribui para compreender redes de apoio e responsabilidades de cuidado. Contudo, família não deve ser tratada como unidade homogênea ou necessariamente protetora. Existem conflitos, assimetrias de poder e situações de violência que exigem escuta individual e proteção de informações. O envolvimento de familiares deve considerar a vontade da pessoa, sua capacidade de decisão e as necessidades do cuidado. Pressupor que um parente assumirá tarefas sem negociação pode aumentar sobrecarga e reproduzir desigualdades de gênero.

A orientação comunitária permite relacionar experiências individuais a problemas coletivos e recursos do território. Quando várias pessoas relatam dificuldade semelhante, a equipe pode investigar se existe uma barreira organizacional ou ambiental compartilhada. A repetição de atrasos, por exemplo, pode indicar incompatibilidade com o transporte disponível. O conhecimento comunitário ajuda a formular hipóteses que não emergem da observação de um único atendimento. Essas hipóteses precisam ser verificadas e discutidas, evitando transformar impressões isoladas em conclusões sobre toda a população.

Os referenciais internacionais de APS articulam serviços integrados, ação multissetorial e participação de pessoas e comunidades. Essa formulação reforça que os atributos assistenciais ganham potência quando conectados a políticas e formas de governança que ampliam condições de saúde (World Health Organization e UNICEF, 2020, 2022). O presente estudo interpreta essa articulação como mecanismo organizacional: a continuidade produz conhecimento, o conhecimento orienta adaptação e a adaptação pode reduzir barreiras. O resultado depende de recursos e de condições institucionais para completar esse percurso.

Avaliar esses mecanismos exige observar como os atributos se combinam. Acesso rápido com baixa continuidade pode resolver episódios e manter fragmentação. Vínculo forte com pouca capacidade de encaminhamento pode gerar confiança sem resposta suficiente. Boa informação clínica com baixa participação pode produzir planos tecnicamente coerentes e pouco realizáveis. A promoção depende do equilíbrio entre essas dimensões, razão pela qual uma única medida de desempenho dificilmente representa a qualidade global da APS.

## **2.8. Educação Dialógica e Letramento em Saúde**

A educação dialógica parte do reconhecimento de que usuários interpretam informações a partir de experiências, conhecimentos e relações sociais. O encontro educativo não começa em um vazio. Pessoas já possuem explicações sobre saúde, doença, alimentação, medicamentos e funcionamento dos serviços. Essas explicações podem conter conhecimentos úteis, dúvidas, interpretações parciais ou informações incorretas. A tarefa profissional é criar condições para examiná-las com respeito e clareza, sem confundir diálogo com abandono da evidência científica ou com aceitação acrítica de qualquer afirmação.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde valoriza diálogo, problematização e construção compartilhada do conhecimento. Esse marco permite compreender educação como prática vinculada à participação e à leitura crítica da realidade, e não apenas como transmissão de instruções (Brasil, 2013). Na APS, a consequência é organizar atividades em torno de problemas reconhecíveis e permitir que perguntas dos participantes alterem o percurso inicialmente previsto. Um roteiro pode orientar o encontro, mas não

deve impedir que uma dificuldade relevante seja discutida porque não estava programada.

O letramento em saúde envolve condições para acessar, compreender e utilizar informações em decisões. A dificuldade não deve ser atribuída automaticamente à escolaridade do usuário. Textos excessivamente técnicos, orientações contraditórias e sistemas de agendamento complexos também produzem barreiras. Uma organização comprometida com comunicação acessível procura reduzir a exigência de interpretação imposta às pessoas. Isso inclui explicar termos, apresentar instruções em sequência compreensível e verificar entendimento sem constrangimento.

A verificação de entendimento pode ser feita convidando a pessoa a explicar, com suas palavras, como realizará o plano. O objetivo é avaliar a clareza da comunicação profissional, e não aplicar um teste. Quando surgem diferenças, a orientação pode ser reformulada. Perguntas genéricas, como se tudo foi compreendido, frequentemente produzem respostas afirmativas sem revelar dúvidas. A escuta do que a pessoa pretende fazer permite identificar problemas concretos, como confusão de horários, dificuldade de leitura ou incompatibilidade entre uma recomendação e sua rotina.

Materiais educativos devem ser avaliados pelo uso que possibilitam. Uma peça visualmente atraente pode conter excesso de mensagens ou depender de habilidades de leitura não compartilhadas por todos. Um texto curto pode omitir informações essenciais para uma decisão. A escolha do formato exige considerar finalidade, público, acessibilidade e contexto de circulação. Materiais impressos, áudio, demonstrações e recursos digitais podem ser combinados, desde

que a informação permaneça coerente e que usuários tenham oportunidade de esclarecer dúvidas.

Nos grupos, a participação precisa ser organizada para evitar que poucas vozes dominem o encontro. Perguntas abertas, situações do cotidiano e momentos de troca podem ampliar envolvimento, mas o facilitador deve observar silêncios e constrangimentos. Temas sensíveis não devem ser explorados publicamente sem necessidade ou consentimento. Uma pessoa pode participar de um grupo e preferir discutir determinadas dificuldades individualmente. A existência desse canal complementar favorece segurança e evita que exposição seja confundida com participação.

A avaliação educativa não deve limitar-se à memorização imediata. Uma pessoa pode repetir uma recomendação e continuar sem meios para realizá-la. É necessário examinar se a informação ajudou a compreender opções, formular perguntas ou solicitar apoio. Em atividades continuadas, o retorno sobre experiências permite identificar quais orientações funcionaram, quais foram adaptadas e quais permaneceram impraticáveis. Esse conhecimento pode modificar tanto o conteúdo educativo quanto a organização do serviço.

A educação dialógica exige ainda atenção às relações de autoridade. Profissionais possuem conhecimentos e responsabilidades que precisam ser assumidos, mas podem exercê-los de forma transparente e respeitosa. Explicar por que uma conduta é recomendada, reconhecer limites e acolher discordâncias fortalece a possibilidade de decisão informada. A promoção perde consistência quando recorre ao medo, à vergonha ou à ameaça de perda de atendimento para produzir adesão. Resultados sustentáveis

dependem de confiança e de condições para que o usuário participe sem coerção.

## **2.9. Participação Social e Distribuição de Poder Decisório**

A participação social pode ocorrer em diferentes níveis, desde a expressão de uma experiência até a influência sobre prioridades e alocação de recursos. Esses níveis não devem ser tratados como equivalentes. Uma pesquisa de satisfação oferece informações relevantes, mas não substitui um espaço de deliberação. Uma reunião informativa pode melhorar transparência sem permitir mudança de decisões. O planejamento precisa explicitar qual forma de participação está sendo proposta e quais aspectos permanecem sujeitos a normas, limites técnicos ou decisões de outras instâncias.

A existência de representantes não elimina a necessidade de escuta diversificada. Pessoas que ocupam posições de liderança podem contribuir com conhecimento importante, mas não representam automaticamente todas as experiências do território. Trabalhadores com horários extensos, pessoas com deficiência, adolescentes e moradores recém-chegados podem ter pouco acesso às estruturas participativas. A equipe deve reconhecer essas lacunas e criar oportunidades complementares, sem deslegitimar os espaços já existentes nem atribuir a um único interlocutor a responsabilidade de falar por toda a comunidade.

A qualidade da participação depende das informações disponíveis. Discutir prioridades exige conhecer necessidades, recursos e limites de forma compreensível. Relatórios excessivamente técnicos podem criar uma aparência de transparência e manter desigualdade na capacidade de argumentar. A apresentação de dados deve explicar

o que está sendo medido, quais informações estão ausentes e o que pode ou não ser concluído. Quando a comunidade compreende os critérios, torna-se mais possível discutir escolhas sem reduzir o debate a disputas por atendimento individual.

O retorno sobre decisões é um componente central. Propostas acolhidas precisam ser associadas a responsáveis e prazos possíveis; propostas não acolhidas exigem justificativa. A ausência de devolutiva favorece a percepção de que participar não produz consequência. Também pode estimular repetição de demandas em diferentes canais, aumentando desgaste para usuários e trabalhadores. Um registro simples de compromissos, acompanhado em encontros posteriores, ajuda a manter memória e permite distinguir atraso, impossibilidade e mudança de prioridade.

Conflitos são esperados porque necessidades e interesses não são idênticos. Um grupo pode preferir atendimento noturno, enquanto trabalhadores apontam dificuldades de equipe e segurança. A função da participação não é produzir consenso artificial, mas tornar os argumentos visíveis e construir decisões justificáveis. A gestão precisa reconhecer limites reais sem utilizá-los como resposta automática a qualquer proposta. Da mesma forma, a discussão comunitária ganha consistência quando considera implicações de uma mudança para outros grupos e para a continuidade do serviço.

A participação pode ser enfraquecida por dependência ou medo. Usuários podem evitar críticas se acreditam que serão prejudicados no atendimento. Trabalhadores podem silenciar dificuldades por receio de exposição. Por isso, espaços coletivos devem ser complementados por canais adequados para manifestações reservadas. A proteção contra retaliação e o tratamento respeitoso

das reclamações são condições para que a informação recebida represente experiências reais, e não apenas relatos socialmente aceitáveis.

A coprodução de ações exige negociação sobre tarefas e recursos. Convidar moradores a organizar uma atividade não autoriza transferir custos ou responsabilidades que cabem ao poder público. A contribuição comunitária deve ser voluntária, compatível com suas possibilidades e reconhecida de forma transparente. Quando o serviço depende continuamente de trabalho gratuito para manter ações essenciais, existe risco de transformar participação em substituição de recursos institucionais. A análise precisa distinguir colaboração de precarização.

O resultado participativo pode ser observado em mudanças concretas: uma prioridade revista, um horário adaptado, uma linguagem reformulada ou um fluxo esclarecido. Também pode aparecer no fortalecimento da capacidade de formular problemas e acompanhar políticas. Esses efeitos são relevantes mesmo quando não se traduzem imediatamente em indicadores clínicos. A avaliação deve preservar essa especificidade, examinando influência, diversidade e continuidade, sem reduzir participação ao número de reuniões ou de pessoas presentes.

## **2.10. Intersetorialidade e Governança de Problemas Compartilhados**

A intersetorialidade surge quando um problema de saúde depende de condições que ultrapassam a competência de um único serviço. Insegurança alimentar, violência, exposição ambiental e dificuldades de permanência escolar exemplificam situações em que respostas

isoladas tendem a ser insuficientes. Contudo, a necessidade de cooperação não garante que ela ocorra. Setores possuem regras, prioridades, linguagens e recursos próprios. A construção de uma resposta compartilhada exige reconhecer essas diferenças e definir pontos de articulação que possam ser sustentados na rotina.

O primeiro passo é formular o problema de modo que cada setor compreenda sua contribuição possível. Expressões amplas, como vulnerabilidade, podem mobilizar concordância e oferecer pouca orientação. Descrever que famílias de determinada área enfrentam interrupção no abastecimento de água permite identificar responsabilidades mais concretas. A formulação deve incluir população afetada, consequências observadas e informações ainda necessárias. Essa precisão reduz a tendência de encaminhar genericamente problemas complexos sem esclarecer o que se espera do serviço destinatário.

A governança precisa definir quem coordena o acompanhamento de cada ação. Coordenação não significa controle hierárquico sobre todos os participantes, mas responsabilidade por manter comunicação, registrar compromissos e identificar interrupções. Em algumas situações, a APS pode assumir esse papel; em outras, ele cabe a um setor com maior competência sobre o problema. A definição deve ser pactuada e revisada quando necessário. A ausência de coordenação favorece duplicação de esforços ou a expectativa de que outro serviço tomará a iniciativa.

Os fluxos de referência precisam prever retorno. Uma informação enviada sem confirmação de recebimento pode desaparecer entre agendas e mudanças de equipe. O retorno deve indicar se a demanda foi acolhida, qual encaminhamento foi realizado e quais

limites persistem, observando a proteção de dados. Nem toda informação clínica precisa circular entre setores. O compartilhamento deve ser proporcional à finalidade e utilizar meios institucionais adequados, evitando exposição de detalhes que não contribuem para a resposta.

A intersectorialidade também exige distinguir urgência de acompanhamento continuado. Situações de risco imediato demandam acionamento de fluxos específicos e não podem aguardar reuniões periódicas. Problemas persistentes, por sua vez, precisam de processos que sobrevivam à mobilização inicial. A combinação de canais rápidos e espaços regulares de acompanhamento permite responder a diferentes temporalidades. Sem essa distinção, uma rede pode ser lenta diante de urgências e descontínua diante de necessidades prolongadas.

O acompanhamento deve considerar a experiência da pessoa que atravessa os serviços. Uma rede pode estar formalmente articulada e ainda exigir que o usuário repita sua história, apresente os mesmos documentos e realize múltiplos deslocamentos. A coordenação intersectorial ganha qualidade quando reduz esse percurso desnecessário. Isso não implica eliminar avaliações próprias de cada setor, mas organizar comunicação suficiente para evitar repetição que produz cansaço e abandono.

Conflitos de competência precisam ser tratados como questão de gestão. A APS não deve assumir indefinidamente tarefas alheias porque outros serviços estão sobrecarregados, mas também não pode interromper o cuidado clínico enquanto aguarda uma solução social. A resposta exige manter o que está sob sua responsabilidade, registrar limites e acionar instâncias capazes de pactuar soluções.

Essa postura evita tanto expansão ilimitada de atribuições quanto abandono de pessoas cujas necessidades atravessam fronteiras institucionais.

A avaliação intersetorial deve examinar se a articulação modificou condições relevantes. Quantidade de encaminhamentos e reuniões informa atividade, mas não demonstra resposta. Pode ser mais útil acompanhar tempo até o primeiro contato, proporção de demandas com retorno, resolução de barreiras específicas e continuidade do cuidado. Esses indicadores devem ser interpretados com os participantes, pois resultados dependem de recursos externos à APS. A responsabilização compartilhada exige tornar visíveis contribuições e limites, sem atribuir a um único setor todo sucesso ou toda falha.

## **2.11. Trabalho em Equipe e Integração de Saberes**

O trabalho em equipe não pode ser definido apenas pela presença de diferentes categorias profissionais. A integração ocorre quando informações, decisões e responsabilidades se conectam em torno das necessidades das pessoas. Profissionais podem compartilhar o mesmo espaço e manter processos paralelos, com planos que não dialogam. A promoção da saúde exige reconhecer como cada campo de conhecimento contribui para compreender problemas e como essa contribuição será incorporada ao acompanhamento. A diversidade de saberes amplia a capacidade de resposta quando existem meios para produzir decisões compartilhadas.

A reunião de equipe pode desempenhar essa função, desde que tenha objetivos e organização adequados. Um encontro ocupado exclusivamente por avisos administrativos oferece pouco espaço

para análise de problemas. Por outro lado, discussões extensas sem definição de encaminhamentos podem consumir tempo e não modificar o cuidado. É necessário selecionar situações que demandam integração, identificar a pergunta a ser respondida e registrar decisões essenciais. O acompanhamento posterior permite verificar se o que foi pactuado aconteceu e quais obstáculos exigem revisão.

O apoio multiprofissional pode ampliar a compreensão de necessidades relacionadas a alimentação, mobilidade, comunicação, saúde mental e proteção social. A Portaria GM/MS nº 635, de 2023, constitui marco de instituição das equipes multiprofissionais na APS. Sua existência, entretanto, não garante integração automática com as equipes de referência (Brasil, 2023). A contribuição efetiva depende de acesso, comunicação, agenda compartilhada e definição de modalidades de apoio que respondam ao território. O encaminhamento individual é uma possibilidade entre outras, não a única forma de articulação.

O matriciamento favorece discussão conjunta e ampliação de capacidade das equipes, mas precisa preservar responsabilidade assistencial. Discutir um caso sem definir quem manterá contato com a pessoa pode produzir circulação de opiniões e pouca continuidade. O apoio pode incluir atendimento compartilhado, orientação técnica, análise de processos ou construção de ação coletiva. A escolha depende do problema e dos recursos disponíveis. A avaliação deve considerar se a equipe de referência passou a responder melhor à necessidade, e não apenas quantas reuniões ou atendimentos foram registrados.

A integração exige atenção às hierarquias. Conhecimentos produzidos por agentes comunitários, técnicos e profissionais de apoio podem ser desconsiderados quando apenas algumas categorias definem a interpretação final. A escuta de diferentes trabalhadores permite reconhecer aspectos que não aparecem na consulta, como dificuldades de acesso, mudanças domiciliares e conflitos de comunicação. Isso não elimina competências específicas nem responsabilidades técnicas. Amplia a base de informação e reduz a possibilidade de que decisões sejam tomadas a partir de uma visão parcial da trajetória do usuário.

O compartilhamento de tarefas precisa ser acompanhado de condições para realizá-las. Atribuir novas funções sem tempo, formação ou recursos pode aumentar insegurança e sobrecarga. Da mesma forma, a indefinição de papéis favorece duplicação ou abandono de atividades. Uma equipe integrada deve distinguir o que pode ser realizado por diferentes profissionais, o que exige competência específica e o que depende de apoio externo. Essa clareza ajuda a preservar segurança e permite reorganizar o trabalho quando ocorrem ausências ou mudanças de demanda.

Conflitos profissionais não devem ser interpretados apenas como problemas pessoais. Podem expressar disputas sobre prioridade, diferenças de formação ou inadequação das condições de trabalho. A gestão precisa oferecer espaços para tornar essas questões discutíveis, com foco no cuidado e respeito às atribuições. A ausência de conflito aparente não demonstra integração; pode indicar silêncio ou concentração de decisões. Uma cultura de equipe capaz de revisar condutas e reconhecer limites favorece aprendizagem sem transformar cada dificuldade em busca de culpados.

A continuidade institucional depende de registrar o necessário para que decisões não fiquem restritas à memória de indivíduos. Planos compartilhados, fluxos e contatos de referência devem permanecer disponíveis em meios apropriados. Esse registro precisa ser suficiente para orientar o cuidado e simples o bastante para ser utilizado. Documentos extensos que ninguém consulta não substituem comunicação. A promoção da saúde ganha sustentabilidade quando conhecimento produzido no território se transforma em capacidade coletiva e permanece acessível diante de mudanças de equipe.

## **2.12. Agentes Comunitários de Saúde e Conhecimento Situado**

O conhecimento dos agentes comunitários de saúde possui características que o diferenciam de informações produzidas em atendimentos episódicos. Sua atuação pode revelar mudanças na composição familiar, dificuldades de circulação, redes de apoio e razões para interrupção do acompanhamento. Esse conhecimento é situado: emerge de relações e de observação do cotidiano. Seu valor não está em substituir informações clínicas ou estatísticas, mas em ampliar sua interpretação e apontar perguntas que o serviço talvez não formulasse a partir de registros isolados.

A integração desse conhecimento exige espaços de escuta e critérios de registro. Nem tudo o que um agente percebe deve ser incorporado ao prontuário, e nem toda informação comunitária é suficientemente confirmada para orientar decisões. É necessário distinguir relato direto, observação e informação de terceiros, registrando apenas o que é pertinente à finalidade assistencial. Essa distinção protege usuários e trabalhadores e reduz o risco de que

rumores se convertam em classificações duradouras sobre pessoas ou famílias.

A visita domiciliar pode favorecer acesso, mas não autoriza entrada ou investigação sem respeito à autonomia e à privacidade. O domicílio é espaço de vida, e o encontro precisa considerar disponibilidade, consentimento e segurança. A recusa de uma visita não deve ser interpretada automaticamente como desinteresse ou ocultação de problemas. A equipe pode buscar outras formas de contato e compreender a razão da preferência. O vínculo depende de reconhecer limites da atuação profissional e de evitar que proximidade territorial se transforme em vigilância invasiva.

O trabalho territorial envolve exposição a situações de sofrimento e a conflitos que exigem suporte institucional. Agentes não devem ser responsabilizados individualmente por resolver barreiras que dependem de recursos ou decisões de gestão. Uma dificuldade identificada precisa encontrar canal para análise e resposta. Quando a equipe recebe informações sem oferecer retorno, o agente pode ficar diante da comunidade como portador de promessas que não controla. A proteção desse vínculo requer comunicação clara sobre possibilidades, prazos e limites.

A dimensão educativa da atuação comunitária não se reduz à repetição de mensagens. O agente pode ajudar a traduzir linguagem, reconhecer dúvidas e comunicar à equipe quando orientações não fazem sentido para o cotidiano. Esse movimento é bidirecional: leva informações do serviço ao território e traz conhecimentos do território ao serviço. A promoção perde parte de sua potência quando o trabalhador é usado apenas para convocar

usuários ou preencher cadastros, sem participar das decisões que essas informações deveriam orientar.

A articulação com agentes de combate a endemias pode favorecer leitura integrada de ambiente e saúde, respeitando atribuições próprias. Situações como acúmulo de água, resíduos e condições de exposição podem demandar respostas coordenadas. A integração não significa sobreposição indiscriminada de tarefas. Exige definir como informações serão compartilhadas, quais situações demandam atuação conjunta e como serão acionados outros setores. Essa organização ajuda a evitar visitas repetitivas que não produzem solução e cansam moradores.

O planejamento do trabalho comunitário precisa considerar deslocamento, extensão territorial, segurança e complexidade das situações acompanhadas. Contar visitas sem examinar essas condições pode produzir comparações injustas. Uma visita a pessoa com dificuldade de comunicação ou a domicílio de acesso remoto exige tempo e recursos distintos. A avaliação deve reconhecer qualidade, pertinência e continuidade, além de volume. Caso contrário, metas podem estimular contatos rápidos e registros formais em detrimento da escuta necessária.

A educação permanente dos agentes deve partir de problemas reais e incluir comunicação, proteção de dados, identificação de barreiras e encaminhamento de situações complexas. Também deve oferecer espaço para discutir limites e desgaste emocional. A valorização do trabalho não se esgota em reconhecer sua importância no discurso. Depende de condições para que informações produzidas sejam utilizadas, de apoio diante de dificuldades e de participação efetiva no processo de trabalho da equipe.

## **2.13. Curso de Vida e Acumulação de Desigualdades**

A perspectiva do curso de vida permite compreender que condições de saúde resultam de experiências acumuladas e de transições que modificam necessidades e recursos. Infância, adolescência, vida adulta e envelhecimento não são compartimentos isolados. Oportunidades de alimentação, escolarização, segurança e participação influenciam trajetórias posteriores, enquanto eventos como perda de trabalho, maternidade, adoecimento e viuvez podem alterar rapidamente possibilidades de cuidado. Para a APS, essa perspectiva favorece acompanhamento que reconhece continuidade sem presumir que todas as pessoas percorrem as mesmas etapas da mesma maneira.

O cuidado na infância envolve a criança e as condições de cuidado disponíveis em seu entorno. Orientações dependem de tempo, recursos e apoio para serem realizadas. A equipe precisa evitar que dificuldades familiares sejam reduzidas a falhas de conhecimento, assim como deve reconhecer situações que demandam proteção específica. A promoção pode articular acompanhamento do desenvolvimento, oportunidades de brincar, alimentação e apoio aos cuidadores. Essas ações exigem diálogo com outros serviços quando barreiras ultrapassam a capacidade assistencial da unidade.

Na adolescência, mudanças de autonomia e de relações sociais modificam a forma de procurar cuidado. A participação em atividades definidas apenas por adultos pode ser limitada quando temas, horários e linguagem não correspondem às experiências dos adolescentes. A equipe deve criar condições de escuta e explicar os limites de confidencialidade de maneira adequada. A promoção inclui oportunidades de participação, pertencimento e construção

de projetos de vida, sem transformar todo comportamento em risco ou presumir homogeneidade entre jovens de um mesmo território.

Na vida adulta, o trabalho ocupa posição central na distribuição do tempo e das exposições. Jornadas extensas, informalidade e deslocamentos podem dificultar acompanhamento regular. A APS precisa reconhecer essas condições ao organizar acesso e ao interpretar interrupções. A promoção não deve exigir que a pessoa escolha entre renda e cuidado sempre que uma adaptação organizacional for possível. Também precisa considerar trabalho doméstico e de cuidado, frequentemente invisível nos registros, mas decisivo para a disponibilidade de tempo e para o desgaste físico e emocional.

O envelhecimento exige atenção à funcionalidade, à participação e aos recursos de apoio, além do acompanhamento de doenças. Pessoas da mesma idade podem apresentar necessidades muito diferentes. A organização do cuidado deve evitar tanto presumir incapacidade quanto ignorar dificuldades de mobilidade, comunicação ou memória. A promoção pode apoiar manutenção de vínculos, ambientes acessíveis e decisões coerentes com prioridades pessoais. O envelhecimento não elimina a autonomia, e a presença de familiares não deve substituir automaticamente a escuta da pessoa idosa.

As transições merecem atenção porque podem produzir rupturas. A passagem do cuidado pediátrico para serviços de adultos, a alta hospitalar, a mudança de domicílio e a perda de um cuidador alteram referências e rotinas. Nessas situações, a continuidade precisa ser deliberadamente organizada. Um resumo compreensível do plano, um contato de referência e uma revisão após a transição

podem reduzir perda de informação. O estudo interpreta esses dispositivos como formas de promoção porque ampliam capacidade de navegar pela rede e sustentar cuidado em momentos de vulnerabilidade.

A acumulação de desigualdades não implica destino inevitável. Apoios oportunos podem modificar trajetórias, e recursos comunitários podem favorecer proteção em diferentes momentos. Contudo, a possibilidade de mudança não deve ser usada para minimizar o peso de condições estruturais. Uma abordagem equilibrada reconhece riscos acumulados e procura identificar pontos de intervenção, sem atribuir à pessoa a obrigação de superar sozinha desvantagens persistentes. A APS contribui quando conecta acompanhamento individual a oportunidades de proteção social e participação.

A avaliação pelo curso de vida precisa combinar resultados de curto prazo e efeitos que exigem acompanhamento prolongado. Nem toda ação produz mudança imediatamente observável em doença ou mortalidade. Fortalecimento de vínculo, acesso a apoio e continuidade em transições podem constituir resultados intermediários relevantes. A escolha dos indicadores deve refletir essa temporalidade e evitar que ações voltadas a benefícios duradouros sejam descartadas apenas por não produzirem respostas rápidas em medidas clínicas.

## **2.14. Saúde Mental e Relações de Cuidado no Cotidiano**

A saúde mental atravessa a capacidade de participar de ações de promoção e de sustentar planos de cuidado. Sofrimento, isolamento e insegurança podem reduzir energia disponível para atividades que

o serviço considera simples. Ao mesmo tempo, relações de apoio e pertencimento podem favorecer procura por ajuda e continuidade. A APS precisa reconhecer essa interação sem transformar toda dificuldade social em diagnóstico. A compreensão do contexto amplia a avaliação e permite combinar cuidado clínico, apoio psicossocial e articulação da rede conforme a necessidade.

A escuta inicial deve evitar respostas automáticas. Uma pessoa que relata cansaço pode estar descrevendo sobrecarga, alteração do sono, adoecimento físico ou sofrimento emocional, entre outras possibilidades. A avaliação exige considerar duração, impacto, contexto e sinais que demandam atenção imediata. A promoção não substitui avaliação clínica nem acompanhamento especializado quando indicado. Sua contribuição está em construir condições para que o sofrimento seja comunicado, acolhido e relacionado a recursos de cuidado disponíveis.

Atividades coletivas podem reduzir isolamento e ampliar apoio, mas não constituem resposta suficiente para todas as situações. A participação deve ser voluntária e compatível com preferências e condições da pessoa. Grupos que expõem experiências sensíveis ou exigem manifestação pública podem produzir desconforto. É necessário oferecer alternativas e esclarecer objetivos. A qualidade de uma ação coletiva depende de segurança relacional, continuidade e possibilidade de encaminhar necessidades que ultrapassem seu escopo.

O cuidado em saúde mental também exige examinar a linguagem institucional. Termos depreciativos, descrédito de relatos e interpretações moralizantes podem afastar usuários. A repetição de faltas, por exemplo, pode estar relacionada a sofrimento intenso ou

dificuldade de organização, e não a recusa deliberada de cuidado. A equipe deve buscar compreensão sem assumir que toda ausência possui a mesma explicação. Uma abordagem respeitosa permite revisar a forma de contato e construir um plano mais compatível com a situação.

A articulação com a rede psicossocial precisa preservar continuidade e evitar encaminhamentos que suspendem a responsabilidade da APS. Quando uma pessoa passa a ser acompanhada por outro serviço, suas necessidades clínicas e territoriais permanecem. Comunicação, definição de referências e discussão compartilhada podem reduzir fragmentação. Em situações de risco imediato, devem ser acionados os fluxos de urgência apropriados; ações de promoção e convivência não substituem medidas necessárias para proteção e atendimento oportuno.

As condições de trabalho dos profissionais interferem na possibilidade de acolher sofrimento. Sobrecarga, rotatividade e ausência de apoio podem favorecer respostas defensivas ou excessivamente padronizadas. A promoção da saúde dos trabalhadores é parte das condições de qualidade do cuidado. Espaços de discussão, supervisão e reorganização de processos podem ajudar a reconhecer limites sem naturalizar exaustão. A expectativa de disponibilidade emocional ilimitada é incompatível com um serviço sustentável.

A avaliação de ações voltadas à saúde mental deve considerar acesso, continuidade, percepção de apoio e capacidade de participação, além de indicadores clínicos adequados. Mudanças no número de atendimentos podem expressar aumento de sofrimento, ampliação de acesso ou melhoria de identificação. O indicador

isolado não informa qual dessas hipóteses explica a variação. A interpretação precisa combinar dados e experiência de usuários e trabalhadores, evitando tanto celebrar qualquer aumento de produção quanto interpretar toda expansão de demanda como fracasso da promoção.

O território pode oferecer recursos de cultura, esporte e convivência que ampliam possibilidades de participação. Sua articulação deve respeitar preferências, acessibilidade e limites de cada equipamento. Encaminhar para uma atividade sem verificar condições de acesso pode produzir uma recomendação formal e pouco realizável. O acompanhamento do primeiro contato e a possibilidade de rever a escolha ajudam a transformar uma indicação genérica em oportunidade concreta, sem medicalizar espaços comunitários ou atribuir-lhes funções que não possuem.

## **2.15. Governança da Informação e Inclusão Digital**

A utilização de dados na promoção da saúde envolve decisões sobre finalidade, qualidade, acesso e interpretação. Um cadastro não é apenas um conjunto de campos: ele representa pessoas e situações que podem ser compreendidas de forma incompleta. A governança da informação precisa assegurar que registros ajudem o cuidado e não produzam classificações descontextualizadas. Isso exige definir quais dados são necessários, quem pode utilizá-los, como serão atualizados e quais medidas protegem contra acesso indevido ou uso incompatível com a finalidade original.

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais estabelece princípios e regras para o tratamento de dados pessoais, incluindo proteção específica para dados sensíveis. No contexto da saúde, a escolha da

base legal e das medidas de segurança precisa considerar a operação concreta e as responsabilidades institucionais; o consentimento não é uma solução universal para todo tratamento realizado pelo SUS (Brasil, 2018). A análise deste estudo concentra-se na necessidade de finalidade definida, acesso proporcional e segurança, sem substituir avaliação jurídica e técnica dos sistemas utilizados.

A qualidade do dado começa no processo de trabalho. Campos incompletos podem resultar de dificuldade de compreensão, ausência de tempo, sistema inadequado ou informação que a pessoa não deseja fornecer. Corrigir apenas o preenchimento sem examinar a causa tende a produzir melhorias superficiais. A equipe precisa compreender como cada informação será utilizada e receber retorno sobre sua contribuição. Quando o registro serve apenas a uma exigência distante, a relação entre documentação e cuidado se enfraquece.

A interoperabilidade deve ser compreendida como possibilidade de circulação útil e segura da informação entre sistemas e serviços. Transferir muitos dados não assegura que o profissional encontre o que precisa. Informações duplicadas, desatualizadas ou sem contexto podem aumentar incerteza. A coordenação depende de conteúdo legível, identificação adequada de autoria e temporalidade e clareza sobre condutas em curso. O benefício esperado é reduzir lacunas e repetição desnecessária, preservando acesso restrito ao que cada profissional necessita para sua atuação.

A inclusão digital exige manter alternativas para pessoas que não podem ou não desejam utilizar determinados canais. Agendamento exclusivamente por aplicativo pode restringir acesso de quem não

possui dispositivo, conectividade ou habilidade para navegar. Também pode criar dependência de terceiros, com riscos à privacidade. A oferta de diferentes meios deve ser organizada para que o canal escolhido não produza tratamento inferior. A tecnologia pode ampliar conveniência, mas não deve converter capacidade digital em condição implícita para exercer o direito ao cuidado.

Mensagens e lembretes precisam considerar o contexto de uso. Um telefone pode ser compartilhado, estar desatualizado ou ser acessado por alguém com quem a pessoa não deseja compartilhar informações. A comunicação deve limitar conteúdo sensível e respeitar preferências registradas. O envio não garante recebimento, compreensão ou possibilidade de comparecimento. A avaliação do canal precisa examinar essas etapas, evitando interpretar ausência de resposta como recusa de acompanhamento.

Ferramentas automatizadas podem ajudar a localizar padrões, mas seus resultados exigem supervisão e análise de consequências. Um algoritmo treinado com registros de pessoas que utilizam mais o serviço pode classificar mal necessidades de quem está sub-representado. A previsão de risco não deve substituir avaliação clínica nem justificar exclusão de acesso. Antes de incorporar uma ferramenta, é necessário identificar o problema que ela pretende resolver, verificar desempenho no contexto de uso e definir como erros serão reconhecidos e corrigidos.

A transformação digital deve ser avaliada pelo que modifica na vida dos usuários e no trabalho das equipes. Redução de retrabalho, melhor continuidade e menor tempo para obter resposta são resultados possíveis. Aumento de telas, duplicação de tarefas e perda de contato são efeitos que também precisam ser observados.

A implantação não termina com disponibilização do sistema. Requer acompanhamento de uso, suporte e revisão de processos para que a inovação permaneça subordinada à finalidade assistencial.

## **2.16. Ambiente, Mudanças Climáticas e Proteção Territorial**

O ambiente integra a produção social da saúde porque define exposições e recursos de proteção. Qualidade da água, ventilação da moradia, presença de áreas verdes e condições de mobilidade influenciam o cotidiano. Eventos extremos acrescentam desafios que podem interromper serviços e ampliar necessidades simultaneamente. A APS precisa incorporar essa dimensão ao conhecimento do território, reconhecendo que pessoas com menor capacidade de deslocamento, menor proteção material ou maior dependência de cuidado podem enfrentar consequências desproporcionais.

O referencial da Organização Mundial da Saúde para sistemas de saúde resilientes ao clima enfatiza capacidade de preparação e continuidade, articulada ao uso responsável de recursos (World Health Organization, 2023). Para a APS, essa orientação pode ser traduzida em identificação de exposições locais, planejamento de comunicação e definição de alternativas quando o funcionamento habitual é interrompido. O presente estudo interpreta essas ações como parte da promoção porque procuram preservar condições de vida e acesso antes que o dano se instale ou se agrave.

A preparação exige conhecer dependências do serviço. Falta de energia, interrupção de internet, dificuldade de transporte e indisponibilidade de água podem afetar atividades distintas. A unidade precisa identificar quais processos são críticos e como

manter resposta mínima segura. Um plano que depende integralmente de comunicação digital pode falhar justamente quando ocorre perda de conectividade. A redundância de meios e a definição prévia de responsabilidades ajudam a reduzir improvisação, sem pressupor que a unidade possa responder sozinha a uma emergência de grande escala.

A comunicação de risco deve ser clara, proporcional e relacionada a ações possíveis. Mensagens genéricas podem aumentar preocupação sem oferecer orientação. A equipe deve explicar o que se sabe, quais grupos podem necessitar de apoio e onde buscar informações ou atendimento. Recomendações precisam considerar recursos reais. Orientar proteção sem reconhecer falta de água, moradia inadequada ou impossibilidade de interromper o trabalho pode produzir uma resposta formal e socialmente inviável.

O planejamento territorial pode identificar pessoas que dependem de apoio para deslocamento ou continuidade de cuidados, observando proteção das informações. Essa identificação não deve produzir listas públicas de vulnerabilidade. Sua finalidade é orientar contato e articulação quando necessário. A atualização depende de comunicação com usuários e cuidadores, pois condições mudam. A equipe também precisa considerar pessoas sem cadastro atualizado ou com moradia instável, que podem permanecer fora dos mecanismos habituais de acompanhamento.

Após um evento, o retorno ao funcionamento regular não encerra necessariamente as necessidades. Perda de documentos, medicamentos, renda ou rede de apoio pode afetar continuidade por período prolongado. A APS pode reconhecer essas repercussões e articular respostas, distinguindo demandas imediatas de

acompanhamento posterior. A avaliação deve examinar quem conseguiu retomar cuidado e quem permaneceu afastado, evitando que a normalização administrativa do serviço seja confundida com recuperação das condições de vida da população.

A promoção ambiental também envolve decisões cotidianas menos visíveis. Organização de resíduos, acessibilidade de áreas externas e articulação sobre abastecimento ou drenagem podem modificar exposições. A equipe de saúde contribui com informação e acompanhamento, enquanto intervenções de infraestrutura exigem setores responsáveis. A definição de limites é importante para que a intersetorialidade não se transforme em expectativa de que trabalhadores da APS executem soluções para as quais não possuem competência ou recursos.

A avaliação da resiliência deve considerar continuidade e equidade. Uma unidade pode reabrir rapidamente e ainda não alcançar pessoas deslocadas ou com transporte interrompido. A análise precisa acompanhar funcionamento dos serviços e recuperação do acesso. Essa dupla perspectiva permite reconhecer que capacidade institucional e proteção da comunidade são relacionadas, mas não equivalentes. O aprendizado após eventos deve alimentar revisão dos planos e preparação para situações futuras.

## **2.17. Avaliação da Promoção e Teoria da Mudança**

A avaliação exige explicitar o que uma intervenção pretende modificar e por quais mecanismos. Uma teoria da mudança organiza relações esperadas entre recursos, atividades, resultados intermediários e efeitos mais amplos. Ela não constitui prova de que a mudança ocorrerá. Funciona como hipótese estruturada que

orienta implementação e observação. Na promoção da saúde, esse recurso ajuda a evitar que atividades sejam repetidas por tradição sem clareza sobre o problema que deveriam enfrentar.

O primeiro componente é a definição do problema. Uma baixa participação em grupos pode decorrer de horário inadequado, dificuldade de transporte, pouca pertinência do tema ou preferência por outra modalidade de cuidado. Cada hipótese sugere uma intervenção diferente. Se o problema é formulado apenas como falta de interesse, a equipe tende a intensificar convites sem modificar a barreira. A avaliação começa, portanto, antes da ação, na qualidade da pergunta que organiza o planejamento.

O segundo componente é a identificação dos mecanismos esperados. Ajustar horário pode ampliar possibilidade de comparecimento; melhorar linguagem pode aumentar compreensão; oferecer apoio ao transporte pode reduzir custo de acesso. Esses mecanismos precisam ser observáveis para que a equipe compreenda por que uma intervenção funcionou ou não. Quando apenas o resultado final é medido, torna-se difícil distinguir falha da proposta, dificuldade de implementação e influência de fatores externos.

O terceiro componente envolve condições necessárias. Uma atividade educativa pode depender de disponibilidade de medicamentos, alimentos ou equipamentos para que o conhecimento seja convertido em ação. Se essas condições não existem, a ausência de resultado não deve ser atribuída automaticamente ao usuário ou ao conteúdo. A teoria da mudança torna essas dependências explícitas e ajuda a selecionar

intervenções que combinem apoio individual e reorganização de recursos.

A avaliação também precisa incluir efeitos não desejados. Uma busca ativa pode ampliar acompanhamento e, ao mesmo tempo, expor informações sensíveis se o contato for inadequado. Um indicador pode estimular melhoria e induzir seleção de usuários com maior facilidade de alcançar metas. Uma atividade pode fortalecer redes e sobrecarregar sempre os mesmos voluntários. A presença desses efeitos não implica abandonar toda intervenção, mas exige capacidade de identificá-los e modificar o processo.

Indicadores de estrutura, processo e resultado respondem a perguntas distintas. Equipamentos e profissionais informam capacidade disponível; contatos e atividades descrevem o que foi realizado; acesso, continuidade e desfechos mostram consequências possíveis. Nenhuma categoria substitui as demais. O marco de mensuração da APS da OMS e do UNICEF reforça a necessidade de observar diferentes dimensões do sistema e da experiência de cuidado, em vez de restringir avaliação a produção de procedimentos (World Health Organization e UNICEF, 2022).

O uso de indicadores requer atenção ao denominador, à periodicidade e à qualidade do registro. Uma melhora percentual pode ocorrer porque menos pessoas foram incluídas na população acompanhada, e não porque mais pessoas receberam cuidado. Mudanças no sistema podem alterar números sem mudança assistencial correspondente. A interpretação precisa examinar esses elementos antes de atribuir significado ao resultado. Comparações entre equipes exigem ainda considerar diferenças de população, recursos e condições territoriais.

A avaliação participativa agrega perguntas sobre relevância e experiência. Usuários podem apontar que uma ação facilitou acesso, mas exigiu deslocamento excessivo; trabalhadores podem identificar que uma melhora dependeu de esforço extraordinário difícil de sustentar. Esses relatos ajudam a interpretar números e a distinguir inovação viável de solução temporária. A promoção da saúde se fortalece quando a avaliação orienta aprendizagem e revisão, preservando responsabilidade sem converter toda medida em punição ou competição.

### **3. METODOLOGIA**

O estudo foi desenvolvido como revisão narrativa e documental de natureza analítico-interpretativa. O texto-base foi ampliado mediante conferência e consultas dirigidas realizadas em outubro de 2026. O corpus reuniu documentos do Ministério da Saúde, marcos normativos e conceituais, publicações da Organização Mundial da Saúde e estudos científicos pertinentes à promoção da saúde e à Estratégia Saúde da Família. O balanço federal de 2025 foi utilizado como informação institucional daquele período, sem conversão de previsões em resultados efetivamente observados.

A seleção foi intencional, orientada pela contribuição das fontes para discutir território, determinantes sociais, equidade, participação, organização do trabalho e avaliação. Foram conferidas referências recentes do texto-base e incorporados marcos anteriores necessários ao aprofundamento conceitual. A consulta não seguiu protocolo de revisão sistemática e não pretendeu recuperar exhaustivamente toda a produção disponível. O alcance da leitura e o tipo de fonte foram considerados na formulação das afirmações.

A síntese relacionou fundamentos políticos e conceituais, condições territoriais, processos de cuidado, transformação digital e avaliação orientada por equidade. Não foram realizadas coleta de dados primários, metanálise ou estimativa própria de efeito. Os dados quantitativos são atribuídos às fontes consultadas. Matrizes de planejamento e situações hipotéticas constituem elaboração analítica deste estudo e não representam resultados de pesquisa de campo.

### **3.1. Delineamento e Delimitação do Objeto**

A escolha da revisão narrativa corresponde à finalidade de articular conceitos, normas, evidências e problemas de implementação que não se deixam reduzir a uma única intervenção ou a um único desfecho. O objeto abrange promoção da saúde na organização da APS, com foco na Estratégia Saúde da Família. Foram considerados elementos relacionados a território, determinantes sociais, equidade, participação, processo de trabalho, coordenação e informação. Essa amplitude favorece interpretação contextual, mas limita a possibilidade de estimar efeitos específicos e de afirmar exaustividade da literatura consultada.

O estudo não corresponde a revisão sistemática, revisão de escopo ou metanálise. Não foram realizadas seleção independente por revisores, avaliação formal de risco de viés para todo o corpus ou busca exaustiva com protocolo registrado. A ausência dessas etapas não impede uma síntese narrativa, mas modifica o alcance de suas conclusões. As evidências são utilizadas para fundamentar discussão e identificar condições de implementação, sem produzir classificação quantitativa de certeza nem estimativa agregada de impacto.

A unidade de análise é a relação entre formulações de promoção da saúde e possibilidades de realização no cotidiano da APS. Foram examinadas afirmações sobre princípios, estrutura, processos e resultados, distinguindo o que cada fonte permite sustentar. Documentos normativos informam responsabilidades e orientações; balanços institucionais contextualizam oferta e investimentos; artigos científicos contribuem com resultados e interpretações de seus próprios desenhos. A análise evita tratar essas fontes como equivalentes ou utilizar uma norma como demonstração de efetividade.

A delimitação temática preserva o caráter organizacional do estudo. Não se pretende formular protocolo clínico, definir esquemas terapêuticos ou estabelecer calendários de rastreamento e vacinação. Exemplos clínicos são utilizados para discutir acesso, continuidade e contexto social, mantendo a necessidade de avaliação individual e de observância das recomendações técnicas aplicáveis. Essa escolha permite aprofundar mecanismos de promoção sem deslocar o texto para um manual de condutas específicas.

### **3.2. Localização e Conferência das Fontes**

A ampliação documental foi realizada em outubro de 2026, com consultas dirigidas a páginas oficiais do Ministério da Saúde, legislação federal e publicações da Organização Mundial da Saúde, além de registros de artigos em SciELO, páginas dos periódicos e PubMed. A busca partiu das referências presentes no texto-base e foi expandida conforme necessidades conceituais identificadas durante a leitura. Foram utilizados títulos, autores, identificadores digitais e combinações de termos relacionados a promoção da

saúde, Atenção Primária, equidade, território, participação e avaliação.

As referências já presentes foram conferidas quanto à correspondência entre título, autoria, ano e conteúdo acessível. Quando a leitura disponível se restringiu ao resumo ou ao registro bibliográfico, a utilização foi limitada às informações ali confirmadas. Não se pressupôs acesso ao texto integral apenas porque havia um registro de indexação. Para documentos normativos e materiais oficiais, foram priorizadas páginas do órgão responsável ou repositórios institucionais identificáveis. Essa distinção é necessária para evitar que uma referência correta seja utilizada para sustentar uma conclusão que não foi efetivamente examinada.

As consultas tiveram natureza dirigida e iterativa. A identificação de um conceito ou de uma lacuna orientou a procura de fonte pertinente, e a leitura dessa fonte contribuiu para refinar a discussão. Não foi produzido um número total de registros recuperados, porque não houve uma estratégia de revisão sistemática com base única, deduplicação documentada e fluxo formal de seleção. Assim, números de estudos mencionados no texto pertencem às revisões citadas e não representam uma contagem realizada por este estudo.

O recorte temporal privilegiou a produção recente já utilizada no documento original, mantendo marcos anteriores necessários à compreensão do tema. A presença de textos clássicos ou normas mais antigas foi justificada por sua função conceitual e histórica, não por presunção de que todo o seu conteúdo operacional permaneça inalterado. Na discussão de políticas, foram preservados os anos e os contextos das formulações. Dados de 2025 foram mantidos como

retrato daquele balanço e não apresentados como estimativas atualizadas automaticamente para outubro de 2026.

### **3.3. Critérios de Pertinência e Organização do Material**

A pertinência foi definida pela contribuição da fonte para uma das perguntas do estudo: como a promoção se relaciona aos atributos da APS; de que maneira condições sociais produzem barreiras; quais processos favorecem participação e articulação; e como avaliar qualidade e equidade. Fontes que apenas mencionavam promoção sem oferecer conteúdo relevante para essas perguntas não foram utilizadas como sustentação central. A seleção buscou complementaridade entre fundamentos e problemas de implementação, mantendo explícita sua natureza intencional.

A organização analítica diferenciou quatro tipos de conteúdo. O primeiro reúne fundamentos normativos e conceituais. O segundo compreende dados institucionais sobre estrutura e expansão. O terceiro inclui resultados e interpretações de estudos científicos. O quarto corresponde às proposições construídas nesta revisão, como matrizes e situações hipotéticas. Essa classificação foi usada para evitar que uma proposta operacional assumisse a aparência de achado empírico ou que uma associação observada fosse apresentada como efeito causal comprovado.

Para os dados quantitativos, foram preservados unidade, período e categoria de origem. O total de equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, por exemplo, não foi reinterpretado como número exclusivo de equipes de Saúde da Família. Valores de investimento e quantitativos de infraestrutura foram descritos conforme o balanço consultado, distinguindo previsão, execução e funcionamento

quando essa informação estava disponível. A ausência de detalhamento não foi preenchida por suposição. Essa cautela mantém a comparabilidade conceitual e reduz risco de extrapolação.

A leitura dos estudos considerou desenho, população, contexto e tipo de resultado informado, na medida em que esses elementos estavam acessíveis. Revisões de literatura foram utilizadas para situar a amplitude da produção, enquanto estudos qualitativos contribuíram para compreender mecanismos e experiências. Não se atribuiu representatividade nacional a um estudo local nem se tomou uma síntese narrativa como estimativa única de efeito. A diversidade metodológica foi tratada como fonte de perspectivas complementares, acompanhada dos limites de cada tipo de inferência.

### **3.4. Procedimento de Síntese Interpretativa**

A síntese foi desenvolvida por aproximação entre problemas do território, conceitos explicativos e condições de organização do serviço. Em cada eixo, a análise procurou identificar a necessidade, o mecanismo pelo qual uma ação poderia contribuir, os recursos necessários e as limitações de avaliação. Esse procedimento permite passar de princípios amplos para questões observáveis sem afirmar que exista uma única forma correta de implementação. A coerência foi examinada pela relação entre problema definido, resposta proposta e resultado esperado.

A interpretação considerou tensões que atravessam a promoção da saúde. Entre elas estão a relação entre autonomia e responsabilização individual, entre universalidade e diferenciação de

apoios, entre acesso imediato e continuidade, entre registro e trabalho assistencial e entre participação e transferência de encargos. Essas tensões não foram tratadas como oposições que exigem escolha definitiva. Foram analisadas como problemas de equilíbrio institucional, nos quais decisões precisam explicitar prioridades, recursos e consequências para diferentes grupos.

As matrizes apresentadas no estudo são instrumentos analíticos de elaboração própria. Elas organizam perguntas, possibilidades de ação e critérios de acompanhamento a partir da discussão realizada. Não constituem instrumentos validados nem substituem protocolos, pactuações locais ou sistemas oficiais de informação. Seu uso exige adaptação, definição de responsáveis e avaliação da qualidade dos dados. A finalidade é tornar visíveis relações que poderiam permanecer genéricas na exposição exclusivamente conceitual.

As situações hipotéticas foram construídas para explorar decisões e possíveis interpretações. Não envolvem pessoas identificáveis, coleta de prontuários ou resultados observados em serviços reais. Valores numéricos utilizados para demonstrar cálculos são explicitamente ilustrativos. O estudo não apresenta percentuais simulados como evidência de eficácia. Essa separação permite utilizar exemplos de forma didática e analítica sem produzir a aparência de uma investigação empírica que não foi realizada.

### **3.5. Limites de Inferência e Reflexividade**

A seleção intencional de fontes pode privilegiar temas mais visíveis e deixar de incorporar experiências relevantes não localizadas. A disponibilidade de páginas e resumos também condiciona o nível de detalhe da leitura. Além disso, a produção publicada tende a

representar de forma desigual regiões, serviços e grupos sociais. Essas limitações impedem afirmar que o estudo esgota as práticas de promoção existentes no SUS. Suas conclusões devem ser compreendidas como síntese crítica orientada pelo problema e pelas fontes explicitamente apresentadas.

A revisão não estima o efeito isolado da promoção da saúde sobre mortalidade, hospitalizações ou outros desfechos. A ESF combina diferentes componentes, e os resultados populacionais podem decorrer de sua interação com políticas sociais e características territoriais. A análise reconhece a plausibilidade de mecanismos e a relevância das associações descritas, mas não atribui automaticamente todo resultado à atividade educativa ou à orientação comunitária. Essa delimitação é particularmente importante para não transformar evidência sobre um modelo de atenção em prova de eficácia de qualquer ação realizada em seu interior.

Também não se pressupõe que experiências positivas possam ser transferidas sem adaptação. Uma intervenção viável em território urbano com transporte e conectividade pode enfrentar obstáculos distintos em área rural ou remota. A interpretação considera recursos, relações institucionais e características da população como partes da intervenção, e não como detalhes externos. A proposta de adaptação deve preservar a finalidade e explicitar quais elementos podem mudar, quais condições são essenciais e como os efeitos serão acompanhados.

A reflexividade implica reconhecer que toda organização de evidências envolve escolhas. Neste estudo, a equidade e a integralidade orientam a leitura, tornando visíveis problemas que

poderiam ser secundarizados por uma avaliação centrada apenas em produção. Essa orientação não dispensa análise de viabilidade ou de necessidades clínicas. Ao contrário, exige examinar como recursos limitados podem ser utilizados de modo responsável e como decisões afetam pessoas com diferentes possibilidades de acesso.

### **3.6. Coerência Entre Fontes, Proposições e Avaliação**

A consistência da síntese foi examinada pela correspondência entre a afirmação e o tipo de fonte utilizado. Afirmações sobre o conteúdo de políticas foram vinculadas a documentos normativos; números institucionais foram relacionados ao balanço de origem; resultados científicos foram atribuídos aos estudos correspondentes. Proposições de organização foram formuladas como possibilidades analíticas, sem linguagem de resultado comprovado. Esse procedimento ajuda a preservar rastreabilidade e permite que o leitor reconheça onde termina a evidência consultada e onde começa a interpretação do estudo.

A avaliação das propostas exige identificar indicadores compatíveis com o mecanismo esperado. Se uma ação busca reduzir barreiras de horário, o acompanhamento precisa examinar acesso de quem enfrentava essa dificuldade. Medir apenas satisfação de participantes não responde integralmente à pergunta. Se a finalidade é melhorar coordenação, pode ser necessário observar retorno de encaminhamentos e clareza do plano. O estudo utiliza essa correspondência como critério para discutir intervenções, evitando indicadores escolhidos apenas porque são fáceis de contar.

O uso de informações de saúde requer ainda considerar proteção, finalidade e possibilidade de identificação. As matrizes não solicitam exposição pública de dados nominativos e distinguem instrumentos de cuidado de informações agregadas para gestão e participação social. Qualquer aplicação em um serviço real deve observar responsabilidades institucionais, normas profissionais e legislação pertinente. Como o trabalho utiliza fontes públicas e não coleta informações de participantes, não relata entrevistas, observação de campo ou análise de dados pessoais obtidos diretamente para esta revisão.

Por fim, a síntese busca preservar abertura à revisão. Novas evidências, mudanças normativas e transformações territoriais podem modificar prioridades e formas de implementação. As proposições não são apresentadas como soluções definitivas, mas como critérios para organizar perguntas e acompanhar decisões. Essa postura é coerente com uma promoção da saúde que depende de aprendizagem contínua e de relação entre conhecimento técnico, experiência comunitária e condições concretas de trabalho.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A literatura e os documentos analisados convergem ao indicar que a promoção da saúde é mais efetiva quando incorporada às funções essenciais da APS, em vez de existir como agenda paralela. Vínculo, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e orientação comunitária criam condições para que recomendações sejam retomadas e ajustadas ao longo do tempo.

A Estratégia Saúde da Família agrega ainda a possibilidade de conhecer famílias e ambientes, aspecto que amplia a compreensão

dos fatores que dificultam ou facilitam adesão e permite construir intervenções mais realistas (Aquino e Vilasbôas, 2025, Brasil, 2026a).

Os resultados populacionais associados à ESF ajudam a mostrar que promoção da saúde não pode ser avaliada apenas por eventos educativos. A redução de mortalidade infantil, de causas evitáveis e de hospitalizações identificada em diferentes estudos decorre de um conjunto que inclui vacinação, pré-natal, acompanhamento de condições crônicas, acesso oportuno, tratamento, visitas domiciliares e coordenação. Aquino e Vilasbôas (2025) ressaltam que efeitos variam entre desfechos e contextos, o que recomenda abandonar interpretações simplistas e reconhecer a natureza sistêmica da APS.

A expansão registrada em 2025 produz oportunidade para avançar, mas também aumenta a necessidade de governança da qualidade. Crescer 15% no número de equipes desde 2022 amplia cobertura potencial, porém a experiência do usuário depende de estabilidade profissional, disponibilidade de consultas, acolhimento, medicamentos, vacinação, exames e capacidade de encaminhamento. Quando uma equipe existe formalmente, mas opera com rotatividade elevada ou dificuldade de acesso, o benefício territorial pode ser menor do que sugerem indicadores de cadastro. A avaliação precisa aproximar capacidade nominal de capacidade efetiva.

A literatura contemporânea também problematiza a tendência de reduzir promoção a estilos de vida. Mattioni e Rocha (2023) observam que discursos de autonomia podem ser apropriados por perspectivas que individualizam riscos e deslocam responsabilidades públicas. Essa tensão aparece quando campanhas enfatizam escolhas saudáveis sem discutir preço de

alimentos, condições urbanas, trabalho ou segurança. Uma promoção coerente com o SUS deve combinar responsabilidade individual possível com responsabilidade pública sobre condições que ampliam ou restringem escolhas.

A perspectiva de equidade modifica o planejamento porque exige desagregar resultados. Uma cobertura municipal elevada pode coexistir com bairros de baixa vacinação, mulheres com pré-natal tardio, pessoas com deficiência sem acesso físico e populações tradicionais com barreiras culturais ou geográficas. A equipe precisa perguntar quem não está sendo alcançado. Busca ativa, ação extramuros, horários estendidos e articulação com escolas ou assistência social podem ser mais relevantes para determinados grupos do que aumentar a oferta geral no mesmo formato.

#### **4.1. Da Atividade Educativa Isolada Ao Ciclo Territorial de Promoção**

Um programa consistente de promoção da saúde pode começar pelo diagnóstico de um problema relevante, e não pela escolha prévia de uma palestra. Se um território apresenta baixa cobertura de vacinação, por exemplo, a equipe deve distinguir recusa, dificuldade de horário, falha de registro, ausência de doses e perda de vínculo. Cada causa exige resposta distinta. O mesmo raciocínio vale para hipertensão descontrolada, baixa adesão ao pré-natal ou aumento de violência. A ação educativa torna-se uma das ferramentas dentro de um ciclo de análise, intervenção e reavaliação.

A educação dialógica possui maior coerência com esse ciclo porque permite descobrir barreiras durante a própria intervenção. Uma

orientação sobre alimentação pode revelar insegurança alimentar, dificuldades odontológicas ou ausência de equipamentos para preparo de alimentos. Um grupo de adolescentes pode revelar medo de quebra de sigilo ou violência. Esses dados qualitativos precisam retornar ao planejamento, evitando que a equipe mantenha atividades repetidas mesmo quando não respondem à necessidade. Promoção passa a ser processo de aprendizagem institucional e comunitária.

A intersectorialidade deve ser operacionalizada por fluxos. Reuniões ocasionais entre setores podem produzir aproximação, mas respostas sustentáveis exigem referências, contatos, critérios e retorno. Escolas podem colaborar com vacinação e saúde do adolescente, assistência social com situações de insegurança alimentar e violência, equipamentos esportivos com atividade física e órgãos ambientais com riscos de água e vetores. O papel da APS é participar dessa rede sem assumir competências alheias, mantendo acompanhamento do impacto sobre a saúde das famílias.

A participação comunitária também precisa produzir consequência decisória. Consultar lideranças sem incorporar suas contribuições pode gerar desconfiança e fadiga participativa. Conselhos locais podem acompanhar indicadores, discutir prioridades e avaliar experiências de acesso. Reuniões de microárea com agentes comunitários podem revelar mudanças rápidas, como chegada de novas famílias, alagamentos ou fechamento de equipamento social. Quando essas informações influenciam agenda e alocação de recursos, a orientação comunitária deixa de ser princípio abstrato.

**Tabela 2.** Matriz para transformar problemas territoriais em ações de promoção da saúde na APS

| <b>Problema observado</b>       | <b>Leitura ampliada necessária</b>                                      | <b>Resposta possível</b>                                              | <b>Indicador de acompanhamento</b>                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Baixa cobertura vacinal         | Identificar atraso, acesso, registro, estoque e hesitação               | Busca ativa, horário ampliado, comunicação e ação extramuros          | Cobertura oportuna e proporção de faltosos recuperados         |
| Hipertensão sem controle        | Avaliar acesso a medicamentos, alimentação, retorno e condições sociais | Plano compartilhado, revisão terapêutica e apoio comunitário          | Proporção acompanhada e controle pressórico com seguimento     |
| Pré-natal tardio                | Mapear barreiras territoriais, informação, trabalho e acolhimento       | Captação precoce, visita domiciliar e integração com rede materna     | Gestantes iniciando pré-natal no período recomendado           |
| Sedentarismo em área vulnerável | Avaliar segurança urbana, tempo, mobilidade e espaços disponíveis       | Grupos comunitários e articulação com esporte e urbanismo             | Participação longitudinal e percepção de acesso seguro         |
| Insegurança alimentar           | Distinguir orientação nutricional de falta material de alimentos        | Articulação com assistência social e políticas de segurança alimentar | Acompanhamento de famílias identificadas e acesso a benefícios |

**Fonte:** elaboração própria com base em Brasil (2014a, 2017a), Mattioni e Rocha (2023) e Santos et al. (2025).

A matriz da Tabela 2 evidencia que a mesma condição clínica pode demandar respostas em níveis diferentes. O valor do território está

justamente em permitir que equipes distingam o que pode ser resolvido com cuidado clínico, o que requer educação, o que demanda reorganização do serviço e o que necessita articulação intersetorial. Essa diferenciação evita duas distorções comuns: transformar toda necessidade em encaminhamento ou imaginar que educação individual resolverá problemas estruturais.

#### **4.2. Avaliação, Força de Trabalho e Sustentabilidade**

A avaliação da promoção da saúde precisa combinar indicadores de processo, resultado e equidade. Número de atividades, visitas ou participantes informa produção, mas não demonstra alcance de objetivos. Equipes podem acompanhar cobertura de grupos prioritários, continuidade, vacinação oportuna, controle de condições crônicas, internações sensíveis à APS, satisfação e indicadores sociais pertinentes. A análise deve ser desagregada sempre que possível para identificar territórios ou grupos que permanecem menos atendidos.

A força de trabalho é condição de sustentabilidade porque promoção exige tempo para escuta, planejamento e articulação. Rotatividade de médicos, enfermeiros e agentes enfraquece vínculo e memória institucional. Sobrecarga pode deslocar o trabalho para respostas imediatas. A expansão de equipes precisa vir acompanhada de políticas de provimento, educação permanente e condições de trabalho. A estabilidade não é apenas tema laboral, pois influencia diretamente confiança da comunidade e capacidade de acompanhar mudanças ao longo de anos.

A educação permanente das equipes deve abordar competências relacionais e analíticas, além de atualizações clínicas. Profissionais

precisam interpretar indicadores, trabalhar com mapas territoriais, reconhecer determinantes sociais, conduzir educação dialógica, planejar com participação e articular redes. Essas competências não se desenvolvem apenas em cursos expositivos. Discussão de casos, análise de indicadores reais, visitas ao território e projetos de melhoria podem aproximar formação e prática.

A digitalização deve ser avaliada pelo benefício produzido para o cuidado. Sistemas que reduzem retrabalho e identificam faltosos podem liberar tempo para atividades de maior valor. Em sentido oposto, telas excessivas e campos duplicados podem reduzir interação com usuários. Governança digital precisa incluir usabilidade, proteção de dados, interoperabilidade e participação de trabalhadores no desenho dos processos. Promover saúde requer tecnologia que amplie capacidade de conhecer e cuidar, sem tornar o registro um fim em si mesmo.

A expansão física prevista pelo Novo PAC Saúde também exige leitura sistêmica. As 2.609 UBS associadas a investimento de R\$ 5,9 bilhões podem reduzir vazios de acesso, especialmente em territórios com infraestrutura inadequada, mas novas edificações somente produzirão impacto quando houver equipes completas, custeio, equipamentos e integração com rede. A história das políticas de saúde demonstra que capacidade instalada e capacidade assistencial não são equivalentes, argumento que deve orientar planejamento e monitoramento (Brasil, 2025a).

O fortalecimento da ESF pode ser compreendido como política de redução de desigualdades quando prioriza territórios com maiores necessidades. O desenho universal permite que qualquer pessoa seja atendida, enquanto a orientação territorial possibilita

intensificar esforços onde risco e barreiras são maiores. Essa combinação entre universalidade e equidade é um dos diferenciais do SUS. Os efeitos encontrados na revisão de Aquino e Vilasbôas (2025) reforçam a relevância de preservar a estratégia como base do sistema e qualificá-la continuamente.

A promoção da saúde também precisa lidar com mudanças climáticas e emergências ambientais, tema cada vez mais presente no território. Ondas de calor, enchentes, fumaça, insegurança hídrica e expansão de vetores alteram riscos e exigem comunicação, vigilância e planejamento local. Agentes comunitários e equipes podem identificar famílias mais vulneráveis, orientar proteção e articular respostas. Essa agenda mostra que promoção da saúde é dinâmica e precisa acompanhar transformações sociais e ambientais, evitando restringir-se a um calendário fixo de temas.

Em conjunto, as evidências analisadas sustentam que a promoção da saúde ganha densidade quando o serviço consegue transformar dados e vínculos em decisões. A expansão recente oferece condições favoráveis, mas o resultado dependerá de como equipes usam território, informação e participação para priorizar necessidades. O desafio contemporâneo não é produzir mais atividades com a mesma lógica, e sim construir uma APS capaz de reconhecer desigualdades, acompanhar trajetórias e articular respostas que façam sentido para a vida das pessoas.

A promoção da saúde também precisa incorporar a dimensão da saúde mental como parte do território. Isolamento, violência, insegurança econômica e sobrecarga de cuidado interferem na capacidade de aderir a tratamentos e participar de atividades coletivas. Equipes podem reconhecer sinais precoces e articular

apoio sem medicalizar automaticamente sofrimentos relacionados a condições sociais. Grupos comunitários, práticas corporais, cultura e redes de apoio podem integrar respostas, sempre com possibilidade de cuidado especializado quando necessário. Essa abordagem amplia a compreensão de bem-estar e evita fragmentar saúde física e mental.

Outra frente relevante é a alimentação adequada em contexto de desigualdade. Orientações nutricionais somente ganham sentido quando consideram disponibilidade, preço, cultura e tempo para preparo. Equipes podem mapear feiras, equipamentos de segurança alimentar e programas sociais, articulando aconselhamento clínico a recursos do território. A promoção da saúde precisa evitar prescrever padrões inviáveis e, ao mesmo tempo, oferecer informação qualificada sobre escolhas possíveis. A escuta das famílias ajuda a construir metas graduais e identificar quando insegurança alimentar exige resposta intersetorial.

O envelhecimento populacional amplia a necessidade de promoção voltada à funcionalidade. Atividade física, prevenção de quedas, vacinação, saúde bucal, revisão de medicamentos e fortalecimento de vínculos sociais podem ser integrados ao acompanhamento de idosos. A APS possui vantagem por observar mudanças ao longo do tempo e reconhecer declínio antes de eventos graves. Ações coletivas devem ser acessíveis a pessoas com limitações e considerar transporte, cuidadores e segurança do território, conectando envelhecimento saudável a equidade.

A promoção da saúde infantil também depende da integração com creches e escolas. Vacinação, alimentação, desenvolvimento, saúde bucal e prevenção de violências atravessam ambientes educativos. A

parceria não deve transformar a escola em extensão de consultas, mas criar canais para ações coletivas e identificação precoce de necessidades. Famílias precisam participar das decisões e compreender objetivos. A articulação entre ESF e educação amplia alcance e ajuda a construir ambientes promotores de saúde além da unidade básica.

Esses exemplos reforçam que a promoção da saúde é uma forma de organizar o olhar da APS. Em vez de criar programas independentes para cada problema, a equipe pode utilizar território, vínculo e dados para integrar necessidades ao longo do ciclo de vida. A expansão recente de infraestrutura oferece oportunidade para consolidar essa prática, desde que planejamento local preserve tempo para ações comunitárias e não seja absorvido exclusivamente por produção ambulatorial. A qualidade da APS será medida pela capacidade de cuidar e também de criar condições para que menos pessoas adoçam de forma evitável.

A promoção da saúde depende de capacidade de presença no território, razão pela qual força de trabalho e financiamento não são temas externos à discussão. Equipes incompletas, alta rotatividade e sobrecarga assistencial reduzem tempo para visitas, grupos, planejamento e articulação comunitária, deslocando a APS para respostas mais reativas. Giovanella et al. (2026) mostram que a trajetória da Estratégia Saúde da Família combina avanços e retrocessos, enquanto o balanço recente do Ministério da Saúde registra retomada de investimentos e expansão de equipes.

A sustentabilidade dessas mudanças dependerá da capacidade de estabilizar vínculos profissionais e preservar atributos essenciais da Atenção Primária (Brasil, 2025a; Giovanella et al., 2026).

O microplanejamento territorial pode aproximar indicadores agregados da realidade vivida pelas famílias. Cobertura de vacinação, acompanhamento de hipertensão, pré-natal e rastreamentos podem apresentar médias satisfatórias e ainda esconder áreas com baixa oferta ou grupos que não conseguem acessar a unidade. Mapas, listas nominais e informações de visitas domiciliares ajudam a localizar essas diferenças, desde que sejam usados com proteção de dados e finalidade assistencial. A promoção torna-se mais equitativa quando a equipe identifica quem não está sendo alcançado e adapta horários, busca ativa e ações extramuros ao perfil do território (Brasil, 2017a; Aquino; Vilasbôas, 2025).

Os agentes comunitários de saúde ocupam posição central porque conectam informações clínicas e sociais que raramente aparecem em consultas isoladas. Mudanças na renda, insegurança alimentar, violência, dificuldade de transporte ou interrupção de tratamentos podem ser percebidas durante acompanhamento domiciliar e discutidas em equipe. Esse conhecimento não substitui indicadores formais, mas amplia sua interpretação e favorece respostas mais ajustadas. A Estratégia Saúde da Família possui potencial para reduzir iniquidades justamente quando transforma vínculo e conhecimento territorial em ações diferenciadas segundo necessidade (Brasil, 2026a; Aquino; Vilasbôas, 2025).

A transformação digital pode fortalecer promoção se reduzir barreiras e apoiar continuidade, mas também pode produzir novas desigualdades quando pressupõe conectividade, letramento e dispositivos disponíveis. Agendamento, teleatendimento e mensagens podem facilitar contato com pessoas que trabalham em horários extensos, enquanto usuários sem acesso digital podem ficar mais distantes. O Novo PAC Saúde incorpora infraestrutura e

digitalização da APS, o que torna necessário acompanhar não apenas implantação de tecnologia, mas efeitos sobre acesso, qualidade e inclusão. A inovação deve ampliar possibilidades sem substituir presença territorial e vínculo presencial quando estes forem necessários (Brasil, 2025a; Giovanella et al., 2026).

A intersectorialidade exige governança concreta para não permanecer como princípio abstrato. Situações de violência, insegurança alimentar, falta de saneamento ou exposição ambiental frequentemente demandam participação de assistência social, educação e outros setores. Reuniões periódicas, fluxos de referência e projetos territoriais compartilhados podem produzir respostas mais consistentes do que encaminhamentos informais. A Política Nacional de Promoção da Saúde oferece base para essa atuação, enquanto Mattioni e Rocha (2023) alertam para tensões que podem reduzir promoção a responsabilização individual em contextos de políticas sociais fragilizadas.

A avaliação das ações deve combinar resultados individuais e coletivos. Mudança de comportamento pode ser relevante, mas não deve ser o único critério quando barreiras estruturais limitam escolhas. Indicadores de acesso, participação comunitária, continuidade e redução de desigualdades ajudam a reconhecer efeitos que ultrapassam o consultório. Santos et al. (2025) demonstram utilidade de referenciais de promoção para a enfermagem, desde que aplicados em contexto.

A articulação entre modelos individuais e leitura dos determinantes sociais evita tanto a culpabilização do usuário quanto a ideia de que escolhas pessoais são irrelevantes para o cuidado (Santos et al., 2025; Brasil, 2014a).

### **4.3. Leitura Crítica da Expansão da APS e de Seus Resultados**

A expansão institucional descrita no balanço de 2025 deve ser interpretada como ampliação de condições potenciais de cuidado. O total de 60,4 mil equipes reúne equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária; portanto, não corresponde a uma contagem exclusiva de eSF. O crescimento informado também não permite concluir, isoladamente, que todos os territórios passaram a contar com equipes completas e estáveis. Essa diferenciação é relevante porque modelos, composição e funcionamento podem produzir experiências distintas mesmo quando aparecem reunidos em um indicador nacional.

O repasse anual de R\$ 15,5 bilhões apresentado no mesmo balanço descreve uma informação institucional situada. Não deve ser confundido com todo o gasto público realizado em APS nem com o custo total das ações de promoção. Diferentes fontes de financiamento e responsabilidades federativas participam da manutenção dos serviços. A utilização desse número no estudo tem função de contextualização da capacidade de indução federal. Qualquer análise de suficiência ou eficiência exigiria informações adicionais sobre composição, execução, população e necessidades, que não foram produzidas nesta revisão.

O mesmo cuidado aplica-se às 2.609 UBS e aos investimentos associados ao Novo PAC Saúde. A previsão ou seleção de uma unidade não equivale a funcionamento. O balanço distingue etapas de execução, e a leitura do conjunto precisa conservar essa temporalidade. Entre a decisão de investimento e o cuidado efetivamente ofertado existem projeto, obra, equipamentos, provimento e custeio. A promoção da saúde depende de que essas

etapas resultem em acesso e processos qualificados, e não apenas em expansão física registrada.

A informatização também requer leitura do denominador. A presença de prontuário eletrônico em municípios não informa diretamente a proporção de unidades com uso contínuo nem a qualidade dos registros. Um município pode apresentar implantação heterogênea entre serviços. Além disso, a capacidade de produzir relatórios não demonstra que dados sejam utilizados no planejamento. O estudo considera a digitalização uma condição facilitadora cujo benefício precisa ser verificado em processos concretos, como identificação de interrupções, comunicação e redução de retrabalho.

A revisão de Aquino e Vilasbôas informa uma seleção de 43 artigos entre 882 registros localizados pelos autores e descreve resultados associados à ESF. Esses números pertencem à metodologia daquela revisão e não à presente investigação. Sua contribuição é mostrar que a discussão sobre efeitos da estratégia ultrapassa relatos isolados e inclui diferentes desfechos populacionais. Entretanto, a variedade de desenhos e contextos exige evitar uma leitura uniforme dos efeitos. O fortalecimento da ESF pode contribuir para melhores resultados sem que isso autorize atribuir causalidade idêntica a toda configuração local (Aquino e Vilasbôas, 2025).

O ensaio de Giovanella et al. situa a trajetória da ESF em processos de financiamento, trabalho multiprofissional, avaliação e provimento. A relevância dessa abordagem está em mostrar que resultados dependem de sustentação institucional e podem ser afetados por mudanças de política (Giovanella et al., 2026). A interpretação desenvolvida aqui acrescenta que expansão e

qualidade precisam ser acompanhadas conjuntamente. Uma equipe recém-implantada pode ampliar acesso e ainda necessitar de tempo, formação e articulação para produzir continuidade e orientação comunitária.

Essas distinções não diminuem a importância dos avanços. Elas tornam mais precisa a pergunta sobre sua conversão em benefício. O que precisa ser acompanhado é o percurso entre recurso, funcionamento e experiência de cuidado. Uma avaliação comprometida com equidade examina também como esse percurso varia entre territórios. Se a expansão alcança áreas com grande necessidade, desafios iniciais de implantação não devem ser interpretados automaticamente como baixa eficiência. É necessário observar condições de partida e capacidade de melhorar ao longo do tempo.

O resultado analítico dessa leitura é uma proposta de monitoramento em camadas. A primeira verifica estrutura e funcionamento; a segunda observa acesso e continuidade; a terceira examina experiência e equidade; a quarta acompanha desfechos compatíveis com o tempo de exposição e com a qualidade dos dados. Essas camadas não substituem sistemas oficiais, mas ajudam a interpretar seus indicadores. A convergência entre elas oferece uma base mais consistente para decisões do que a seleção de um único número favorável ou desfavorável.

#### **4.4. Do Diagnóstico à Priorização Territorial**

O diagnóstico territorial costuma reunir mais necessidades do que a equipe consegue enfrentar simultaneamente. A priorização torna-se, portanto, uma decisão inevitável e deve ser explicitada. Gravidade,

magnitude, desigualdade, viabilidade e possibilidade de articulação podem orientar a análise. Nenhum critério isolado resolve todos os conflitos. Um problema pouco frequente pode exigir resposta imediata por sua gravidade, enquanto uma barreira comum pode justificar reorganização de processos por afetar grande parte da população. O planejamento precisa distinguir essas situações.

Uma primeira operação consiste em separar problemas de suas possíveis causas. Baixa participação em acompanhamento é uma descrição; falta de transporte, incompatibilidade de horário e experiência negativa são hipóteses explicativas. Se a equipe transforma a descrição diretamente em uma solução, pode escolher uma ação inadequada. A investigação deve combinar registros, escuta e observação do processo de acesso. O objetivo não é prolongar indefinidamente o diagnóstico, mas obter informação suficiente para formular uma intervenção plausível e revisável.

A segunda operação é delimitar a população afetada. Um indicador agregado pode ocultar concentração do problema em determinada microárea ou grupo. A desagregação precisa ser orientada por uma pergunta e pela qualidade dos dados disponíveis. Se muitos registros não contêm informação de raça ou cor, por exemplo, a análise deve reconhecer essa lacuna e melhorar o registro antes de produzir conclusões categóricas. A ausência de informação não equivale à ausência de desigualdade.

A terceira operação envolve examinar governabilidade. A equipe pode modificar um fluxo interno com relativa autonomia, mas depende de outras instâncias para ampliar transporte ou contratar profissionais. A baixa governabilidade não torna o problema irrelevante. Ela modifica a estratégia: pode exigir produção de

evidências, pactuação e acompanhamento junto à gestão. Ao mesmo tempo, convém identificar medidas locais que reduzam dano enquanto a resposta estrutural é discutida, sem apresentá-las como solução definitiva.

Uma matriz de priorização pode apoiar o debate, desde que não o substitua. Atribuir pontuações exige critérios claros e não elimina juízo de valor. Problemas com maior visibilidade podem receber notas elevadas apenas porque são mais conhecidos, enquanto necessidades de grupos pouco ouvidos permanecem subestimadas. Por isso, a matriz deve ser acompanhada de justificativas e de revisão comunitária. Sua função é organizar argumentos e registrar escolhas, não produzir uma aparência de objetividade para decisões já tomadas.

Considere-se uma situação hipotética em que a unidade identifica aumento de faltas e relatos de dificuldade de deslocamento após mudança de uma linha de ônibus. A resposta inicial pode incluir análise dos horários, escuta dos usuários afetados e contato com o setor responsável pelo transporte. A equipe também pode reorganizar retornos clinicamente compatíveis para reduzir viagens. O acompanhamento deve verificar se a medida alcançou quem enfrentava a barreira, e não apenas se a taxa geral de presença melhorou.

Esse exemplo mostra a necessidade de definir uma hipótese antes da intervenção. Se o principal obstáculo era transporte, intensificar mensagens de lembrança pode ter pouco efeito. Se parte das faltas decorre de registro desatualizado, uma ação de transporte não resolverá todo o problema. A análise deve admitir causas múltiplas e selecionar respostas proporcionais. A revisão periódica permite

abandonar hipóteses que não se confirmam e reconhecer quando a intervenção precisa ser ampliada ou modificada.

O plano territorial precisa conter responsabilidade, prazo de revisão e critério de acompanhamento. Metas formuladas apenas como melhorar acesso são difíceis de avaliar. Pode ser mais útil definir qual barreira será reduzida, para qual população e por qual mudança de processo. A meta não deve ser escolhida apenas por facilidade de registro. Deve representar um avanço relevante e viável, com possibilidade de examinar efeitos sobre outros usuários e sobre a carga de trabalho da equipe.

**Tabela 3.** Critérios para priorização territorial e justificativa das decisões

| <b>Dimensão</b> | <b>Pergunta analítica</b>                                                                                        | <b>Procedimento proposto</b>                                                                                              | <b>Limite e acompanhamento</b>                                                                                                 |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Magnitude       | Quantas pessoas são afetadas e qual população foi utilizada como referência para estimar a dimensão do problema? | Combinar números absolutos e proporções, explicando período, fonte e possíveis lacunas do cadastro utilizado pela equipe. | Uma frequência elevada não substitui análise de gravidade; problemas raros também podem exigir resposta imediata e específica. |
| Gravidade       | Quais consequências são observadas e quais situações demandam avaliação ou proteção sem aguardar o               | Separar necessidades urgentes de ações programadas e acionar fluxos pertinentes, mantendo acompanhamento                  | A classificação deve ser técnica e revisável; não utilizar uma matriz administrativa para retardar                             |

|                 |                                                                                                                                |                                                                                                                                               |                                                                                                                                              |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | planejamento coletivo?                                                                                                         | das responsabilidades da APS.                                                                                                                 | cuidado necessário.                                                                                                                          |
| Desigualdade    | O problema se concentra em grupos ou áreas com menor acesso, menor proteção ou maior custo de utilização?                      | Desagregar dados quando houver qualidade suficiente e combinar resultados com escuta de pessoas menos presentes nos serviços.                 | Informações ausentes e pequenas populações limitam comparações; explicitar incertezas e proteger contra identificação de usuários.           |
| Governabilidade | Quais componentes dependem da equipe e quais exigem decisões de gestão, recursos adicionais ou participação de outros setores? | Distribuir responsabilidades e identificar medidas locais possíveis enquanto se articulam respostas de maior alcance e duração.               | Baixa governabilidade não elimina responsabilidade de registrar e articular; também não autoriza promessas fora da capacidade institucional. |
| Viabilidade     | Existem tempo, pessoal, materiais e condições de continuidade suficientes para realizar a proposta com qualidade e segurança?  | Estimar recursos e reorganizar tarefas antes da implantação, reconhecendo preparação, deslocamento e acompanhamento como trabalho necessário. | Uma ação sustentada por sobrecarga temporária precisa ser revista antes de expansão ou incorporação à rotina.                                |
| Legitimidade    | A prioridade foi discutida com pessoas afetadas e os critérios utilizados podem ser                                            | Apresentar alternativas e limites, registrar argumentos e oferecer devolutiva sobre                                                           | Presença em reunião não representa toda a comunidade; criar meios complementares                                                             |

|  |                               |                                               |                                   |
|--|-------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
|  | compreendidos e questionados? | decisões e propostas que não foram acolhidas. | de escuta e revisão das escolhas. |
|--|-------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### 4.5. Acesso Oportuno e Organização da Agenda

A agenda expressa escolhas sobre quem consegue utilizar o serviço e em quais condições. Sua organização não é uma questão exclusivamente administrativa. A proporção de vagas para demandas imediatas, retornos e ações programadas influencia continuidade e possibilidade de prevenir agravamentos. Uma agenda inteiramente ocupada por marcações antecipadas pode dificultar resposta a novas necessidades; uma agenda dominada pela demanda do dia pode interromper acompanhamento. O equilíbrio exige conhecer padrões de procura e necessidades da população, com revisão conforme o contexto.

A análise de acesso deve começar antes da consulta. Inclui como a pessoa obtém informação, quais documentos são solicitados, quantas tentativas precisa realizar e como recebe resposta quando não há vaga. Barreiras nessa etapa podem não aparecer em sistemas que registram apenas atendimentos concluídos. A equipe precisa criar meios de reconhecer procura não atendida, sem transformar o registro em nova dificuldade para usuários e trabalhadores. Reclamações, observação de fluxos e escuta da recepção podem revelar pontos críticos.

O acolhimento tem função de reconhecer necessidade e orientar resposta, não de criar uma etapa burocrática adicional. A

classificação de prioridades deve respeitar critérios técnicos e evitar que usuários com menor capacidade de argumentar sejam sistematicamente preteridos. A comunicação sobre o próximo passo precisa ser clara. Informar apenas que não há atendimento, sem explicar alternativas ou continuidade possível, pode aumentar peregrinação e procura por outros serviços sem necessidade.

Horários alternativos podem ampliar acesso para determinados grupos, mas exigem análise de demanda, equipe e segurança. A simples extensão do funcionamento não assegura que pessoas com maior barreira sejam alcançadas. Pode ocorrer aumento de utilização por quem já tinha acesso, enquanto o grupo prioritário permanece distante. O planejamento deve definir a finalidade da mudança e examinar seu resultado por população. Também precisa considerar efeitos sobre trabalhadores, evitando que a ampliação dependa de sobrecarga permanente ou de redução de outras atividades essenciais.

A organização de retornos pode reduzir custos para famílias. Quando clinicamente adequado, concentrar procedimentos compatíveis e esclarecer previamente o que será necessário evita deslocamentos repetidos. Entretanto, a busca de conveniência não deve atrasar avaliações urgentes nem reunir atividades de modo que prejudique qualidade. A decisão precisa considerar risco, disponibilidade e preferência. O benefício esperado é tornar o percurso mais compreensível e viável, não simplesmente diminuir o número de contatos.

Um exemplo hipotético ajuda a observar a diferença entre oferta e acesso. Uma trabalhadora consegue vaga, mas o horário coincide com início de jornada e não há possibilidade de ausência. O registro

pode indicar falta, embora a barreira tenha sido organizacional. Se a equipe oferece alternativa compatível e a pessoa consegue comparecer, a mudança relevante foi a redução do custo de acesso. Essa experiência não autoriza generalizar que todos os usuários precisam de atendimento noturno; indica a necessidade de conhecer a distribuição das barreiras.

A avaliação da agenda deve incluir tempo para obter resposta, continuidade com a equipe de referência, proporção de procura não atendida e experiência do usuário. Indicadores precisam ser definidos com cuidado para evitar manipulação involuntária. Medir apenas tempo entre marcação e consulta pode excluir tentativas anteriores de agendamento. Medir apenas vagas disponíveis pode ignorar cancelamentos ou capacidade real de atendimento. A transparência sobre o que cada medida representa favorece decisões mais úteis.

A promoção da saúde depende de proteger espaço para planejamento e atuação territorial sem abandonar necessidades clínicas. Essa proteção não deve ocorrer por fechamento arbitrário do serviço, mas por organização de equipe, comunicação e pactuação com a gestão. Reuniões e ações comunitárias são trabalho assistencial ampliado, porém precisam ser integradas à oferta. O desafio é construir uma agenda que reconheça diferentes formas de cuidado e evite que atividades menos visíveis sejam sempre as primeiras a desaparecer diante da pressão cotidiana.

#### **4.6. Busca Ativa e Continuidade Sem Coerção**

A busca ativa pode ampliar acesso de pessoas que não chegam espontaneamente à unidade, mas sua finalidade precisa ser

definida. Identificar ausência de acompanhamento, oferecer informação e compreender barreiras são objetivos distintos de exigir comparecimento. O contato deve respeitar autonomia, privacidade e possibilidade de recusa. A promoção da saúde perde coerência quando utiliza ameaça, exposição ou julgamento para produzir presença. O vínculo se fortalece quando a pessoa percebe que o serviço procura apoiar, e não fiscalizar sua vida.

A construção de uma lista de acompanhamento exige verificar a qualidade do cadastro. Mudança de domicílio, óbito, duplicidade e atendimento em outro serviço podem gerar registros aparentemente pendentes. Antes de interpretar a lista como retrato de abandono, é necessário revisar essas possibilidades. A atualização não deve servir para excluir pessoas difíceis de alcançar e melhorar indicadores artificialmente. Deve preservar responsabilidade e registrar a razão das alterações, mantendo capacidade de acompanhar quem permanece no território.

O primeiro contato deve utilizar informação mínima e adequada ao meio. Uma mensagem que revela condição de saúde em telefone compartilhado pode produzir dano. A equipe precisa verificar preferências de comunicação e oferecer canais seguros para detalhes. O contato domiciliar também exige discrição, sobretudo em situações associadas a estigma ou violência. A proximidade do agente comunitário pode facilitar vínculo, mas aumenta a necessidade de cuidado com a circulação de informações em redes locais.

Quando a pessoa responde, a escuta deve buscar compreender o que interrompeu o acompanhamento. Dificuldade de horário, transporte, medo, experiência negativa e melhora percebida exigem

respostas diferentes. A equipe não deve presumir que a explicação inicial esgota a situação, mas também não precisa transformar todo contato em investigação extensa. Perguntas abertas e uma proposta concreta de continuidade podem ser suficientes para iniciar reconstrução do vínculo. Necessidades mais complexas podem ser discutidas em atendimento apropriado.

A ausência de resposta não demonstra recusa. Telefones podem estar indisponíveis, mensagens podem não chegar e visitas podem ocorrer em horários incompatíveis. A equipe deve definir tentativas proporcionais à necessidade e aos recursos, documentando o que foi realizado. Situações de maior risco podem demandar outros fluxos de proteção, conforme avaliação técnica e normas aplicáveis. Fora dessas condições, a insistência não deve se tornar invasiva. A busca ativa precisa conservar finalidade assistencial e limites claros.

O retorno à unidade não encerra a intervenção. Se a barreira que levou à interrupção permanece, a pessoa pode voltar a se afastar. A continuidade exige revisar o plano e verificar se a experiência de acesso foi modificada. Um atendimento realizado após várias tentativas pode melhorar um indicador pontual sem produzir vínculo duradouro. Por isso, o acompanhamento deve observar a trajetória posterior e a possibilidade de a pessoa procurar o serviço por iniciativa própria quando necessitar.

A avaliação pode distinguir pessoas identificadas, contatos tentados, contatos efetivos, barreiras compreendidas e continuidade retomada. Essas etapas não devem ser confundidas. Uma taxa elevada de mensagens enviadas informa esforço, mas não demonstra alcance. O número de retornos precisa ser interpretado junto às razões de não retorno. Essa análise ajuda a escolher meios

mais adequados e a reconhecer quando a dificuldade depende de mudanças na oferta, e não de intensificação do contato.

Um dispositivo de busca ativa sustentável deve ser simples, compartilhado e integrado ao prontuário ou aos instrumentos institucionais pertinentes. Planilhas paralelas com dados sensíveis podem aumentar risco e retrabalho. A equipe precisa definir quem acompanha cada situação, quando revisa e como encerra ou modifica uma ação. A continuidade é fortalecida quando o processo não depende exclusivamente da memória de um trabalhador e quando as informações produzidas retornam ao planejamento territorial.

**Tabela 4.** Etapas da busca ativa orientada por vínculo e continuidade

| <b>Etapas</b> | <b>Questão central</b>                                                                                                        | <b>Ação possível</b>                                                                                                                      | <b>Critério de revisão</b>                                                                                                        |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificação | A ausência representa necessidade de cuidado, mudança de endereço, duplicidade ou informação ainda não atualizada no sistema? | Conferir elegibilidade e registros pertinentes antes de definir a população a contatar, mantendo justificativa das alterações realizadas. | Não retirar pessoas difíceis de alcançar apenas para melhorar indicadores; preservar responsabilidade e qualidade do denominador. |
| Contato       | O meio escolhido permite comunicação segura e corresponde às preferências e às                                                | Utilizar informação mínima, verificar contatos e oferecer oportunidade de                                                                 | Mensagem enviada não comprova recebimento; telefone compartilhado                                                                 |

|                |                                                                                                                         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                    |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | condições atuais da pessoa?                                                                                             | conversar por canal adequado sobre detalhes do cuidado.                                                                                 | exige cuidado para não revelar condição de saúde ou vulnerabilidade.                                                               |
| Escuta         | Qual dificuldade interrompeu o acompanhamento e como ela se relaciona à organização do serviço e à vida cotidiana?      | Explorar horário, transporte, compreensão, experiência anterior e recursos, evitando pressupor uma causa única para todas as ausências. | Não transformar a conversa em cobrança; a pessoa pode apresentar prioridades ou preferências diferentes das esperadas pela equipe. |
| Resposta       | A oferta proposta enfrenta a barreira identificada ou apenas repete o formato que anteriormente não pôde ser utilizado? | Negociar continuidade, adaptar processos possíveis e articular apoio quando a necessidade ultrapassar a capacidade imediata da unidade. | Agendar não garante acesso; confirmar se horário, local e exigências são compreensíveis e viáveis para a pessoa.                   |
| Acompanhamento | Após o retorno, houve continuidade e redução da dificuldade ou apenas realização de um atendimento isolado?             | Rever o plano e verificar persistência de obstáculos em momento compatível com a necessidade e o cuidado indicado.                      | Evitar usar presença pontual como prova de vínculo; observar trajetória e possibilidade de procura espontânea posterior.           |
| Aprendizagem   | As barreiras identificadas se repetem e indicam necessidade de                                                          | Analisar informações agregadas, discutir padrões e incorporar                                                                           | O contato individual deve produzir apoio, e sua síntese pode orientar gestão                                                       |

|  |                                                           |                                                                           |                                  |
|--|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|  | reorganização coletiva ou articulação com outros setores? | mudanças ao planejamento, preservando acesso restrito aos dados pessoais. | sem expor famílias ou endereços. |
|--|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### **4.7. Plano de Cuidado Compartilhado e Negociação de Prioridades**

O plano de cuidado compartilhado procura relacionar necessidades identificadas, preferências da pessoa e possibilidades de apoio. Sua qualidade não depende do número de recomendações registradas. Um plano extenso pode ser tecnicamente completo e pouco realizável. A negociação deve identificar o que é prioritário, quais mudanças podem ser iniciadas e como dificuldades serão revistas. O acompanhamento longitudinal permite ampliar o plano ao longo do tempo, evitando concentrar todas as exigências em um único encontro.

Uma etapa inicial consiste em compreender o que a pessoa considera mais importante. A prioridade profissional pode não coincidir com a preocupação que motivou a procura. Essa diferença precisa ser discutida, e não tratada como obstáculo à consulta. O profissional deve explicar riscos e benefícios de forma compreensível, enquanto o usuário informa como a situação afeta sua vida. A decisão compartilhada ocorre quando essas informações influenciam o plano, e não apenas quando a pessoa concorda com uma proposta já pronta.

As metas devem ser específicas o suficiente para orientar ação e flexíveis o suficiente para considerar contexto. Uma recomendação genérica de melhorar hábitos oferece pouca direção. Uma proposta negociada pode definir uma mudança possível na rotina, o apoio necessário e o momento de revisão. O objetivo não é impor metas padronizadas nem converter promoção em controle de desempenho pessoal. É permitir que avanços, dificuldades e preferências sejam discutidos de forma concreta.

O plano também deve explicitar o que depende do serviço. Disponibilidade de acompanhamento, acesso a medicamentos e encaminhamentos não podem aparecer apenas como responsabilidade do usuário. Quando existe uma barreira institucional, ela precisa ser registrada e tratada como parte do problema. Essa distribuição de responsabilidades fortalece confiança e evita que a documentação descreva apenas o que a pessoa deveria fazer, silenciando o que o serviço ainda não conseguiu oferecer.

Em situações de multimorbidade, recomendações de diferentes profissionais podem competir por tempo, recursos e atenção. A coordenação exige examinar carga total de tratamento e prioridades, evitando acumular orientações sem considerar sua execução. A promoção da saúde pode contribuir ao reconhecer atividades significativas para a pessoa e ao buscar compatibilidade entre cuidado e vida cotidiana. Isso não dispensa manejo clínico; ajuda a torná-lo mais coerente e sustentável.

Um exemplo hipotético envolve uma pessoa que acompanha duas condições crônicas e cuida de um familiar dependente. A proposta de vários grupos semanais pode ser inviável, ainda que cada

atividade tenha pertinência isolada. A equipe pode discutir uma combinação menos onerosa, apoio ao cuidador e momentos de revisão. O resultado desejado é continuidade com participação possível, não adesão a um pacote uniforme. O caso mostra por que o mesmo desenho de intervenção não atende igualmente diferentes trajetórias.

A revisão do plano precisa acolher mudanças e dificuldades sem linguagem de fracasso. Uma meta pode deixar de ser prioritária após perda de renda ou alteração de saúde. A equipe deve reconhecer a mudança e reordenar o cuidado. A insistência em um objetivo antigo pode reduzir confiança e produzir registros pouco úteis. O plano compartilhado é um instrumento vivo, cuja legitimidade depende de continuar relacionado às necessidades e possibilidades atuais.

A avaliação pode observar compreensão do plano, participação nas decisões, continuidade e resolução de barreiras pactuadas. Desfechos clínicos são importantes quando pertinentes, mas não esgotam a qualidade do processo. A pessoa pode ter recebido informação clara e apoio adequado e ainda apresentar resultados influenciados por fatores externos. A análise precisa reconhecer essa complexidade para evitar culpabilização e para identificar quais componentes do cuidado podem ser aperfeiçoados.

#### **4.8. Alimentação Adequada e Insegurança Alimentar**

A promoção da alimentação adequada exige distinguir conhecimento, preferência e disponibilidade material. Uma pessoa pode compreender orientações e não dispor de renda, tempo ou condições de preparo para realizá-las. A equipe precisa investigar

essas dimensões antes de atribuir a dificuldade a escolhas inadequadas. O Guia Alimentar para a População Brasileira oferece um referencial que considera alimentos, modos de comer e obstáculos à alimentação adequada, ampliando o debate para além da composição de nutrientes (Brasil, 2014b).

O encontro assistencial pode começar pela descrição da rotina alimentar, com perguntas que não pressuponham acesso regular a alimentos ou equipamentos domésticos. A escuta deve reconhecer cultura, organização familiar, jornada de trabalho e condições de armazenamento. Recomendações que exigem mudanças incompatíveis com esses elementos tendem a produzir frustração. A orientação ganha pertinência quando identifica possibilidades reais e distingue adaptações imediatas de necessidades que dependem de apoio social ou de políticas de segurança alimentar.

A insegurança alimentar não pode ser resolvida apenas por educação nutricional. Quando falta alimento, a resposta exige articulação com recursos de proteção social e acompanhamento das consequências para a saúde. A equipe deve conhecer os fluxos existentes e verificar se o encaminhamento resultou em acesso. A orientação alimentar permanece importante, mas precisa ser situada nessa condição. Apresentar a ausência de recursos como falta de disciplina amplia estigma e pode afastar a pessoa do cuidado.

Atividades coletivas podem discutir preparo, planejamento e experiências do território, desde que não transfiram custos excessivos aos participantes. Oficinas que exigem compra de ingredientes pouco acessíveis podem reforçar desigualdade. O planejamento precisa considerar disponibilidade local, infraestrutura

e participação dos usuários na escolha dos temas. A demonstração culinária pode ser útil, mas deve ser acompanhada de discussão sobre barreiras e possibilidades, evitando pressupor que aprender uma técnica modifica automaticamente o acesso aos alimentos.

O ambiente alimentar do território merece análise. Oferta, preço, transporte e publicidade influenciam escolhas, assim como disponibilidade de água e condições para realizar refeições durante o trabalho. A APS pode produzir informações e articular ações com outros setores, sem assumir competência exclusiva sobre mercados ou abastecimento. O valor da abordagem territorial está em reconhecer que padrões alimentares não decorrem apenas de decisões individuais e que respostas coletivas podem ampliar possibilidades de escolha.

Um exemplo hipotético envolve uma família que passou a consumir refeições de preparo rápido após perda de renda e aumento do tempo de deslocamento. A repetição de orientações sobre alimentação saudável pode não alterar a situação. A equipe pode identificar barreiras, avaliar necessidades clínicas, discutir alternativas compatíveis e articular apoio social. O acompanhamento deve observar se houve melhora de acesso e de condições para alimentar-se, além de mudanças relatadas no consumo. A interpretação precisa evitar atribuir qualquer resultado a um único componente da intervenção.

A avaliação não deve usar peso corporal como medida exclusiva. Dependendo do objetivo, podem ser relevantes regularidade do acesso a alimentos, possibilidade de preparo, participação nas decisões e continuidade do acompanhamento. Medidas clínicas devem ser utilizadas quando indicadas e interpretadas no contexto.

Uma ação pode melhorar segurança alimentar sem produzir mudança imediata em peso, assim como uma variação de peso pode ocorrer por razões que não representam melhoria de saúde.

A promoção alimentar também exige comunicação sem humilhação. Classificar pessoas pelo corpo, usar ameaças ou desconsiderar experiências culturais pode produzir dano e reduzir confiança. A equipe deve apresentar informações com precisão, discutir riscos quando necessário e apoiar decisões possíveis. O cuidado se fortalece quando a alimentação é compreendida como prática social e direito, preservando a singularidade sem ignorar condições materiais que restringem escolhas.

**Tabela 5.** Leitura ampliada de necessidades relacionadas à alimentação

| <b>Dimensão</b>  | <b>O que compreender</b>                                                                                         | <b>Resposta a considerar</b>                                                                                                   | <b>O que acompanhar</b>                                                                                                             |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Disponibilidade  | Há acesso regular a alimentos suficientes ou a orientação está sendo oferecida em contexto de privação material? | Articular cuidado e recursos de proteção social, reconhecendo que educação nutricional isolada não resolve falta de alimentos. | Verificar acesso efetivo ao apoio e continuidade, sem considerar a simples emissão de encaminhamento como resolução da necessidade. |
| Tempo e trabalho | A jornada e os deslocamentos permitem comprar, preparar e consumir refeições nas condições                       | Discutir alternativas compatíveis e identificar barreiras que exigem reorganização de acesso ou                                | Observar viabilidade no cotidiano e mudanças de rotina, evitando interpretar dificuldades de execução como                          |

|                       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                       |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | pressupostas pelo plano?                                                                                                         | articulação com outras políticas públicas.                                                                                                      | desinteresse ou negligência.                                                                                                          |
| Infraestrutura        | Existem água, armazenamento, utensílios e condições de preparo necessários para realizar as orientações discutidas com a pessoa? | Adaptar recomendações à situação e articular respostas quando o problema envolve moradia, abastecimento ou acesso a recursos básicos.           | Distinguir melhora de informação de mudança material; ambas podem ser necessárias e possuem indicadores de acompanhamento diferentes. |
| Cultura e preferência | Quais práticas e alimentos são significativos e como podem dialogar com necessidades de saúde identificadas no acompanhamento?   | Construir orientação respeitosa, com linguagem compreensível e participação nas escolhas, evitando desqualificação de experiências e tradições. | Avaliar compreensão, pertinência e possibilidade de adaptação, sem exigir adesão a um padrão cultural único de alimentação.           |
| Apoio coletivo        | Uma atividade compartilhada pode ampliar recursos e aprendizagem sem exigir custos ou exposição que afastem participantes?       | Planejar temas, materiais e condições de acesso com usuários, oferecendo alternativa individual para questões que demandem privacidade.         | Examinar quem participa e quem permanece ausente, além de efeitos sobre apoio, acesso e experiência cotidiana.                        |
| Ambiente territorial  | Oferta, preço, transporte e condições de circulação limitam escolhas                                                             | Produzir análise agregada e discutir possibilidades com setores                                                                                 | Acompanhar respostas intersetoriais e mudanças de barreiras,                                                                          |

|  |                                                                |                                                                                                          |                                                                                                   |
|--|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | de forma<br>recorrente para<br>diferentes<br>famílias da área? | pertinentes,<br>preservando<br>atribuições e<br>evitando<br>promessas sem<br>recursos<br>institucionais. | distinguindo<br>ações realizadas<br>de resultados<br>efetivamente<br>observados no<br>território. |
|--|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### 4.9. Atividade Física, Mobilidade e Direito Ao Espaço Público

A promoção da atividade física precisa considerar como o território oferece ou restringe oportunidades de movimento. Segurança, iluminação, calçadas, transporte, jornada de trabalho e acessibilidade influenciam a possibilidade de participar. A orientação individual continua relevante, mas seu efeito depende dessas condições. O Guia de Atividade Física para a População Brasileira constitui referência para discutir movimento ao longo da vida e em diferentes contextos, sem reduzir a prática a modalidades esportivas ou a espaços pagos (Brasil, 2021).

A equipe deve reconhecer preferências e experiências anteriores. Pessoas podem associar atividade física a dor, vergonha, competição ou ambientes em que não se sentem acolhidas. Uma proposta uniforme pode excluir quem possui limitações funcionais ou não se identifica com a modalidade oferecida. O planejamento precisa considerar avaliação individual quando indicada, adaptação e alternativas. O objetivo da promoção é ampliar possibilidades seguras e significativas, não exigir participação em um formato único.

Grupos comunitários podem favorecer vínculo e continuidade quando têm regularidade, acessibilidade e acompanhamento adequado. A escolha do local e do horário deve considerar clima, deslocamento e segurança. A presença de um espaço não garante utilização se faltam condições básicas ou se determinados grupos se sentem expostos. A participação dos usuários na organização pode revelar barreiras pouco percebidas pelos profissionais, como ausência de banheiro acessível ou dificuldade de conciliar a atividade com cuidado de crianças.

A mobilidade cotidiana também merece atenção. Caminhar para acessar serviços pode representar oportunidade de movimento ou imposição desgastante, dependendo de distância, segurança e condição funcional. Não se deve interpretar todo deslocamento ativo como escolha saudável. Pessoas que percorrem longas distâncias por falta de transporte podem enfrentar exaustão e risco. A promoção precisa distinguir oportunidade de necessidade forçada e articular melhorias no ambiente que ampliem liberdade de escolha.

A avaliação deve considerar quem consegue permanecer na atividade. Um grupo numeroso pode apresentar alta rotatividade ou alcançar apenas moradores próximos. O registro de participação pode ser combinado com escuta sobre satisfação, barreiras e mudanças percebidas na vida cotidiana. Resultados clínicos dependem de objetivo, tempo e condições individuais. A equipe não deve prometer efeitos uniformes nem utilizar a ausência de mudança rápida como evidência de falta de esforço.

Um exemplo hipotético envolve um grupo de caminhada cuja participação cai durante períodos de calor intenso. Interpretar a redução como perda de motivação pode levar a convites mais

insistentes sem resolver o problema. A equipe pode rever horário, local, comunicação e alternativas adequadas, observando orientações técnicas e condições dos participantes. O caso demonstra que a intervenção inclui o ambiente e a organização, e que a adaptação faz parte da qualidade, não representa necessariamente perda de fidelidade ao objetivo.

A articulação com esporte, cultura, educação e urbanismo pode ampliar recursos, mas precisa definir responsabilidades. Um equipamento comunitário não deve receber demandas sem conhecer necessidades de acessibilidade e limites de acompanhamento. A APS pode apoiar a comunicação e manter cuidado clínico pertinente. A parceria é mais consistente quando há interlocutores, retorno e possibilidade de discutir dificuldades, em vez de depender apenas de indicação verbal para uma atividade cuja continuidade é desconhecida.

A promoção do movimento deve preservar o direito de escolha e evitar moralização do corpo. Reconhecer benefícios potenciais não autoriza constranger pessoas que não participam ou que possuem prioridades diferentes. O diálogo pode explorar possibilidades graduais e significativas, respeitando condições de saúde e contexto. A equidade se expressa na ampliação de oportunidades reais, inclusive para quem enfrenta barreiras que uma oferta padronizada não consegue superar.

#### **4.10. Saúde da Mulher e Continuidade Reprodutiva**

A promoção da saúde da mulher na APS exige considerar condições de vida, autonomia e acesso ao longo de diferentes momentos, sem reduzir o cuidado à reprodução. Trabalho, violência, sobrecarga

doméstica e responsabilidades familiares influenciam procura e continuidade. A equipe precisa reconhecer necessidades clínicas e sociais sem presumir que todas as mulheres compartilham as mesmas experiências. A abordagem territorial permite identificar barreiras de horário, transporte e privacidade que podem limitar o acesso mesmo quando há oferta formal.

No acompanhamento reprodutivo, informação compreensível e possibilidade de decisão são componentes centrais. A orientação deve apresentar alternativas pertinentes, esclarecer dúvidas e respeitar escolhas, observando recomendações técnicas e condições individuais. A promoção não se confunde com indução a uma decisão preferida pelo serviço. A qualidade pode ser examinada pela oportunidade de perguntar, pela ausência de coerção e pela continuidade do apoio quando a pessoa modifica sua preferência ou enfrenta dificuldades.

O início tardio do pré-natal, quando identificado, precisa ser compreendido em seu contexto. Barreiras de acesso, reconhecimento tardio da gestação, medo, trabalho e experiências anteriores podem contribuir. A resposta deve combinar cuidado oportuno e investigação respeitosa das dificuldades, sem julgamento. A busca ativa pode ser útil, mas exige atenção à confidencialidade e à situação familiar. O objetivo é ampliar acesso e continuidade, não produzir exposição pública ou pressão sobre a gestante.

O puerpério evidencia como necessidades da mulher podem ser secundarizadas após o nascimento. A concentração do cuidado na criança pode deixar sofrimento, dor, dificuldades de alimentação, violência ou sobrecarga sem escuta suficiente. A organização da APS

deve preservar espaço para acompanhar a mulher e reconhecer recursos de apoio. A participação de familiares pode ser importante quando desejada e segura, mas não deve substituir sua voz nem pressupor disponibilidade ilimitada de cuidado doméstico.

A promoção em temas de rastreamento exige comunicação sobre finalidade, percurso e necessidade de continuidade. Realizar um exame sem assegurar acesso ao resultado e ao seguimento pode produzir uma etapa incompleta. Este estudo não estabelece periodicidades ou critérios clínicos, que dependem de recomendações específicas. A análise concentra-se na organização do processo: informação adequada, registro, comunicação de resultado, encaminhamento quando indicado e acompanhamento das barreiras que podem interromper o percurso.

Situações de violência exigem acolhimento, avaliação de segurança e observância dos fluxos legais e assistenciais pertinentes. A intersectorialidade pode ser necessária, mas o compartilhamento de informações deve ser cuidadoso. Não é adequado presumir que a presença de um acompanhante seja protetora ou que a discussão possa ocorrer em qualquer ambiente. A equipe precisa dispor de condições para escuta reservada e reconhecer seus limites, acionando recursos apropriados sem abandonar necessidades clínicas e de continuidade.

Um exemplo hipotético envolve uma mulher que deixa de retornar porque depende de outra pessoa para cuidar dos filhos e não encontra apoio. A resposta pode incluir revisão do horário, articulação de contatos e discussão de alternativas possíveis no serviço. A solução não será idêntica em todos os territórios. O que importa é reconhecer que a ausência não se explica

automaticamente por desinteresse e que o planejamento pode reduzir parte do custo de acesso.

A avaliação deve examinar acesso, continuidade, experiência de respeito e resolução de barreiras. O volume de procedimentos é relevante, mas não demonstra autonomia nem qualidade do percurso. Indicadores agregados devem ser desagregados quando os dados permitirem, para identificar desigualdades entre territórios e grupos. A promoção da saúde da mulher ganha consistência quando articula cuidado técnico, direitos e condições concretas de participação nas decisões.

#### **4.11. Infância, Adolescência e Articulação com a Educação**

A relação entre APS e educação pode ampliar identificação de necessidades e oportunidades de promoção, desde que preserve objetivos e responsabilidades de cada setor. A escola conhece aspectos do cotidiano que não aparecem na consulta, enquanto a equipe de saúde pode contribuir com avaliação e apoio. Essa articulação não deve transformar educadores em responsáveis por diagnósticos nem converter dificuldades escolares automaticamente em problemas clínicos. A análise precisa considerar condições pedagógicas, familiares, sociais e de saúde.

Na infância, a promoção envolve desenvolvimento, proteção e condições para participação em experiências adequadas à idade. A escuta dos cuidadores é importante, mas deve ser acompanhada de atenção à criança e à diversidade de arranjos familiares. Orientações precisam considerar recursos disponíveis e evitar culpabilização de quem cuida. Quando a equipe identifica uma dificuldade, deve distinguir o que pode ser acompanhado na APS, o que requer

avaliação específica e o que depende de articulação social ou educacional.

Atividades em escolas devem ser construídas com a comunidade escolar e relacionadas a necessidades identificadas. A repetição de palestras sem diálogo pode produzir pouco envolvimento. Temas como alimentação, convivência, movimento e uso de serviços podem ser trabalhados de forma adequada à faixa etária, preservando qualidade científica e linguagem acessível. A participação dos estudantes permite reconhecer dúvidas e experiências que não seriam previstas por um planejamento exclusivamente adulto.

A circulação de informações entre saúde e escola exige finalidade e proteção. Nem todo dado clínico é necessário para apoiar a participação escolar. O compartilhamento deve ser limitado ao pertinente e observar regras aplicáveis. A exposição de uma condição pode gerar estigma, especialmente quando a informação circula além dos profissionais responsáveis. A articulação deve buscar apoio concreto sem transformar o estudante em objeto de discussão pública.

Na adolescência, a promoção precisa reconhecer diversidade de trajetórias e ampliar condições de procura espontânea por cuidado. Horários, linguagem e receio de quebra de privacidade podem interferir no acesso. A equipe deve explicar como funciona o atendimento e quais são os limites de confidencialidade conforme a situação. A confiança se constrói por coerência entre o que é informado e o que é praticado, evitando promessas absolutas que não possam ser mantidas.

Um exemplo hipotético envolve estudantes que não participam de uma ação porque o tema foi definido sem escuta e o formato reproduz uma aula expositiva extensa. A revisão pode incluir levantamento de dúvidas, atividades participativas e possibilidade de atendimento individual para questões sensíveis. A mudança não precisa tornar o conteúdo superficial. Pode aumentar complexidade ao partir de problemas concretos e permitir que os participantes relacionem informação a decisões de sua vida.

A avaliação da parceria deve examinar continuidade e consequências, não apenas número de atividades realizadas. Pode ser relevante acompanhar se dúvidas foram respondidas, se estudantes conhecem formas de acesso e se necessidades identificadas receberam encaminhamento adequado. Aumento de procura por cuidado pode representar melhora de confiança e acesso, e não necessariamente aumento de adoecimento. A interpretação exige considerar o mecanismo esperado e as condições de implementação.

A articulação com educação também permite identificar barreiras territoriais compartilhadas, como insegurança no trajeto, falta de espaços de convivência ou dificuldades de transporte. Essas questões demandam outros setores e não podem ser resolvidas apenas por orientação individual. A APS contribui ao relacionar seus efeitos à saúde e ao participar da construção de respostas, mantendo o compromisso de ouvir crianças, adolescentes e cuidadores de forma compatível com suas necessidades e direitos.

**Tabela 6.** Continuidade e necessidades de promoção ao longo do curso de vida

| <b>Momento</b>       | <b>Necessidade a explorar</b>                                                                                                                 | <b>Organização proposta</b>                                                                                                                           | <b>Cuidado interpretativo</b>                                                                                                              |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primeira infância    | Condições de cuidado, desenvolvimento, alimentação e recursos familiares podem exigir respostas clínicas e sociais articuladas no território. | Ouvir cuidadores, observar necessidades da criança e coordenar apoio com serviços pertinentes, mantendo acompanhamento e clareza dos próximos passos. | Dificuldades familiares não devem ser reduzidas a desconhecimento ; considerar recursos e evitar culpabilização de quem realiza o cuidado. |
| Adolescência         | Privacidade, pertencimento, dúvidas e horários podem influenciar a possibilidade de procurar cuidado e participar de ações coletivas.         | Construir espaços de escuta e comunicação adequada, explicar funcionamento do serviço e limites de confidencialidade conforme a situação.             | Não presumir homogeneidade entre adolescentes nem converter toda experiência ou comportamento em risco que exige intervenção clínica.      |
| Vida adulta          | Trabalho remunerado, informalidade e responsabilidades domésticas podem limitar tempo e recursos para continuidade de consultas e atividades. | Analisar padrões de acesso e discutir adaptações viáveis de agenda, comunicação e organização de retornos quando clinicamente adequadas.              | Uma falta pode expressar barreira organizacional; não interpretar automaticamente a ausência como recusa ou falta de responsabilidade.     |
| Gestação e puerpério | Mudanças de necessidades, rede de apoio e sobrecarga                                                                                          | Preservar acompanhamento integral, espaço de escuta                                                                                                   | Não reduzir a mulher à função reprodutiva nem presumir que a                                                                               |

|                |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                     |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | podem exigir atenção à mulher e ao cuidado da criança.                                                                          | reservada e articulação da rede conforme necessidades e recomendações técnicas pertinentes.                                                        | presença de familiares assegura apoio suficiente ou seguro.                                                                                         |
| Envelhecimento | Funcionalidade, participação, comunicação e apoio variam entre pessoas da mesma idade e precisam orientar o desenho do cuidado. | Ouvir prioridades da pessoa, identificar adaptações e coordenar recursos sem substituir automaticamente sua decisão pela opinião de acompanhantes. | Idade não define incapacidade; evitar paternalismo e reconhecer tanto autonomia quanto necessidade legítima de ajuda e proteção.                    |
| Transições     | Alta, mudança de moradia, perda de cuidador ou passagem entre serviços podem romper informação, vínculo e acesso.               | Definir referência, comunicar plano essencial e revisar continuidade após a mudança, utilizando meios institucionais adequados e protegidos.       | Um encaminhamento concluído administrativamente não demonstra continuidade; verificar se a pessoa compreendeu e conseguiu realizar o próximo passo. |

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### 4.12. Condições Crônicas e Redução da Carga do Cuidado

O acompanhamento de condições crônicas evidencia a relação entre orientação técnica e capacidade de sustentação no cotidiano.

Consultas, exames, medicamentos e mudanças de rotina podem produzir uma carga significativa para pessoas e famílias. A promoção da saúde precisa reconhecer esse trabalho do cuidado, identificando o que é necessário, o que pode ser simplificado e quais apoios são indispensáveis. Um plano tecnicamente adequado pode falhar quando exige recursos ou tempo que a pessoa não possui.

A continuidade permite distinguir dificuldades de compreensão, acesso e tolerância ao tratamento, entre outras possibilidades que exigem avaliação profissional. A equipe não deve resumir todo problema à adesão. Essa categoria pode ocultar situações diferentes e deslocar a análise para o comportamento individual. Perguntar como o cuidado está sendo realizado, quais etapas são mais difíceis e o que mudou desde o último encontro oferece informações mais úteis para revisão do plano.

O apoio ao autocuidado deve ampliar capacidade de decisão e reconhecimento de necessidades, sem transferir responsabilidade clínica indevida. A pessoa precisa saber a quem recorrer, como obter esclarecimentos e quando procurar avaliação. Materiais e orientações devem ser compatíveis com sua forma de comunicação. O estudo não propõe ajustes terapêuticos padronizados; enfatiza a organização de suporte para que condutas definidas por profissionais possam ser compreendidas e acompanhadas com segurança.

A multimorbidade exige atenção à soma das recomendações. Cada serviço pode oferecer uma orientação pertinente e, em conjunto, produzir um plano contraditório ou excessivamente oneroso. A APS pode contribuir ao organizar informação, discutir prioridades e articular profissionais. A coordenação não significa modificar

condutas de outros serviços sem avaliação, mas criar condições para que divergências sejam esclarecidas e que a pessoa não precise resolver sozinha conflitos técnicos.

Grupos de apoio podem favorecer troca de experiências, desde que não se tornem espaços de prescrição entre participantes ou comparação moral de resultados. O facilitador deve acolher experiências e esclarecer que necessidades clínicas variam. A participação pode ser especialmente útil para discutir rotina, dúvidas e barreiras comuns. Contudo, não substitui acompanhamento individual quando indicado e não deve ser exigida como condição para acesso a outros componentes do cuidado.

Um exemplo hipotético envolve uma pessoa com dificuldade de leitura que organiza medicamentos pela aparência das embalagens. A troca de apresentação pode gerar confusão, ainda que a orientação verbal pareça ter sido compreendida. A equipe precisa reconhecer a forma real de uso, avaliar segurança e construir um recurso de comunicação apropriado, com participação da pessoa e de apoio autorizado quando necessário. O caso demonstra que a barreira pode estar na relação entre informação e prática, e não em falta de vontade.

A avaliação deve incluir continuidade, acesso a recursos, compreensão e carga percebida do cuidado, além de parâmetros clínicos pertinentes. Uma melhora pontual pode não se sustentar se depende de esforço extraordinário ou se não resolve barreiras. Da mesma forma, resultados clínicos podem permanecer aquém do esperado apesar de bom processo, exigindo investigação e revisão. A

interpretação precisa evitar julgamentos simplistas sobre usuários ou equipes.

A promoção em condições crônicas também envolve manter participação social e projetos de vida. O cuidado não deve ocupar todo o cotidiano nem reduzir a pessoa a seus diagnósticos. Perguntar o que ela deseja preservar ou retomar pode orientar decisões e tornar o plano mais significativo. A APS contribui quando articula controle clínico com autonomia, funcionalidade e condições para viver, reconhecendo que saúde não se resume à normalização de indicadores.

#### **4.13. Racismo Institucional e Desigualdades no Cuidado**

A análise de equidade precisa reconhecer que desigualdades raciais não se limitam a diferenças de renda ou de localização. Elas podem ser produzidas e reproduzidas nas relações institucionais, na interpretação de necessidades e na distribuição de oportunidades de cuidado. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra oferece um referencial específico para enfrentar essas questões no SUS (Brasil, 2017b). Sua incorporação exige mais do que mencionar diversidade: requer examinar processos concretos e criar condições para identificar e responder a experiências de discriminação.

O registro de raça ou cor pode apoiar a análise, desde que seja realizado de forma adequada, respeitando autodeclaração e finalidade. A baixa completude limita a capacidade de observar desigualdades e não deve ser tratada apenas como problema administrativo. A equipe precisa compreender por que a informação importa e como será utilizada. Ao mesmo tempo, a existência do

campo preenchido não demonstra que o serviço desenvolve cuidado equitativo. O dado é um recurso para investigação, não um substituto da transformação de práticas.

A avaliação pode examinar etapas do percurso assistencial para identificar diferenças de acesso, espera, continuidade e experiência. Uma disparidade observada exige análise de qualidade dos dados, condições sociais e organização do serviço. Não é adequado atribuir toda diferença a uma única causa sem investigação, mas também não se deve exigir prova absoluta para reconhecer e corrigir práticas discriminatórias relatadas. A gestão precisa dispor de canais de acolhimento, apuração e resposta que protejam usuários e trabalhadores contra retaliação.

O racismo institucional pode aparecer em condutas rotineiras que parecem neutras. Suposições sobre capacidade de compreender, tolerância à dor, comportamento ou estrutura familiar podem influenciar o atendimento. A educação permanente deve permitir examinar essas suposições a partir de situações concretas, com responsabilidade técnica e sem reduzir o problema a atitudes individuais isoladas. Protocolos, linguagem, critérios de prioridade e formas de comunicação também precisam ser revistos quando produzem efeitos desiguais.

A participação de pessoas e organizações do território pode revelar barreiras que não aparecem nos registros. Essa escuta deve ser contínua e produzir consequência, evitando convocar representantes apenas para eventos simbólicos. A equipe pode discutir experiências de acesso, pertinência de materiais e formas de acolhimento, preservando espaço para divergências. O reconhecimento de saberes e práticas culturais não dispensa

avaliação de segurança, mas exige que o diálogo ocorra sem desqualificação prévia ou estereótipos.

Um exemplo hipotético envolve relatos recorrentes de usuários que se sentem desacreditados ao apresentar sintomas. A resposta não deve limitar-se a uma campanha de cordialidade. Pode incluir escuta reservada, análise de registros e processos, discussão de comunicação e acompanhamento das medidas adotadas. A avaliação precisa verificar se houve mudança na experiência e no tratamento das reclamações. A ausência posterior de relatos não pode ser interpretada automaticamente como resolução, pois também pode refletir perda de confiança no canal.

A abordagem territorial deve evitar transformar raça ou cor em explicação biológica genérica de desigualdades. O foco do estudo recai sobre relações sociais, acesso e processos institucionais. Quando uma condição clínica possui recomendações específicas, elas devem ser tratadas com base técnica adequada, sem extrapolar para características supostas de todo um grupo. A promoção comprometida com equidade reconhece diferenças relevantes e combate classificações que naturalizam desigualdades produzidas socialmente.

O acompanhamento das ações pode combinar completude do registro, análise de acesso, resposta a manifestações e participação em decisões. Nenhum desses elementos, isoladamente, comprova superação do racismo. A utilidade está em tornar o problema visível, definir responsabilidades e acompanhar mudanças. A avaliação deve reconhecer que transformação institucional exige continuidade, recursos e disposição para revisar rotinas que podem

ser confortáveis para o serviço e excludentes para parte da população.

#### **4.14. Deficiência, Acessibilidade e Comunicação Inclusiva**

A acessibilidade envolve condições físicas, comunicacionais, organizacionais e relacionais. Uma unidade pode possuir rampa e ainda apresentar barreiras no agendamento, na sinalização ou na compreensão das orientações. A promoção da saúde precisa examinar o percurso completo, desde a obtenção de informação até a continuidade do cuidado. O objetivo é permitir participação com autonomia e apoio adequado, evitando que a pessoa dependa desnecessariamente de terceiros para exercer direitos e comunicar suas necessidades.

A avaliação do ambiente deve considerar entrada, circulação, mobiliário, sanitários e possibilidade de utilização dos recursos oferecidos. A existência formal de adaptações não garante funcionalidade. Um equipamento pode estar presente e ser difícil de utilizar pela organização do espaço. A escuta de pessoas com diferentes deficiências ajuda a identificar problemas que uma inspeção genérica não reconhece. A solução exige articulação com gestão e manutenção, além de ajustes locais possíveis.

A comunicação deve ser dirigida à pessoa, mesmo quando há acompanhante. A presença de apoio não elimina sua capacidade de expressar preferências ou participar de decisões. O profissional precisa identificar como a comunicação ocorre melhor e quais recursos são necessários. Linguagem simples, tempo adequado, materiais acessíveis e mediação apropriada podem ser relevantes conforme a situação. Não se deve presumir que uma única

adaptação atende todas as pessoas com o mesmo diagnóstico ou tipo de deficiência.

A organização da agenda também pode produzir barreiras. Tempos padronizados podem ser insuficientes quando o atendimento exige mediação comunicacional ou apoio para mobilidade. Repetidos deslocamentos podem ser especialmente onerosos. A equipe deve considerar adaptações justificadas, preservando qualidade e acesso. Essa diferenciação não representa privilégio; responde a necessidades distintas para que o cuidado tenha condições equivalentes de realização.

Atividades coletivas precisam ser planejadas para participação efetiva. Convidar pessoas com deficiência sem adaptar local, dinâmica e materiais pode produzir inclusão apenas nominal. A equipe deve discutir objetivos e necessidades com os interessados, evitando decidir antecipadamente o que podem ou não fazer. Também é importante não restringir toda oferta a grupos separados. A escolha entre atividades comuns, adaptadas ou específicas deve considerar preferências, segurança e possibilidade de participação.

Um exemplo hipotético envolve uma pessoa com baixa visão que recebe orientações impressas em fonte pequena e confirma entendimento por constrangimento. A equipe pode interpretar dificuldades posteriores como descumprimento. Uma revisão da comunicação, com identificação do formato preferido e verificação de compreensão, modifica o processo. O caso mostra que a barreira está na interação entre necessidade e desenho do serviço, e não apenas em uma característica individual.

A avaliação deve incluir experiência de autonomia, possibilidade de comunicação e resolução das adaptações solicitadas. O número de atendimentos não informa se a pessoa conseguiu participar das decisões ou utilizar o ambiente com segurança. Reclamações e sugestões precisam ser acessíveis, inclusive para quem não utiliza canais digitais. A gestão deve acompanhar prazos e respostas, para que a identificação de uma barreira não se repita indefinidamente sem mudança.

A promoção inclusiva exige reconhecer heterogeneidade e evitar paternalismo. Apoio não significa substituir escolhas, e autonomia não significa ausência de ajuda. O cuidado deve buscar a combinação que permite maior participação possível, considerando vontade, contexto e necessidades. Essa perspectiva aproxima acessibilidade de equidade e mostra que adaptações são parte da qualidade do serviço, não um complemento opcional destinado a situações excepcionais.

#### **4.15. Territórios Rurais, Remotos e Populações em Mobilidade**

A distância geográfica modifica custos e temporalidade do acesso. Em áreas rurais ou remotas, deslocamentos podem depender de transporte irregular, condições climáticas e disponibilidade de recursos. A organização urbana de agenda nem sempre responde a esse contexto. A promoção precisa considerar a possibilidade de reunir cuidados compatíveis, planejar retornos e manter comunicação por meios adequados, sem reduzir qualidade ou substituir avaliação presencial quando ela é necessária.

A população de um território também pode variar conforme trabalho, sazonalidade e deslocamentos. Cadastros estáticos podem

não representar pessoas que circulam, trabalham temporariamente ou alternam moradia. A responsabilidade sanitária exige mecanismos de acolhimento e coordenação que reconheçam essa mobilidade. O endereço ajuda a organizar acompanhamento, mas não deve ser utilizado de forma rígida para negar resposta a uma necessidade. A equipe precisa distinguir critérios administrativos de barreiras indevidas ao cuidado.

O planejamento de ações extramuros requer análise de logística, recursos e continuidade. Uma atividade pontual pode ampliar acesso imediato e ainda deixar lacunas se não houver retorno de exames, acompanhamento ou referência para intercorrências. A qualidade depende do percurso completo. Antes da ação, é necessário definir quais necessidades podem ser atendidas, quais exigem encaminhamento e como as pessoas serão informadas sobre os próximos passos. O sucesso não se resume ao volume de atendimentos realizados no dia.

A telessaúde pode reduzir parte dos deslocamentos e apoiar equipes, mas depende de conectividade, privacidade e adequação clínica. Não deve ser tratada como solução universal para desigualdade territorial. A ausência de exame presencial ou de recursos locais pode limitar sua utilização em determinadas situações. A avaliação deve considerar se o recurso ampliou acesso seguro, reduziu viagens evitáveis e preservou possibilidade de encaminhamento, sem transferir ao usuário a responsabilidade de resolver falhas tecnológicas.

Populações em mobilidade podem enfrentar barreiras de linguagem, documentação e desconhecimento dos fluxos. A comunicação precisa explicar como acessar cuidado e quais

informações são necessárias, sem criar exigências não justificadas. A equipe deve evitar pressupor que a pessoa permanecerá no território por longo período. Quando há possibilidade de deslocamento, um plano compreensível e informações essenciais de continuidade podem ajudar a reduzir rupturas, respeitando proteção dos dados e canais institucionais disponíveis.

Um exemplo hipotético envolve trabalhadores sazonais que chegam ao território durante determinado período. A unidade pode observar aumento de demanda sem que o cadastro habitual reflita essa população. O planejamento pode incluir escuta sobre horários, condições de trabalho e formas de contato, além de articulação com a rede. A análise deve evitar estigmatizar o grupo como fonte de sobrecarga e reconhecer que a mobilidade modifica a necessidade de recursos e a organização do acesso.

A avaliação territorial precisa considerar tempo e custo de deslocamento, não apenas distância. Um trajeto curto pode ser difícil em período de chuva ou para pessoa com mobilidade reduzida. O uso de médias municipais pode ocultar essas diferenças. Informações qualitativas ajudam a interpretar indicadores e a escolher locais e horários de ações. A adaptação deve ser acompanhada para verificar se alcança pessoas com maior barreira ou apenas reproduz acesso de grupos já próximos dos serviços.

A universalidade exige que o sistema responda à diversidade territorial sem oferecer um cuidado permanentemente inferior a quem vive longe. A adaptação de meios deve preservar finalidade e qualidade, reconhecendo limites e necessidades de investimento. O papel da APS inclui produzir informação sobre esses limites e participar de pactuações que articulem transporte, referência e

apoio especializado. A promoção torna-se mais consistente quando a distância é tratada como condição de planejamento e não como justificativa naturalizada para descontinuidade.

#### **4.16. Trabalho, Renda e Disponibilidade de Tempo para Cuidar**

As relações de trabalho influenciam exposição, renda e capacidade de acessar serviços. A pessoa pode reconhecer uma necessidade e adiar o cuidado por receio de perder remuneração ou vínculo. A equipe precisa compreender essas condições ao interpretar atrasos e faltas. A promoção não deve pressupor que todos dispõem de tempo livre ou de proteção para ausentar-se. A organização do serviço pode reduzir parte das barreiras, enquanto questões trabalhistas e de proteção social exigem articulação com instâncias competentes.

O trabalho informal apresenta desafios específicos de previsibilidade. Horários variáveis e renda dependente de atividade diária podem dificultar retornos fixos. A equipe pode discutir alternativas e formas de comunicação que ampliem continuidade, sem prometer disponibilidade ilimitada. O planejamento precisa equilibrar flexibilidade e capacidade do serviço. A adaptação ganha qualidade quando é baseada em informação sobre padrões de necessidade, e não em concessões informais que dependem de relações pessoais com trabalhadores da unidade.

O trabalho doméstico e de cuidado também deve ser reconhecido. Pessoas que cuidam de crianças, idosos ou familiares com dependência podem ter dificuldade de sair de casa mesmo sem ocupação remunerada. A pergunta sobre trabalho precisa incluir essas responsabilidades. Caso contrário, o serviço pode interpretar

disponibilidade de forma equivocada e propor atividades incompatíveis. O reconhecimento da carga de cuidado permite discutir apoio, horários e necessidade de acompanhamento do próprio cuidador.

A promoção da saúde relacionada ao trabalho exige atenção às exposições descritas pelo usuário e aos recursos de vigilância e assistência disponíveis. A equipe não deve reduzir sintomas a causas ocupacionais sem avaliação, mas precisa considerar essa possibilidade quando pertinente. O registro da ocupação e das condições de trabalho pode ajudar a identificar padrões no território. A articulação com serviços especializados e outras instâncias deve respeitar competências, proteção das informações e necessidades imediatas de cuidado.

A perda de renda pode modificar rapidamente alimentação, moradia e acesso a recursos. Um plano que era viável pode deixar de ser após desemprego ou redução de jornada. A continuidade permite reconhecer essa mudança e revisar prioridades. A orientação não deve permanecer presa a uma avaliação social antiga. Perguntas sobre alterações recentes ajudam a identificar necessidades antes que a interrupção do cuidado seja interpretada apenas como mudança de comportamento.

Um exemplo hipotético envolve uma pessoa que deixa de participar de um grupo após iniciar trabalho em horário incompatível. O abandono da atividade pode representar melhora de renda e, ao mesmo tempo, perda de uma oportunidade de apoio. A equipe precisa compreender a transição e oferecer alternativas possíveis. O caso mostra que indicadores de permanência não podem ser

interpretados sem contexto: a saída de uma atividade nem sempre representa piora ou falha da intervenção.

A avaliação do acesso deve considerar custos indiretos. Transporte, tempo de espera, perda de remuneração e necessidade de substituir um cuidador podem tornar uma consulta difícil mesmo quando não há cobrança pelo serviço. A redução desses custos constitui uma dimensão de qualidade. Medidas como informação prévia, organização de retornos e comunicação de cancelamentos podem produzir benefício relevante sem depender de tecnologias complexas.

O estudo interpreta disponibilidade de tempo como recurso socialmente distribuído. Essa perspectiva amplia a análise de equidade e ajuda a compreender por que ofertas iguais geram participação desigual. A promoção da saúde precisa reconhecer esse recurso ao desenhar atividades e ao avaliar resultados, evitando transformar a capacidade de cumprir agendas institucionais em medida de responsabilidade pessoal.

#### **4.17. Cuidadores, Envelhecimento e Redes de Apoio**

O cuidado de pessoas com dependência envolve tarefas, decisões e responsabilidades que podem se distribuir de forma desigual na família. A APS precisa identificar quem realiza esse trabalho e quais recursos possui, sem presumir que a presença de um familiar garante apoio suficiente. A promoção da saúde inclui atenção ao cuidador, às condições do domicílio e à possibilidade de manter participação social. A organização deve preservar a voz da pessoa cuidada e reconhecer que suas preferências podem diferir das do cuidador.

A avaliação domiciliar pode revelar barreiras que não aparecem na unidade, como dificuldade de circulação, ausência de apoio para deslocamento e sobrecarga na organização de medicamentos ou consultas. A visita deve ter finalidade definida e respeitar privacidade. O objetivo não é inspecionar a família, mas compreender condições que interferem no cuidado e construir respostas possíveis. Mudanças estruturais podem depender de outros setores, enquanto adaptações menores e orientações específicas exigem avaliação profissional adequada.

A sobrecarga do cuidador pode afetar continuidade e qualidade, mas não deve ser abordada apenas como falta de preparo. Tempo insuficiente, ausência de descanso, insegurança econômica e conflitos familiares podem participar do problema. A equipe precisa ouvir sem julgamento e articular recursos disponíveis. Grupos de apoio podem ajudar, mas não substituem serviços e políticas quando a necessidade envolve cuidado intensivo ou ausência de rede. A resposta deve ser proporcional à situação.

No envelhecimento, a promoção deve considerar funcionalidade e atividades significativas. A manutenção de vínculos, possibilidade de decidir e acesso a ambientes seguros são dimensões relevantes. A idade cronológica não determina sozinha a necessidade de apoio. Pessoas idosas podem apresentar grande autonomia ou dependência importante, e o cuidado precisa reconhecer essa diversidade. A presença de condições crônicas não deve apagar interesses, capacidades e projetos de vida.

O isolamento pode permanecer invisível quando a avaliação se concentra em parâmetros clínicos. Uma pessoa pode comparecer a consultas e ter pouca rede de convivência. A escuta sobre rotina e

apoio permite reconhecer necessidades e discutir recursos comunitários, respeitando preferências. A indicação de atividades não deve pressupor que qualquer grupo seja desejável ou acessível. O acompanhamento pode verificar se a pessoa conseguiu iniciar participação e se a experiência correspondeu ao que buscava.

Um exemplo hipotético envolve um cuidador que falta a consultas próprias porque não dispõe de substituição. O serviço pode registrar baixa adesão e deixar de reconhecer uma barreira produzida pela organização familiar e pela ausência de apoio. A resposta pode incluir revisão de agenda, articulação com a rede e discussão de prioridades, dentro dos recursos existentes. A solução exige reconhecer que cuidar de quem cuida é parte da continuidade do cuidado da família.

A avaliação pode observar carga percebida, acesso do cuidador à própria atenção, continuidade e participação nas decisões. Esses resultados não devem ser confundidos com obrigação de manter o cuidado no domicílio a qualquer custo. Existem situações em que a necessidade ultrapassa a capacidade familiar e demanda outras respostas. A APS precisa reconhecer limites e acionar a rede, evitando romantizar sacrifício ou tratar exaustão como prova de dedicação.

O fortalecimento das redes de apoio depende de sustentabilidade. A ajuda de vizinhos e familiares pode ser importante, mas não deve ser considerada recurso inesgotável. O planejamento precisa examinar quem está assumindo tarefas, por quanto tempo e com quais consequências. A promoção da saúde se torna mais equitativa quando distribui responsabilidades de forma explícita e não utiliza a

existência de solidariedade comunitária para justificar ausência de apoio institucional.

**Tabela 7.** Barreiras de acesso e perguntas para uma resposta equitativa

| <b>Barreira</b>        | <b>Manifestação possível</b>                                                                                                            | <b>Adaptação a discutir</b>                                                                                                                      | <b>Verificação necessária</b>                                                                                                |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Racial e institucional | Descrédito de relatos, comunicação discriminatória ou diferenças de percurso podem afastar usuários e comprometer confiança no serviço. | Qualificar registro, escuta e resposta a manifestações, discutir processos e envolver grupos afetados na avaliação das mudanças.                 | A ausência de reclamações não comprova ausência de discriminação; avaliar confiança nos canais e proteção contra retaliação. |
| Física e funcional     | Entrada, circulação, mobiliário ou deslocamento podem impedir utilização mesmo quando existe oferta formal de atendimento ou atividade. | Avaliar o percurso completo com pessoas interessadas, definir adaptações e articular gestão para intervenções que exigem recursos específicos.   | A presença de uma adaptação não garante funcionalidade; verificar utilização real, autonomia e segurança no ambiente.        |
| Comunicacional         | Linguagem técnica, materiais inadequados ou falta de mediação podem dificultar compreensão e participação nas decisões sobre o cuidado. | Identificar formas preferidas de comunicação, adequar recursos e verificar entendimento de modo respeitoso, sem transformar a conversa em teste. | Concordância verbal pode ocultar dúvida ou constrangimento; observar como a pessoa descreve o plano e seus próximos passos.  |

|                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                             |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Temporal e econômica   | Horários, espera, transporte e perda de remuneração podem tornar uma oferta gratuita difícil de utilizar na prática.                       | Reduzir deslocamentos evitáveis, melhorar informação prévia e revisar horários conforme necessidades identificadas e capacidade institucional disponível. | Acompanhar se a adaptação alcançou pessoas com maior barreira, e não apenas aumentou utilização por quem já tinha acesso.                   |
| Digital                | Dispositivo, conexão, acessibilidade e privacidade podem limitar uso de aplicativos e criar dependência de terceiros para agendamento.     | Manter canais alternativos de qualidade equivalente e revisar distribuição de oportunidades, linguagem e suporte ao uso dos recursos.                     | Contar acessos digitais não identifica pessoas excluídas; combinar dados com escuta no território e nos canais presenciais.                 |
| Territorial e cultural | Distância, mobilidade, linguagem e relações locais podem modificar trajetos e confiança, mesmo entre pessoas da mesma área administrativa. | Conhecer circulação real, pactuar ações pertinentes e adaptar meios sem reduzir qualidade ou impor um único formato de participação.                      | Não utilizar o endereço como explicação automática; combinar informação territorial com necessidades e preferências individuais relevantes. |

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### 4.18. Construção de Indicadores e Qualidade do Denominador

Um indicador só é útil quando sua definição corresponde à pergunta de avaliação. A expressão cobertura de acompanhamento pode representar população cadastrada, pessoas atendidas em determinado período ou usuários que receberam um conjunto de ações. Essas medidas não são equivalentes. Antes de comparar resultados, a equipe precisa definir numerador, denominador, período, fonte e critérios de inclusão. A falta dessa definição permite que o mesmo nome seja utilizado para números diferentes e dificulta compreender se houve mudança real no cuidado.

O denominador merece atenção porque define quem está sendo considerado na avaliação. Em uma situação hipotética, uma equipe acompanha sessenta pessoas de um total elegível de cem, produzindo 60%. Se vinte pessoas deixam de constar na lista sem justificativa adequada, o percentual passa a 75% mesmo sem novo acompanhamento. O exemplo mostra que melhoria aparente pode decorrer de alteração da população contabilizada. A atualização cadastral é necessária, mas deve ser documentada e não pode funcionar como mecanismo para retirar pessoas com maior dificuldade de acesso.

Também é preciso distinguir ausência de registro de ausência de cuidado. Um procedimento pode ter sido realizado e não documentado, assim como um registro pode não refletir adequadamente sua qualidade. A avaliação deve reconhecer essa diferença e investigar causas. Melhorar o registro é relevante para continuidade e gestão, mas não equivale automaticamente a melhorar o cuidado. O monitoramento precisa acompanhar ambas as dimensões e evitar que a pressão por preenchimento obscureça a experiência assistencial.

A periodicidade deve ser compatível com o fenômeno. Indicadores de acesso podem mudar rapidamente após reorganização de agenda, enquanto resultados populacionais podem exigir tempo maior e sofrer influência de muitos fatores. Medidas muito frequentes podem gerar oscilação sem significado, especialmente em populações pequenas. Medidas muito espaçadas podem atrasar reconhecimento de problemas. A escolha deve considerar utilidade para decisão, estabilidade e custo de produção.

A análise de pequenas populações exige cautela. Uma variação de poucos eventos pode produzir grande mudança percentual. Em vez de classificar imediatamente uma equipe como melhor ou pior, convém observar números absolutos, contexto e série temporal. A agregação de períodos pode aumentar estabilidade, mas reduz rapidez de resposta. A decisão depende da finalidade e não deve ser tomada apenas para produzir um resultado visualmente mais favorável.

Os indicadores de equidade precisam ser acompanhados de informação sobre completude. Se uma categoria possui muitos dados ausentes, a comparação pode representar apenas a parcela melhor registrada. A equipe deve informar essa limitação e examinar se a ausência é aleatória ou concentrada em determinados grupos. O processo de melhoria inclui qualificar coleta e interpretação, sem preencher dados por suposição ou atribuir características que deveriam ser declaradas pela própria pessoa.

A seleção de um conjunto pequeno de indicadores pode favorecer uso real, desde que cubra dimensões essenciais. Um painel muito amplo pode dispersar atenção e aumentar trabalho sem melhorar decisões. A escolha deve relacionar cada medida a uma ação

possível. Se a equipe não sabe o que faria diante de uma mudança, talvez o indicador não seja prioritário para aquele nível de gestão. Isso não elimina informações de monitoramento mais amplo, mas ajuda a separar necessidades de diferentes instâncias.

A ficha técnica de cada indicador deve permanecer acessível. Alterações de definição precisam ser registradas e consideradas nas comparações. Uma série que muda de critério no meio do período não deve ser apresentada como contínua sem explicação. A transparência metodológica permite que equipes e comunidade compreendam resultados e reduz o risco de utilizar números como instrumentos de persuasão sem base interpretativa suficiente.

**Tabela 8.** Perguntas e especificações para indicadores locais de promoção

| <b>Objeto</b> | <b>Definição a explicitar</b>                                                                                      | <b>Uso possível</b>                                                                                                              | <b>Risco de interpretação</b>                                                                                                 |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acesso        | Definir quando começa a tentativa de acesso e qual resposta é considerada adequada para a necessidade apresentada. | Acompanhar etapas de procura, marcação e atendimento, relacionando resultados a horários, canais e grupos com maiores barreiras. | Medir apenas consultas realizadas exclui tentativas frustradas e pode produzir uma avaliação favorável de um acesso restrito. |
| Continuidade  | Definir população elegível, período e critérios de acompanhamento, considerando necessidades diferentes e          | Identificar interrupções e orientar revisão de processos, mantendo justificativa para alterações do                              | Percentual pode melhorar por redução indevida do denominador; analisar números absolutos e razões                             |

|                  |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                   |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | mudanças legítimas de território ou cuidado.                                                                                         | cadastro e da população analisada.                                                                                                              | das exclusões ou atualizações.                                                                                                                    |
| Participação     | Distinguir convite, presença, expressão de opinião e influência efetiva sobre prioridades e decisões do serviço ou da rede.          | Registrar propostas, devolutivas e mudanças decorrentes da participação, examinando diversidade e condições de acesso aos espaços coletivos.    | Número de reuniões ou participantes não demonstra representatividade, e, poder decisório nem ausência de constrangimento para manifestar crítica. |
| Equidade         | Explicitar grupos comparados, completude dos registros e medida absoluta ou relativa utilizada para descrever a diferença observada. | Identificar distribuição de benefícios e barreiras e orientar investigação, sem atribuir automaticamente causalidade a uma categoria social.    | Dados ausentes ou populações pequenas podem distorcer comparação; informar limitações e evitar exposição de pessoas em recortes detalhados.       |
| Coordenação      | Definir encaminhamento emitido, recebido, atendido e com retorno de informação como etapas distintas do percurso assistencial.       | Localizar interrupções e pactuar respostas entre serviços, mantendo a pessoa informada e preservando responsabilidades da equipe de referência. | Encaminhar não equivale a resolver; uma alta produção de referências pode coexistir com baixa continuidade ou fragmentação.                       |
| Sustentabilidade | Identificar recursos, tempo e responsabilidades necessários para                                                                     | Acompanhar continuidade, adaptações e carga de trabalho,                                                                                        | Manutenção formal não comprova pertinência; uma                                                                                                   |

|  |                                                                                  |                                                                         |                                                                                   |
|--|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | manter a ação em condições regulares, sem dependência de esforço extraordinário. | relacionando resultados ao suporte disponível e às mudanças de pessoal. | ação pode continuar sendo realizada mesmo depois de perder utilidade territorial. |
|--|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### 4.19. Comparação Temporal e Limites da Atribuição Causal

Uma mudança observada após uma intervenção não demonstra, por si só, que foi causada por ela. Outros acontecimentos podem ter ocorrido no mesmo período, como alteração de equipe, campanha nacional, mudança no transporte ou variação sazonal. A avaliação precisa considerar essas possibilidades antes de atribuir resultado à ação. Essa cautela não impede aprendizagem local; torna mais precisa a interpretação e ajuda a identificar quais componentes merecem continuidade ou investigação adicional.

A comparação antes e depois pode ser útil para acompanhamento, mas depende de uma linha de base adequada. Se o período inicial foi excepcionalmente ruim, parte da melhora pode representar retorno a uma condição habitual. Se houve mudança de registro, a diferença pode refletir documentação. A equipe deve examinar vários pontos no tempo quando possível e registrar eventos que possam influenciar a série. A análise visual de uma trajetória costuma ser mais informativa do que a comparação de dois números isolados.

Um exemplo hipotético envolve aumento de acompanhamento após implantação de lembretes. No mesmo período, a unidade

ampliou horário e recebeu um profissional. A melhora pode resultar da combinação dessas mudanças. Não seria adequado afirmar que o lembrete, isoladamente, produziu todo o efeito. A avaliação pode investigar quais usuários foram alcançados por cada componente, como o acesso mudou e quais barreiras permaneceram, reconhecendo que a intervenção real foi um conjunto de medidas.

Grupos de comparação podem ajudar, mas precisam ser analisados quanto à semelhança e às tendências anteriores. Duas unidades podem atender populações diferentes e possuir recursos distintos. Comparar percentuais sem considerar essas condições pode produzir conclusões injustas. Métodos mais complexos de avaliação exigem conhecimento específico e dados adequados. O estudo não aplica essas técnicas; destaca que o nível de afirmação causal deve ser compatível com o desenho utilizado.

O confundimento ocorre quando outros fatores se relacionam tanto à exposição quanto ao resultado. Territórios com maior cobertura de serviços podem apresentar características que também influenciam saúde. Em sentido oposto, áreas com maior necessidade podem receber mais recursos e continuar com resultados piores, apesar de benefício da intervenção. A leitura dos estudos sobre ESF deve considerar esse problema, evitando interpretar associação bruta como estimativa direta de efeito.

A causalidade reversa também merece atenção. Uma unidade pode intensificar busca ativa porque o acompanhamento está pior, e não apresentar pior acompanhamento porque realiza mais busca ativa. Se a análise ignora a sequência temporal, pode atribuir significado equivocado à relação observada. A descrição do processo e do momento das decisões ajuda a interpretar dados. Por isso, registros

sobre implementação são tão importantes quanto os indicadores finais.

O reconhecimento desses limites deve ser acompanhado de linguagem precisa. Expressões como associado a, compatível com e sugere uma contribuição podem ser mais adequadas do que comprova ou determina, dependendo da evidência. A prudência não significa neutralizar toda conclusão. Permite distinguir o que está bem sustentado, o que é plausível e o que permanece incerto. Essa distinção fortalece a utilidade científica e evita promessas desproporcionais sobre resultados esperados.

A avaliação local pode produzir conhecimento relevante mesmo sem estimativa causal robusta. Identificar que um fluxo foi implementado, que uma barreira diminuiu e que usuários relatam melhor acesso oferece base para aperfeiçoamento. O importante é não apresentar esse conhecimento como prova de impacto populacional. Diferentes perguntas exigem diferentes desenhos, e a qualidade depende de reconhecer qual pergunta os dados disponíveis conseguem responder.

#### **4.20. Resultados, Implementação e Efeitos Não Previstos**

A avaliação de resultados precisa ser acompanhada da análise de implementação. Uma intervenção pode não produzir o efeito esperado porque sua hipótese era inadequada, porque não foi executada como previsto ou porque condições externas impediram o mecanismo. Essas situações exigem respostas distintas. Sem observar o processo, a equipe pode abandonar uma proposta útil ou insistir em uma ação cuja lógica não corresponde ao problema. O acompanhamento deve tornar visível o que realmente aconteceu.

A fidelidade não significa repetir rigidamente um formato. É necessário distinguir componentes essenciais da intervenção de elementos que podem ser adaptados. Em um grupo educativo, o diálogo e a possibilidade de revisar metas podem ser centrais, enquanto duração e local podem variar. A adaptação deve ser justificada e registrada para que seus efeitos sejam compreendidos. A ausência dessa distinção favorece tanto rigidez improdutiva quanto mudanças que eliminam o mecanismo esperado sem que a equipe perceba.

A intensidade e o alcance também importam. Uma atividade pode ser bem conduzida e atingir poucas pessoas em relação à necessidade territorial. Outra pode alcançar muitas pessoas com contato superficial. A avaliação deve examinar quem recebeu a intervenção, em que condições e por quanto tempo. A interpretação de resultados entre participantes não deve ser generalizada automaticamente para toda a população elegível. A seleção de quem consegue participar pode influenciar o resultado observado.

Efeitos não previstos podem ser positivos ou negativos. Uma ação pode fortalecer redes de apoio além de seu objetivo inicial, mas também aumentar sobrecarga de voluntários ou exposição de informações. A equipe precisa criar meios para reconhecer essas consequências. Perguntas abertas, acompanhamento de reclamações e observação do trabalho podem complementar indicadores planejados. A avaliação que procura apenas confirmar o resultado esperado tende a perder sinais importantes para revisão.

Um exemplo hipotético envolve um sistema de agendamento digital que reduz filas presenciais. O resultado parece favorável, mas pessoas sem conectividade passam a depender de terceiros e

relatam dificuldade. A análise deve considerar os dois efeitos e revisar a oferta de canais. O sucesso de uma dimensão não elimina o problema de outra. Uma intervenção orientada por equidade precisa examinar distribuição de benefícios e encargos, e não apenas o desempenho médio.

A sustentabilidade depende de recursos e de compatibilidade com o trabalho habitual. Uma ação pode funcionar durante um projeto com equipe adicional e perder continuidade quando esse apoio termina. A avaliação deve identificar quais recursos foram necessários e quais podem ser mantidos. Celebrar resultados sem reconhecer esforço extraordinário pode levar à disseminação de uma proposta inviável em outras unidades. A transparência sobre condições de implementação ajuda a planejar adaptação responsável.

O custo de oportunidade também deve ser considerado. Tempo dedicado a uma nova atividade deixa de estar disponível para outras tarefas. Isso não torna a inovação inadequada, mas exige examinar o que foi reorganizado e se houve prejuízo a necessidades relevantes. A gestão deve evitar adicionar continuamente responsabilidades sem retirar duplicações ou ampliar capacidade. A promoção sustentável depende de escolhas explícitas e de proteção das condições de trabalho.

A decisão de manter, ampliar, adaptar ou interromper uma ação deve reunir resultados, implementação e experiência. Uma atividade popular pode não responder ao problema prioritário; uma proposta tecnicamente promissora pode ser pouco aceitável; uma ação eficaz em pequena escala pode exigir recursos não disponíveis para

expansão. A avaliação oferece elementos para essa decisão, mas não substitui pactuação e responsabilidade institucional.

**Tabela 9.** Integração entre resultados, implementação e aprendizagem

| <b>Dimensão</b> | <b>Pergunta de avaliação</b>                                                                                                            | <b>Evidência a reunir</b>                                                                                                                    | <b>Decisão que pode apoiar</b>                                                                                                             |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Problema        | A necessidade foi corretamente delimitada e as causas consideradas correspondem às experiências das pessoas e aos processos observados? | Combinar registros, escuta e análise do percurso, identificando hipóteses confirmadas, alternativas plausíveis e informações ainda ausentes. | Reformular o problema quando necessário, evitando intensificar uma resposta cuja lógica não corresponde à barreira principal identificada. |
| Mecanismo       | A mudança proposta chegou a produzir a etapa intermediária pela qual se esperava melhorar acesso, compreensão ou continuidade?          | Observar o processo diretamente e verificar se as condições necessárias estavam presentes durante a implementação da proposta.               | Distinguir falha da hipótese de dificuldade de execução, selecionando ajustes compatíveis com a causa mais bem sustentada.                 |
| Alcance         | Quem recebeu a intervenção e quais pessoas elegíveis permaneceram ausentes ou participaram em condições                                 | Comparar perfil e barreiras, respeitando qualidade de dados e incluindo escuta de pessoas que não conseguiram participar.                    | Rever canais, horários, local e apoio para reduzir exclusões sem impor participação ou produzir exposição de                               |

|               |                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | insuficientes para obter benefício?                                                                                        |                                                                                                                                                   | informações pessoais.                                                                                                                          |
| Efeitos       | Houve mudança compatível com o objetivo e quais consequências positivas ou negativas surgiram além do que estava previsto? | Relacionar indicadores ao tempo esperado e reunir relatos sobre custos, apoio, constrangimento, segurança e experiência de utilização.            | Manter, adaptar ou interromper componentes conforme benefício, risco e distribuição dos efeitos, explicitando limites da interpretação causal. |
| Recursos      | O resultado dependeu de condições que podem ser mantidas ou de apoio temporário e sobrecarga não reconhecida?              | Registrar tempo, infraestrutura, trabalho adicional e atividades reorganizadas, evitando contabilizar apenas materiais ou despesas mais visíveis. | Pactuar recursos ou rever escala antes da expansão, reconhecendo custos de oportunidade e responsabilidades de gestão e equipe.                |
| Transferência | Quais componentes são essenciais e quais podem mudar quando a proposta é aplicada em outro território ou serviço?          | Descrever mecanismo, contexto, adaptações e limites, incluindo dificuldades e resultados que não corresponderam às expectativas iniciais.         | Disseminar critérios e aprendizagem, evitando apresentar um formato local como solução universal independente de recursos e necessidades.      |

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

## **4.21. Informação Qualitativa e Experiência dos Usuários**

Os indicadores quantitativos ajudam a observar magnitude e variação, mas não explicam sozinhos como as pessoas experimentam o cuidado. Relatos podem revelar medo, constrangimento, dificuldade de compreensão e custos que não aparecem nos sistemas. A informação qualitativa não deve ser tratada como complemento meramente ilustrativo. Ela pode modificar a formulação do problema e indicar mecanismos que orientam escolhas de intervenção. Sua utilização, contudo, exige método, proteção e reconhecimento de limites.

A escuta pode ocorrer em diferentes formatos, como conversas estruturadas, reuniões e análise de manifestações recebidas por canais institucionais. Cada formato alcança pessoas distintas e produz informações sob condições específicas. Usuários mais satisfeitos ou mais disponíveis podem participar com maior frequência. Pessoas que abandonaram o serviço podem estar ausentes justamente quando sua experiência seria relevante. A equipe deve reconhecer essa seleção e evitar afirmar que poucos relatos representam toda a comunidade.

As perguntas precisam ser compreensíveis e abertas à crítica. Solicitar apenas avaliação geral de satisfação pode produzir respostas pouco específicas. Perguntar o que facilitou, o que dificultou e o que poderia ser modificado ajuda a identificar processos. A pessoa deve compreender que sua manifestação não prejudicará o atendimento. Quando há relação de dependência, a presença do profissional diretamente envolvido pode limitar franqueza, exigindo alternativas de escuta.

A análise deve preservar contexto e evitar uso seletivo de frases. Um relato favorável não elimina dificuldades descritas na mesma experiência. A equipe pode organizar temas recorrentes, divergências e situações excepcionais relevantes, sem produzir percentuais que sugere representatividade estatística indevida. A síntese precisa distinguir o que foi relatado do que foi interpretado. Essa separação permite discutir achados com os participantes e corrigir leituras que não correspondam ao sentido pretendido.

A confidencialidade merece atenção porque relatos podem identificar pessoas mesmo sem nome. Combinações de idade, condição e local podem ser reconhecíveis em comunidades pequenas. A divulgação deve limitar detalhes e considerar finalidade. Situações sensíveis podem exigir tratamento reservado e fluxos específicos, em vez de apresentação em reunião ampla. A promoção participativa não autoriza exposição de experiências pessoais para produzir impacto ou ilustrar um argumento.

A triangulação relaciona fontes para ampliar compreensão. Se registros mostram boa disponibilidade de vagas e usuários relatam dificuldade, a divergência pode indicar que a barreira ocorre antes da marcação ou que as vagas não são compatíveis com suas condições. O objetivo não é escolher automaticamente qual fonte está correta. É investigar como cada uma foi produzida e qual dimensão representa. A combinação pode revelar um problema que permaneceria invisível na análise isolada.

O retorno aos usuários permite verificar se a interpretação faz sentido e mostrar quais decisões foram influenciadas. Essa devolutiva deve ser acessível e reconhecer limites. Nem toda sugestão poderá ser implementada, mas a justificativa precisa ser

clara. A ausência de retorno enfraquece confiança e transforma a escuta em coleta sem consequência. A avaliação ganha legitimidade quando as pessoas reconhecem relação entre suas experiências e mudanças observáveis.

A informação qualitativa também pode revelar resultados que não estavam previstos. Uma atividade pode ajudar alguém a compreender como procurar cuidado ou a reconhecer uma rede de apoio. Esses efeitos não devem ser automaticamente convertidos em evidência de eficácia clínica, mas possuem relevância própria. A análise precisa situá-los e discutir como se relacionam aos objetivos de promoção, preservando a diferença entre experiência individual, padrão recorrente e resultado populacional.

#### **4.22. Financiamento, Capacidade de Trabalho e Prioridades**

O financiamento condiciona estrutura, pessoal e continuidade, mas sua relação com resultados depende de como recursos são distribuídos e utilizados. A promoção da saúde exige tempo de equipe, materiais, comunicação e articulação, mesmo quando não envolve procedimentos de alto custo. Tratar essas atividades como ações sem custo pode ocultar trabalho e favorecer sua interrupção. A análise precisa reconhecer recursos necessários e relacioná-los às prioridades territoriais e à sustentabilidade do serviço.

A distinção entre investimento e custeio é relevante. Construir ou equipar uma unidade amplia capacidade potencial, enquanto manter profissionais, insumos e funcionamento exige recursos contínuos. A ausência de planejamento integrado pode produzir estruturas pouco utilizadas ou equipes sem condições adequadas. A promoção depende de que investimento físico seja acompanhado

por organização e continuidade, especialmente em territórios onde deslocamento e manutenção apresentam dificuldades adicionais.

A alocação orientada por equidade deve considerar necessidade e custo de ofertar cuidado. Territórios remotos, populações com maiores barreiras e áreas de alta vulnerabilidade podem exigir recursos adicionais para alcançar resultados semelhantes. Comparar gasto por atendimento sem considerar essas condições pode favorecer serviços que atendem situações menos complexas. A análise de eficiência precisa ser relacionada à finalidade pública e à distribuição de benefícios, evitando reduzir qualidade a menor custo unitário.

Incentivos associados a indicadores podem orientar atenção para prioridades, mas também produzir efeitos indesejados se as medidas forem estreitas. A equipe pode concentrar esforços em atividades contabilizadas e reduzir ações importantes que não aparecem no painel. A resposta não é abandonar toda mensuração, mas combinar indicadores, acompanhar consequências e preservar espaço para necessidades locais. O desenho de incentivos precisa reconhecer que nem todo valor do cuidado é capturado por um número.

A capacidade de trabalho deve ser analisada como recurso finito. Novas exigências de registro, reuniões e ações comunitárias precisam ser integradas à carga existente. A gestão deve identificar duplicações e tarefas de baixo valor, além de necessidades de pessoal. Esperar que a promoção seja realizada apenas pela motivação dos trabalhadores produz fragilidade. A continuidade exige tempo protegido, responsabilidades definidas e condições

para que o trabalho territorial não dependa de esforço voluntário permanente.

Um exemplo hipotético envolve a implantação de uma atividade semanal sem revisão da agenda. Inicialmente, a equipe mantém o grupo por extensão informal da jornada. Com o tempo, surgem cansaço e cancelamentos. A interpretação não deve atribuir a interrupção apenas à falta de compromisso. O desenho da ação não incorporou seu custo de trabalho. A solução requer reorganização e pactuação, ou revisão do formato, para que a atividade seja compatível com capacidade real.

A transparência sobre recursos ajuda a participação social. Comunidade e trabalhadores precisam compreender limites e possibilidades para discutir prioridades de forma informada. Isso não significa transferir decisões técnicas ou orçamentárias complexas sem apoio. Exige apresentar informações relevantes em linguagem acessível e explicar consequências das escolhas. A participação ganha consistência quando pode discutir alternativas concretas, e não apenas expressar demandas sem acesso ao contexto de decisão.

A sustentabilidade financeira e organizacional deve ser examinada antes da expansão de uma experiência. Uma ação pode ser valiosa e ainda exigir ajustes para alcançar maior escala. O planejamento deve identificar recursos essenciais, dependências e riscos de interrupção. A promoção da saúde se fortalece quando deixa de ser tratada como projeto temporário e passa a integrar responsabilidades e recursos do funcionamento regular da APS.

#### **4.23. Educação Permanente e Aprendizagem no Trabalho**

A educação permanente deve partir de problemas que interferem no cuidado e que podem ser analisados pela equipe. A oferta de cursos é importante, mas não garante mudança de prática quando condições organizacionais permanecem inadequadas. Um profissional pode compreender a importância da participação e não dispor de tempo ou apoio para realizá-la. A formação precisa ser articulada à gestão do trabalho, permitindo que conhecimentos sejam experimentados, acompanhados e incorporados a processos sustentáveis.

A seleção de temas pode ser orientada por dificuldades observadas, indicadores e relatos de usuários. Uma sequência de falhas de comunicação, por exemplo, pode justificar análise de como orientações são transmitidas e registradas. A atividade educativa deve formular uma pergunta concreta e identificar uma mudança a testar. O objetivo não é transformar toda reunião em aula, mas criar condições para que o cotidiano produza aprendizagem e para que essa aprendizagem modifique decisões.

A discussão de situações deve preservar privacidade e evitar exposição de profissionais como responsáveis únicos por falhas complexas. O foco pode recair sobre etapas do processo, condições de trabalho e alternativas de ação. Isso não elimina responsabilidade individual quando pertinente, mas impede que a busca de culpados substitua análise. Uma cultura de aprendizagem permite reconhecer erros e limites sem naturalizá-los, favorecendo correção e prevenção de recorrências.

O acompanhamento após a formação é decisivo. Uma oficina sobre registro, por exemplo, precisa ser seguida de observação sobre uso, dificuldades e efeitos no cuidado. A equipe pode descobrir que o

problema não era desconhecimento, mas duplicação de campos ou ausência de equipamento. Nesse caso, insistir em capacitação não resolve a barreira. A avaliação deve distinguir necessidade de aprendizagem de necessidade de reorganização ou investimento.

A integração entre diferentes categorias amplia a compreensão de problemas. A recepção pode identificar dificuldades de agendamento; agentes comunitários, barreiras territoriais; profissionais assistenciais, questões clínicas; gestão, limites de recursos. Reunir essas perspectivas permite construir soluções mais completas. A participação deve ser organizada para que trabalhadores com menor poder institucional possam contribuir, evitando que a discussão seja monopolizada por posições hierárquicas.

Um exemplo hipotético envolve orientações de retorno que os usuários frequentemente interpretam de maneira diferente da pretendida. A equipe pode revisar a linguagem, testar um formato simples e pedir que usuários expliquem o próximo passo com suas palavras. O resultado pode ser acompanhado por dúvidas recebidas e continuidade. A intervenção educativa dirige-se, nesse caso, ao próprio serviço, reconhecendo que a comunicação é uma responsabilidade compartilhada e que sua clareza pode ser melhorada.

A formação também deve abordar análise de dados e equidade. Profissionais precisam compreender denominadores, limites de comparação e riscos de exposição de informações. Essas competências ajudam a evitar decisões baseadas em interpretações equivocadas. O aprendizado pode utilizar dados agregados do serviço e situações hipotéticas, com supervisão adequada e

proteção. A finalidade é ampliar capacidade de fazer perguntas úteis, não exigir que toda equipe produza análises estatísticas complexas.

A sustentabilidade da educação permanente depende de regularidade e de ligação com decisões. Encontros esporádicos podem mobilizar interesse e não modificar rotina. Um ciclo curto de análise, teste e revisão permite observar consequências e consolidar mudanças. O reconhecimento institucional desse tempo é necessário para que a aprendizagem não se torne atividade adicional realizada apenas quando sobra disponibilidade. Na promoção da saúde, aprender com o território é parte do trabalho e precisa ser organizado como tal.

#### **4.24. Comunicação Pública, Desinformação e Confiança**

A comunicação pública em saúde precisa relacionar clareza científica e compreensão das preocupações da população. Informações incorretas podem circular porque oferecem explicações simples, mobilizam medo ou se conectam a experiências de desconfiança. A resposta não deve limitar-se a repetir uma mensagem oficial com maior intensidade. É necessário identificar a dúvida, compreender o contexto e oferecer explicação pertinente, sem ridicularizar a pessoa que a apresenta.

A confiança depende da experiência com o serviço. Uma comunicação correta pode ter pouco alcance se a pessoa encontra dificuldades repetidas, recebe orientações contraditórias ou não obtém retorno. A promoção da saúde exige coerência entre mensagem e prática. Reconhecer falhas e explicar como serão tratadas pode fortalecer credibilidade, enquanto promessas amplas

sem capacidade de cumprimento tendem a produzir desgaste. A comunicação não substitui qualidade assistencial; participa dela.

Mensagens devem explicitar o que se sabe e quais incertezas permanecem. A ausência de certeza absoluta não impede recomendações, mas precisa ser apresentada de forma proporcional. Mudanças de orientação devem ser explicadas, mostrando quando decorrem de novas evidências ou de alteração do contexto. A tentativa de preservar autoridade por meio de afirmações excessivamente definitivas pode dificultar revisões posteriores e ampliar desconfiança quando a informação muda.

A escolha de canais deve considerar alcance e acessibilidade. Redes sociais podem atingir parte da população e deixar outras pessoas fora. Materiais impressos, comunicação presencial e parcerias comunitárias podem ser necessários. O planejamento deve evitar dependência de um único meio e verificar como as mensagens são recebidas. Número de visualizações não demonstra compreensão, e compartilhamento não indica concordância ou mudança de comportamento.

O envolvimento de interlocutores comunitários pode facilitar diálogo, mas exige respeito à diversidade de opiniões e responsabilidade sobre o conteúdo. Lideranças não devem ser utilizadas apenas como transmissoras de mensagens prontas. Sua participação pode ajudar a identificar linguagem, dúvidas e barreiras. Ao mesmo tempo, a equipe precisa manter compromisso com informação tecnicamente adequada e esclarecer quando determinada afirmação não é sustentada pelas evidências disponíveis.

Um exemplo hipotético envolve um boato que associa uma ação de saúde a perda de benefício social. A resposta deve explicar a finalidade da ação, os critérios pertinentes e os canais de esclarecimento, evitando repetir desnecessariamente detalhes que ampliem a circulação do boato. A equipe também precisa verificar se alguma prática local contribuiu para a interpretação. A correção da informação pode exigir mudança de linguagem ou de processo, e não apenas publicação de uma nota.

A avaliação da comunicação pode observar dúvidas recorrentes, compreensão do próximo passo, procura por esclarecimento e experiência de confiança. Mudanças de comportamento devem ser interpretadas com cautela, pois dependem de condições materiais e de acesso. Uma pessoa pode compreender a mensagem e continuar sem meios para agir. A comunicação de qualidade reconhece essa diferença e conecta informação a apoio concreto.

A promoção da saúde deve evitar estratégias baseadas em humilhação ou medo desproporcional. A intenção de produzir adesão não justifica exposição de pessoas ou exagero de riscos. Mensagens precisam ser verdadeiras, contextualizadas e úteis para decisão. O vínculo construído pela APS oferece uma oportunidade para diálogo continuado, no qual dúvidas podem ser retomadas e a confiança se fortalece pela consistência do cuidado.

#### **4.25. Proteção de Dados no Planejamento Territorial**

O planejamento territorial utiliza informações que podem ser sensíveis, especialmente quando relacionam condições de saúde, localização e vulnerabilidade. A utilidade para o cuidado não elimina deveres de proteção. A equipe precisa distinguir dados necessários

para acompanhar pessoas de informações adequadas à discussão pública. Um mapa nominativo pode ter finalidade assistencial restrita e ser inadequado para apresentação comunitária. A escolha do formato depende de finalidade, risco e necessidade de identificação.

A minimização de dados consiste em utilizar apenas o que é necessário para a operação. Uma reunião intersetorial pode precisar saber que existe barreira de transporte e não exigir detalhes clínicos completos. O compartilhamento excessivo aumenta exposição e pode comprometer confiança. A definição de informações essenciais deve ser feita antes da circulação, com orientação institucional e consideração das bases legais aplicáveis. A conveniência de enviar um prontuário completo não constitui justificativa suficiente.

Listas de busca ativa precisam permanecer em meios institucionais protegidos. O uso de dispositivos pessoais e planilhas sem controle pode gerar cópias desatualizadas e acesso indevido. A equipe deve conhecer os recursos autorizados e os procedimentos de segurança. A proteção não pode depender apenas de boa intenção individual; requer infraestrutura, suporte e regras compreensíveis. Quando o sistema disponível não atende à necessidade, a gestão deve buscar solução adequada em vez de naturalizar arranjos improvisados.

O acesso deve corresponder à função exercida. Nem todo trabalhador necessita de todas as informações para realizar sua tarefa. Ao mesmo tempo, restrições excessivas podem impedir cuidado e coordenação. A governança precisa equilibrar disponibilidade e proteção, com definição de perfis e rastreabilidade quando aplicável. A decisão deve ser institucional e revisada conforme mudanças no processo de trabalho, evitando

compartilhamento informal de credenciais ou dependência de uma única pessoa para acessar informação essencial.

A apresentação de dados agregados também exige cautela. Em áreas pequenas, combinações de características podem permitir reconhecimento. A retirada do nome não garante anonimato. A equipe deve avaliar se o nível de detalhe é necessário e se pode ser reduzido sem perder utilidade. A discussão participativa pode trabalhar com padrões e problemas sem expor domicílios ou trajetórias individuais. A transparência sobre políticas e resultados é compatível com proteção de informações pessoais.

Um exemplo hipotético envolve a divulgação de um mapa que identifica residências de pessoas acompanhadas por determinada condição. A intenção pode ser mostrar cobertura, mas o resultado pode revelar informação que os usuários não desejam compartilhar. Uma alternativa é apresentar dados agregados por área e manter a lista nominativa apenas para o cuidado. O caso demonstra que o mesmo conjunto de dados exige representações diferentes conforme público e finalidade.

A resposta a incidentes deve ser conhecida pela equipe. Perda de dispositivo, envio equivocado e acesso indevido exigem comunicação pelos canais institucionais e avaliação técnica, conforme a situação. O trabalhador não deve improvisar ocultação ou tentar resolver sozinho um problema que demanda gestão. A educação permanente precisa abordar esses eventos de forma prática e relacioná-los à confiança dos usuários, sem transformar proteção de dados em uma lista abstrata de proibições.

A avaliação da governança pode observar adequação de acessos, duplicação de bases, qualidade de registros e capacidade de resposta a incidentes. O objetivo não é aumentar burocracia sem benefício, mas assegurar que a informação fortaleça o cuidado. Uma APS orientada por dados precisa ser também orientada por responsabilidade sobre as pessoas representadas nesses dados, preservando dignidade e possibilidade de participação.

**Tabela 10.** Finalidade e proteção das informações utilizadas no território

| <b>Operação</b>    | <b>Finalidade legítima</b>                                                                                                                | <b>Proteção a considerar</b>                                                                                                                                     | <b>Pergunta de controle</b>                                                                                                              |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cadastro           | Reconhecer população e manter informações necessárias à continuidade, sem coletar detalhes sem relação com uma finalidade definida.       | Explicar a utilização, qualificar atualização e restringir acesso conforme responsabilidades, utilizando os sistemas e procedimentos institucionais apropriados. | Cada informação solicitada contribui para cuidado ou gestão pertinente, ou está sendo coletada apenas porque existe um campo disponível? |
| Lista assistencial | Acompanhar necessidades individuais e organizar contato, revisão ou retorno de pessoas que demandam continuidade pela equipe responsável. | Manter dados nominativos em ambiente protegido, evitar cópias desnecessárias e definir responsáveis pela atualização e pelo acompanhamento.                      | A lista possui finalidade atual e acesso adequado, ou circula entre pessoas que não necessitam dessas informações?                       |

|                    |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Discussão de caso  | Articular decisões e apoio técnico entre profissionais que participam do cuidado e precisam compreender aspectos relevantes da situação.       | Compartilhar somente o necessário, preservar contexto e autoria e utilizar espaços e canais compatíveis com a sensibilidade do conteúdo.           | Os detalhes apresentados ajudam a decisão ou ampliam exposição sem contribuição efetiva para o cuidado da pessoa?              |
| Rede intersetorial | Viabilizar resposta a uma necessidade que exige participação de outro setor, com definição de responsabilidade e retorno esperado.             | Delimitar informações pertinentes e meios institucionais, observando bases legais e evitando envio automático de todo o histórico clínico.         | O destinatário precisa identificar a pessoa e conhecer cada dado compartilhado para cumprir a finalidade pactuada?             |
| Devolutiva pública | Apresentar problemas, resultados e decisões à comunidade, permitindo participação informada e acompanhamento das responsabilidades do serviço. | Utilizar informações agregadas e avaliar risco de reidentificação, especialmente quando recortes combinam características raras ou áreas pequenas. | É possível compreender o problema coletivo sem reconhecer domicílios, condições de saúde ou trajetórias individuais sensíveis? |
| Incidente          | Reconhecer e tratar perda, acesso indevido ou envio equivocado conforme procedimentos e responsabilidades                                      | Acionar canais apropriados, preservar informação necessária à avaliação e buscar apoio técnico, evitando                                           | A equipe conhece o fluxo de comunicação e dispõe de suporte para responder sem ampliar exposição ou                            |

|  |                                       |                                                 |                       |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|
|  | institucionais aplicáveis à situação. | ocultação ou soluções individuais improvisadas. | atrasar providências? |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### **4.26. Continuidade do Cuidado em Situações Ambientais Adversas**

A preparação para eventos ambientais deve começar pelo conhecimento das condições locais. Áreas sujeitas a alagamento, calor intenso, interrupção de transporte ou falta de energia apresentam necessidades específicas. A equipe pode reunir informações de moradores, vigilância e outros setores para identificar pontos críticos. A finalidade não é prever com exatidão todos os eventos, mas reduzir dependência de improvisação e definir como manter comunicação e cuidado quando a rotina é interrompida.

O plano precisa identificar atividades essenciais e suas dependências. Conservação de insumos, comunicação, acesso ao prontuário e deslocamento de profissionais podem exigir alternativas. Cada unidade deve conhecer os fluxos institucionais aplicáveis e os responsáveis por decisões. Um documento genérico sem relação com infraestrutura e território tende a ter pouca utilidade. A preparação pode incluir revisão de contatos e exercícios de discussão que permitam reconhecer lacunas antes da emergência.

A identificação de pessoas que podem necessitar de apoio deve ser atualizada e protegida. Dependência de cuidados, mobilidade reduzida e ausência de rede podem aumentar dificuldades em situações de deslocamento. A equipe precisa discutir formas de contato e articulação com serviços responsáveis. Essa identificação não autoriza exposição pública nem garante capacidade de resposta ilimitada. O planejamento deve ser realista e explicitar quais apoios dependem de outras instâncias.

A comunicação durante o evento deve priorizar informações confirmadas e ações possíveis. Canais podem falhar, e mensagens precisam ser consistentes entre serviços. A equipe deve evitar divulgar orientações não verificadas ou prometer atendimento em locais que não estão funcionando. A atualização de informações sobre acesso, referência e medidas de proteção pode reduzir deslocamentos desnecessários e incerteza. Quando houver dúvida, é preferível reconhecer o limite e indicar como a informação será confirmada.

Após a fase aguda, a APS pode encontrar necessidades acumuladas. Consultas adiadas, perda de recursos e mudanças de moradia podem interromper trajetórias. A retomada deve combinar oferta regular e identificação de grupos que permaneceram afastados. A prioridade não deve ser definida apenas pela ordem de procura, pois pessoas com maior necessidade podem ter menor capacidade de chegar. O conhecimento territorial ajuda a orientar busca ativa e articulação, respeitando limites e recursos disponíveis.

Um exemplo hipotético envolve uma unidade que reabre após alagamento, mas parte da população está temporariamente em outro bairro. O retorno do serviço ao endereço habitual não garante

acesso dessas pessoas. A equipe pode articular comunicação com unidades próximas e organizar continuidade de informações. O indicador de dias de funcionamento, embora útil, não captura integralmente a recuperação do cuidado. A avaliação precisa examinar também a trajetória das pessoas afetadas.

O aprendizado posterior deve identificar o que funcionou, quais recursos faltaram e quais grupos foram menos alcançados. A análise não deve se limitar a responsabilizar trabalhadores que atuaram sob condições excepcionais. Precisa reconhecer falhas de preparação, infraestrutura e coordenação. A revisão do plano deve incorporar essas informações e definir medidas factíveis, com responsáveis e acompanhamento.

A promoção ambiental se fortalece quando preparação e continuidade fazem parte do planejamento regular. Ações pontuais após desastres são necessárias, mas não substituem redução de riscos e articulação territorial. A APS pode contribuir com conhecimento sobre necessidades e vulnerabilidades, enquanto intervenções estruturais dependem de políticas mais amplas. A responsabilidade compartilhada deve ser explícita para que o cuidado não se torne promessa sem suporte institucional.

#### **4.27. Implantação Gradual e Aprendizagem por Ciclos**

A implementação de mudanças pode ser organizada por ciclos que permitam observar efeitos antes da expansão. A escolha de um problema delimitado favorece definição de objetivo e acompanhamento. Isso não significa fragmentar permanentemente a promoção em pequenas ações, mas criar condições para aprender com a prática. Uma intervenção ampla implantada sem capacidade

de monitoramento pode produzir dificuldades difíceis de compreender e corrigir.

O primeiro ciclo deve explicitar a hipótese de mudança. Se a dificuldade identificada é comunicação sobre retornos, a proposta pode envolver revisão da orientação e verificação de entendimento. A equipe precisa definir o que espera observar e quais efeitos indesejados serão acompanhados. A hipótese deve ser suficientemente concreta para ser examinada, evitando objetivos genéricos que qualquer resultado possa parecer confirmar.

O teste inicial precisa respeitar segurança, direitos e condições de cuidado. Não se trata de experimentar condutas clínicas sem base ou de negar acesso a grupos. Mudanças organizacionais devem ser compatíveis com responsabilidades institucionais e acompanhadas por quem pode decidir sobre sua continuidade. A escala inicial pode ser limitada para facilitar aprendizagem, desde que os critérios sejam transparentes e não produzam exclusão indevida.

A coleta de informações deve ser proporcional. Um ciclo simples não exige um sistema paralelo extenso. Pode utilizar registros já disponíveis, observação do fluxo e escuta breve de usuários e trabalhadores. O importante é que os dados respondam à pergunta e permitam comparar o que foi previsto com o que ocorreu. A documentação deve ser suficiente para manter memória e facilitar revisão, sem consumir mais recursos do que a própria mudança.

A análise precisa incluir viabilidade. Uma intervenção que melhora acesso, mas depende de sobrecarga contínua, exige adaptação antes de expansão. A equipe deve identificar recursos adicionais, tarefas que podem ser reorganizadas e condições essenciais. A

decisão não deve se basear apenas em entusiasmo inicial ou em um resultado pontual favorável. A sustentabilidade precisa ser examinada como parte da qualidade.

O segundo ciclo pode ajustar formato, público ou processo conforme o aprendizado. Alterações devem ser registradas para que a trajetória seja compreendida. Se o problema inicial foi mal formulado, pode ser necessário retornar ao diagnóstico. Essa revisão não representa fracasso; demonstra capacidade de aprender. A dificuldade surge quando a instituição mantém uma ação por compromisso com sua imagem, apesar de sinais consistentes de baixa pertinência ou de efeitos negativos.

A expansão deve considerar diferenças entre contextos. Uma mudança que funcionou em uma equipe pode depender de relações, recursos ou características locais. Antes de replicar, convém identificar o mecanismo essencial e os elementos adaptáveis. A comunicação entre equipes pode favorecer aprendizagem, desde que não transforme uma experiência em modelo obrigatório sem análise. O estudo propõe disseminar perguntas e critérios, além de formatos de ação.

A institucionalização ocorre quando a mudança passa a integrar responsabilidades, recursos e acompanhamento regular. Sem essa etapa, a experiência pode desaparecer com a saída de um profissional. Protocolos de processo, formação de novos trabalhadores e revisão periódica ajudam a manter continuidade. A promoção da saúde exige essa passagem de iniciativa individual para capacidade organizacional, preservando abertura para novas adaptações quando o território e as necessidades se modificam.

**Tabela 11.** Ciclo de implantação de uma ação territorial de promoção

| <b>Momento</b> | <b>Produto esperado</b>                                                                                                                       | <b>Responsabilidade e a pactuar</b>                                                                                                                      | <b>Condição para avançar</b>                                                                                                   |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Delimitação    | Descrição do problema, população afetada, hipóteses de barreira e informações que justificam a prioridade em relação às demais necessidades.  | Equipe, gestão e participantes pertinentes devem discutir critérios, sem transferir ao usuário a responsabilidade de resolver limitações institucionais. | Existe uma pergunta concreta e uma necessidade reconhecida, em vez de uma atividade escolhida antes de compreender o problema. |
| Desenho        | Proposta que relaciona mudança de processo, mecanismo esperado, recursos e indicadores, incluindo efeitos não desejados a serem acompanhados. | Definir quem executa, quem apoia e quem pode decidir sobre recursos, ajustes e situações que ultrapassem o escopo inicial.                               | O desenho é compatível com segurança, direitos, atribuições e capacidade de trabalho, com limites e dependências explicitados. |
| Teste inicial  | Implementação em escala adequada à capacidade de acompanhamento, com registro simples do que foi realizado e das adaptações necessárias.      | Os responsáveis devem manter comunicação e garantir que dificuldades sejam reconhecidas rapidamente, sem depender de um único trabalhador.               | A ação pode ser observada e revisada sem comprometer cuidado necessário ou produzir exclusão indevida de grupos elegíveis.     |
| Revisão        | Análise conjunta de alcance, experiência,                                                                                                     | Incluir perspectivas de usuários e                                                                                                                       | A decisão diferencia problemas da                                                                                              |

|              |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                |                                                                                                                                          |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | resultados intermediários, custos e obstáculos que interferiram no funcionamento da proposta.                                                             | trabalhadores, protegendo informação e permitindo crítica sem constrangimento ou ameaça de prejuízo assistencial.                              | hipótese, da execução e do contexto, evitando conclusões baseadas apenas em um número favorável.                                         |
| Adaptação    | Mudanças justificadas no formato ou no processo, preservando componentes essenciais e documentando o que foi alterado e por quê.                          | Pactuar ajustes e recursos, comunicar consequências e revisar expectativas quando a proposta inicial não corresponde às condições encontradas. | A nova versão responde às dificuldades observadas e possui critérios claros para verificar se o ajuste trouxe benefício.                 |
| Incorporação | Integração à rotina com responsabilidades, recursos, formação e previsão de revisão, reduzindo dependência de apoio temporário ou esforço extraordinário. | A gestão deve reconhecer o trabalho necessário e a equipe deve manter memória, comunicação e capacidade de atualização territorial.            | Há condições de continuidade e pertinência, sem confundir repetição permanente de uma atividade com sustentabilidade de seus benefícios. |

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### 4.28. Situação Analítica de Barreira Territorial e Acesso Desigual

Considere-se um território hipotético dividido em três microáreas, com uma unidade localizada próxima ao centro comercial. Duas áreas possuem transporte regular, enquanto a terceira depende de um trajeto que se torna difícil em períodos de chuva. A equipe observa menor participação dessa última área em atividades programadas. O dado inicial não permite afirmar que os moradores tenham menos interesse ou maior resistência. Ele indica uma diferença de utilização que precisa ser relacionada a condições de acesso e à forma como a oferta foi organizada.

A primeira etapa seria verificar a população considerada no indicador. Cadastros desatualizados ou diferenças de composição etária podem modificar a comparação. Em seguida, a equipe poderia analisar horários, tentativas de agendamento e motivos relatados para ausência. A escuta de moradores ajudaria a compreender se o problema principal é transporte, duração do deslocamento, segurança ou incompatibilidade com trabalho. Essa combinação evita que o mapa geográfico seja utilizado como explicação suficiente sem examinar a experiência real.

Suponha-se, apenas para fins de demonstração, que a participação seja de oitenta entre cem pessoas elegíveis na primeira área e de quarenta entre cem na terceira. A diferença absoluta é de quarenta pontos percentuais. Esse cálculo descreve desigualdade de participação, mas não informa sua causa nem qualidade da atividade. Se os grupos possuem necessidades distintas, a comparação exige interpretação adicional. O exemplo mostra por que um indicador precisa ser acompanhado de uma pergunta e de informações sobre a população.

Uma resposta possível seria deslocar parte da atividade para um local comunitário acessível. Outra seria ajustar horários e articular transporte. A escolha depende de recursos, segurança, privacidade e possibilidade de manter continuidade. A ação extramuros pode reduzir deslocamento, mas também criar dificuldades para avaliações que exigem estrutura da unidade. O planejamento deve definir quais componentes podem ocorrer no território e como serão integrados ao cuidado regular, evitando uma oferta simplificada para a área com maior barreira.

A participação comunitária poderia contribuir na escolha do local e no reconhecimento de horários, mas não deveria assumir responsabilidade exclusiva pela logística. O serviço precisaria garantir condições de trabalho e materiais necessários. A parceria com uma associação pode ser útil, desde que voluntária e transparente. Caso o espaço não seja acessível a todos ou esteja associado a conflitos locais, sua utilização pode criar nova exclusão. O conhecimento comunitário ajuda a antecipar esses efeitos.

O acompanhamento deveria observar participação da área inicialmente menos alcançada, continuidade posterior e experiência dos usuários. Se a atividade passa a reunir sobretudo pessoas da área central, a mudança de local não respondeu ao objetivo. Se há aumento inicial e queda rápida, convém investigar pertinência, regularidade e condições de permanência. A avaliação precisa seguir o mecanismo esperado, e não apenas registrar que uma ação extramuros foi realizada.

Também seria necessário acompanhar efeitos sobre outras atividades. O deslocamento de profissionais pode reduzir oferta na unidade em determinados horários. A gestão deve organizar

cobertura e comunicação para que a correção de uma desigualdade não produza interrupção desproporcional de necessidades urgentes. O problema não se resolve pela escolha abstrata entre território e unidade. Exige arranjo que considere ambos e que torne explícito o uso dos recursos disponíveis.

O aprendizado principal dessa situação é que equidade depende de desenho e acompanhamento. Ofertar o mesmo formato em um único local pode parecer igualitário e produzir acesso desigual. Adaptar o formato pode ampliar justiça, desde que preserve qualidade e seja avaliado. A situação não fornece prova de eficácia de uma modalidade específica; demonstra um raciocínio de planejamento em que dados, experiência e recursos são articulados antes da decisão.

#### **4.29. Situação Analítica de Vacinação e Interpretação de Atrasos**

Em outra situação hipotética, uma equipe identifica registros de vacinação aparentemente incompletos em crianças do território. A resposta mais imediata seria convocar todas as famílias para uma ação educativa. Entretanto, a lista pode reunir problemas distintos: registro não atualizado, dificuldade de horário, indisponibilidade anterior, mudança de domicílio ou dúvida sobre vacinação. A análise precisa separar essas possibilidades para evitar uma intervenção única dirigida a causas diferentes.

A conferência inicial deve ocorrer por meios institucionais e conforme os procedimentos de registro e avaliação aplicáveis. O estudo não define esquemas vacinais ou condutas clínicas. A questão é organizacional: como a equipe reconhece a situação, verifica informações e oferece uma resposta adequada. A

participação de profissionais responsáveis pela vacinação e dos agentes comunitários pode ajudar a relacionar dados do sistema à experiência das famílias, preservando confidencialidade.

Se parte das famílias relata impossibilidade de comparecer durante o funcionamento habitual, a barreira principal não é conhecimento. A equipe pode discutir alternativas de oferta, observando recursos e normas técnicas. Se outras famílias apresentam dúvidas, a comunicação precisa abordar essas questões de forma respeitosa. Se o problema é registro, a correção deve ser realizada sem contabilizar como nova aplicação uma dose já recebida. A qualidade da resposta depende de reconhecer o tipo de pendência.

Suponha-se que, em um exercício ilustrativo, vinte de cinquenta registros inicialmente pendentes sejam esclarecidos como documentação incompleta. A lista restante muda de tamanho, mas não se pode afirmar que vinte crianças foram vacinadas pela intervenção. Houve melhoria de informação. Esse resultado é relevante para o planejamento, porém possui natureza distinta da ampliação de cobertura. O exemplo reforça a necessidade de separar correção cadastral, contato realizado e cuidado efetivamente ofertado.

A busca ativa deve explicar a finalidade do contato e evitar exposição. Uma mensagem pode convidar a família a conversar com a unidade sem divulgar informações sensíveis em um telefone compartilhado. Quando há dúvida, o diálogo precisa reconhecer preocupações e apresentar informação verificável. A equipe não deve presumir que uma pergunta representa oposição definitiva. A confiança pode ser fortalecida pela possibilidade de esclarecer sem

constrangimento e pela coerência entre orientação e disponibilidade do serviço.

A articulação com escolas pode ampliar comunicação, mas não deve produzir listas públicas de estudantes ou constrangimento. Cada setor precisa compreender sua função e os limites de compartilhamento. A ação deve preservar avaliação individual e procedimentos técnicos pertinentes. O objetivo intersetorial é reduzir barreiras e facilitar acesso, e não transformar a escola em espaço de pressão sobre famílias ou de exposição de condições de saúde.

A avaliação pode acompanhar pendências verificadas, contatos efetivos, barreiras identificadas e continuidade conforme critérios técnicos. A interpretação de cobertura exige utilizar os sistemas e definições apropriados, considerando qualidade dos registros. O número de convites distribuídos não deve ser usado como resultado final. Também é necessário verificar se grupos com maior dificuldade foram alcançados, para que a ação não amplie apenas participação de famílias já próximas do serviço.

A situação demonstra que promoção e prevenção se articulam sem se confundir. A vacinação corresponde a uma medida preventiva específica, enquanto diálogo, reorganização de acesso e fortalecimento de confiança constituem dimensões de promoção. A qualidade do conjunto depende de conexão entre essas etapas. Uma campanha pode ter boa comunicação e falhar por falta de oferta; uma oferta pode existir e permanecer pouco acessível. O planejamento precisa examinar o percurso completo.

#### **4.30. Situação Analítica de Condição Crônica e Insegurança Alimentar**

Considere-se uma pessoa hipotética acompanhada por uma condição crônica que apresenta dificuldade de manter o plano acordado. Durante a consulta, relata que a renda familiar diminuiu e que as refeições passaram a depender do que está disponível ao final do mês. A equipe percebe que orientações anteriores pressupunham escolhas alimentares que deixaram de ser possíveis. O problema exige avaliação clínica e revisão do contexto, sem atribuir automaticamente a mudança a falta de compromisso.

A primeira resposta deve preservar o cuidado necessário à condição de saúde. Reconhecer determinantes sociais não significa adiar avaliação ou manejo de riscos. Em paralelo, a equipe pode compreender a situação alimentar, identificar recursos e discutir alternativas compatíveis. A interpretação precisa evitar uma falsa escolha entre tratar a doença e considerar o contexto. As duas dimensões se relacionam, e a ausência de uma delas pode comprometer a efetividade da outra.

O plano compartilhado pode distinguir ações imediatas e necessidades de maior alcance. Uma orientação possível no curto prazo não resolve a insegurança alimentar, mas pode ajudar enquanto a articulação social é realizada. O encaminhamento deve indicar a necessidade de forma clara e prever retorno, sem transmitir detalhes clínicos desnecessários. A equipe precisa verificar se houve acesso ao recurso e se a resposta modificou a barreira. Entregar um endereço, isoladamente, não demonstra continuidade.

A atuação multiprofissional pode ajudar a integrar avaliação alimentar, condição funcional, saúde mental e proteção social, conforme necessidade e disponibilidade. O objetivo não é multiplicar consultas sem coordenação. Cada participação deve responder a uma pergunta e produzir contribuição para o plano. Caso contrário, a pessoa pode enfrentar mais deslocamentos e orientações desconectadas justamente em um período de maior dificuldade econômica.

Uma atividade coletiva sobre alimentação pode ser útil se permitir discutir experiências reais e recursos do território. Contudo, não deve exigir exposição da situação financeira nem substituir atendimento individual. A pessoa pode preferir não compartilhar dificuldades em grupo. O respeito a essa escolha preserva dignidade e confiança. A equipe deve oferecer apoio sem transformar a vulnerabilidade em condição para participação pública ou em exemplo destinado a sensibilizar outras pessoas.

A avaliação precisa considerar diferentes resultados. Pode haver melhoria de acesso a alimentos, compreensão do plano ou continuidade, enquanto parâmetros clínicos ainda demandam acompanhamento. Não seria adequado interpretar ausência de mudança imediata em um indicador como fracasso de toda a intervenção. Também não se deve afirmar eficácia clínica apenas porque o encaminhamento social foi concluído. Cada resultado precisa ser relacionado ao mecanismo e ao tempo em que poderia ocorrer.

A situação pode revelar um padrão territorial. Se relatos semelhantes aparecem em várias famílias, a equipe deve considerar análise agregada e articulação com políticas de segurança alimentar. O

cuidado individual produz informação para planejamento coletivo, desde que dados sejam protegidos. Essa passagem é um dos mecanismos pelos quais a ESF pode transformar vínculo em ação territorial, evitando que cada família seja tratada como caso isolado de uma dificuldade compartilhada.

O aprendizado consiste em reconhecer a diferença entre recomendar e tornar possível. A promoção não elimina a importância das escolhas, mas examina as condições em que elas são feitas. A resposta adequada combina cuidado clínico, negociação, apoio e articulação, com responsabilidades distribuídas. O exemplo não demonstra que uma única ação resolverá o problema; mostra por que uma abordagem exclusivamente comportamental seria insuficiente.

#### **4.31. Situação Analítica de Violência e Coordenação Intersetorial**

Em uma situação hipotética, uma usuária apresenta dificuldades de continuidade e sinais de sofrimento durante atendimentos. Em espaço reservado, relata violência e receio de que a informação seja conhecida por pessoa próxima. A equipe precisa reconhecer a sensibilidade e avaliar segurança, necessidades clínicas e fluxos de proteção pertinentes. A promoção da saúde, nesse contexto, não pode ser reduzida a aconselhamento genérico sobre autonomia. A possibilidade de agir é condicionada por risco, dependência e disponibilidade de apoio.

A escuta deve evitar perguntas que sugiram culpa ou imponham uma decisão imediata sem considerar consequências. O profissional precisa explicar limites de confidencialidade e obrigações aplicáveis à situação, sem prometer sigilo absoluto quando não puder mantê-

lo. A condução deve seguir normas e protocolos pertinentes, com apoio da rede. O presente estudo não substitui esses procedimentos; analisa como privacidade, vínculo e coordenação interferem na possibilidade de proteção e continuidade.

A comunicação entre serviços precisa ser necessária e segura. Encaminhar informações por canais informais ou contatar pessoas sem avaliar risco pode aumentar exposição. A equipe deve pactuar meios de contato adequados com a usuária, quando possível, e registrar o essencial em sistemas protegidos. A articulação intersetorial exige clareza sobre quem recebe a demanda e como será realizado o acompanhamento. A responsabilidade não termina com a emissão de um encaminhamento.

A situação pode exigir diferentes temporalidades. Risco imediato demanda resposta urgente conforme fluxos específicos. Necessidades de moradia, renda, apoio emocional e cuidado clínico podem exigir acompanhamento prolongado. A coordenação deve reconhecer essa combinação para que a resposta não se encerre após a primeira providência. A APS pode manter vínculo e cuidado pertinente, articulando-se com serviços que possuem atribuições específicas de proteção e assistência.

A participação de familiares não deve ser presumida como recurso seguro. É necessário compreender relações e preferências, evitando envolver pessoas que possam ampliar o risco. Da mesma forma, a presença de lideranças comunitárias não autoriza compartilhamento de informações pessoais. A rede de apoio precisa ser construída com cuidado, respeitando a singularidade da situação. O conhecimento territorial pode ajudar, mas também exige maior atenção à possibilidade de circulação de relatos.

A avaliação da resposta não deve utilizar apenas encerramento administrativo como sinal de resolução. Uma demanda pode ser formalmente encaminhada e permanecer sem acesso efetivo. A equipe precisa acompanhar, dentro de suas atribuições e condições de segurança, se houve contato, continuidade e resposta às necessidades. Indicadores agregados podem informar funcionamento da rede, mas não devem expor trajetórias individuais nem reduzir uma situação complexa a um resultado binário.

O cuidado dos trabalhadores envolvidos também importa. Situações de violência podem produzir tensão e sensação de impotência. A equipe necessita de apoio técnico, espaços de discussão protegidos e fluxos claros. A ausência de suporte pode favorecer respostas defensivas, excesso de encaminhamentos ou assunção de responsabilidades inadequadas. A gestão deve reconhecer essa necessidade como condição de qualidade, e não como fragilidade pessoal do profissional.

A principal contribuição analítica da situação é mostrar que autonomia depende de proteção e de alternativas reais. Incentivar decisão sem oferecer condições pode transferir à pessoa o peso de um problema que envolve relações de poder e responsabilidades públicas. A promoção coerente com o SUS combina escuta, cuidado, informação e articulação, preservando a capacidade de acompanhar mesmo quando a trajetória não corresponde à expectativa inicial do serviço.

#### **4.32. Situação Analítica de Exclusão Digital**

Considere-se uma unidade hipotética que passa a disponibilizar parte do agendamento por aplicativo. Nas primeiras semanas, a fila

presencial diminui e a gestão interpreta a mudança como melhoria de acesso. Entretanto, agentes comunitários relatam que pessoas idosas, usuários com baixa visão e famílias sem conexão estável apresentam dificuldade. O resultado inicial reúne benefício para alguns e barreira para outros. A avaliação precisa reconhecer essa distribuição antes de concluir que a tecnologia melhorou o acesso de toda a população.

A primeira pergunta é quem conseguiu utilizar o novo canal. Registros de acessos podem informar volume, mas não representam pessoas que tentaram e desistiram ou que nem chegaram a conhecer a ferramenta. A equipe pode combinar dados do sistema com escuta na recepção e no território. É importante identificar se a dificuldade envolve dispositivo, conectividade, linguagem, acessibilidade ou desconfiança. Cada barreira pode exigir uma resposta diferente.

Manter um canal presencial ou telefônico pode ser necessário, mas sua qualidade precisa ser equivalente. Se as melhores oportunidades ficam disponíveis apenas no aplicativo, a alternativa formal não garante equidade. A gestão deve examinar distribuição de vagas e tempo de resposta. A escolha do meio não deveria determinar acesso inferior sem justificativa. A tecnologia deve ampliar possibilidades de utilização, e não criar uma hierarquia baseada em habilidade digital.

O apoio para utilização precisa respeitar privacidade. A dependência de familiares ou vizinhos pode expor informações e reduzir autonomia. A unidade pode oferecer orientação sobre o funcionamento, mas não deve solicitar compartilhamento indiscriminado de credenciais ou assumir controle de contas

pessoais sem procedimentos adequados. A análise deve considerar segurança e acessibilidade desde o desenho, evitando tratar problemas previsíveis como dificuldades individuais a serem resolvidas depois.

A avaliação da carga de trabalho também é necessária. Um sistema pode reduzir filas e aumentar dúvidas, pedidos de correção e tarefas de suporte. Se essas atividades não são reconhecidas, a inovação transfere trabalho para recepção e agentes comunitários. O benefício deve ser examinado no conjunto do processo. Redução de uma etapa não significa necessariamente redução total de esforço ou melhoria da experiência.

Um indicador útil pode comparar tempo e sucesso de acesso entre canais e grupos, respeitando qualidade e proteção dos dados. A interpretação deve considerar que usuários escolhem canais por razões diferentes. Não se trata de produzir uma competição entre meios, mas de identificar onde existem obstáculos. Relatos de pessoas que não conseguiram agendar são especialmente relevantes, pois podem permanecer fora dos registros de atendimentos concluídos.

A adaptação pode envolver simplificação de linguagem, melhoria de acessibilidade, revisão de distribuição de vagas e manutenção de alternativas. Cada mudança deve ser acompanhada para verificar efeito. Se a barreira principal é falta de conectividade, apenas oferecer um tutorial não resolve. Se o problema é desenho do fluxo, ampliar divulgação pode aumentar frustração. A resposta precisa corresponder à causa identificada.

A situação demonstra que inovação e equidade não caminham automaticamente juntas. A tecnologia pode ser útil e ainda exigir correções para não ampliar desigualdade. A promoção da saúde oferece um critério de julgamento: o recurso deve aumentar capacidade de acesso e participação, especialmente para quem encontra mais barreiras. Sua avaliação precisa considerar distribuição de benefícios, proteção e sustentabilidade do trabalho.

#### **4.33. Situação Analítica de Sofrimento, Isolamento e Participação**

Em um território hipotético, a equipe observa que algumas pessoas procuram a unidade repetidamente com queixas variadas e relatam pouca convivência social. A interpretação não deve presumir que a procura seja desnecessária ou que todas as queixas tenham origem emocional. É necessário realizar avaliação clínica e escuta, reconhecendo que sofrimento físico, psíquico e social podem coexistir. A promoção pode contribuir ao ampliar possibilidades de apoio, sem substituir cuidado específico quando indicado.

A equipe pode investigar, de forma respeitosa, como a pessoa organiza o cotidiano, com quem conta e quais atividades considera significativas. A ausência de uma rede ampla não é, por si só, doença, e algumas pessoas preferem menor convivência. O problema deve ser definido a partir de sofrimento, necessidade e desejo de apoio, não de um padrão institucional de sociabilidade. Essa distinção evita transformar promoção em imposição de um modo considerado ideal de viver.

Se a pessoa deseja ampliar participação, a equipe pode discutir recursos comunitários e condições de acesso. Uma atividade cultural, um grupo de convivência ou outra iniciativa pode ser

pertinente, mas precisa corresponder a preferências e possibilidades. A simples indicação de um endereço pode ser insuficiente quando há medo, dificuldade de deslocamento ou experiências anteriores negativas. O apoio ao primeiro contato pode ser considerado dentro das condições do serviço e da rede.

A participação não deve ser tratada como prescrição que substitui acompanhamento. Se há sofrimento importante ou risco, a avaliação e os fluxos apropriados permanecem necessários. O recurso comunitário pode complementar cuidado, oferecendo pertencimento e apoio, mas não assume responsabilidades clínicas para as quais não está preparado. A articulação exige clareza de papéis e comunicação proporcional, preservando privacidade.

O grupo escolhido também precisa ser avaliado quanto a acolhimento e acessibilidade. Um ambiente que produz julgamento, exposição ou pressão pode agravar desconforto. A pessoa deve poder rever a escolha sem ser rotulada como resistente. O acompanhamento pode explorar o que funcionou e o que não correspondeu às expectativas. A promoção se fortalece quando permite experimentar possibilidades com apoio e liberdade, em vez de exigir permanência a qualquer custo.

A avaliação pode considerar percepção de apoio, participação desejada e continuidade do cuidado. Redução de consultas não deve ser utilizada como único objetivo, pois maior confiança pode inicialmente aumentar procura adequada. O foco é qualidade de vida e capacidade de acessar recursos, com análise clínica quando pertinente. Interpretar toda diminuição de demanda como sucesso pode ocultar afastamento ou perda de vínculo.

Se a equipe identifica um padrão de isolamento associado à ausência de espaços acessíveis no território, a resposta pode ultrapassar casos individuais. A articulação com cultura, assistência social e outros setores pode discutir oportunidades de convivência. O planejamento deve incluir pessoas interessadas para evitar criar atividades pouco pertinentes. A dimensão coletiva emerge da análise de necessidades compartilhadas, não da suposição de que uma mesma solução serve para todos.

A situação mostra que promoção da saúde envolve relações e sentidos, além de informação. Uma intervenção pode ampliar apoio sem produzir mudança imediata em um indicador clínico, e esse resultado possui relevância. Ao mesmo tempo, sua interpretação deve permanecer proporcional: uma experiência positiva não comprova eficácia universal. O acompanhamento permite compreender em quais condições a participação contribui e quais necessidades continuam exigindo outras respostas.

**Tabela 12.** Comparação das situações hipotéticas e seus mecanismos de resposta

| Situação             | Interpretação a evitar                                                                                                     | Mecanismo a investigar                                                                                                                         | Resultado compatível                                                                                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Barreira territorial | A menor participação de uma microárea demonstra desinteresse dos moradores e pode ser resolvida apenas com novos convites. | Verificar deslocamento, horários e pertinência da oferta; discutir adaptação que preserve qualidade e alcance quem enfrenta maior dificuldade. | Redução de barreira e continuidade na população inicialmente menos alcançada, com análise dos efeitos sobre outras atividades do serviço. |

|                  |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro vacinal | Toda pendência no sistema corresponde a ausência de vacinação e toda correção de registro representa uma nova ação preventiva.              | Separar documentação, oferta, acesso e dúvidas, com avaliação técnica pertinente e comunicação respeitosa sobre o próximo passo necessário.                   | Informação qualificada e continuidade adequada, distinguindo contatos, registros corrigidos e cuidados efetivamente realizados conforme critérios técnicos aplicáveis. |
| Condição crônica | A dificuldade de seguir orientações alimentares decorre exclusivamente de motivação e deve ser enfrentada por reforço educativo individual. | Relacionar avaliação clínica, recursos materiais, prioridades e apoio social, mantendo responsabilidades explícitas e retorno dos encaminhamentos realizados. | Plano mais realizável, acesso a apoio e acompanhamento, sem atribuir automaticamente qualquer mudança clínica a um único componente.                                   |
| Violência        | O incentivo genérico à autonomia é suficiente, e envolver familiares ou lideranças sempre amplia proteção e segurança da pessoa.            | Avaliar segurança, privacidade e fluxos pertinentes; articular rede com informação proporcional e continuidade das responsabilidades assistenciais da APS.    | Acesso protegido e resposta coordenada, sem confundir encaminhamento administrativo com resolução integral de uma situação complexa e dinâmica.                        |
| Exclusão digital | A redução de filas presenciais comprova melhora de                                                                                          | Comparar canais e grupos, identificar barreiras e manter                                                                                                      | Ampliação de oportunidades sem hierarquia injustificada entre                                                                                                          |

|            |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | acesso para todos, independentemente de conectividade, acessibilidade e experiência de uso.                                         | alternativas equivalentes, avaliando também privacidade e carga de trabalho produzida.                                                             | meios de acesso, com reconhecimento de usuários que permaneciam fora dos registros.                                                      |
| Isolamento | A procura frequente é necessariamente inadequada e a participação em qualquer grupo pode substituir avaliação e cuidado individual. | Ouvir necessidades e preferências, avaliar clinicamente e articular recursos de convivência quando pertinentes, com liberdade para rever escolhas. | Apoio e participação desejada, preservando cuidado específico e evitando utilizar redução de consultas como medida exclusiva de sucesso. |

**Fonte:** elaboração própria. Matriz analítica proposta neste estudo; requer adaptação ao contexto e não constitui instrumento validado.

#### 4.34. Promoção da Saúde Como Intervenção Complexa

A promoção da saúde na APS reúne componentes que interagem entre si e com o contexto. Informação, acesso, vínculo, recursos e participação não produzem efeitos de maneira independente. Uma atividade pode funcionar em um território porque existe transporte e apoio comunitário, enquanto encontra dificuldades em outro. O referencial de Skivington et al. enfatiza contexto, teoria do programa, participação de interessados, incertezas e avaliação de intervenções complexas, oferecendo uma base para evitar interpretações excessivamente lineares (Skivington et al., 2021).

Na aplicação ao objeto deste estudo, a complexidade pode ser observada em três relações. A primeira envolve componentes da própria ação, como comunicação e oferta. A segunda relaciona a ação aos processos da unidade, incluindo agenda e continuidade. A terceira conecta o serviço a condições territoriais e políticas. Uma mudança em qualquer dessas relações pode alterar o resultado. Por isso, o planejamento deve registrar não apenas o conteúdo da intervenção, mas também as condições que permitem sua realização.

A noção de contexto não deve ser utilizada como explicação genérica para qualquer dificuldade. É necessário identificar quais elementos interferem e por qual mecanismo. Dizer que o território é vulnerável oferece pouca orientação. Informar que o horário do transporte impede chegada antes do encerramento da atividade permite uma decisão concreta. A análise ganha rigor quando transforma contexto em relações observáveis, preservando a compreensão de que essas relações podem mudar ao longo do tempo.

A complexidade também envolve respostas adaptativas. Usuários, trabalhadores e gestores modificam comportamentos diante de uma intervenção. Um novo canal de acesso pode aumentar procura, alterar o perfil de demandas e exigir reorganização. Uma meta pode deslocar atenção para determinados registros. Esses efeitos precisam ser acompanhados porque a intervenção não permanece isolada do sistema. O planejamento deve admitir revisão e evitar pressupor que o funcionamento inicial continuará idêntico após expansão.

A avaliação pode combinar perguntas sobre efeito, mecanismo e implementação. Saber se houve melhora é importante, mas compreender para quem, em quais condições e com quais custos amplia utilidade. Uma resposta média favorável pode coexistir com benefício reduzido em grupos com maior barreira. A análise precisa considerar heterogeneidade sem transformar cada diferença em conclusão causal. Dados quantitativos e qualitativos podem contribuir de forma complementar, desde que seu alcance seja explicitado.

A decisão sobre escala depende dessas informações. Antes de ampliar uma ação, convém identificar quais componentes são essenciais, quais recursos foram necessários e quais adaptações são possíveis. A reprodução de um formato sem reconhecer seus suportes pode resultar em uma intervenção apenas nominalmente semelhante. O estudo propõe que a disseminação inclua uma descrição clara do problema, do mecanismo esperado e das condições de funcionamento, e não apenas um roteiro de atividades.

O caráter complexo não justifica ausência de planejamento ou de responsabilidade. Ao contrário, exige maior clareza sobre hipóteses e limites. Uma equipe pode não controlar todos os fatores, mas pode definir o que fará, como acompanhará e quando revisará. A gestão deve reconhecer dependências externas e apoiar articulações. A avaliação se torna mais justa quando considera governabilidade sem utilizar contexto como argumento para aceitar indefinidamente baixa qualidade.

A contribuição dessa perspectiva é deslocar a pergunta sobre uma ação isolada para a relação entre ação e sistema. A promoção não

depende apenas de escolher uma técnica educativa, mas de construir condições para que o conhecimento possa ser utilizado e para que necessidades retornem ao planejamento. Essa leitura ajuda a compreender por que intervenções aparentemente simples exigem coordenação e por que resultados sustentáveis dependem de mais do que uma execução pontual bem-sucedida.

#### **4.35. Alcance, Adoção e Manutenção das Ações**

O modelo RE-AIM propõe observar alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção ao avaliar intervenções de promoção da saúde. Sua contribuição é ampliar a análise para além do resultado entre participantes, incluindo quem é alcançado, quais organizações adotam a proposta e como ela se sustenta (Glasgow, Vogt e Boles, 1999). Neste estudo, essas dimensões são utilizadas como perguntas orientadoras, sem aplicação de instrumento padronizado ou cálculo de um escore global.

O alcance exige conhecer a população à qual a ação se destina e comparar suas características com as de quem participa. Uma atividade pode apresentar bons resultados e alcançar uma parcela pequena e favorecida. A análise territorial deve perguntar quem permanece ausente e por quê. Isso não invalida o benefício dos participantes, mas modifica a interpretação do impacto potencial. A promoção orientada por equidade precisa considerar o espaço entre população elegível e população efetivamente atendida.

A efetividade deve ser relacionada ao objetivo e acompanhada de efeitos não desejados. Uma ação voltada a acesso pode ser avaliada por redução de barreiras, enquanto uma proposta de comunicação pode exigir observação de compreensão. A escolha do desfecho não

deve ser guiada apenas pela facilidade de medida. Também é necessário verificar se a melhora ocorreu para diferentes grupos e se houve custos ou danos que alteram a avaliação do conjunto.

A adoção envolve condições para que equipes e serviços incorporem a proposta. Uma intervenção pode ser aceitável para usuários e difícil de manter pelos trabalhadores por falta de recursos ou compatibilidade com a rotina. A análise deve identificar quem adota, quem não adota e quais razões explicam a diferença. A não adoção pode revelar inadequação do desenho, limitações de capacidade ou prioridades concorrentes, e não apenas resistência à mudança.

A implementação examina o que foi realizado e como se relaciona ao que estava previsto. Adaptações podem ser necessárias e devem ser documentadas. O objetivo não é produzir um controle formal de cumprimento, mas compreender se o mecanismo central foi preservado. Uma atividade que mantém o nome e elimina diálogo, apoio ou continuidade pode ser diferente da proposta original. A descrição do processo permite reconhecer essa mudança e interpretar resultados de forma mais precisa.

A manutenção envolve continuidade no tempo e integração à organização. Uma ação pode depender de um trabalhador especialmente motivado ou de um recurso temporário. Para permanecer, precisa de responsabilidades compartilhadas, recursos e revisão. A sustentabilidade também depende de pertinência: manter uma atividade que deixou de responder ao território não constitui sucesso. A avaliação deve considerar capacidade de continuidade com adaptação, e não simples repetição do formato.

Um exemplo analítico pode reunir essas perguntas em uma ação de apoio a cuidadores. O alcance examina quem participou; a efetividade, se houve apoio relevante; a adoção, quais equipes incorporaram a ação; a implementação, como os encontros ocorreram; a manutenção, se o apoio continuou com recursos regulares. Cada dimensão revela uma parte do processo. A soma não produz automaticamente uma resposta única, mas oferece base para decidir o que precisa ser preservado ou modificado.

A utilidade dessa leitura está em evitar que uma experiência bem-sucedida em condições restritas seja apresentada como solução pronta para todo o SUS. A transferência exige reconhecer população, recursos e organização. A promoção ganha consistência quando suas propostas são acompanhadas por perguntas sobre distribuição e sustentabilidade, permitindo que a expansão seja orientada por evidência e aprendizagem, e não apenas pela visibilidade de um resultado inicial.

#### **4.36. Aceitabilidade, Viabilidade e Resultados de Implementação**

Proctor et al. distinguem resultados de implementação de resultados clínicos e dos serviços, incluindo dimensões como aceitabilidade, adequação, viabilidade, adoção, fidelidade, custos, penetração e sustentabilidade. Essa distinção ajuda a compreender que uma intervenção pode ser clinicamente promissora e ainda enfrentar dificuldades para ser incorporada em condições reais (Proctor et al., 2011). A discussão a seguir utiliza essa separação para examinar decisões organizacionais na APS, sem afirmar que essas dimensões foram medidas empiricamente neste estudo.

A aceitabilidade envolve como participantes e trabalhadores percebem a proposta. Uma atividade pode ser considerada respeitosa e relevante por alguns e desconfortável por outros. A avaliação deve reconhecer diversidade e evitar que uma opinião predominante silencie grupos menos presentes. A aceitabilidade não equivale a popularidade nem substitui análise técnica. Ela informa condições de participação e ajuda a identificar aspectos do desenho que podem ser revistos sem perder a finalidade.

A adequação diz respeito à correspondência entre proposta, problema e contexto. Uma oficina pode ser bem conduzida e pouco pertinente quando a barreira principal é falta de oferta. A análise precisa verificar se a intervenção responde à necessidade identificada. Esse exame deve ocorrer antes e durante a implementação, pois o diagnóstico pode mudar. A manutenção de uma ação apenas porque já existe pode consumir recursos sem enfrentar o problema prioritário.

A viabilidade depende de tempo, equipe, materiais, infraestrutura e coordenação. Uma proposta pode ser desejável e não caber na capacidade atual sem reorganização. Reconhecer esse limite não significa abandonar a promoção, mas discutir recursos e alternativas. A equipe não deve ser responsabilizada por executar um desenho que ignora condições básicas. A gestão precisa participar da análise e decidir quais mudanças são possíveis e quais dependem de investimento ou pactuação.

Os custos de implementação incluem elementos frequentemente invisíveis, como preparação, deslocamento, suporte e revisão de dados. Se apenas materiais são contabilizados, o trabalho necessário pode ser subestimado. A análise deve considerar também o que

deixou de ser feito para acomodar a nova atividade. Essa informação ajuda a comparar alternativas e a construir uma proposta sustentável, sem reduzir a decisão a uma lógica exclusivamente financeira.

A integração à rotina pode ser observada pela participação de diferentes trabalhadores, utilização dos instrumentos e continuidade diante de mudanças de pessoal. Uma ação que permanece isolada de agenda, registros e decisões tende a depender de iniciativa individual. A institucionalização exige conexão com processos existentes e clareza de responsabilidade. Entretanto, padronizar não deve eliminar adaptação territorial. O desafio é estabilizar o necessário e manter flexibilidade para responder a diferenças de necessidade.

A análise de implementação também pode evitar julgamentos prematuros. Se uma proposta não foi ofertada com regularidade por falta de equipe, o resultado não permite concluir que seu conteúdo é ineficaz. Se foi executada adequadamente e não respondeu ao problema, a hipótese precisa ser revista. Essas distinções tornam a avaliação mais útil e reduzem a tendência de atribuir toda dificuldade à motivação dos usuários ou ao compromisso dos trabalhadores.

A promoção da saúde se beneficia quando implementação é tratada como objeto de conhecimento. Registrar adaptações, dificuldades e condições de funcionamento permite que outras equipes compreendam a experiência. A aprendizagem não se limita a divulgar sucessos; inclui explicar por que determinadas propostas não foram viáveis e o que precisou ser modificado. Essa

transparência favorece decisões mais realistas e evita repetição de desenhos que exigem recursos inexistentes.

#### **4.37. Modelos Individuais e Análise dos Determinantes Sociais**

A revisão de Santos et al. identificou oito estudos entre 660 registros na análise do uso do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender pela enfermagem na APS. Os contextos incluíram diferentes comportamentos e situações de cuidado. Essa produção oferece elementos para considerar percepções de benefícios e barreiras, autoeficácia e envolvimento no próprio cuidado, mas não autoriza tratar um modelo individual como explicação suficiente de desigualdades estruturais (Santos et al., 2025).

A articulação entre níveis pode começar pela pergunta sobre a natureza da barreira. Uma pessoa pode perceber baixa capacidade porque teve experiências anteriores frustradas, porque a orientação é complexa ou porque faltam recursos materiais. Essas situações podem coexistir, mas exigem respostas distintas. Trabalhar confiança sem modificar uma barreira concreta pode produzir pouca mudança. Oferecer recurso sem comunicação adequada também pode ser insuficiente. A análise precisa conectar experiência subjetiva e condições objetivas.

A autoeficácia pode ser fortalecida por experiências graduais de realização e apoio, desde que metas sejam possíveis. A equipe deve evitar transformar esse conceito em exigência de pensamento positivo diante de privação. A percepção de capacidade é influenciada por oportunidades reais. Se o serviço promete apoio e não o oferece, pode enfraquecer confiança. A coerência institucional

participa, portanto, das condições em que a pessoa avalia o que consegue fazer.

Benefícios percebidos também precisam ser relacionados às prioridades. Uma recomendação pode ter benefício futuro e exigir custo imediato elevado. A pessoa pode compreender a orientação e ainda priorizar trabalho ou cuidado de um familiar. A negociação deve explicitar essas tensões e buscar alternativas, sem presumir irracionalidade. O conhecimento profissional contribui para avaliar riscos, enquanto a experiência do usuário informa consequências que não aparecem em uma recomendação abstrata.

As influências interpessoais podem apoiar ou dificultar mudanças. Redes familiares podem oferecer ajuda, mas também impor expectativas e controle. A equipe deve considerar quais relações a pessoa deseja envolver e quais são seguras. A promoção não deve utilizar pressão familiar como substituto de decisão compartilhada. O apoio precisa ampliar capacidade de escolha e não apenas aumentar vigilância sobre comportamentos.

A análise dos determinantes sociais oferece o nível complementar necessário para compreender distribuição de oportunidades. Renda, trabalho, ambiente e relações de poder não são apenas características que modificam motivação. Eles definem condições de acesso e proteção. O estudo propõe que modelos individuais sejam utilizados como recursos de compreensão do encontro, articulados a uma leitura territorial e institucional. Essa combinação evita tanto desconsiderar agência quanto atribuir ao indivíduo responsabilidade por condições que não controla.

Um exemplo hipotético envolve uma pessoa interessada em participar de atividade física e insegura após experiência de dor. A resposta pode incluir avaliação adequada, orientação e uma proposta gradual compatível. Se o local é inacessível ou o horário impede participação, essas barreiras também precisam ser enfrentadas. O caso mostra que apoio à confiança e mudança do ambiente não são alternativas concorrentes. Podem ser componentes necessários de uma mesma intervenção.

A avaliação dessa articulação deve observar compreensão, possibilidade de ação e condições de apoio. Mudança de percepção pode ser um resultado intermediário, mas não demonstra sozinha transformação do contexto ou melhoria clínica. Da mesma forma, ampliação de oferta não garante utilização. O acompanhamento precisa reconhecer essas etapas e formular conclusões proporcionais, preservando a complexidade do cuidado e a dignidade da pessoa.

#### **4.38. Convergências e Tensões Entre Evidências Sobre a APS**

A literatura sobre APS sustenta sua relevância para sistemas de saúde orientados por acesso, continuidade e integralidade. Starfield, Shi e Macinko discutem contribuições da atenção primária para saúde e equidade a partir de diferentes tipos de evidência, oferecendo um referencial amplo para compreender seus mecanismos (Starfield, Shi e Macinko, 2005). Esse fundamento não elimina a necessidade de examinar a configuração concreta dos serviços brasileiros e as condições históricas de implementação da ESF.

A convergência entre documentos e estudos permite reconhecer a importância da orientação territorial, mas não demonstra que toda prática realizada sob esse nome produza o mesmo efeito. Uma equipe pode possuir cadastro e atuar predominantemente de forma reativa. Outra pode desenvolver vínculos e ainda enfrentar baixa capacidade de referência. O estudo interpreta a ESF como arranjo com potencial específico, cuja realização depende de recursos, organização e relações institucionais. A avaliação precisa observar essa variação.

As evidências populacionais e os estudos de experiência respondem a perguntas complementares. Os primeiros ajudam a examinar associações em maior escala, enquanto os segundos podem mostrar mecanismos, tensões e efeitos vividos. Não é adequado exigir que um relato qualitativo estime impacto nacional, assim como um indicador agregado não explica sozinho a experiência do usuário. A síntese deve preservar essas diferenças e construir relações sem apagar limites metodológicos.

A crítica à responsabilização individual, presente na discussão de Mattioni e Rocha, ajuda a examinar como a linguagem da promoção pode ser apropriada por práticas que pouco modificam condições sociais. Ao mesmo tempo, o estudo reconhece que ações educativas podem produzir apoio, socialização e ampliação de capacidade em contextos específicos (Mattioni e Rocha, 2023). A questão não é rejeitar toda orientação individual, mas analisar se ela está articulada a condições de realização e a responsabilidades públicas.

A trajetória institucional discutida por Giovanella et al. mostra que a continuidade de políticas importa para sustentar o modelo. A leitura deste estudo enfatiza que mudanças de financiamento, provimento

e apoio multiprofissional alteram possibilidades de trabalho, ainda que normas gerais permaneçam. A promoção depende de estabilidade suficiente para construir vínculo e de flexibilidade para responder ao território. Essa combinação exige gestão que reconheça temporalidade do cuidado e não avalie todo resultado por ciclos administrativos curtos.

Uma tensão recorrente envolve padronização e adaptação. Referências comuns ajudam a assegurar direitos, segurança e comparabilidade. A adaptação permite responder a diferenças territoriais. Quando a padronização ignora contexto, pode produzir oferta pouco utilizável; quando a adaptação não possui critérios, pode legitimar desigualdade de qualidade. A solução exige definir componentes essenciais e justificar variações, acompanhando efeitos sobre acesso, continuidade e equidade.

Outra tensão envolve mensuração e significado. Indicadores são necessários para gestão e responsabilização, mas podem reduzir a atenção ao que é facilmente contado. Relatos e participação ampliam interpretação, porém também possuem limites de representatividade e precisam de organização. A síntese proposta combina essas fontes e reconhece que nenhuma delas oferece um retrato completo. A qualidade da decisão depende de tornar convergências e divergências explícitas.

O resultado da comparação é uma compreensão condicional da promoção da saúde. Seu potencial é maior quando práticas individuais, processos da equipe e políticas territoriais se articulam. A presença de apenas um componente pode produzir benefícios parciais, mas dificilmente responde a problemas complexos de forma sustentada. A defesa da APS se torna mais consistente

quando reconhece essas condições e orienta investimentos para que o potencial do modelo se converta em capacidade efetiva de cuidado.

#### **4.39. Agenda de Pesquisa e Questões Ainda Abertas**

A ampliação do estudo evidencia a necessidade de pesquisas que relacionem resultados e condições de implementação. A pergunta sobre a efetividade de uma ação precisa ser acompanhada de análise sobre quem participa, quais recursos são utilizados e quais barreiras persistem. Estudos que descrevem apenas atividades oferecem informação limitada para decisões. Uma agenda útil deve tornar mecanismos e contextos observáveis, preservando rigor e evitando promessas de generalização que o desenho não sustenta.

Uma linha de investigação envolve acesso desigual a ações de promoção. É importante compreender não apenas participantes, mas também pessoas elegíveis que não conseguem ou não desejam participar. A análise pode identificar barreiras de horário, transporte, comunicação e pertinência. O recrutamento precisa ser planejado para não reproduzir a mesma exclusão que se pretende estudar. A escuta de ausentes exige cuidado ético e não pode se converter em pressão para participar da pesquisa ou do serviço.

Outra linha diz respeito à carga de trabalho e à sustentabilidade. Intervenções frequentemente são descritas sem detalhar preparação, apoio e custos indiretos. Estudos podem examinar como a promoção é incorporada à agenda e quais atividades são reorganizadas. Essa informação ajuda a compreender por que experiências bem avaliadas não se mantêm. A investigação deve

reconhecer trabalho invisível e considerar a perspectiva de diferentes categorias profissionais.

A transformação digital demanda avaliação sobre distribuição de benefícios e riscos. É necessário investigar se novos canais ampliam acesso de grupos com maior barreira ou favorecem principalmente usuários já conectados. Também importa compreender efeitos sobre privacidade, autonomia e trabalho administrativo. O número de acessos a uma plataforma não responde a essas perguntas. A pesquisa precisa relacionar uso, experiência e continuidade assistencial, com proteção adequada dos dados.

A intersectorialidade pode ser estudada por seus processos e resultados intermediários. Tempos de resposta, retorno de encaminhamentos e clareza de responsabilidades oferecem informações sobre funcionamento da rede. A análise deve considerar que resultados sociais dependem de múltiplas políticas e não podem ser atribuídos integralmente à APS. Estudos comparativos precisam descrever contexto e evitar classificar redes apenas pelo volume de encaminhamentos realizados.

Pesquisas sobre participação devem examinar influência efetiva e diversidade de vozes. A presença em reuniões não demonstra poder decisório. É possível investigar como propostas são acolhidas, quais grupos permanecem ausentes e como a devolutiva ocorre. O desenho deve reconhecer conflitos e assimetrias sem presumir que consenso representa qualidade. A participação em pesquisa e a participação na gestão também precisam ser distinguidas, com finalidades e responsabilidades claras.

Uma agenda de avaliação de equidade deve combinar diferenças absolutas e relativas, qualidade dos dados e experiência. Estudos podem explorar como critérios de prioridade e formas de oferta modificam distribuição de acesso. A análise precisa evitar naturalizar categorias sociais ou utilizar indicadores sem completude suficiente. A produção de conhecimento deve ser acompanhada de reflexão sobre como resultados serão devolvidos e utilizados, para que a pesquisa não apenas descreva desigualdades sem contribuir para decisões.

As questões abertas não impedem ação. Elas orientam uma postura de implementação acompanhada, em que decisões são tomadas com a melhor informação disponível e revistas diante de novos achados. A APS não pode aguardar evidência perfeita para responder a necessidades, mas também não deve apresentar toda iniciativa como comprovadamente eficaz. O compromisso científico e institucional consiste em agir com fundamento, explicitar incertezas e aprender com resultados, preservando direitos e responsabilidade pública.

#### **4.40. Responsabilização Pública e Consequências das Escolhas Organizacionais**

A responsabilização pública exige que decisões sobre promoção da saúde possam ser explicadas em relação às necessidades e aos recursos disponíveis. Não basta demonstrar que uma atividade ocorreu ou que uma meta administrativa foi atingida. É necessário tornar compreensível por que aquela ação foi escolhida, quem se esperava alcançar e quais resultados foram observados. Essa exigência aproxima planejamento, transparência e avaliação, sem

pressupor que todo efeito possa ser medido com precisão ou atribuído a uma única intervenção.

A primeira consequência é reconhecer que a não realização de uma ação também envolve escolha. Quando atividades comunitárias são continuamente adiadas para responder à demanda imediata, existe uma prioridade prática, ainda que não formalizada. Essa prioridade pode ser necessária em determinado momento, mas precisa ser examinada em sua repetição. Se o adiamento se torna permanente, o serviço perde capacidade de atuar sobre problemas que alimentam a própria demanda. A gestão deve discutir recursos e organização, em vez de tratar a ausência de promoção como resultado inevitável da rotina.

A segunda consequência envolve explicitar quem suporta os custos das decisões. Um horário mais conveniente para a organização pode exigir perda de remuneração do usuário. A concentração de procedimentos em dias diferentes pode facilitar fluxos internos e multiplicar deslocamentos. Uma nova ferramenta pode reduzir trabalho de um setor e aumentar tarefas de outro. A avaliação deve observar essas transferências para que eficiência institucional não seja obtida à custa de encargos invisíveis para famílias ou trabalhadores.

A terceira consequência é reconhecer assimetrias de capacidade de reivindicação. Pessoas com maior escolaridade, disponibilidade e familiaridade com os serviços podem formular demandas mais facilmente. Se o planejamento responde apenas à pressão mais visível, necessidades menos expressas permanecem secundarizadas. A orientação territorial permite buscar informação sobre essas ausências e incorporar critérios de equidade. Isso não significa

desconsiderar manifestações espontâneas, mas combiná-las com outras fontes para que a capacidade de reclamar não determine sozinha a distribuição do cuidado.

A quarta consequência diz respeito à transparência sobre limites. A equipe deve evitar tanto promessas excessivas quanto respostas vagas que encerram o diálogo. Explicar o que pode ser feito, o que depende de outra instância e como a situação será acompanhada oferece uma base mais honesta de relação. Quando a resposta depende de recurso indisponível, o registro e a comunicação à gestão são parte da responsabilidade. A ausência de solução imediata não precisa significar ausência de acompanhamento ou de prestação de contas.

O controle social pode contribuir para examinar essas escolhas quando dispõe de informação acessível e de espaço para acompanhar compromissos. Relatórios devem distinguir ações previstas, iniciadas e concluídas, além de apresentar dificuldades relevantes. A participação não pode ser reduzida à validação de decisões prontas. Ao mesmo tempo, os espaços coletivos precisam reconhecer limites técnicos e institucionais, discutindo alternativas concretas. A qualidade da deliberação aumenta quando critérios e consequências são apresentados de forma compreensível.

A responsabilização dos trabalhadores deve considerar governabilidade e condições de execução. Uma equipe não controla integralmente transporte, saneamento, financiamento ou oferta especializada. Cobrar resultados sem reconhecer essas dependências pode estimular registros defensivos e seleção de problemas mais fáceis. Por outro lado, invocar limites externos não deve impedir revisão de processos que estão sob responsabilidade

local. A análise precisa distinguir o que pode ser modificado pela equipe, o que demanda gestão e o que exige pactuação mais ampla.

A memória das decisões ajuda a manter continuidade. Mudanças de profissionais e gestores podem interromper projetos ou fazer com que problemas sejam repetidamente rediagnosticados. Registros sintéticos de prioridades, justificativas, recursos e aprendizados permitem retomar o processo com maior precisão. Essa memória deve ser acessível e atualizada, sem se transformar em acúmulo de documentos sem uso. Seu valor está em reduzir dependência de pessoas específicas e preservar o conhecimento construído com o território.

A análise também precisa reconhecer quando uma ação deve ser encerrada. A continuidade por hábito pode consumir recursos e manter atividades pouco pertinentes. O encerramento responsável exige examinar resultados, comunicar razões e oferecer alternativas quando necessárias. Não se trata de valorizar novidade em detrimento de práticas consolidadas, mas de manter relação entre finalidade e execução. Uma ação antiga pode continuar relevante, enquanto uma proposta recente pode precisar ser interrompida por baixa viabilidade ou efeitos indesejados.

A responsabilização pública se fortalece quando avaliação e participação produzem revisão observável. A comunidade não precisa receber apenas indicadores finais; pode acompanhar como dificuldades foram reconhecidas e quais mudanças foram pactuadas. Esse processo permite compreender que qualidade é construída ao longo do tempo e que o serviço deve responder por suas decisões mesmo diante de incerteza. A promoção da saúde

ganha densidade institucional quando deixa de depender apenas de intenção e passa a integrar compromissos verificáveis de cuidado e equidade.

#### **4.41. Integração dos Níveis Individual, Organizacional e Territorial**

A síntese dos eixos discutidos permite organizar a promoção da saúde em níveis relacionados. No nível individual, o foco recai sobre compreensão, prioridades, apoio e capacidade de participar do cuidado. No nível organizacional, envolve acesso, continuidade, equipe, informação e recursos. No nível territorial, incorpora ambiente, redes, participação e políticas intersetoriais. Essa organização não cria compartimentos independentes. Ela ajuda a localizar onde uma barreira se manifesta e quais responsabilidades precisam ser articuladas para enfrentá-la.

Uma dificuldade relatada no encontro individual pode revelar um problema organizacional. Quando várias pessoas não compreendem a orientação de retorno, a resposta não deve limitar-se a explicar novamente a cada uma. Pode ser necessário revisar linguagem, sinalização e processo de comunicação. Da mesma forma, um problema organizacional pode refletir uma condição territorial, como incompatibilidade entre horário de atendimento e transporte. A análise deve permitir esse movimento entre níveis, evitando que toda dificuldade seja atribuída ao ponto em que se tornou visível.

O movimento inverso também é importante. Uma decisão territorial precisa ser traduzida em processos e experiências concretas. A pactuação de uma parceria com outro setor só modifica o cuidado quando usuários conseguem acessar a resposta e profissionais sabem como acioná-la. A aprovação de uma política de inclusão

digital exige canais, recursos e apoio que funcionem na unidade. A distância entre formulação e experiência deve ser acompanhada, pois é nesse percurso que muitas propostas perdem capacidade de produzir benefício.

A integração pode ser examinada por uma sequência de perguntas. Qual necessidade foi identificada? Que parte pode ser enfrentada no encontro assistencial? Que processo da unidade precisa mudar? Qual recurso externo é necessário? Como a pessoa saberá o que acontecerá? Quem acompanhará o retorno? Essas perguntas não constituem um protocolo universal, mas ajudam a evitar respostas parciais. Sua aplicação deve ser proporcional à complexidade da situação e não transformar todo atendimento em um procedimento excessivamente burocrático.

O plano compartilhado funciona como ponto de conexão quando registra prioridades e responsabilidades de forma compreensível. Ele pode incluir ações da pessoa, da equipe e da rede, com previsão de revisão. O conteúdo deve ser suficiente para orientar continuidade e não tão extenso que se torne impraticável. A qualidade depende de que os envolvidos reconheçam o plano e tenham condições de executar sua parte. Um documento completo sem comunicação ou recursos não assegura coordenação.

A avaliação integrada precisa observar se mudanças em um nível produzem consequências nos demais. Uma adaptação de agenda pode melhorar acesso individual e alterar distribuição do trabalho. Uma ação comunitária pode ampliar participação e revelar novas necessidades clínicas. Uma melhoria de registro pode facilitar busca ativa e aumentar demanda. Esses efeitos devem ser considerados no

planejamento para que o serviço consiga responder ao que a própria intervenção torna visível.

A equidade oferece o critério transversal para julgar essa integração. É necessário perguntar se benefícios chegam a quem enfrenta maiores barreiras e se os custos são distribuídos de maneira justa. Uma melhora média pode coexistir com exclusão persistente, assim como uma ação focalizada pode ser necessária para tornar efetivo um direito universal. A análise deve evitar tanto uniformidade indiferente às necessidades quanto diferenciação sem critérios transparentes.

A integração dos níveis não elimina conflitos e limites. Recursos continuam finitos, setores possuem responsabilidades distintas e pessoas podem escolher caminhos diferentes dos esperados. O fortalecimento da promoção depende de tornar essas condições discutíveis e de manter capacidade de revisão. O resultado esperado não é um sistema sem tensões, mas uma APS capaz de reconhecer problemas, distribuir responsabilidades e aprender com consequências, preservando cuidado técnico, participação e dignidade.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A promoção da saúde na Atenção Primária deve ser compreendida como eixo transversal do cuidado e não como conjunto de ações paralelas. A Estratégia Saúde da Família oferece base organizacional para integrar acompanhamento clínico, vigilância, educação, busca ativa e participação comunitária, enquanto sua presença territorial permite reconhecer barreiras que não aparecem em consultas

isoladas. A expansão recente de equipes, agentes e infraestrutura amplia a oportunidade de consolidar essa perspectiva.

Os resultados da revisão indicam que políticas de promoção precisam combinar autonomia com reconhecimento dos determinantes sociais. Recomendações individuais continuam importantes, mas devem ser construídas de forma dialógica e compatível com condições reais de renda, moradia, trabalho, ambiente e segurança. A intersectorialidade é necessária quando os problemas ultrapassam a competência da saúde, desde que haja fluxos concretos e responsabilidade compartilhada.

A avaliação deve aproximar cobertura de qualidade e equidade. Dados territoriais, prontuários eletrônicos e atuação dos agentes comunitários podem identificar populações que permanecem menos alcançadas, orientando ações proporcionais às necessidades. A transformação digital possui potencial relevante, mas depende de registros confiáveis, interoperabilidade e uso que fortaleça a relação entre equipe e comunidade.

Como revisão narrativa, o estudo não pretende atribuir causalidade direta a intervenções específicas nem esgotar a produção científica sobre a Estratégia Saúde da Família. Ainda assim, a convergência entre documentos oficiais e literatura recente sustenta uma conclusão central: promover saúde no SUS exige presença territorial qualificada, vínculos duradouros, políticas intersetoriais e capacidade de aprender com os dados e com a experiência das pessoas, convertendo expansão da APS em melhoria concreta das condições de vida.

A análise ampliada permite reconhecer que a promoção da saúde depende da relação entre oportunidades oferecidas e possibilidades efetivas de utilizá-las. Essa relação não pode ser deduzida apenas de cobertura formal, número de atividades ou existência de equipamentos. É necessário examinar quem consegue chegar, compreender, participar e manter continuidade. O compromisso com equidade exige tornar visíveis pessoas e grupos que permanecem menos alcançados, inclusive quando os indicadores gerais mostram evolução favorável.

O território constitui uma fonte de conhecimento e um espaço de responsabilização. Sua utilização no planejamento deve ultrapassar a delimitação administrativa e incorporar trajetórias, recursos, conflitos e mudanças na vida cotidiana. A participação comunitária amplia essa leitura quando possui diversidade, acesso à informação e consequência decisória. O diagnóstico territorial ganha valor ao modificar prioridades e processos, e precisa ser revisto para não transformar um retrato antigo em explicação permanente das necessidades.

A autonomia deve ser compreendida em relação a recursos, apoio e alternativas. A orientação individual possui lugar importante, mas sua qualidade depende de reconhecer condições de realização e de distribuir responsabilidades de forma adequada. O serviço precisa explicitar o que cabe ao usuário, o que depende da equipe e o que exige gestão ou articulação de políticas. Essa clareza evita que a linguagem da corresponsabilidade encubra transferência de encargos para pessoas com menor capacidade de enfrentá-los.

A integração entre clínica e promoção é uma condição de integralidade. O reconhecimento de determinantes sociais não

substitui avaliação de riscos e cuidado oportuno, assim como a atenção a parâmetros clínicos não esgota a compreensão da vida. A longitudinalidade oferece uma base para relacionar essas dimensões, permitindo rever planos diante de mudanças e reconhecer dificuldades que não aparecem em um encontro isolado. O vínculo precisa ser sustentado por informação, estabilidade e capacidade de resposta, e não apenas por disponibilidade pessoal de profissionais.

O trabalho em equipe deve transformar conhecimentos diferentes em decisões compartilhadas. Agentes comunitários, profissionais assistenciais, trabalhadores de apoio e gestão observam partes distintas do processo. A integração depende de espaços de comunicação, clareza de papéis e condições para acompanhar decisões. O apoio multiprofissional pode ampliar capacidade da APS quando responde a perguntas concretas e preserva coordenação. Multiplicar atendimentos sem articulação pode aumentar a carga do cuidado e reproduzir fragmentação.

A intersetorialidade exige governança. Problemas relacionados a alimentação, violência, ambiente, trabalho e mobilidade não são resolvidos apenas por encaminhamento. A resposta precisa de interlocutores, critérios, retorno e acompanhamento, com compartilhamento proporcional de informações. A APS mantém responsabilidades assistenciais enquanto articula recursos de outras políticas, sem assumir competências ilimitadas. A clareza desses limites fortalece cooperação e reduz a circulação de demandas sem consequência.

A transformação digital deve permanecer subordinada à finalidade do cuidado. Seu valor pode ser observado quando melhora

continuidade, reduz barreiras e libera tempo para atividades relevantes. A implantação de sistemas não é um resultado final suficiente. A avaliação deve considerar acessibilidade, qualidade dos dados, proteção e distribuição dos benefícios. Manter alternativas de acesso e revisar processos são condições para que inovação não produza novas formas de exclusão.

A avaliação da promoção precisa relacionar estrutura, processo, resultado e equidade. Indicadores devem possuir definições claras e ser interpretados com atenção a denominadores, temporalidade e qualidade de registro. Mudanças observadas não podem ser automaticamente atribuídas a uma ação, especialmente quando diferentes intervenções e transformações contextuais ocorrem simultaneamente. A informação qualitativa contribui para compreender mecanismos e experiência, desde que utilizada com método e proteção.

As matrizes e situações analíticas desenvolvidas neste estudo procuram tornar essas relações mais observáveis. Elas não constituem protocolos validados nem evidência de resultados locais. Sua contribuição é organizar perguntas, responsabilidades e critérios de acompanhamento que podem ser adaptados. O uso responsável exige avaliar pertinência, recursos e efeitos, preservando a distinção entre uma proposta plausível e uma intervenção cuja efetividade foi demonstrada em determinado contexto.

A sustentabilidade depende de financiamento, trabalho e capacidade institucional de aprender. Ações que exigem esforço extraordinário contínuo tendem a ser frágeis, mesmo quando produzem benefícios iniciais. A gestão precisa reconhecer custos, proteger tempo e integrar promoção à rotina. A educação

permanente favorece essa integração quando parte de problemas reais e acompanha mudanças. A institucionalização deve preservar memória e responsabilidades sem eliminar flexibilidade diante de transformações territoriais.

Os limites da revisão narrativa permanecem relevantes. A seleção intencional de fontes e a ausência de protocolo sistemático impedem afirmar exaustividade ou estimar um efeito agregado. O estudo também não produz dados primários sobre serviços, usuários ou municípios. Essas delimitações exigem conclusões proporcionais, mas não anulam a utilidade da síntese para organizar problemas e orientar decisões. A contribuição está na articulação crítica entre fundamentos, evidências e condições de implementação.

A agenda de pesquisa deve aprofundar relações entre alcance, experiência, resultados e sustentabilidade. Estudos precisam examinar quem não participa, quais custos são transferidos às famílias e como intervenções afetam grupos com diferentes barreiras. A análise de implementação é necessária para compreender por que propostas semelhantes produzem trajetórias distintas. A produção de conhecimento deve dialogar com necessidades dos serviços e das comunidades, oferecendo devolutivas e preservando responsabilidade ética.

Conclui-se que fortalecer a promoção da saúde na Atenção Primária do SUS exige converter presença territorial em capacidade de reconhecer necessidades, negociar planos, articular respostas e acompanhar consequências. A Estratégia Saúde da Família oferece uma base organizacional relevante para esse processo, cuja realização depende de condições institucionais e compromisso com

equidade. O avanço deve ser julgado pela possibilidade concreta de as pessoas acessarem cuidado, participarem de decisões e viverem com maior proteção, autonomia e dignidade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AQUINO, Rosana, VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Impactos da Estratégia Saúde da Família no estado de saúde da população brasileira: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 12, e13942025, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253012.13942025.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Texto compilado. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm). Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária: balanço 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/balancos/2025/atencao-primaria>. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf). Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf). Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-negra/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-negra/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635\\_22\\_05\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html). Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. 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: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html). Acesso em: 9 out. 2026.

GIOVANELLA, Ligia et al. Thirty years of the Family Health Strategy in the Brazilian Unified National Health System: milestones, advances, setbacks and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 42, e00206025, 2026. DOI: 10.1590/0102-311XEN206025.

GLASGOW, Russell E.; VOGT, Thomas M.; BOLES, Shawn M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999. DOI: 10.2105/AJPH.89.9.1322.

MATTIONI, Fernanda Carlise, ROCHA, Cristianne Maria Famer. Health promotion in primary care: effects and limitations in conservative neoliberalism. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 8, p. 2173-2182, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023288.05752023.

PROCTOR, Enola et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, v. 38, p. 65-76, 2011. DOI: 10.1007/s10488-010-0319-7.

SANTOS, Mayara Góes dos et al. Use of the Health Promotion Model by Nursing in Primary Care: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 78, n. 2, e20240096, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0096.

SKIVINGTON, Kathryn et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, v. 374, n2061, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n2061.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2010. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>. Acesso em: 9 out. 2026.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: WHO; UNICEF, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>. Acesso em: 9 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: WHO; UNICEF, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>. Acesso em: 9 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888>. Acesso em: 9 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. Acesso em: 9 out. 2026.

---

<sup>1</sup> Mestre em Patologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).  
Instituição de vínculo: UNIG – Universidade Iguaçu. ORCID:  
<https://orcid.org/0009-0001-1864-3106>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>2</sup> E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:  
<https://orcid.org/0009-0005-9427-900X>.

<sup>3</sup> Graduanda de Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2598-5934>. Universidad Nacional Ecológica. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>4</sup> Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e Meio Ambiente. ORCID:  
<https://orcid.org/0000-0003-4370-3198>. UNIG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>5</sup> Mestre em Enfermagem. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9437-3673>. Instituição: UNIRIO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>6</sup> Especialista em Enfermagem em Clientes de Alta Complexidade com Ênfase em CTI. Universidade do Grande Rio, UNIGRANRIO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2380-2156>.

<sup>7</sup> Mestre em Desenvolvimento Local. Instituição: Universidade Iguaçu. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>8</sup> Especialista em CCIH. Universidade Federal Fluminense. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). CPF: 098. 885. 817-75. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5613-8877>.

<sup>9</sup> Mestre em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente. Centro Universitário de Volta Redonda, UniFOA, Brasil. Instituição de vínculo: UNIG – Universidade Iguaçu. Endereço institucional completo: [www.unig.br](http://www.unig.br). Av. Abílio Augusto Távora, 2134, Nova Iguaçu – RJ – CEP: 26260-045. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9891-0953>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>10</sup> Enfermagem/Graduação 2004. Instituição: Universidade Estácio de Sá, Campos Bispo. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>11</sup> Graduanda de Medicina. Universidade Autónoma San Sebastián (UASS). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>12</sup> Mestre em Ciências do Exercício e do Esporte - Uerj. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3712-0044>. Instituição: Uerj/unig. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>13</sup> Doutorado Saude Coletiva, ims uerj. UERJ. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>14</sup> Enfermeira e Cirurgiã-Dentista, Bacharel em Enfermagem e Bacharel em Odontologia. Instituição: UNIPLI - Universidade Plinio Leite e Faculdade Anhanguera Educacional. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>15</sup> Graduando em Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0233-086X>. Instituição: UASS Universidad Autónoma San Sebastián Paraguai. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>16</sup> Mestre em Desenvolvimento Local. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8720-8661>. Instituição: Centro Universitário Augusto Motta. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>17</sup> Pós-graduado em Urgência e Emergência. 57500185987. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Grupo Educacional IBRA MG.