FORMAÇÃO em MOVIMENTO

A Integração Ensino e Serviço na Construção do Saber em Saúde Coletiva

Maria Angela Conceição Martins
Neuciani Ferreira da Silva Sousa
Yana Balduíno de Araújo
(orgs.)



Pedro & João editores

FORMAÇÃO EM MOVIMENTO:
A Integração Ensino e Serviço na Construção do Saber em Saúde Coletiva

Pedro & João editores

Organizadoras
Maria Ângela Conceição Martins
Neuciani Ferreira da Silva Sousa
Yana Balduíno de Araújo

FORMAÇÃO EM MOVIMENTO:
A Integração Ensino e Serviço na Construção do Saber em Saúde Coletiva

Pedro & João
editores

Copyright © Autores e autoras

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos dos autores e autoras.

Martins, Maria Ângela Conceição; Sousa, Neuciani Ferreira da Silva; Araújo, Yana Balduíno de [Orgs.].

Formação em movimento: a integração ensino e serviço na construção do saber em saúde coletiva. São Carlos: Pedro & João Editores, 2026. 141p. 16 x 23 cm.

ISBN**: 978-65-265-3303-1** [digital]

1. Estágio supervisionado. 2. Atenção Básica. 3. Saúde coletiva. 4. Formação profissional. I. Título.

CDD 610

Capa: Kauane Ferreira da Silva e Marcos Della Porta
Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB – 8-8828
Diagramação: Ida Conceição Andrade de Melo
Editor: Valdemir Miotello
Diretores executivos: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:
Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).

Pedro & João Editores
www.pedroejoaoeditores.com.br
13568-878 – São Carlos – SP
2026

Sumário

Apresentação……...……5

Capítulo 1 - Estágio Supervisionado Obrigatório na Atenção Básica: experiências acerca da territorialização……..……15
Ana Paula Muraro, Nereide Lúcia Martinelli, Yasmin Luane da Silva Nascimento, Lívia Caroline Araujo Saldanha, Gideão Boanez do Prado e Yana Balduíno de Araújo

Capítulo 2 - Integração ensino-serviço na gestão da atenção à saúde de migrantes internacionais……..…..39
Maria Ângela Conceição Martins, Thamyres Rocha Carvalho, Elizete Gonçalves dos Santos e Silvia Ângela Gugelmin

Capítulo 3 - Construção de um manual de normas e rotinas: relato de experiência em gestão a partir do Estágio em Saúde Coletiva……..……60
Sara Fernandes Miranda e Reni Barsaglini

Capítulo 4 - A formação do Bacharel em Saúde Coletiva e o processo de trabalho na regulação do acesso à assistência em um hospital universitário……..…….82
Emelly dos Santos Rodrigues, Nathacha Witória Juliana Campos, Patrick Francisco de Oliveira Silva e Virgínia de Albuquerque Mota

Capítulo 5 - O Projeto de Extensão "Fortalecer a profissão" no contexto da inserção e atuação de sanitaristas com graduação em Saúde Coletiva na rede municipal de saúde de Cuiabá/MT: relato de experiência de docentes…….……...106
Lidiane Mara de Ávila e Silva, Reni Barsaglini, Maria Ângela Conceição Martins, Silvia Ângela Gugelmin, Ruth Terezinha Kehrig e Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Apresentação

Esta obra nos propõe um convite: caminhar pelos múltiplos espaços que constituem a Saúde Coletiva, reconhecendo que é no trajeto entre formação, serviço e território que se produzem saberes, práticas e reflexões sobre a relação entre Educação e Trabalho em Saúde.

A obra tem como eixo central as experiências formativas vivenciadas em estágios supervisionados curriculares no campo da Saúde Coletiva. Ao reunir relatos de experiência, evidenciamos o papel desses espaços como dispositivos privilegiados de articulação entre teoria e prática, contribuindo para a construção de competências e habilidades imprescindíveis às realidades do SUS.

O primeiro capítulo, "Estágio Supervisionado Obrigatório na Atenção Básica: experiências acerca da territorialização", nos situa no território, a partir da experiência dos estagiários e equipes de saúde no processo de territorialização que é, ao mesmo tempo, leitura e implicação com a realidade.

No segundo capítulo, intitulado "Integração ensino-serviço na gestão da atenção à saúde de migrantes internacionais", o olhar se desloca para o campo das migrações internacionais, marcadas por fluxos, deslocamentos e desigualdades. Aqui, a saúde coletiva é tensionada a reinventar seus modos de fazer, diante de sujeitos que buscam melhores condições de vida.

Os dois capítulos seguintes nos conduzem ao interior de um hospital universitário, onde os estagiários experienciam a gestão em saúde em sua dimensão cotidiana. O capítulo 3, "Construção de um manual de normas e rotinas: relato de experiência em gestão a partir do Estágio em Saúde Coletiva", descreve criticamente os desafios, encaminhamentos e aprendizados proporcionados pela participação ativa na elaboração de um

Manual de Normas e Rotinas para sistematizar os processos internos de um setor hospitalar. O capítulo 4, por sua vez, intitulado "A formação do Bacharel em Saúde Coletiva e o processo de trabalho na regulação do acesso à assistência em um hospital universitário", apresenta as vivências e aprendizados adquiridos na gestão do fluxo assistencial hospitalar, no contexto das Redes de Atenção à Saúde. É nessa área-meio que se revelam os fluxos e as mediações que sustentam o cuidado.

O último capítulo, "O Projeto de Extensão 'Fortalecer a profissão' no contexto da inserção e atuação de sanitaristas com graduação em Saúde Coletiva na rede municipal de saúde de Cuiabá/MT: relato de experiência de docentes", destaca a relevância de um projeto de extensão voltado ao acolhimento e acompanhamento de Bacharéis em Saúde Coletiva recém-ingressos no mercado de trabalho, compreendido como estratégia potente de escuta, troca de saberes e fortalecimento identitário dos sanitaristas. Entre avanços e incertezas, delineamos os contornos de uma inserção inédita, em construção, e marcada por desafios que convocam à permanência, à invenção e à disputa por reconhecimento.

Ao integrar formação acadêmica, prática profissional e apoio institucional, ofertamos subsídios importantes para o debate sobre a qualificação do trabalho em saúde e os desafios contemporâneos da formação em Saúde Coletiva. A obra adota uma abordagem crítica e reflexiva sobre os saberes e as intervenções em saúde, valorizando o diálogo entre o conhecimento científico e as experiências práticas vividas nos territórios e nos serviços.

Nesse sentido, os relatos não se limitam à descrição de práticas, mas problematizam processos, contextos e escolhas pedagógicas, reconhecendo o caráter histórico, político e social da educação e do trabalho em saúde. Aqui, a experiência é compreendida como aquilo que efetivamente nos atravessa e nos afeta, não se confundindo com o simples acúmulo de informações ou opiniões. Diferentemente de saberes imediatos e superficiais, ela exige tempo, pausa e disponibilidade, tornando-se rara na vida

contemporânea, marcada pela pressa e pelo excesso de trabalho (Bondía, 2002). Por isso, a construção deste livro constituiu-se como um exercício exigente e desafiador, ao nos convocar para interromper o fluxo automático das ações, cultivar a escuta atenta, a sensibilidade e a disponibilidade, acolher o inesperado, expor-nos com abertura e elaborar sentidos a partir do vivido, permitindo-nos ser afetados e transformados pelas experiências.

Embora o saber da experiência seja singular, situado e atravessado pela trajetória de quem o vive (Bondía, 2002), entendemos que o relato de experiência pode servir de inspiração ao explicitar processos, escolhas, desafios e sentidos construídos ao longo da prática. Ao narrar não apenas o que foi feito, incluindo também como e por que determinadas ações foram conduzidas, o relato oferece materiais analíticos passíveis de reinterpretação e adaptação por outros sujeitos em realidades distintas. Em vez de funcionar como modelo a ser replicado, nossa intenção é que os relatos aqui apresentados atuem como dispositivo de reflexão, favorecendo a identificação de problemas comuns, o compartilhamento de estratégias e a produção de novos olhares sobre a prática, revelando seu potencial para despertar questionamentos e ampliar as possibilidades de atuação em diferentes contextos do SUS. Com isso, a experiência deixa de pertencer apenas aos autores para se tornar um bem coletivo, capaz de inspirar outros profissionais e provocar transformações reais nos modos de ensinar e cuidar.

Os textos foram organizados a partir de um roteiro estruturante que orienta o percurso do relato de experiência, abrangendo desde a apresentação do tema e de seus fundamentos teórico-conceituais, passando pela descrição do contexto, das ações e dos resultados, até alcançar uma análise crítica e as considerações finais (Mussi; Flores; Almeida, 2021). Essa organização conferiu unidade e inteligibilidade ao conjunto da obra; todavia, tal estrutura não se configurou como um molde rígido ou limitador da escrita. Ao contrário, abriu espaço para que os autores explorassem a dimensão narrativa de suas experiências,

incorporando marcas de estilo e sensibilidade. Assim, mesmo ancorados em diretrizes comuns, os textos preservaram a liberdade criativa de cada autor.

Com uma linguagem acessível, este material foi pensado para quem faz a saúde acontecer, seja um acadêmico em busca de subsídios teóricos e práticos, um gestor que formula políticas de educação permanente ou um profissional que atua no serviço. Ao compartilhar as conquistas e os impasses da formação em Saúde Coletiva, a obra reafirma o SUS como espaço vivo de aprendizagem, produção de conhecimento e compromisso ético-político com a saúde como direito.

A materialização desse debate ganhou forma e densidade por meio do compromisso histórico da instituição e do projeto pedagógico que sustentam as práticas aqui relatadas. Compreender a potência dessas experiências exige olhar para o território acadêmico de onde brotam: uma universidade comprometida com sua função social e um curso que desenha seu currículo de forma integrada à rede pública do SUS. A seguir, apresentamos a trajetória da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e as especificidades de seu curso de Graduação em Saúde Coletiva que, ao ocuparem os cenários do SUS, ratificam a importância de uma formação profissional politicamente situada e tecnicamente sensível às realidades regionais.

A UFMT, criada em 1970, tem contribuído significativamente para o desenvolvimento do estado de Mato Grosso, em razão de seu compromisso com a formação profissional, a pesquisa, a inovação e a extensão. Sua atuação alcança tanto regiões centrais quanto municípios do interior, integrando redes e iniciativas voltadas à sustentabilidade ambiental, econômica e social da região (UFMT, 2009).

Em 1992, no contexto de uma reforma institucional da UFMT, foi criado o Instituto de Saúde Coletiva (ISC), em consonância com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que demandou às universidades brasileiras mudanças nos processos de formação em saúde. A constituição do ISC significou a integração

das áreas de Saúde Pública dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, reunidas até então no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. O ISC organizou-se com atividades na graduação dos cursos de saúde existentes até então, pós-graduação, extensão e pesquisa, e seu compromisso se fez marcadamente na construção e consolidação do SUS, por meio dos programas de capacitação dos profissionais atuantes na rede pública de saúde, da produção de conhecimento e da cooperação técnica com os municípios na reorganização dos sistemas de saúde locais (UFMT, 2009).

E para antecipar a formação de sanitaristas para o SUS, que até então só ocorria por meio da pós-graduação, foi criado, em 2009, com a primeira turma em 2010, o Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) vinculado ao ISC, com a pretensão de formar profissionais generalistas, com uma visão ampliada do processo saúde-doença, em consonância com o movimento nacional de criação desse curso de graduação. O CGSC, ao longo de seus mais de 15 anos, teve três projetos pedagógicos que evidenciam diferentes momentos, desafios e amadurecimentos ao longo do tempo (UFMT, 2009, 2013, 2025).

O primeiro Projeto Pedagógico do Curso (PPC) foi orientado pelas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, que buscavam uma formação em saúde abrangente, crítica e analítica para atuar no SUS, priorizando a integralidade do cuidado e a excelência técnica baseada em competências como atenção à saúde, tomada de decisões, liderança, comunicação, administração, gerenciamento e educação permanente. Adicionalmente, o primeiro PPC do CGSC previa competências e habilidades específicas para o graduado em Saúde Coletiva que, inserido em contextos multiprofissionais, deveria ser capaz de planejar, monitorar, gerenciar e avaliar sistemas e serviços de saúde, utilizando tecnologias da informação e indicadores epidemiológicos para identificar determinantes sociais e ambientais do processo saúde-doença. Além disso, deveria ser capaz de conduzir investigações científicas e programas educativos, sempre pautados pelo rigor ético, pelo respeito aos

diferentes grupos sociais e pelo compromisso com as políticas de saúde vigentes (UFMT, 2009).

Apesar de seu caráter inovador à época, decorridos três anos de implementação do curso no período noturno, algumas questões de ordem prática, principalmente relacionadas ao estágio supervisionado curricular (ESO) e às atividades práticas, tornaram-se impeditivas para o pleno desenvolvimento do curso e, consequentemente, para a formação dos estudantes. Assim, em 2013, após a análise do cenário e escutas de docentes e estudantes, o PPC do curso foi reformulado. Entre os ajustes feitos, destaca-se a mudança do regime seriado para o regime de créditos, a fim de evitar a retenção dos discentes ao longo do curso; a mudança do estágio supervisionado curricular para o período diurno, a fim de facilitar a inserção dos discentes nos setores de planejamento e gestão dos serviços de saúde vinculados ao SUS; e a antecipação do estágio para o sétimo semestre, pois, originalmente, o estágio seria desenvolvido apenas no oitavo semestre, dificultando a integralização do curso no período previsto (UFMT, 2013).

Em 2020, outra reformulação do PPC do CGSC foi iniciada, visando atender às diretrizes orientativas específicas para os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, estabelecidas em 2017 de acordo com o Parecer CNE/CES nº 242/2017 e homologadas pelo Despacho de 13 de outubro de 2022 (Brasil, 2022a). Tal processo foi conduzido por uma comissão composta por representantes docentes, técnicos e discentes do curso e pelo seu Núcleo Docente Estruturante.

Após um longo período marcado pela pandemia e por mudanças na gestão do curso e da universidade, o PPC foi aprovado em novembro de 2025 e contemplou as seguintes alterações principais: 1) ampliação da carga horária de estágio, para atender ao mínimo necessário para a formação (500 horas); 2) previsão de 40% da carga horária do estágio em setores da Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; 3) previsão de 10% da carga do curso para atividades de extensão curricular; 4) mudança da grade horária, com a inclusão de disciplinas de nivelamento, ampliação

das disciplinas optativas, reorganização das disciplinas existentes e inclusão de novas disciplinas; 5) alteração do turno do curso para o período matutino, a fim de ampliar o contato dos estudantes com os espaços de práticas profissionais e com os egressos atuantes no mercado de trabalho, principalmente do SUS, além de maior contato com discentes de outros cursos da área da saúde durante a vivência acadêmica, fortalecendo as relações multiprofissionais (UFMT, 2025).

Os três Projetos Pedagógicos do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFMT evidenciam uma evolução na concepção de formação, com maior protagonismo discente, fortalecimento das práticas e ampliação do diálogo com os serviços de saúde. Ao longo de sua história, o curso enfrentou diversos desafios, tanto institucionais quanto pedagógicos e políticos. Entre eles, destacam-se a consolidação do corpo docente, a garantia de infraestrutura adequada e o reconhecimento social do sanitarista. Além disso, desafios relacionados à implementação dos estágios curriculares exigiram constante diálogo e articulação entre universidade e serviços de saúde.

Apesar de tais mudanças estruturais e pedagógicas, o solo fértil para a concretização dos aprendizados do curso manteve-se inalterado ao longo do tempo. Este cenário de práticas é o município de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, que, de acordo com estimativas que indicam crescimento para cerca de 691 mil habitantes em 2025, ocupando a 31ª posição no *ranking* nacional. A cidade exibe uma pirâmide etária com forte concentração de jovens adultos, destacando-se a faixa de 30 a 39 anos, que representa 8,31% da população. Ao mesmo tempo, a proporção de pessoas idosas (13%) e a parcela menor de crianças abaixo de 5 anos (6,71%) indicam envelhecimento em curso e redução da fecundidade. Quanto à distribuição por sexo, há um discreto predomínio do feminino (51,5%) (IBGE, 2023).

A população cuiabana é majoritariamente composta por pessoas autodeclaradas pardas (54,9%), seguida por brancas (30,7%) e pretas (13,6%), refletindo a diversidade étnico-racial

característica da região (IBGE, 2023). A ocupação de seu território também conta com a presença de grupos indígenas e sua região metropolitana (Baixada Cuiabana) abriga importantes comunidades quilombolas, que representam a resistência e a manutenção de tradições de populações negras que se estabeleceram na região desde o período colonial. Nas últimas décadas, Cuiabá tem se configurado como território de acolhimento de migrantes e refugiados, sobretudo daqueles oriundos da Venezuela, incluindo indígenas Warao, do Haiti e de outras nacionalidades.

Do ponto de vista territorial, trata-se de um município amplamente urbano, com 98,3% da população residindo em áreas urbanizadas. No entanto, a presença de 11,1% dos moradores em favelas revela a persistência de desigualdades socioespaciais significativas, com parcela expressiva da população vivendo em condições mais precárias de moradia e acesso a serviços (IBGE, 2023).

Em relação à infraestrutura urbana, os indicadores mostram avanços importantes, mas também lacunas relevantes. A maioria dos domicílios conta com abastecimento de água por rede geral (94,3%), coleta de lixo (97,7%) e iluminação pública (96,7%), o que demonstra cobertura ampla de serviços essenciais. Entretanto, apenas 71,2% dos domicílios estão conectados à rede de esgoto, indicando um déficit significativo em saneamento básico, com potenciais impactos sobre a saúde pública e o meio ambiente. Além disso, 85,5% dos domicílios situam-se em vias pavimentadas, o que sugere que ainda há áreas com infraestrutura viária insuficiente, dificultando mobilidade e acesso a serviços (IBGE, 2023).

A rede pública de atenção à saúde é composta por aproximadamente 150 unidades, entre as quais se destacam 87 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e quatro hospitais, além de outros serviços que integram a rede assistencial. A cobertura de Atenção Primária à

Saúde é de 72% e de planos privados de 36% (CONASEMS, 2024). Essa rede atende a população de Cuiabá e municípios do entorno.

A economia cuiabana é fortemente baseada no setor de serviços, desempenhando funções administrativas, comerciais e de apoio ao agronegócio, que é o principal motor econômico do estado de Mato Grosso. Geopoliticamente, Cuiabá está integralmente inserida na Amazônia Legal, uma delimitação que abrange todo o estado de Mato Grosso e visa promover o desenvolvimento sustentável da região (UFMT, 2013). Embora situada no bioma Cerrado e próxima ao Pantanal, sua inclusão nessa área estratégica permite o acesso a políticas de preservação e incentivos fiscais específicos.

Em síntese, Cuiabá lida com o desafio de equilibrar seu crescimento demográfico e manter uma infraestrutura que atenda toda a sua diversidade populacional. O município é marcado por contrastes internos importantes, combinando expansão urbana, dinamismo econômico vinculado ao setor de serviços e ao agronegócio regional, e persistentes desigualdades sociais, configurando um cenário complexo que demanda políticas públicas voltadas à redução das iniquidades e à promoção do desenvolvimento sustentável. Assim, apesar dos avanços nos indicadores sociais e urbanos, a realidade municipal ainda demanda intervenções estruturantes que promovam maior equidade e qualidade de vida para toda a população. É nesse cenário complexo que os estudantes e egressos do Curso de Graduação em Saúde Coletiva têm vivenciado ricas experiências que oportunizam o confronto da teoria com a densidade prática da realidade.

O município de Cuiabá/MT, até onde se tem conhecimento, destaca-se ao se constituir como a primeira capital a absorver um contingente expressivo de Bacharéis em Saúde Coletiva. Essa foi, sem dúvida, uma conquista histórica, fruto de intensa disputa política. Esse movimento não apenas respondeu a demandas concretas dos serviços de saúde, mas também tem produzido um efeito de retroalimentação entre prática profissional e formação

acadêmica. A inserção desses profissionais no sistema local tem gerado tensões e renovado as práticas institucionais, introduzindo abordagens críticas, interdisciplinares e orientadas pelos princípios do SUS. Em contrapartida, os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços têm retornado à universidade como questões a serem trabalhadas por meio da pesquisa, do ensino e das ações extensionistas.

Esse processo também tem gerado outros desafios, como a necessidade de maior articulação entre os serviços e a universidade, o enfrentamento de limites institucionais e a construção de novas formas de inserção profissional. Assim, o município de Cuiabá configura-se como um território de aprendizagem e construção coletiva, no qual diferentes práticas se encontram e se articulam, reafirmando o potencial transformador da formação em Saúde Coletiva quando construída a partir das experiências concretas dos serviços de saúde.

Capítulo 1
Estágio Supervisionado Obrigatório na Atenção Básica: experiências acerca da territorialização

Ana Paula Muraro, Nereide Lúcia Martinelli, Yasmin Luane da Silva Nascimento, Lívia Caroline Araujo Saldanha, Gideão Boanez do Prado e Yana Balduíno de Araújo

O Estágio Supervisionado Obrigatório I (ESO I) do Curso de Graduação em Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde é permeado por diversas vivências que se atravessam e se entrelaçam com o território no qual a Estratégia Saúde da Família foi estabelecida. Assim, os discentes têm a oportunidade de compreender a política de saúde no contexto das práticas, articulando a integração das políticas sociais aos perfis epidemiológicos das populações atendidas (Brasil, 2017; Meneses *et al*., 2017).

Essa imersão permite a identificação de necessidades sociais de saúde, seus condicionantes e determinantes ambientais, reconhecendo-os como fatores que influenciam o processo saúde-doença. Com este entendimento, os discentes tornam-se aptos a propor ações de educação, promoção, prevenção e reabilitação em saúde, considerando as especificidades dos diferentes grupos sociais e as singularidades dos processos de vida, trabalho e adoecimento.

Embora partam de um referencial teórico comum — segundo o qual o território é fundamental para a organização do cuidado em saúde, a territorialização é o processo que sustenta o planejamento local e o diagnóstico situacional é a ferramenta que viabiliza a coleta, o tratamento e a análise dos dados em um determinado local estudado na prática —,Apesar de partir de um referencial teórico comum no qual a compreensão de que o

território é fundamental para a organização do cuidado em saúde, a territorialização é o processo para o planejamento local e o diagnóstico situacional é a ferramenta que viabiliza o processo de coleta, tratamento e análise dos dados em um determinado local estudado na prática, as experiências vivenciadas em cada campo de estágio são distintas e únicas.

Na concepção normativo-operacional abordada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o território é concebido prioritariamente como base organizativa do sistema de saúde. Por meio da adscrição de uma unidade geográfica são detalhadas as regras e o quantitativo populacional que cada equipe deve abarcar para fins de cadastramento da população, planejamento das ações, responsabilidade sanitária da equipe e organização do processo de trabalho (Brasil, 2017).

A PNAB explicita que todas essas ações devem fundamentar-se na territorialização. Embora reconheça a dinamicidade e a heterogeneidade dos territórios, a PNAB adota uma perspectiva normativa e funcional, no sentido de que há níveis operacionais (território-área, microárea, domicílio). Neste contexto, a adscrição da clientela como estratégia de vínculo e responsabilização é um instrumento de gestão e regulação do cuidado, indispensável para a operacionalização do SUS e para a garantia de princípios como o acesso, a longitudinalidade do cuidado e a ordenação da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2017).

De forma complementar, e até tensionada, o território, na abordagem pedagógico-crítica, é tratado como resultante de uma construção histórica, social, cultural, simbólica e política, produzida pelas relações humanas e pelas disputas de poder que nele se estabelecem. Ou seja, o território é espaço vivo e vivido, atravessado por saberes populares, resistências, memórias, identidades e afetos, onde se produzem a vida, a saúde e o conhecimento e não somente um local geográfico onde se executam políticas públicas (Monken, 2024). É, pois, uma abordagem influenciada pelo pensamento freiriano, que preza pela

escuta do território e pela leitura crítica da realidade como fundamentos dos processos formativos e das práticas em saúde.

O território, como ponto de partida e de retorno, é mais bem conhecido e percebido com a utilização do diagnóstico situacional. A própria PNAB aponta o diagnóstico como ferramenta para o planejamento da oferta de cuidado à população adscrita (Brasil, 2017).

Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, apresenta o menor número de equipes de Atenção Primária à Saúde entre as capitais da Região Centro-Oeste (139 em 2025), ao mesmo tempo em que vivencia um expressivo crescimento populacional no período recente, caracterizado por dinâmicas de expansão urbana e aumento das demandas por serviços públicos. Nesse cenário, embora se observe uma ampliação progressiva da cobertura da Atenção Primária, passando de 46,53% em 2020 para 61,06% em 2025, persistem desafios relacionados à capacidade de resposta do sistema frente às mudanças demográficas e territoriais (Borges *et al*., 2026).

No contexto recente da organização da Atenção Primária à Saúde em Cuiabá, destaca-se a realização de concurso público que possibilitou a inserção de bacharéis em Saúde Coletiva em cargos estratégicos de gestão, especialmente na função de gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Essa inserção representa um avanço na consolidação do campo profissional do sanitarista no SUS, ao reconhecer sua formação voltada ao planejamento, gestão e análise de situação de saúde.

A literatura aponta que o gerente de unidade básica exerce papel central na organização do processo de trabalho, na coordenação das equipes e na articulação entre planejamento, gestão e cuidado, sendo um ator estratégico para a efetividade da Atenção Primária à Saúde (Carvalho *et al*., 2023). Nesse sentido, a presença de bacharéis em Saúde Coletiva nesses espaços potencializa a qualificação das práticas, especialmente pela incorporação de ferramentas como o diagnóstico situacional, a análise territorial e o planejamento em saúde, reforçando o papel

sociopolítico da graduação em Saúde Coletiva na transformação das práticas em saúde (Bosi; Paim, 2010).

Diante do contexto exposto, este relato de experiência tem como objetivo descrever as experiências acerca da territorialização nos campos do Estágio Supervisionado Obrigatório I, do curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFMT, acompanhados por preceptores egressos deste curso. Registrar a vivência de forma escrita nesse processo é um ato de memória e reflexão sobre pontos de partida e chegada e sobretudo sobre o significado do fazer a saúde acontecer em cada território, seja na perspectiva da formação em saúde, seja como um exercício de cidadania.

Percurso metodológico

Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio Supervisionado Obrigatório I do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), realizadas em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cuiabá (MT), distribuídas em diferentes regionais de saúde da cidade.

Para operacionalizar essa experiência em campo, estrategicamente, foi ofertado um curso de curta duração na modalidade de extensão aos discentes e preceptores das unidades de saúde, intitulado "Construção do diagnóstico situacional na Atenção Primária à Saúde: ferramenta para a tomada de decisão". Este curso, além de representar uma articulação que fortalece o ensino, a extensão e o serviço, foi também uma resposta às necessidades de instrumentalizar os discentes, docentes e preceptores de campo que acolhem estagiários no contexto da atenção básica. Além disso, refletiu o compromisso institucional de formar profissionais qualificados para o trabalho no SUS, capazes de atuar com excelência e contribuir para a qualidade dos serviços ofertados à população.

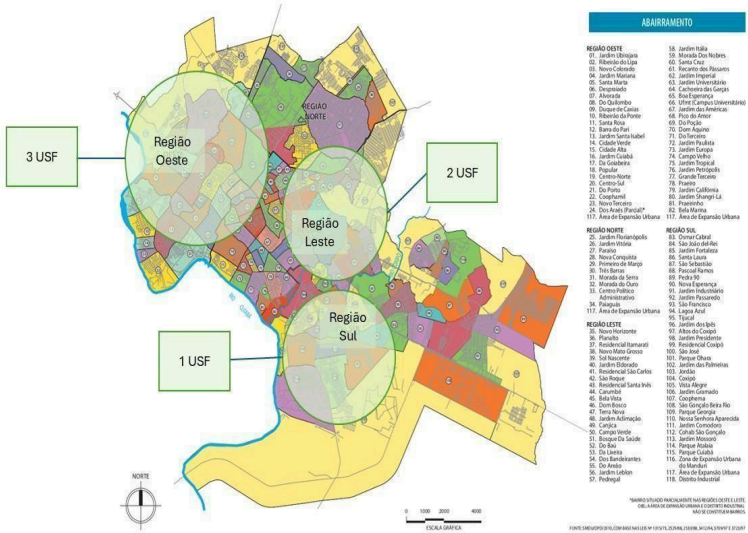
No curso de extensão, os participantes revisitaram conceitos e tiveram acesso a roteiros preestruturados que contemplaram cinco

pontos: história da comunidade e história da implantação da USF, território e territorialização, perfil epidemiológico e demográfico, processo de trabalho e indicadores, com vistas a melhorar a compreensão do processo saúde-doença e ofertar cuidado de acordo com a real necessidade da população, assim como preconizam os princípios do SUS. Foi ofertado no início do semestre letivo no formato presencial, com quatro encontros e carga horária de 20 horas. O curso funcionou como disparador para o processo de territorialização e reterritorialização vivenciado pelo município de Cuiabá, e direcionou o desenvolvimento das atividades do estágio.

A experiência aqui relatada compreende um recorte das vivências dos estágios desenvolvidos em seis USF localizadas em três regiões da capital, sendo três unidades na Região Oeste, duas na Região Leste e uma na Região Sul (Figura 1). Todas as USF contavam com o preceptor sanitarista, docente supervisor vinculado à UFMT e dois estagiários, em média, por unidade. A duração da experiência descrita compreendeu um período de 4 semestres acadêmicos ocorridos entre o final de 2024, o ano letivo 2025 e o início de 2026. As unidades localizam-se em territórios com distintas características sociodemográficas, epidemiológicas e de vulnerabilidade social, com ações voltadas ao apoio ao cadastramento domiciliar, à territorialização e à avaliação da vulnerabilidade das famílias adscritas.

Nos semestres analisados, destacam-se as atividades: o reconhecimento do território por meio de visitas com os ACS, cadastramento de famílias e indivíduos, acesso ao PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) do e-SUS APS e sistematização de informações sobre a população adscrita e sobre a produção da unidade, ações de educação em saúde em sala de espera ou campanhas específicas e aplicação da Escala de Risco Familiar de Savassi, Lage e Coelho (2012).

Figura 1: Representação das unidades de saúde da família em que foi desenvolvido o estágio supervisionado obrigatório do curso de Graduação em Saúde Coletiva. Cuiabá, 2026.



Fonte: Adaptado de Cuiabá (2010).

Todas as atividades foram planejadas a partir da priorização dos gerentes das USF, bem como pactuadas com os docentes supervisores e compartilhadas com os discentes matriculados no estágio durante o semestre. O cadastramento da população foi compreendido como responsabilidade de toda a equipe da Atenção Primária, com papel central do gestor da UBS e dos ACS, mas desenvolvido de forma coletiva e interdisciplinar.

Em relação à aplicação da escala de risco familiar, as atividades seguiram as orientações técnicas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá para o processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde, fundamentadas na PNAB. Segundo tais diretrizes, a territorialização constitui a base para a organização dos serviços de saúde, permitindo conhecer a

população adscrita, identificar necessidades e planejar ações de forma equitativa e resolutiva.

O processo foi estruturado conforme a lógica institucional preconizada pela gestão municipal, que compreende etapas sequenciais de mapeamento territorial, cadastramento nominal da população, estratificação de risco familiar e definição de microáreas, subsidiando a organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Inicialmente, foram realizadas reuniões de alinhamento com as equipes de saúde da ESF, incluindo gestores sanitaristas das respectivas equipes, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS) e demais profissionais, visando à organização das atividades de campo, padronização dos instrumentos de coleta e definição do cronograma de visitas domiciliares.

A coleta de dados ocorreu por meio de visitas ao território acompanhadas pelos ACS, utilizando os instrumentos padronizados pela SMS de Cuiabá, entre os quais: relação de moradores e vulnerabilidades por quadra, ficha de cadastro individual e ficha de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS APS. Esses instrumentos permitiram identificar características sociodemográficas, condições de moradia, presença de agravos, fatores de risco e situações de vulnerabilidade social.

Posteriormente, foi realizada a estratificação do risco familiar com base na adaptação municipal da Escala de Risco Familiar de Savassi, Lage e Coelho (2012), considerando sentinelas de risco relacionadas a condições sociais, clínicas e ambientais, tais como presença de indivíduos acamados, deficiência, desnutrição, desemprego, analfabetismo, doenças crônicas e condições precárias de saneamento. A classificação resultante (sem risco, risco menor, médio ou máximo) subsidiou a identificação de famílias prioritárias e a organização das ações das equipes de saúde.

As informações coletadas foram sistematizadas em planilhas padronizadas e discutidas em reuniões com as equipes das unidades, permitindo a validação dos dados, identificação de

microáreas com maior vulnerabilidade e elaboração de propostas de reorganização territorial e planejamento das ações em saúde.

Nesse contexto, o papel do supervisor do ESO I perpassa a orientação e apoio às atividades de planejamento e intervenções, que, em comum acordo com o preceptor, se fizerem necessárias na UBS e no território. Além disso, o preceptor acompanha, orienta e avalia as ações e atividades que os discentes desenvolvem em campo junto com as equipes de saúde. O preceptor de campo é parte crucial nesse processo; também avalia o desenvolvimento dos alunos durante as ações e atividades, orienta, acompanha e participa ativamente do processo formativo.

Por se tratar de um relato de experiência baseado em atividades de ensino-serviço, foram utilizados dados agregados, sem identificação individual dos usuários e das unidades de saúde, respeitando os princípios éticos vigentes.

Vivências práticas e reflexões

O estágio se estruturou a partir de dimensões inter-relacionadas, abrangendo desde a operacionalização e o planejamento das ações em campo até a análise de informações utilizadas para subsidiar o diagnóstico situacional e a gestão do cuidado em saúde. As atividades desenvolvidas reforçaram a centralidade do território como eixo organizador do cuidado, bem como a importância da integração entre ensino, serviço e comunidade na formação em Saúde Coletiva.

O conjunto das práticas instrumentalizou os discentes para o desenvolvimento de competências técnicas, analíticas e relacionais, fundamentais à atuação do sanitarista, tais como a leitura crítica do território, o uso de sistemas de informação em saúde, a tomada de decisão baseada em evidências e o trabalho interprofissional.

O ESO I privilegia o território como o centro de análise e vivência. A partir da territorialização, todos os demais processos que envolvem o funcionamento da USF, como a oferta de serviços,

os fluxos e a relevância da participação popular, entre outros, puderam ser mais bem compreendidos.

Além disso, o estágio favoreceu a construção de uma postura ética, crítica e comprometida com o SUS, ao permitir a vivência das contradições entre as normativas institucionais e a realidade dos serviços. O Quadro 1 sintetiza as principais atividades realizadas, as competências mobilizadas e os produtos decorrentes do processo formativo. Assim, o quadro não apenas organiza as atividades realizadas, mas destaca o potencial formativo do estágio como espaço privilegiado de articulação entre teoria e prática e de produção de conhecimento situado.

Quadro 1**:** Síntese das atividades, competências desenvolvidas e produtos do estágio supervisionado em Saúde Coletiva. Cuiabá, 2026.

Dimensão	**Atividades desenvolvidas**	**Competências e habilidades mobilizadas**	**Produtos e Resultados**
Reconhecimento do território	Visitas às microáreas; observação das condições de vida; identificação de equipamentos sociais e infraestrutura	Leitura crítica do território; análise dos determinantes sociais da saúde; escuta qualificada.	Caracterização territorial e identificação de vulnerabilidades e possíveis intervenções em parceria com a comunidade
Cadastramento e atualização cadastral	Aplicação de fichas do e-SUS APS; levantamento de informações domiciliares e individuais	Organização; responsabilidade; uso de sistemas de informação em saúde	Base de dados territorial atualizada;
Análise e sistematização das informações	Consolidação de dados em planilhas; análise de perfil epidemiológico e demográfico	Pensamento analítico; interpretação de dados; epidemiologia aplicada	Identificação da necessidade de reorganização das microáreas; de áreas prioritárias e perfis de risco

Diagnóstico situacional	Integração de dados territoriais, epidemiológicos e sociais	Síntese crítica; planejamento em saúde; visão sistêmica	Elaboração de diagnóstico territorial para subsidiar ações
Análise do território	Elaboração de mapa inteligente das microáreas a partir dos dados coletados; utilização de ferramentas digitais (ex.: Google Maps) para representação espacial	Análise espacial; uso de tecnologias em saúde; interpretação de dados territoriais; pensamento estratégico	Visualização das áreas de risco e vulnerabilidade; apoio à tomada de decisão; planejamento e gestão do território
Estratificação de risco familiar	Aplicação de instrumento adaptado de risco familiar; classificação das famílias	Avaliação de vulnerabilidade; tomada de decisão baseada em critérios técnicos	Classificação dos domicílios da área adscrita à unidade por nível de risco
Planejamento de ações em saúde	Discussão com as equipes; definição de prioridade	Planejamento estratégico; trabalho colaborativo; tomada de decisão	Ações em saúde em parceria com equipamentos sociais da comunidade e outros setores.
Reorganização do processo de trabalho	Redefinição das microáreas; redistribuição das famílias entre os ACS	Gestão do trabalho em saúde; análise organizacional	Melhoria da cobertura e da equidade na atenção
Educação em saúde e atuação no território	Participação e/ou organização de ações educativas, visitas domiciliares e atividades comunitárias	Comunicação; vínculo com usuários; abordagem comunitária	Fortalecimento do cuidado e da relação com a comunidade

Fonte: Elaboração própria, 2026.

As atividades desenvolvidas no território durante o estágio incorporaram os novos parâmetros de cálculo do componente de vínculo, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024 (Brasil, 2024a). A utilização desses critérios instrumentalizou os discentes para organizar e qualificar as informações para o monitoramento da morbidade da população adscrita à unidade de saúde.

Essa normativa introduziu novos componentes de financiamento baseados no vínculo, no acompanhamento territorial e na qualidade do cuidado, substituindo progressivamente o modelo anterior. Destaca-se que a implementação ocorreu de forma gradual, com um período de transição compreendido entre maio de 2024 e abril de 2025, no qual os municípios passaram a receber recursos segundo regras híbridas e parâmetros padronizados de desempenho, garantindo adaptação ao novo modelo sem perdas financeiras abruptas.

Neste processo, as atividades desenvolvidas pelos estagiários incluíram o apoio às equipes na organização e planejamento de intervenções voltadas à melhoria dos indicadores, com especial atenção ao cadastramento e à vinculação dos usuários às equipes de saúde. Considerando a centralidade desses elementos no modelo vigente, algumas unidades de saúde priorizaram, em seus planos de trabalho, ações relacionadas à qualificação do cadastro individual e familiar, à atualização de informações nos sistemas de informação e ao fortalecimento do acompanhamento longitudinal da população adscrita, como estratégia para aprimorar o desempenho e a qualidade da atenção ofertada.

A inserção dos discentes no território, especialmente por meio das visitas às microáreas, constituiu-se como um dos principais dispositivos formativos do estágio, ao possibilitar a aproximação com as condições concretas de vida da população e com os determinantes sociais do processo saúde-doença.

A vivência em campo permitiu articular as abordagens da formação acadêmica à prática nos serviços de saúde, fomentando a compreensão da saúde em sua dimensão ampliada, relacionada às

condições de moradia, acesso a serviços básicos e dinâmicas socioeconômicas locais. Pereira e Carneiro (2019) descrevem que o olhar atento aos itinerários percorridos pelos usuários e às particularidades presentes na realidade do território é uma atitude possível para o sanitarista, para além das lógicas normativas. Dessa forma, ficou clara a importância do território como espaço privilegiado para a construção de práticas em saúde ancoradas na realidade social e na integralidade do cuidado (Monken, 2024).

As unidades que foram campo de estágio apresentaram territórios com contextos distintos: algumas abrangiam loteamentos afastados caracterizados por maior vulnerabilidade e escassez de equipamentos sociais e acesso insatisfatório a serviços básicos como água tratada, coleta de lixo regular e rede de esgoto, contrastando com áreas urbanas dotadas de infraestrutura consolidada e maior oferta de serviços.

A dinâmica destes territórios é marcada por episódios de violência que, associados à vulnerabilidade social e ao trabalho informal, impõem desafios às equipes das unidades de saúde para garantir a continuidade do cuidado. Além disso, essa dinâmica dificulta a adscrição da população vinculada e o estabelecimento de relações de confiança e vínculo, fundamentais para implementar as políticas públicas no território. Esse contexto se associa ao aumento de doenças crônicas, problemas de saúde mental, desnutrição e outros agravos, o que exige ações que envolvam diferentes áreas, não só a saúde.

A participação dos estagiários nas atividades de coleta de dados, por meio de instrumentos padronizados do e-SUS APS (principalmente a ficha de cadastro individual, a ficha de cadastro domiciliar e a ficha de visita domiciliar e territorial), permitiu a compreensão do papel estratégico dos sistemas de informação em saúde para o planejamento das ações, das intervenções e o monitoramento do cuidado. A sistematização e análise dessas informações possibilitaram a identificação de perfis de vulnerabilidade, áreas prioritárias e lacunas assistenciais, contribuindo para a tomada de decisão no âmbito das equipes. Tais

experiências reforçam a importância da formação do bacharel em Saúde Coletiva para gerir processos, subsidiar o planejamento e a gestão em saúde, ao destacar a centralidade dessas competências na inserção profissional do sanitarista (Carvalho *et al*., 2023).

A aplicação da metodologia de estratificação de risco familiar permitiu identificar diferentes níveis de vulnerabilidade entre as unidades e entre microáreas de um mesmo território. Entretanto, ressalta-se que a metodologia empregada pela SMS-Cuiabá se diferenciou da proposta de Savassi, Lage e Coelho (2012), uma vez que foi solicitada a marcação de um "X" como forma de destacar a presença de sentinelas de vulnerabilidade, quando na realidade o número de moradores em cada situação sentinela seria necessário para a adoção dos pesos específicos e totalização da pontuação final.

Ou seja, na ficha disponibilizada para as equipes de saúde, registrava-se apenas a presença (ou não) de idosos, pessoas acamadas, pessoas com deficiência, crianças ou outras doenças, sem especificar a quantidade em cada situação. Na metodologia proposta por Savassi, Lage e Coelho (2012), atribui-se pontuação para cada situação de risco identificada. Quando a mesma condição está presente em mais de um membro da família, a pontuação deve ser contabilizada para cada indivíduo, sendo posteriormente somada para definir o escore final da família e, assim, proporcionar a priorização do acompanhamento familiar baseado na estratificação. Entende-se de forma mais ampla que a estratificação é um caminho para organizar processos e priorizar visitas, mas nem sempre contempla toda a complexidade do cuidado integral e individualizado de que cada usuário e família residente no território necessitam.

A classificação realizada em uma das equipes identificou que aproximadamente 18% dos domicílios apresentaram algum grau de risco e que havia concentração de situações mais graves em microáreas específicas, como piores condições de saneamento e maior desemprego. A partir da estratificação de risco, foi elaborado o mapa inteligente das microáreas, que transformou a

análise de vulnerabilidades em uma ferramenta visual estratégica tanto para a gestão quanto para a comunidade. Todas estas atividades consolidaram competências essenciais, entre elas a abordagem familiar e comunitária, o exercício da clínica ampliada e a articulação entre assistência e vigilância em saúde, convertendo o aprendizado teórico em habilidades práticas de comunicação e trabalho interprofissional.

Outro achado relevante foi a identificação de áreas com sobrecarga assistencial decorrente da elevada razão população-ACS. Em uma das equipes, por exemplo, identificou-se uma microárea acompanhada por apenas uma ACS responsável por cerca de 1.830 pessoas, situação considerada incompatível com o acompanhamento adequado das famílias. Esta situação, recorrente nas unidades de saúde, foi evidenciada pelo recadastramento solicitado pela SMS para atender à Portaria nº 3.493/2024 (Brasil, 2024a). A necessidade de redimensionamento territorial foi viabilizada pela contratação de novos ACS, cujas atividades foram precedidas por um amplo planejamento coletivo. Com o suporte dos estagiários, a implementação dessas microáreas estratégicas visou ampliar a cobertura, otimizar a periodicidade das visitas domiciliares e consolidar o vínculo entre a equipe e a comunidade. Dessa forma, os estudantes puderam acompanhar o diálogo com todos da equipe sobre as propostas de adequação e contribuíram para a construção de mapas por meio da plataforma Google Maps (Figuras 2 e 3).

Figura 2: Distribuição inicial do território



Fonte: Elaboração própria, 2026.

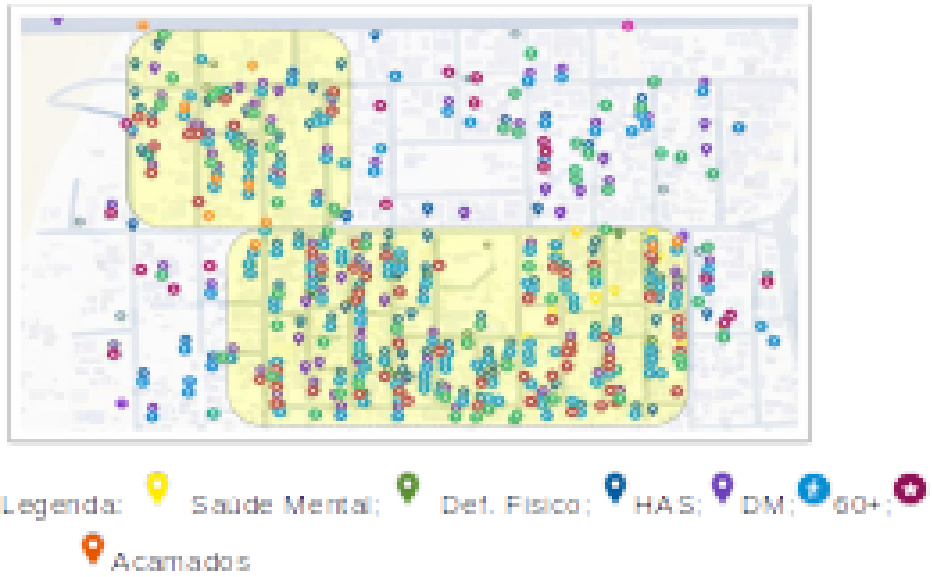
A atividade que envolveu o levantamento das microáreas permitiu, além da experiência de vivenciar o dia a dia dos profissionais dentro do território, a organização, o processamento e a construção do mapa inteligente, facilitando a visualização espacial do território. As Figuras 2, 3 e 4 representam essa construção: respectivamente, o mapa inicial, que precisava de redimensionamento, a classificação das vulnerabilidades e o resultado.

Esse levantamento permitiu não apenas verificar como a distribuição estava organizada no território, mas também identificar os domicílios com pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou com comorbidades. A partir dessas informações, foi possível observar as microáreas com maior concentração dessas situações, o que facilitou a identificação das áreas com maior risco e com necessidade de intervenção.

Essa etapa permitiu visualizar a distribuição das condições de saúde e sociais no território e, com base nos resultados, realizar a redistribuição das microáreas, considerando a inclusão de uma

nova agente comunitária de saúde, com o objetivo de equilibrar a carga de trabalho e otimizar o acompanhamento das famílias.

Figura 3: Território com vulnerabilidades identificadas



Fonte: Elaboração própria, 2026.

Figura 4: Redistribuição das microáreas considerando as vulnerabilidades do território.



Fonte: Elaboração própria, 2026.

De modo geral, o conjunto das atividades para essa estratificação de vulnerabilidade proposta pela SMS-Cuiabá permitiu produzir diagnóstico territorial detalhado e atualizado, subsidiando a identificação de famílias prioritárias, a reorganização do processo de trabalho das equipes e o planejamento de ações baseadas nas necessidades reais da população. A experiência reforçou que o cadastramento e a territorialização constituem instrumentos fundamentais para a organização da Atenção Primária à Saúde, especialmente em contextos urbanos marcados por desigualdades socioespaciais.

Além disso, nessa atividade em específico, destaca-se a possibilidade de os estagiários acompanharem as interações entre a gestão municipal e a gerência das unidades de saúde, uma vez que puderam vivenciar os fluxos decisórios, as negociações institucionais e os processos de implementação das ações nas USF. A atuação do gerente como interlocutor entre o nível central e a equipe local revelou-se fundamental para a tradução das diretrizes institucionais em práticas concretas no território, mediando

demandas, organizando o processo de trabalho e articulando diferentes atores.

Essa vivência contribuiu diretamente para o desenvolvimento de competências essenciais ao bacharel em Saúde Coletiva, especialmente aquelas relacionadas ao planejamento, à gestão e à análise de situações de saúde (Bosi; Paim, 2010; Carvalho *et al*., 2023). Ademais, ao permitir a compreensão dos limites e possibilidades da gestão no cotidiano dos serviços, essa experiência fortalece uma formação crítica e situada, alinhada às exigências do SUS e ao papel estratégico do sanitarista na qualificação das práticas e na articulação entre níveis de gestão e cuidado (Silva; Sousa; Lupicinio, 2023).

A abertura proporcionada pelos preceptores para a participação dos estagiários em reuniões com as equipes de saúde e com a gestão municipal configurou-se como um importante dispositivo formativo, ao possibilitar a compreensão do papel dos diferentes profissionais, da necessidade de organização e planejamento das ações e da centralidade das decisões coletivas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

Esses espaços se constituíram como momentos privilegiados de aprendizagem, nos quais os discentes puderam apreender o caráter dinâmico, contínuo e situado do planejamento em saúde, bem como a importância da análise e revisão permanente das informações para a qualificação das práticas. Esta experiência reforça a compreensão do estágio como espaço de produção de conhecimento, e não apenas de reprodução de atividades, contribuindo para o desenvolvimento de uma formação crítica, reflexiva e comprometida com as necessidades do SUS (UFMT, 2013).

O Estágio Supervisionado Obrigatório I na Atenção Primária à Saúde fortalece a conexão entre universidade e serviço, bem como avança no compromisso de qualificar preceptores. As atividades de campo podem promover mudanças positivas tanto para as atividades do estágio supervisionado quanto para a organização do sistema de saúde.

O desenvolvimento das atividades também trouxe desafios importantes, tanto de ordem estrutural quanto relacional. Dificuldades de acesso a determinadas áreas do território, limitações na infraestrutura urbana e barreiras na comunicação com a população foram aspectos recorrentes, exigindo dos discentes o desenvolvimento de habilidades como escuta qualificada, comunicação interpessoal e construção de vínculos. Assim, reforça-se a complexidade do trabalho na Atenção Primária à Saúde e a necessidade de formação profissional sensível às dimensões subjetivas e sociais do cuidado.

A experiência também possibilitou a participação dos estudantes na reorganização do processo de trabalho das equipes, especialmente na redefinição de microáreas e redistribuição de famílias entre os Agentes Comunitários de Saúde. Esse processo mostrou o papel do planejamento territorial na promoção da equidade e na qualificação da cobertura assistencial, além de aproximar os discentes das práticas de gestão em saúde. Nesse sentido, observa-se que a atuação no estágio extrapola a dimensão assistencial, incorporando elementos da gestão e do planejamento, em consonância com o perfil profissional esperado para o bacharel em Saúde Coletiva (Bosi; Paim, 2010).

Outro aspecto relevante refere-se à compreensão do trabalho em equipe como elemento estruturante das práticas em saúde. A vivência no cotidiano das unidades permitiu reconhecer a importância da articulação entre diferentes profissionais, da troca de saberes e da construção coletiva das decisões. Essa experiência contribui para o desenvolvimento da interprofissionalidade, considerada fundamental para a efetividade das ações no SUS e para a formação de profissionais comprometidos com práticas colaborativas.

As experiências de territorialização destacaram que o processo de trabalho na APS está intrinsecamente relacionado às condições sociais e às desigualdades presentes nos territórios. A identificação de situações de vulnerabilidade, associadas a fatores como desemprego, insegurança alimentar, baixa escolaridade e

precariedade de infraestrutura, evidencia a centralidade dos determinantes sociais da saúde na organização das ações e na definição de prioridades. Nesse contexto, o estágio contribuiu para o desenvolvimento de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, alinhada aos princípios da integralidade e da equidade.

A experiência formativa no estágio supervisionado permitiu aos discentes a aplicação de conhecimentos técnicos e a construção de uma postura crítica, reflexiva e comprometida com a transformação das práticas em saúde. A vivência no território, articulada ao uso de ferramentas como o diagnóstico situacional e a análise de dados, mostra o papel estratégico do sanitarista na produção de respostas às necessidades da população, reafirmando a relevância da formação em Saúde Coletiva para o fortalecimento do SUS (Bosi; Paim, 2010; Carvalho et al., 2023).

Para além da dimensão formativa, a inserção dos discentes também produziu efeitos concretos nos serviços, ao contribuir para a qualificação das informações territoriais, a reorganização das microáreas e o fortalecimento de práticas de planejamento em saúde. Nesse sentido, os estagiários foram sujeitos ativos no processo de trabalho, participando da produção de análises, proposição de intervenções e construção de ferramentas de apoio à gestão. Essa dimensão reforça o estágio como espaço de produção compartilhada de conhecimento e de intervenção qualificada no território, fortalecendo a integração ensino-serviço de forma bidirecional.

O uso de ferramentas digitais na análise territorial permitiu a elaboração de mapas inteligentes das microáreas, que se configuraram como importante inovação no processo de trabalho das equipes. A visualização espacial das vulnerabilidades e a identificação de áreas prioritárias ampliaram a capacidade de análise e subsidiaram a tomada de decisões, aproximando o planejamento das necessidades concretas do território. Para os discentes, essa experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionadas ao uso de tecnologias em saúde e à

análise espacial, dimensões cada vez mais relevantes na atuação do sanitarista. Algumas unidades não tinham o mapa da área de abrangência disponível para a equipe e os usuários e, por meio do apoio da coordenação do curso, foram disponibilizados mapas em tamanho de banner (1,20 m × 0,90 m).

No que se refere às limitações observadas no desenvolvimento do estágio supervisionado, destaca-se a fragilidade das práticas relacionadas à gestão participativa no âmbito das Unidades de Saúde da Família. Em algumas unidades, os Conselhos Gestores Locais não estavam constituídos; em outras, estavam inativos.

Tal achado dialoga com a literatura, que aponta a existência de importantes desafios para a efetivação da participação social no cotidiano da APS, apesar de sua centralidade como diretriz do SUS (Silva; Sousa; Lupicinio, 2023). Um território com forte participação social, presença e atuação dos conselhos gestores pode fortalecer os vínculos entre a comunidade e a equipe de saúde, auxiliar na organização de ofertas de cuidado que atendam às necessidades e demandas da população acompanhada e efetivar, na prática, o cumprimento dessa diretriz do SUS. Nesse sentido, observa-se que, mesmo diante de iniciativas pontuais de aproximação com a comunidade, persistem lacunas na consolidação de espaços formais de controle social, o que limita a incorporação da participação popular como elemento estruturante do planejamento e da gestão em saúde (Brasil, 2017).

O diagnóstico situacional configurou-se como uma das principais ferramentas utilizadas no desenvolvimento das atividades de estágio; contudo, observou-se que sua aplicação, em alguns territórios, ocorreu de forma pontual, não sendo posteriormente acompanhada de maneira sistemática por processos contínuos de monitoramento e avaliação. Esta conduta compromete seu potencial enquanto instrumento estratégico de planejamento em saúde, uma vez que o diagnóstico, quando não integrado a um ciclo permanente de análise, intervenção e reavaliação, tende a se restringir a um retrato estático da realidade.

O fortalecimento do uso do diagnóstico situacional como processo dinâmico e contínuo no cotidiano das equipes tem potencial para subsidiar a tomada de decisão de forma qualificada e alinhada às necessidades do território. Ao superar uma lógica meramente descritiva em favor de uma perspectiva crítica e transformadora, essa prática promove a reorientação das ações de saúde, mas requer o envolvimento de toda a equipe para a sua efetiva operacionalização e incorporação como ferramenta de planejamento (Mendes, 2015).

Considerações finais

As experiências desenvolvidas no âmbito do ESO I mostraram o potencial formativo da inserção dos discentes no cotidiano da APS, especialmente quando orientadas pelo território como eixo estruturante das práticas. A vivência possibilitou a articulação entre teoria e prática, o desenvolvimento de competências técnicas, analíticas e relacionais e a compreensão ampliada do processo saúde-doença, ancorada nos determinantes sociais da saúde e nas especificidades dos contextos locais.

Destaca-se, nesse processo, o papel estratégico do bacharel em Saúde Coletiva, cuja formação se alinha às demandas do SUS ao incorporar dimensões como planejamento, gestão, análise de informações e atuação interprofissional. A inserção dos discentes em atividades relacionadas ao diagnóstico situacional, à territorialização e à organização do processo de trabalho das equipes destacou a centralidade desse profissional na qualificação das práticas em saúde, especialmente no fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado.

As atividades desenvolvidas no estágio em Saúde Coletiva reforçam a importância da integração ensino-serviço como dispositivo fundamental para a formação em saúde, ao possibilitar a construção de conhecimentos situados e o desenvolvimento de uma postura crítica, reflexiva e comprometida com a realidade dos serviços. A atuação dos preceptores, em especial aqueles com

formação em Saúde Coletiva, mostrou-se essencial para qualificar o processo formativo, ao mediar a inserção dos estudantes e aproximá-los das dinâmicas reais do trabalho em saúde.

As limitações identificadas incluem a fragilidade dos espaços de gestão participativa, o distanciamento entre as diretrizes da PNAB e a realidade operacional, além de dificuldades na articulação intersetorial. Tais limitações, embora complexas e nem todas na governabilidade da equipe e dos estagiários, reforçam a necessidade de fortalecer estratégias formativas que ampliem a inserção dos discentes do curso de Saúde Coletiva nos processos de gestão e planejamento. O objetivo é consolidar um campo de atuação com profissionais tecnicamente preparados e politicamente alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compreende-se que o estágio supervisionado, quando orientado por uma perspectiva crítica e territorial, constitui-se como espaço privilegiado para a formação de sanitaristas comprometidos com a transformação das práticas em saúde. Ao articular ensino, serviço e comunidade, esse processo formativo contribui não apenas para o desenvolvimento profissional dos estudantes, mas também para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e para a construção de um sistema de saúde mais equânime, resolutivo e socialmente comprometido.

Para além dos avanços identificados, destacam-se oportunidades de qualificação para estágios futuros, especialmente quanto à inserção dos discentes nos processos de gestão, monitoramento e avaliação das ações em saúde. Embora a presença dos estagiários já tenha gerado avanços significativos, o fortalecimento de sua participação ativa na construção de planos de intervenção e na análise de indicadores, superando a lógica restrita ao diagnóstico, é fundamental para consolidar a integração entre academia e serviço.

Ademais, aponta-se como potencial de avanço a ampliação da articulação intersetorial, a inserção em espaços ampliados de governança e o desenvolvimento de competências relacionadas à

mediação, negociação e tomada de decisão, fundamentais à atuação do bacharel em Saúde Coletiva. Tais elementos reforçam a importância de estratégias formativas que integrem, de forma mais sistemática, as dimensões técnica, política e organizacional do trabalho em saúde, contribuindo para a formação de profissionais mais preparados para atuar na complexidade do Sistema Único de Saúde.

Capítulo 2
Integração ensino-serviço na gestão da atenção à saúde de migrantes internacionais

Maria Ângela Conceição Martins, Thamyres Rocha Carvalho, Elizete Gonçalves dos Santos e Silvia Ângela Gugelmin

A temática das migrações internacionais tem mobilizado pesquisadores, gestores públicos e movimentos sociais, especialmente diante da intensificação dos fluxos migratórios observada na última década em diferentes regiões do país (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2023). Do mesmo modo, tornou-se recorrente a afirmação de que tais fluxos tensionam os serviços de saúde, seja pelas barreiras de acesso enfrentadas pelos migrantes, seja pelas exigências impostas à organização e aos processos de trabalho. Mais do que reiterar esse diagnóstico, interessa compreender o que essas tensões revelam sobre as próprias formas de produzir cuidado e gerir sistemas de saúde nessa perspectiva.

Os serviços de saúde necessitam incorporar um enfoque ético, político, social e cultural para abordar as diferenças no cotidiano dos trabalhadores de saúde, reajustando as ações de atenção de modo a garantir à população o acesso universal, a equidade e a integralidade em saúde. Um modo de estabelecer os diálogos interculturais é pela Educação Permanente em Saúde (EPS), que tem como premissas a articulação entre ensino e intervenção na realidade, e a implicação com usuários e suas singularidades. A EPS e a interculturalidade são respostas contra a hegemonia geopolítica do conhecimento e buscam superar as relações hierárquicas e enfrentar as iniquidades em saúde. Segundo Walsh (2014), a interculturalidade é um processo de construção de outro conhecimento, outra prática política, outro poder social e outra sociedade, mais justa e equitativa.

Em Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, o fenômeno migratório se tornou mais evidente a partir de 2012, com o aumento expressivo da chegada de migrantes internacionais. Inicialmente, destacaram-se os haitianos, que por muitos anos constituíram a nacionalidade de maior presença no território, seguidos pelos migrantes venezuelanos: entre os 20.360 registros de entrada de migrantes internacionais na Polícia Federal em Mato Grosso (2014-2023), as quatro principais nacionalidades foram Venezuela (53,5%), Haiti (25,8%), Bolívia (7,3%) e Paraguai (2,1%), somando 18.056 registros ou 88,7% do total (Brasil, 2023a). É nesse cenário que o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) vem construindo um histórico de atuação em pesquisas e ações de extensão voltadas à interface entre migração e saúde.

Desde 2014, por meio do grupo de pesquisa Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional e Cooperação (LABESIC), registrado no Diretório de Grupos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), docentes e discentes têm se dedicado à produção de conhecimento sobre os processos de adoecimento, cuidado e acesso às políticas públicas de saúde vivenciados por populações migrantes, aliando essa produção às ações de extensão. Além disso, o grupo mantém uma frente de atuação política, contribuindo para a formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional.

A ampliação da presença de migrantes internacionais no território, contudo, coloca desafios concretos para a gestão e a organização dos serviços de saúde, particularmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Embora o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) assegure o direito à saúde a todas as pessoas que vivem no país, independentemente de nacionalidade ou situação migratória, a efetivação desse direito se dá no terreno das práticas cotidianas, onde normas, saberes institucionais e condições concretas de trabalho tensionam o acesso e o cuidado. Segundo o Plano Municipal de Saúde de

Cuiabá/2022-2025 (Cuiabá, 2021), muitos migrantes no município enfrentavam dificuldades não apenas no acesso aos serviços da APS, mas também na garantia do acompanhamento longitudinal do cuidado.

Nesse contexto, docentes do curso de graduação em Saúde Coletiva da UFMT articularam-se com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá com o objetivo de pautar a temática da migração no âmbito da gestão municipal e de desenvolver intervenções voltadas às populações migrantes, por meio do estágio supervisionado obrigatório. Do ponto de vista pedagógico, a inserção dessa temática na formação do sanitarista contribui para o fortalecimento de uma compreensão ampliada do SUS e de seus princípios, estimulando a reflexão crítica sobre desigualdades, direitos e políticas públicas a partir da realidade vivida por grupos vulnerabilizados.

Este capítulo apresenta a experiência construída a partir da integração ensino-serviço no contexto da gestão da atenção à saúde de migrantes internacionais, refletindo sobre seus potenciais formativos, institucionais e políticos, bem como os desafios enfrentados na efetivação do direito à saúde no cotidiano do SUS.

O Núcleo de Diversidades, a pauta migratória e o estágio

Antes de descrever a experiência do estágio propriamente dita, cabe apresentar algumas informações sobre o município de Cuiabá. Ele está organizado administrativamente em cinco regionais de saúde: Norte, Sul, Leste, Oeste e a zona rural. A cobertura da APS no município, em 2023, era de aproximadamente 60,0%, conforme dados do sistema e-Gestor AB/Ministério da Saúde (Brasil, 2023b), revelando vazios assistenciais e áreas descobertas no território municipal. A rede de APS em setembro de 2023 era composta por 69 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que abrigavam 110 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2023b).

Em relação à força de trabalho em saúde, em 2023, o município contabilizava 5.541 trabalhadores, sendo 56 comissionados (1,01%), 3.622 efetivos (65,37%), 1.833 contratados (33,08%) e 30 em comissão (0,54%) (Brasil, 2025a).

No âmbito da parceria firmada por meio de um convênio formal com a SMS/Cuiabá, que disponibiliza campos de estágio nas áreas-meio e finalística do sistema de saúde, foram oferecidas entre julho e novembro de 2023 duas vagas para estagiários no Núcleo de Diversidades, vinculado à Coordenação Técnica da Atenção Primária à Saúde, à Diretoria de Atenção Primária e à Secretaria Adjunta de Atenção Primária à Saúde.

O Núcleo atua na articulação, monitoramento e implementação de políticas públicas de saúde: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e Política de saúde a Política de Saúde voltada às Populações Migrantes, ainda em processo de construção no município e no Ministério da Saúde, o que demonstra os desafios para o avanço dessa pauta.

Diante da complexidade das atribuições sob responsabilidade do Núcleo de Diversidades, o estágio supervisionado obrigatório se constituiu como uma estratégia de apoio às reflexões sobre a política de atenção à saúde das populações migrantes, de investigação junto aos trabalhadores de saúde sobre conhecimentos em relação ao tema e, por fim, de implementação de ações de educação permanente em saúde.

A articulação entre as duas estudantes do curso de graduação em Saúde Coletiva, as docentes e a preceptora (graduada em Saúde Coletiva e referência técnica no Núcleo de Diversidades) resultou na elaboração de um plano de ação voltado ao acompanhamento sistemático dos objetivos definidos para a realização do estágio supervisionado. Entre os objetivos do plano,

constavam: o levantamento das políticas vigentes nos três níveis de gestão; a identificação do tema nos principais relatórios produzidos por movimentos sociais; o reconhecimento de temas sensíveis para as ações de educação em saúde e educação permanente; e o mapeamento de saberes e fazeres de trabalhadores das Unidades de Saúde da Família (USF) em relação à atenção à saúde dos migrantes e as lacunas de conhecimento sobre o tema.

O plano de estágio contemplou ainda a produção de materiais informativos (divulgação das rodas de conversa, folder informativo sobre as unidades de atendimento voltadas para a saúde mental e a saúde do homem), a realização de reuniões com a Secretaria de Estado de Saúde, rodas de conversa com migrantes no Centro de Pastoral para Migrantes (CPM) e a produção de materiais de educação em saúde em português, espanhol e crioulo haitiano.

A busca por documentos e legislações específicas relacionadas ao tema foi realizada em bases públicas. Mediante autorização da secretaria, foi encaminhado, pelo endereço eletrônico institucional do Núcleo de Diversidades, um convite para os trabalhadores preencherem um formulário online (*Google Forms*), com o objetivo de mapear a realidade das USF de Cuiabá-MT em relação ao atendimento à população migrante e às lacunas de conhecimento sobre o tema. O formulário foi enviado para cada equipe de saúde da família, possibilitando que todos os trabalhadores respondessem, o que foi informado no corpo do e-mail.

O formulário utilizado no diagnóstico consistiu em um questionário estruturado, elaborado na plataforma *Google Forms*, composto por 19 questões, incluindo perguntas fechadas e abertas. O questionário foi organizado em três eixos: (1) caracterização dos profissionais e do contexto de atuação: idade, unidade de saúde de atuação, ocupação exercida na unidade de saúde, tempo de atuação naquela unidade; (2) caracterização do atendimento à população migrante: se a unidade de saúde atende a população migrante, nacionalidades atendidas, atendimento a migrantes indígenas e o principal motivo de busca pelo atendimento, sendo

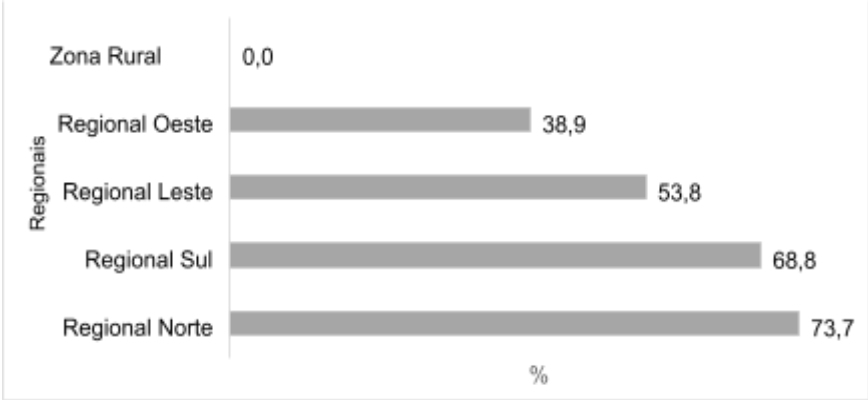
essa última uma pergunta aberta; e (3) experiência dos trabalhadores de saúde no atendimento à população migrante, percursos formativos e interesse em capacitação na área. Essa organização buscou contemplar, de forma articulada, tanto aspectos descritivos quanto elementos relacionados às práticas, dificuldades e necessidades formativas dos trabalhadores de saúde no atendimento à população migrante internacional.

A sistematização das informações obtidas no mapeamento da realidade articulou os eixos propostos a uma leitura crítica do contexto de atenção à saúde da população migrante internacional. Nesse sentido, buscou-se evidenciar não apenas as demandas e dificuldades relatadas pelos profissionais, mas também os modos pelos quais essas experiências expressam desafios mais amplos relacionados ao acesso, à organização do cuidado e às necessidades de formação no âmbito dos serviços de saúde.

Mapeamento do cuidado ao migrante na APS: desafios da interculturalidade e da educação permanente para a efetivação do direito à saúde

Um dos resultados produzidos durante o estágio foi o delineamento do panorama geral da atenção básica de Cuiabá no que se refere ao atendimento à população migrante, abrangendo aspectos relacionados à experiência profissional, às dificuldades no cuidado e ao acesso a processos formativos. A Figura 5 apresenta a taxa de resposta dos formulários enviados às equipes de saúde.

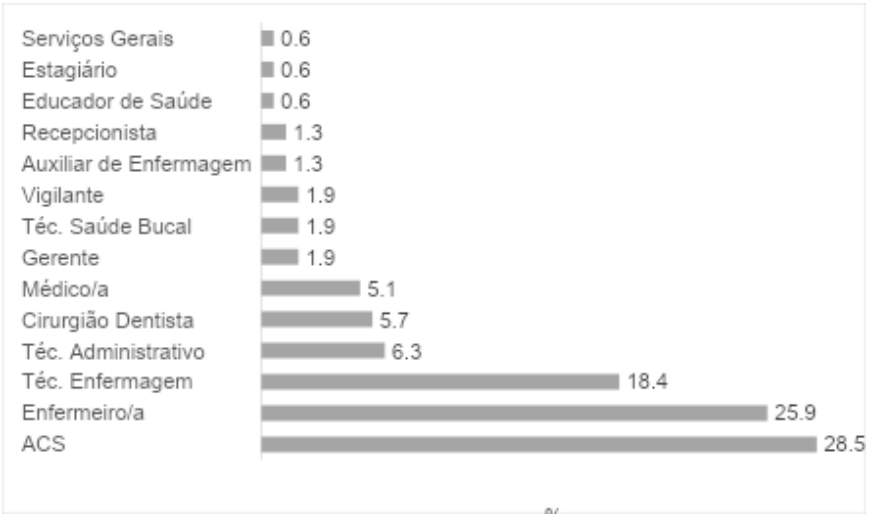
Figura 5**:** Taxa de resposta (%) dos formulários, segundo as Regionais de Saúde. Cuiabá-MT, 2023.



Fonte: elaboração própria, 2023.

Entre os respondentes, 89% eram mulheres, 62,5% tinham entre 31 e 50 anos e 40% estavam há menos de um ano trabalhando na unidade de saúde. O instrumento foi preenchido, predominantemente, por agentes comunitários de saúde (28,5%), enfermeiras (25,9%) e técnicos em enfermagem (18,4%), conforme descrito na Figura 6.

Figura 6: Proporção (%) de respondentes, segundo categoria profissional. Cuiabá-MT, 2023.



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Entre as unidades participantes, 92% prestam assistência a migrantes, segundo os respondentes (Figura 7), sendo a Regional Sul a com o maior volume de atendimentos, seguida pela Regional Norte.

As nacionalidades identificadas pelos trabalhadores de saúde foram predominantemente da América Latina e do Caribe, entre as quais se destacam: venezuelanos (80%), haitianos (75%) e bolivianos (17%), em percentuais de respondentes que citaram cada nacionalidade (resposta múltipla). Ressalta-se que esse levantamento não distingue, entre os migrantes venezuelanos, os indígenas Warao.

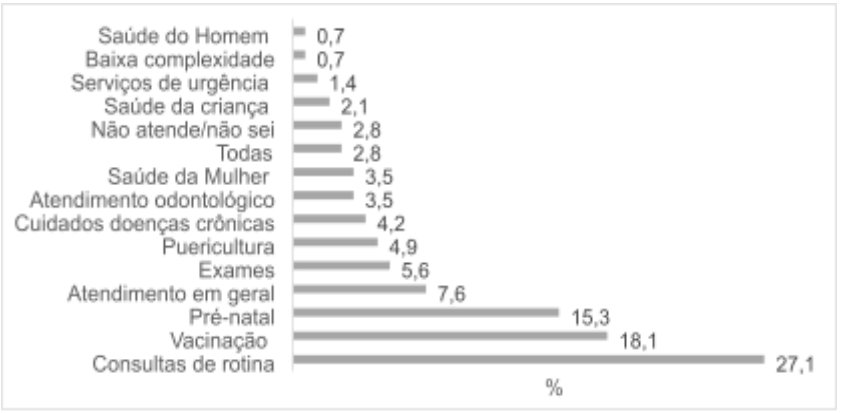
Quanto aos principais motivos de busca pelos cuidados em saúde (Figura 8), predominaram as consultas de rotina (27,1%), vacinação (18,1%) e pré-natal (15,3%), reforçando o escopo de ações da APS, embora barreiras comunicacionais comprometam sua efetivação.

Figura 7**:** Proporção (%) de unidades de saúde que atendem migrantes. Cuiabá-MT, 2023.



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Figura 8**:** Principais motivos de busca por atendimento de migrantes de acordo com os respondentes. Cuiabá-MT, 2023.



Fonte: elaboração própria, 2023.

Entre os respondentes, 65% dos trabalhadores relataram dificuldades no atendimento, sendo a comunicação (94%) a principal barreira identificada. Quatro profissionais relataram, ainda, o atendimento a migrantes com deficiência auditiva, agravando as barreiras comunicacionais existentes. Essa condição

pode comprometer a compreensão mútua entre usuários e profissionais, repercutindo na qualidade do cuidado, na construção de vínculo e na resolutividade das ações em saúde. A questão documental foi outro entrave no atendimento a migrantes referido pelos profissionais de saúde, principalmente nas rodas de conversa. A ausência da documentação exigida impede a inserção nos sistemas oficiais, restringindo o registro. Ainda assim, os profissionais relatam garantir o atendimento, revelando uma tensão entre a lógica burocrática dos serviços e o princípio da universalidade do cuidado. Apesar de se tratar de demandas rotineiras, os resultados indicam que as ações básicas são afetadas por lacunas interculturais, contribuindo para que a universalidade no SUS seja frequentemente tensionada no cotidiano por falta de preparo. Para contornar essa limitação, os métodos mais utilizados foram: aplicativos de tradução (19%), paciência (17%) e linguagem gestual (15%).

Em relação à formação, os participantes relataram diferentes níveis de contato prévio com o tema, incluindo participação em palestras, cursos ou outras ações relacionadas à saúde de migrantes. Quanto ao interesse em qualificação, uma parcela significativa dos profissionais manifestou disposição em participar de formações sobre saúde de migrantes, incluindo respostas que indicaram interesse em conhecer amplamente o tema.

Quando questionados sobre os principais conteúdos para processos de educação permanente e qualificação, os respondentes destacaram, em diferentes níveis de relevância, os seguintes temas: acolhimento de migrantes nos serviços de saúde, barreiras linguísticas, aspectos culturais, principais morbidades, estratégias de aproximação com a equipe, direitos dos migrantes e o processo migratório para o Brasil. A distribuição dessas respostas revela não apenas demandas técnicas, mas sobretudo a presença de inseguranças no reconhecimento do outro, reafirmando as lacunas na formação profissional para o cuidado em contextos de diversidade sociocultural. Observa-se ainda a coexistência de dimensões distintas — comunicacionais, culturais, biomédicas e

jurídico-políticas — que, embora interdependentes na prática do cuidado, emergem de forma fragmentada no discurso dos participantes e podem reverberar no cuidado ofertado no cotidiano do trabalho em saúde.

O levantamento realizado, aliado às observações da equipe durante as rodas de conversa, apontou brechas na formação dos profissionais para o cuidado em saúde de migrantes, reforçando que a efetivação dos princípios de universalidade e equidade do SUS ainda encontra limites no contexto da saúde migratória. Esses resultados foram apresentados em reunião para a equipe de gestão da SMS/Cuiabá (interventor nomeado pelo governo estadual, diretor da Secretaria de APS, coordenador e gestores internos) com discussão sobre possíveis ações a serem executadas.

Nesse cenário, destaca-se que, embora tenha sido proposto um curso de formação pelo Instituto de Saúde Coletiva, não houve, até o momento, avanços em sua implementação, o que contribui para a manutenção das fragilidades identificadas no cuidado.

Comunicação em saúde multilíngue como estratégia de ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde

A escolha dos temas emergiu a partir do diálogo entre a equipe do CPM e os migrantes acolhidos, no qual foram identificadas dúvidas recorrentes sobre o acesso à saúde, frequentemente marcadas por dificuldades relacionadas à informação, demonstrando demandas concretas que atravessam o cotidiano dessa população.

A partir dessa escuta, a docente responsável pelo estágio, em conjunto com a preceptora e as estagiárias, realizou reuniões para sistematizar os principais pontos e elaborar a proposta de duas rodas de conversa, orientadas pela problematização das experiências e dos limites de acesso ao cuidado em saúde, bem como pela indicação dos caminhos/informações necessários para a efetivação do cuidado e de sua continuidade, quando necessário. Para isso, as rodas aconteceram com a presença da equipe técnica

da SMS, docente responsável e estagiárias, sendo apoiadas por uma técnica do CPM.

As rodas foram realizadas no período vespertino, aos sábados, sendo a primeira dedicada à saúde mental e contando com a participação de 28 pessoas, majoritariamente mulheres venezuelanas acompanhadas de crianças. Entre os interesses mobilizados nesse encontro, destacou-se o Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente no que se refere ao diagnóstico na infância, bem como aos caminhos possíveis para acesso ao cuidado. Tal ênfase sugere desconhecimento dos fluxos do SUS e a presença de barreiras no acesso a serviços especializados, indicando, ao mesmo tempo, lacunas na rede de atenção e a necessidade de construção de estratégias sensíveis às especificidades das experiências migratórias no cuidado em saúde.

A segunda roda abordou a saúde do homem, contemplando discussões sobre exames preventivos e diagnósticos, como aqueles relacionados ao câncer de próstata, além das infecções sexualmente transmissíveis e das práticas de cuidado em saúde. Observou-se uma participação ativa dos presentes, em que os participantes perguntaram, sobretudo no que se refere aos métodos contraceptivos e ao planejamento familiar. Nessa roda, a mediação foi realizada por um profissional de enfermagem do gênero masculino, estratégia adotada com o intuito de favorecer maior abertura à participação e aos questionamentos.

Quanto ao idioma, a equipe teve o apoio de migrantes que falavam português fluentemente, possibilitando a produção de materiais informativos nos idiomas crioulo haitiano, espanhol e português, sobre os conteúdos abordados em cada encontro. Esses materiais (Figuras 9, 10 e 11) foram distribuídos aos participantes durante as rodas de conversa e, posteriormente, divulgados em redes sociais institucionais, incluindo canais da universidade, da Secretaria Municipal de Saúde e de outros parceiros envolvidos na intervenção.

Figura 9: Folder informativo sobre saúde mental produzido nos idiomas português (a), espanhol (b) e crioulo haitiano (c).



(a)



(b)



(c)

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Figura 10: Folders informativos sobre unidades de saúde mental e especialidades de atendimento produzidos nos idiomas português (a), espanhol (b) e crioulo haitiano (c).



(a)



(b)



(c)

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Figura 11: Postagens em redes sociais sobre saúde do homem nos idiomas português (a), espanhol (b) e crioulo haitiano (c).



(a)



(b)



(c)

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A Figura 11 apresenta postagens sobre saúde do homem em português, espanhol e crioulo haitiano, considerando a diversidade linguística presente na comunicação em saúde. A utilização desses diferentes idiomas contribui para ampliar o acesso às informações e favorecer estratégias de comunicação mais inclusivas para a população migrante.

Análise crítica e reflexiva das práticas realizadas

As reflexões geradas pelo grupo de pesquisa da UFMT ao longo do tempo e pelos relatos sobre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ausência de acolhimento e de garantia do acompanhamento longitudinal do cuidado aos migrantes, instigaram os docentes a construir um diálogo mais efetivo com a SMS/Cuiabá. Mais de dez anos após a chegada de um maior número de migrantes internacionais no município, poucas ações eram realizadas no âmbito da SMS. A ausência de processos formativos sistemáticos na rede de saúde produzia invisibilidade institucional da pauta migratória, naturalizando desigualdades no acesso, na comunicação e na qualidade do cuidado ofertado, comprometendo a equidade no sistema.

As intervenções realizadas no âmbito do estágio supervisionado iniciaram um processo de mobilização na rede de saúde. Houve uma ampliação do debate sobre saúde de migrantes na gestão municipal, sensibilização de trabalhadores e gestores quanto à importância do acolhimento intercultural e da equidade, produção de folders trilíngues, rodas de conversa com trabalhadores de saúde e população migrante, e fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

Uma questão evidenciada pelo diagnóstico diz respeito ao perfil dos trabalhadores de saúde que responderam ao questionário: 62,5% estavam em idade produtiva plena (31-50 anos), mas 40% tinham menos de um ano na unidade. Esse é um fato que a SMS precisa enfrentar em suas bases de modo a construir equipes integradas, conforme proposto por Peduzzi

(2001), que garantam a construção de um projeto assistencial comum pertinente às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado ao migrante.

A rotatividade de trabalhadores nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada na literatura como um fator que compromete a continuidade do cuidado e a construção de vínculo entre profissionais e usuários, fragilizando o cuidado ofertado (Oliveira *et al*., 2024). No contexto da atenção à população migrante, esses efeitos tendem a ser ainda mais sensíveis, uma vez que o vínculo e a continuidade do cuidado assumem papel central diante de barreiras linguísticas.

As barreiras linguísticas e culturais apontadas pelos trabalhadores em saúde afetam a comunicação eficaz com os migrantes e, consequentemente, a qualidade da atenção ofertada, pois dificultam a identificação das necessidades em saúde específicas dos sujeitos. Nessa perspectiva, a comunicação tende a ser reduzida à dimensão técnica e estritamente linguística, esvaziando seu caráter relacional, cultural e político, convertendo-se mais em um recurso retórico do que em uma prática efetivamente intercultural.

O fato de 64% dos trabalhadores afirmarem "não saber nada" sobre a saúde da população migrante e de 91% desses trabalhadores demonstrarem interesse pelo tema revelou a ausência de formações no e pelo trabalho, conforme as diretrizes da EPS. Também sugere uma formação acadêmica insuficiente para a identificação de necessidades em contextos específicos, como ao receber grupos que foram forçados a se deslocar devido a conflitos armados, perseguição religiosa, crises humanitárias, entre outros.

Evidencia-se a necessidade de processos de educação institucionalizados a fim de responder às demandas concretas de cuidado em saúde para as pessoas migrantes, processos que façam sentido para os trabalhadores no cotidiano do trabalho e para os migrantes. Segundo Higashijima *et al.* (2025), é o desconforto vivido no cotidiano do trabalho e sua problematização que

promovem mobilização, encontros e transformações nas práticas e interações com o outro; por isso, o mundo do trabalho pode ser considerado um meio pedagógico, para além do espaço formal de produção de cuidado.

A expressão da necessidade de formação indicada pelos trabalhadores não deve ser compreendida apenas como fragilidades de conhecimentos técnicos, mas como manifestação das tensões produzidas no cotidiano do trabalho em saúde diante de uma realidade que se apresenta pela diversidade cultural e pela mobilidade humana. É nesse contexto que emerge a reflexão sobre a interculturalidade.

Considerando que o trabalho em saúde ultrapassa condutas técnicas e produz relações sociais dialéticas entre diferentes culturas, comumente carregadas de fricções, pois os valores e o sentido da vida são colocados em xeque nos encontros interculturais, os desafios imputados aos trabalhadores de saúde são grandes. Esses precisam reconhecer seus pressupostos, valores e conhecimentos como limitados, colocando-os em suspenso enquanto constroem relações mais horizontalizadas, sem a lógica de assujeitamento, buscando, conforme Walsh (2014), a descolonização do ser, do saber e do poder.

A interculturalidade e as ações dialógicas e democráticas precisam ser incorporadas nos processos de EPS implementados na SMS, a fim de potencializar a consciência da intercomunicação. A falta dessa compreensão pode conduzir a uma "interculturalidade negativa", uma relação que acaba destruindo, reduzindo ou assimilando o diferente ou, ainda, excluindo o diferente das ações de saúde, reafirmando as desigualdades existentes no Brasil (Albó, 2004).

Os resultados deste levantamento dialogam com os achados nacionais descritos em pesquisas com trabalhadores de saúde em contextos do SUS. No Sul do país, desafios interculturais no cuidado a migrantes foram associados à ausência de preparo institucional, que reforçou a necessidade de educação permanente articulada ao ensino-serviço. Em São Paulo, barreiras linguísticas e

preconceitos no acesso de imigrantes às UBS foram vinculados à insuficiência de formação para a diversidade cultural, enquanto reflexões sobre políticas públicas defendem a EPS como condição para inclusão social e humanização do cuidado. Tais evidências nacionais apontam para uma lacuna sistêmica na formação voltada a migrantes, demandando intervenções como as propostas pela competência intercultural e pelos mediadores culturais (Serrano, 2021).

Os resultados também se alinham com os dados da série histórica sobre os dez anos da migração internacional para Mato Grosso (Brasil, 2023a), que apontam venezuelanos e haitianos como as principais nacionalidades presentes no estado. Essa convergência reforça a importância de que as políticas locais de saúde considerem o perfil migratório regional na organização dos serviços e na formação dos trabalhadores.

No âmbito federal, a Nota Técnica do Ministério da Saúde reforça orientações sobre direitos e acolhimento, mas destaca a necessidade de qualificação local para contextos culturais específicos, evitando exclusão no cuidado e corroborando a urgência de Educação Permanente em Saúde institucionalizada no SUS (Brasil, 2024b).

Entre os aspectos que potencializaram as práticas, destacam-se a interlocução constante com a SMS, a integração ensino-serviço e o envolvimento de estudantes e docentes como mediadores do diálogo entre conhecimento científico, prática profissional e realidade social. A articulação com o CPM e o apoio do Núcleo de Diversidades ampliaram o alcance das ações, permitindo que o diagnóstico inicial se desdobrasse em materiais multilíngues e rodas de conversa com a população migrante.

Como limitações, houve o contexto de intervenção estadual na gestão da saúde de Cuiabá, que impediu a execução da formação para trabalhadores da saúde prevista no plano de ação. A análise dos dados mostrou heterogeneidade nas práticas e percepções das UBS sobre o cuidado a migrantes, revelando desafios na comunicação, formação e gestão. A alta rotatividade dos

trabalhadores e a adesão desigual entre as regionais de saúde também se apresentaram como limites para a generalização dos achados.

A experiência demonstrou que a EPS e a articulação entre universidade, serviço e sociedade civil podem se revelar potentes nos contextos migratórios. À luz da interculturalidade crítica (Walsh, 2014), os achados revelam que a dificuldade de comunicação apontada pelos trabalhadores não se reduz a uma barreira linguística, mas expressa relações desiguais entre culturas no cotidiano do cuidado. A ausência de processos educativos institucionalizados pode conduzir à chamada "interculturalidade negativa" (Albó, 2004), na qual as diferenças são assimiladas ou excluídas, reafirmando desigualdades.

A experiência reafirma, portanto, a importância de que as políticas locais de saúde incorporem a temática migratória como eixo estruturante da formação e da organização dos serviços. Como caminhos para a ampliação da experiência, destacam-se: a integração ensino-serviço como estratégia de intervenção; a produção de materiais multilíngues como tecnologia de cuidado; a escuta da população migrante como princípio de ação; e a institucionalização da pauta nos principais instrumentos de planejamento e gestão do SUS e também nos planos de educação permanente em saúde.

Considerações finais

A experiência evidenciou a relevância do tema, a importância da formação crítica e a capacidade transformadora das práticas desenvolvidas em parceria entre ensino e serviço, reafirmando os princípios de universalidade, integralidade e equidade. O levantamento realizado com os trabalhadores da Atenção Primária revelou lacunas significativas na formação sobre saúde da população migrante, ao mesmo tempo em que apontou interesse por capacitação, indicando um campo fértil para futuras ações de educação permanente.

A EPS deve ser assumida como uma ação reflexiva e prática que aposta na vida, problematiza os processos de trabalho, articula ensino-serviço e repercute no viver dos migrantes. A abordagem intercultural da saúde reconhece as culturas (tanto as dos trabalhadores de saúde quanto as das pessoas que buscam os serviços) e emerge como uma práxis transversal e essencial para tratar a temática da migração na interface com a saúde. Tal perspectiva convoca os gestores e trabalhadores de saúde a uma reorganização da atenção à saúde, pautada em práticas sensíveis à diferença.

A ação possibilitou que as estagiárias exercitassem e cumprissem aspectos centrais das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Saúde Coletiva, ao integrarem os eixos de educação e saúde, planejamento em saúde e movimentos sociais, tendo como eixo temático o campo da migração (Brasil, 2022a).

Capítulo 3
Construção de um manual de normas e rotinas: relato de experiência em gestão a partir do Estágio em Saúde Coletiva

Sara Fernandes Miranda e Reni Barsaglini

A gestão em saúde contemporânea, como destacam Galdino *et al.* (2016), exige equilibrar eficiência operacional com adaptabilidade às complexidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O termo "gestão" deriva do latim *gerere*, que significa "gerir, administrar, dirigir, regular" e, como sinônimos, destacam-se administração, direção, gerência e manejo. Dessa forma, a gestão vai além da simples administração, pois se trata do "agir" inspirado por uma maneira particular de mentalizar o mundo, sendo que, no contexto da Saúde Coletiva, gestão assume papel estratégico, voltado à organização e à operacionalização dos serviços de saúde, com foco na promoção da qualidade, equidade e integralidade do cuidado (Zanelli, 2002).

Nesta perspectiva, a gestão não se reduz a um conjunto de técnicas administrativas, mas constitui um campo de saber e práticas orientado pelos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, que garante o direito de todos ao acesso; a integralidade, que pressupõe uma visão articulada das necessidades de saúde; e a equidade, que busca diminuir as desigualdades ao tratar desigualmente os desiguais (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014). A experiência de estágio aqui relatada materializa esses princípios ao buscar, por meio da gestão de processos, a garantia de um acesso justo e organizado, transformando diretrizes teóricas em ferramentas práticas.

A gestão da qualidade em serviços de saúde, por sua vez, é componente essencial da administração pública voltada para a

eficiência, a segurança e a satisfação dos usuários. Segundo Dezincourt e Santos (2024), ela transcende a mera ausência de erros, articulando-se em ciclo contínuo de planejamento, execução e aprimoramento. Esse princípio pode ser materializado pelo Programa de Gestão da Qualidade (PGQuali), que articula avaliações internas e indicadores externos como instrumentos de melhoria permanente, conforme orienta o manual institucional de referência (EBSERH, 2022).

Um aspecto inovador do PGQuali consiste na utilização estratégica de metodologias de gestão já consolidadas, porém criteriosamente adaptadas à operacionalidade do SUS. Essa adequação permite que os planos de melhoria contemplem de forma integrada os requisitos essenciais de qualidade, as particularidades dos Hospitais Universitários Federais e as diretrizes do Programa Nacional de Gestão da Qualidade (Brasil, 2023c).

Esse processo reforça que a busca pela qualidade nos serviços do SUS depende tanto de protocolos e padrões bem definidos quanto da capacidade de contextualização e adaptação às realidades locais. Nesse sentido, a gestão de processos é uma prática essencial para a eficiência organizacional, envolvendo a identificação, desenvolvimento, documentação, monitoramento e controle dos processos da organização, permitindo a otimização do tempo, redução de custos e melhoria na qualidade dos serviços e produtos oferecidos (Fundação Vanzolini, 2024). Para Paim et al. (2009), a gestão de processos articula pensar, agir e aprender. Portanto, a implementação de uma gestão de processos eficiente pode transformar significativamente as organizações, tornando-as mais inovadoras.

A estruturação da gestão de processos pode se dar por meio de um conjunto de instrumentos complementares, tais como protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, fluxogramas e mapas de processos, protocolos de regulação e classificação de risco, manuais de normas e rotinas, entre outros. Estes últimos configuram-se como recurso essencial que integra o sistema de

informação de qualquer organização, constituindo-se, assim, em um conjunto sistematizado de normas, políticas, funções, rotinas e diretrizes operacionais, instruções e objetivos. Esses elementos são cruciais para que os funcionários cumpram e executem as atividades da organização de forma detalhada e específica (Aguiar, 2016).

Os manuais de normas e rotinas são reconhecidos como instrumentos que favorecem a padronização das práticas, a segurança dos usuários e a eficácia dos processos de trabalho, sendo especialmente importantes em contextos complexos e multidisciplinares, como os serviços e setores em saúde pública (Andrade, 1975). Eles atuam como guias, cuja principal função é descrever detalhadamente a operacionalização ou o desenvolvimento dos diversos sistemas funcionais de uma instituição. Ao definir procedimentos e critérios, o manual possibilita a execução uniforme dos serviços e assegura a continuidade racional dos propósitos organizacionais. Além disso, ao transmitir por escrito as orientações para o desenvolvimento das atividades de rotina, ele uniformiza conceitos e concentra informações indispensáveis para o desempenho profissional (Aguiar, 2016). É, também, reconhecido como instrumento eficaz para a racionalização de métodos e para o aprimoramento do sistema de comunicações, promovendo a integração entre os diversos subsistemas da organização.

A construção desses manuais requer abordagem participativa, baseada em evidências científicas e adaptada às realidades locais, refletindo a pluralidade e a dinâmica do sistema de saúde (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014). Soma-se a isso o fato de que os manuais padronizados, quando construídos participativamente, podem ser antídotos contra a fragmentação dos fluxos hospitalares. Sendo assim, a implementação de manuais de normas e rotinas pode reduzir, significativamente, os erros operacionais e aumentar a satisfação dos usuários e profissionais de saúde.

Este capítulo relata a experiência pertinente à construção da proposta do manual de normas e rotinas de um setor de unidade hospitalar, como parte das atividades desenvolvidas durante o Estágio Supervisionado Obrigatório em Saúde Coletiva, o qual privilegia a gestão de processos e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Contexto e aspectos metodológicos

Trata-se de estudo qualitativo, de caráter descritivo, do tipo relato de experiência (RE) (Mussi; Flores; Almeida, 2021) baseado na reflexão sobre parte das atividades do Estágio Supervisionado Obrigatório (ESO), do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFMT, realizado pela primeira autora junto ao setor Central de Marcações de Consultas e Exames (CEMEC), do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), em Cuiabá-MT, no período de setembro de 2023 a abril de 2024.

O ESO tem como propósito permitir aos discentes vivenciar a realidade da profissão, aplicando na prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso. No referido curso, o ESO é ofertado no 7º semestre, com carga horária de 160 horas, preferencialmente em Unidades Básicas de Saúde; e no 8º semestre, com 240 horas, desenvolvido junto aos setores de gestão ou gerência de serviços de saúde, sendo denominado de ESO I e II, respectivamente (UFMT, 2013).

Nesse sentido, a proposta do ESO em Saúde Coletiva reflete uma construção pedagógica alinhada aos princípios do SUS, que visa formar profissionais capazes de articular teoria e prática nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, norteando-se pela visão sistêmica e pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Essa modalidade de estágio surge como resposta à necessidade de consolidar uma formação crítico-reflexiva, na qual o estudante vivencia contextos reais de gestão e planejamento, contribuindo simultaneamente

para a qualificação dos serviços (Brasil, 2022a). Essa articulação é a base do modelo formativo em Saúde Coletiva.

Um dos campos de práticas do ESO II é o Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) que, ao acolher estagiários do Curso de Saúde Coletiva, consolida-se como espaço importante desse processo formativo em reciprocidade. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que gerencia o referido hospital, reconhece os hospitais sob sua gestão como campos estratégicos de prática para as Universidades Federais, integrando ensino, pesquisa e assistência (EBSERH, 2022).

O ESO II em questão teve início com a recepção pela equipe do HUJM, ocasião em que a turma foi apresentada à instituição e conheceu seus diversos setores, guiada por servidores e residentes — entre eles, uma egressa da Graduação em Saúde Coletiva que cursava residência multiprofissional. Essa primeira imersão foi fundamental para compreender a complexidade e a dinâmica de funcionamento de um hospital universitário, bem como para identificar as diferentes e possíveis áreas de atuação para sanitaristas.

Após a fase inicial de ambientação, tornou-se necessário o diálogo entre as estagiárias, a preceptora e a supervisora do Estágio, a fim de definir o setor de atuação prática. Considerando as demandas institucionais e os objetivos da formação, foi definido que a prática de campo de uma dupla de estagiárias se concentraria na CEMEC, uma unidade de apoio diagnóstico e terapêutico dentro da estrutura do HUJM. Sua posição é estratégica por atuar como porta de entrada ao HUJM e na interface com a rede de atenção à saúde.

A CEMEC vincula-se à Unidade de Regulação Assistencial e Gestão da Informação Assistencial (URAGIA), sendo responsável pelo acolhimento de pacientes, agendamento de consultas ambulatoriais, retornos e exames de imagem, além da organização das fichas de atendimento. O setor opera na interface entre os usuários do SUS e os serviços especializados oferecidos pelo hospital, desempenhando papel fundamental na organização dos

fluxos de atendimento e na garantia do acesso aos serviços de saúde.

O primeiro contato com a equipe da CEMEC revelou um ambiente de trabalho dinâmico, complexo e desafiador, onde os profissionais lidam com demanda elevada e constante de solicitações de agendamento, oriundas tanto da rede de saúde quanto de outros serviços especializados externos e internos. A equipe é composta por diversos trabalhadores e vínculos: servidores efetivos sob o regime celetista da EBSERH e trabalhadores terceirizados, que interagem com estudantes de diferentes níveis (graduação, pós-graduação *stricto sensu e lato sensu*/especialização/residência). Para a construção da proposta e redação do Manual de Normas e Rotinas em questão, estiveram diretamente envolvidas: duas estagiárias da graduação em Saúde Coletiva (sendo uma delas a primeira autora deste relato), a preceptora na função de Chefe do Setor de Contratualização e Regulação e, pontualmente, outra servidora/Chefe da URAGIA responsável pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) na ocasião, além da supervisora do estágio/docente do ISC/UFMT.

O espaço físico da CEMEC, conforme observação *in loco*, consiste em uma sala de espera com cadeiras, sanitários, bebedouro e recepção constituída por 12 (doze) guichês numerados, organizados de forma estratégica para garantir a fluidez do atendimento, com atividades distribuídas da seguinte forma: o guichê 1 é voltado para a triagem, distribuição de senhas e identificação de prioridades; os guichês 2 a 10 realizam o atendimento geral e abertura de prontuários; o guichê 11 é dedicado ao atendimento de pacientes ostomizados e do ambulatório de feridas; e o guichê 12 processa as internações para procedimentos ambulatoriais. A estrutura interna da recepção conta basicamente com armários, estações de trabalho com computadores equipados com o sistema AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários), principal ferramenta técnica utilizada para a abertura de prontuários e gestão de agendamentos. Foi nesse espaço que a estagiária permaneceu

regularmente, por algumas horas, observando, registrando e interagindo com servidores em seu cotidiano laboral.

Durante as primeiras semanas de observação, foi possível identificar que, embora a equipe possuísse vasta experiência prática e conhecimento tácito sobre os procedimentos de agendamento, não havia um documento formal que sistematizasse as normas e rotinas do setor. Esta lacuna tornava-se especialmente problemática em situações como a integração de novos funcionários e a rotatividade de terceirizados, pois comprometia a padronização entre turnos e a continuidade dos serviços na ausência de profissionais experientes.

A identificação dessa necessidade coincidiu com as diretrizes do Programa EBSERH de Gestão da Qualidade (PGQuali), que preconiza a padronização de processos como estratégia para a melhoria contínua da qualidade dos serviços hospitalares. Nesse contexto, definiu-se como atividade principal do ESO II a construção de um manual de normas e rotinas, visando contribuir para a padronização e sistematização das atividades executadas pelos profissionais e, simultaneamente, para a formação em Saúde Coletiva.

Para tanto, regularmente foram realizadas visitas e permanências na CEMEC, sendo essenciais para compreender os fluxos de trabalho e a dinâmica do setor onde o Estágio era vivido. Além disso, foram observados aspectos relevantes, como os profissionais envolvidos, o funcionamento do local, a organização do espaço, a distribuição das tarefas e os principais desafios identificados e relatados.

Também foram acompanhadas as rotinas da equipe do setor, atentando ao atendimento aos usuários, à gestão dos processos internos e às relações entre os profissionais, gestores locais e os diversos estagiários. Essas observações foram registradas de forma sistemática, permitindo identificar tanto as práticas já consolidadas quanto as potencialidades a serem aprimoradas e reforçadas, bem como as lacunas e fragilidades que poderiam ser descritas, compreendidas e gerenciadas. Processualmente, tais atividades

eram orientadas, discutidas e encaminhadas com a preceptoria e supervisão do estágio.

Os dados que subsidiam este relato de experiência foram produzidos de forma integrada às atividades práticas, utilizando como principal instrumento de registro (das atividades propriamente ditas, mas também das reflexões daí advindas) o caderno de campo a partir das observações diretas e da participação nas rotinas do serviço. O caderno de campo consiste em um instrumento prático, simples e útil destinado ao registro de elementos do cotidiano (local, pessoas, objetos, interações etc.) da investigação, cumprindo dupla função: documental e reflexiva (Teixeira; Pacífico; Barros, 2023).

Na elaboração do Manual da CEMEC, seguiram-se as etapas propostas pela ENAP (2016), em que o mapeamento de processos permite representar visualmente a sequência real das etapas de um processo e compreender como ele funciona na prática. Para além disso, a análise crítica avalia cada etapa mapeada com vistas a identificar ineficiências e oportunidades de melhoria. Com base nesses resultados, o redesenho propõe um novo fluxo de trabalho, mais simples, eficiente e orientado, respeitando a realidade operacional da instituição.

A gestão de processos no HUJM é orientada pelo PGQuali, que alia avaliações internas (realizadas por comissões institucionais) a externas (com critérios para certificação), sendo que a qualidade da assistência nesse modelo é mensurada não apenas pela eficiência operacional, mas pela capacidade de notificar e corrigir não conformidades — como, por exemplo, a obrigatoriedade de registrar incidentes no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares) em 72 horas (Brasil, 2022b). Essa boa prática reforça a importância do Manual da CEMEC como ferramenta de gestão e garantia de padrões assistenciais.

A análise da experiência no Estágio foi realizada considerando as atividades, seus fluxos e a metodologia empregada para a construção do Manual de Normas e Rotinas da CEMEC,

identificando e descrevendo os desafios e aprendizados adquiridos ao longo deste processo, bem como o produto em si. Os parâmetros analíticos alinham-se, assim, aos aportes teóricos da Saúde Coletiva, incluindo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o PPC da Graduação em Saúde Coletiva da UFMT, bem como os referenciais de gestão de processos, qualidade dos serviços e instrumentos de gestão, os quais nortearam o olhar crítico, as reflexões e observações registradas no caderno de campo na prática em ESO II.

O RE vale-se do que ficou sedimentado na memória de parte daquilo que foi vivido, dado ser significativo à pessoa. Destarte, o relato não constitui, por si só, uma experiência formativa, pois esta requer a reflexão crítica sobre o vivido, capaz de gerar aprendizagem e transformação no sujeito (Bondía, 2002). Sendo assim, este trabalho não apenas descreve as atividades desenvolvidas durante o Estágio, mas reflete sobre os desafios, dificuldades e enfrentamentos na busca de soluções, contribuindo para o desenvolvimento profissional e acadêmico com a construção de saberes daí decorrentes. Aponta, ainda, a retroalimentação entre a formação profissional e a articulação entre teoria e prática no SUS, ou seja, possibilita aplicar saberes aprendidos e aprimorá-los na prática reflexiva.

No contexto de um saber autorreferenciado, em que a fonte dos dados incide nas percepções, representações e reflexões de sujeitos direta e restritivamente envolvidos (estagiária e supervisora/primeira e segunda autoras) e, ainda, pela natureza deste trabalho, que não envolve a coleta de dados sensíveis ou identificáveis de terceiros, além do seu caráter eminentemente educacional e formativo, a presente pesquisa dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Adicionalmente, o estudo não coletou dados por entrevistas, questionários ou outra forma de interação direta para obtenção de informações de participantes que pudessem ser identificados ou que pudessem trazer riscos a eles, reiterando que as análises são intrínsecas à experiência da própria estagiária e da respectiva supervisora.

Tal conduta se respalda na interpretação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, que dispõe sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, particularmente, artigo 1º, parágrafo único, que lista situações que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, em que o inciso VII, por analogia de natureza, afirma:

> [...] pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

No entanto, ainda que dispensado da apreciação formal pelo CEP, ressalta-se que foram observados os princípios de confidencialidade e discrição profissional, garantindo o respeito à privacidade dos indivíduos e instituições mencionados direta ou indiretamente na experiência relatada. Este cuidado está em consonância com os preceitos éticos que orientam as pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução CNS nº 466/2012, que enfatiza a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Embora o Manual de Normas e Rotinas, construído a partir do formulário de modelo, contenha, em sua versão final, a indicação de que é permitida a reprodução parcial ou total mediante citação da fonte, optou-se por não incluir aqui o conteúdo completo, por se tratar de documento interno da instituição com informações restritas às suas rotinas e processos. Dessa forma, respeita-se a confidencialidade institucional, apresentando apenas a estrutura do documento.

Descrição crítica e reflexiva sobre a construção da proposta do Manual de Normas e Rotinas

O processo de construção do Manual teve início com a observação direta das rotinas do setor, identificação das tarefas desenvolvidas, análise concomitante da rotina de trabalho e levantamento dos fluxos já existentes em outros setores. Eram realizadas observações e diálogos informais com os trabalhadores, a fim de compreender mais profundamente os procedimentos adotados no cotidiano, buscando, também, amparo na literatura pertinente.

A partir de um modelo de estrutura, deu-se início ao processo de elaboração da proposta do referido Manual da CEMEC, considerando os fluxos no agendamento de consultas e exames, assim como a entrega dos resultados, sempre atentando para identificar as principais potencialidades (o que funcionava bem e/ou poderia ser aprimorado, fortalecido), as dificuldades e os gargalos enfrentados pela equipe.

Foi possível constatar que o processo de agendamento envolvia múltiplas etapas e diferentes sistemas informatizados, exigindo dos profissionais conhecimentos específicos sobre critérios de elegibilidade, protocolos clínicos e fluxos administrativos. Além disso, a rotatividade de funcionários contribuía para a sobrecarga dos demais que precisavam atender às demandas do setor e, simultaneamente, orientar os novos trabalhadores, configurando retrabalho. Identificou-se que algumas rotinas variavam quanto à execução entre os profissionais, o que poderia gerar inconsistências no atendimento e dificuldades na gestão do setor.

Diante disso, iniciou-se a fase de sistematização das informações, organizando-as de forma estruturada para compor a proposta do Manual. Essa etapa contou com a participação ativa da equipe da CEMEC, que contribuiu com seu conhecimento prático e experiência para a identificação de todas as etapas envolvidas nos diferentes tipos de agendamento. A sistematização

revelou a existência de processos distintos para diferentes tipos de consultas e exames, cada um com suas especificidades e requisitos. Por exemplo, o agendamento de consultas de primeira vez seguia um fluxo diferente do reagendamento de consultas de retorno; e o agendamento de exames de alta complexidade exigia procedimentos específicos de autorização e validação.

Processual e colaborativamente, o conteúdo da proposta era submetido à apreciação e discussão com a preceptora para validação, orientação e ajustes, garantindo a aderência à realidade prática do setor, juntamente com a análise da supervisora do estágio, primando pelo caráter democrático da construção coletiva, respeitando a dinâmica local, reconhecendo e valorizando os saberes e fazeres dos trabalhadores envolvidos.

No transcurso, foram analisadas as rotinas existentes, visando identificar oportunidades de padronização e melhoria — processo sempre conduzido de forma participativa, envolvendo a equipe da CEMEC em discussões sobre as melhores práticas e os procedimentos mais eficientes, com o acompanhamento e os apontamentos da preceptora. A análise permitiu identificar inconsistências nos procedimentos, bem como oportunidades para padronizar determinados fluxos e reduzir variabilidades desnecessárias, contribuindo para garantir a universalidade sem, contudo, comprometer a equidade no acesso e atendimento aos usuários. Exemplificando, foi identificada a possibilidade de unificar os critérios de validação de solicitações de exames que poderia contribuir para maior consistência no atendimento.

Com base nos resultados da análise, foram propostas padronizações que pudessem contribuir para a eficiência e qualidade do atendimento, as quais foram discutidas com os profissionais que executariam os procedimentos, ponderando a viabilidade e promovendo sua legitimidade. A etapa de sistematização do Manual consistiu em organizar as informações coletadas e analisadas, estruturando-as em seções temáticas que contemplavam desde os aspectos gerais do funcionamento da

CEMEC até os procedimentos específicos para cada tipo de agendamento.

O Manual foi elaborado com o uso de linguagem simples (Brasil, 2025b), ou seja, de forma clara, objetiva e livre de jargões técnicos, de modo a tornar o documento acessível a todos os profissionais do setor, independentemente do nível de formação ou tempo de experiência. Ele contemplou orientações gerais, descrição das atividades realizadas nos guichês, atribuições dos colaboradores (efetivos e terceirizados), documentos necessários para o atendimento, além de fluxogramas representando os principais fluxos operacionais relacionados ao agendamento de consultas, exames, retornos e entrega de resultados.

Nesse processo, também buscou contemplar o atendimento a públicos em situação de vulnerabilidade, como pessoas idosas, privadas de liberdade, indígenas e aquelas com alguma neurodivergência, assegurando prioridade no agendamento e o direito ao acompanhante. Tal cuidado ancorou a ferramenta de gestão diretamente nos princípios do SUS e em conformidade com legislações específicas, a exemplo do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto da Pessoa Idosa. Assim, as rotinas descritas foram organizadas incorporando o princípio da equidade, reconhecendo as diferenças para efetivar os princípios da universalidade, da integralidade da atenção e da justiça no acesso aos serviços.

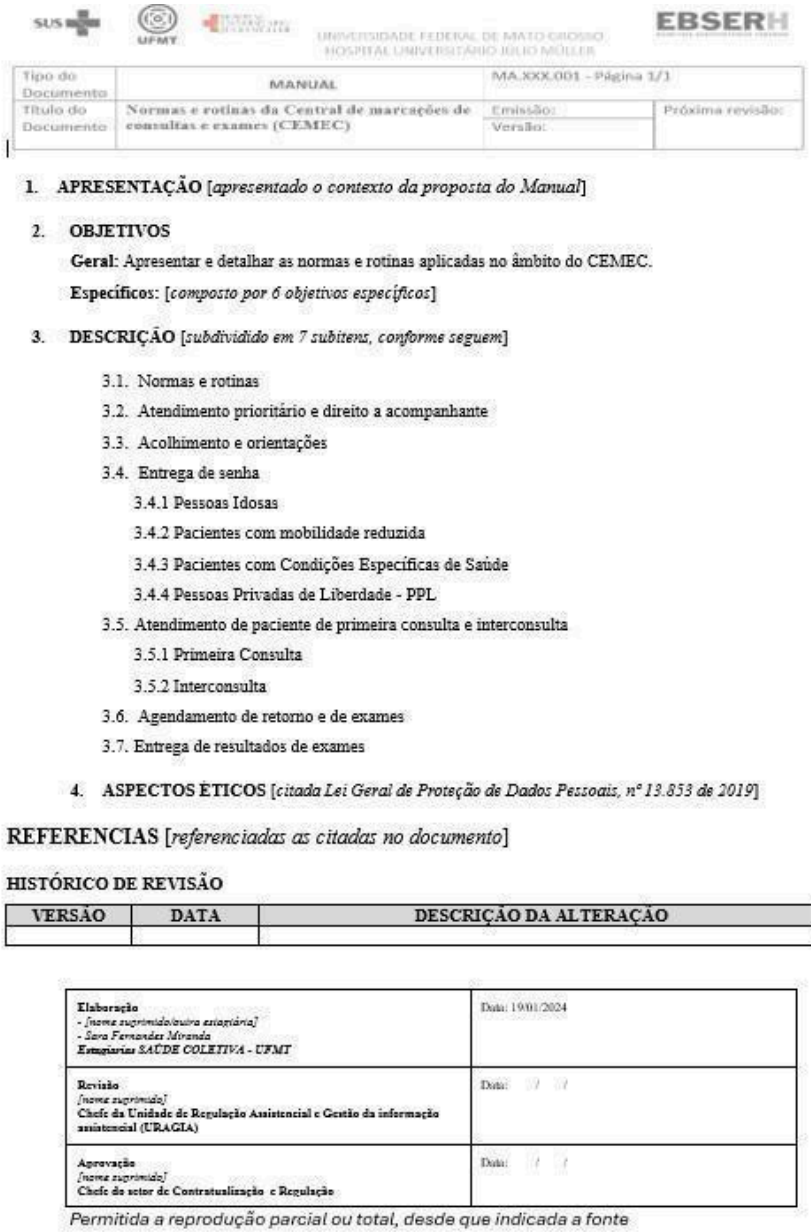
Ainda para favorecer a aderência prática, legal e ética, a proposta do Manual referenciou diversas normativas já existentes no HUJM, como as diretrizes sobre higiene, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD, Lei nº 13.709/2018) e as normas trabalhistas. As especificidades de cada um dos microprocessos apontados na proposta podem vir a ser contempladas em futuros respectivos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), enquanto ferramenta de gestão que padroniza e detalha as tarefas envolvidas na sua execução.

Na Figura 12 é apresentada a estrutura do documento construído, suprimindo-se os conteúdos por se tratar de dados

institucionais de circulação interna, mas também porque interessa aqui o processo mesmo de construção. Esta estruturação demonstrou a relevância do Manual como ferramenta de padronização, organização das atividades e garantia de padrões assistenciais. Soma-se a isso sua contribuição para o exercício de competências do profissional sanitarista, mobilizando saberes legítimos do campo adquiridos durante a formação acadêmica, oportunizando a operacionalização em atividades práticas como o Estágio e dando visibilidade à sua inserção e contribuição para o SUS.

A construção da proposta do Manual foi um exercício prático da Gestão de Processos, no qual se reafirmou o Estágio como espaço privilegiado de aprendizado. A percepção sobre a finalidade desse instrumento transcendeu o aspecto meramente burocrático, firmando-se como ferramenta estratégica de gestão, destinada a padronizar e organizar os processos de trabalho. Essa articulação teórico-prática demonstrou a capacidade de traduzir normas institucionais e marcos legais em soluções viáveis e padronizadas à realidade do SUS.

Figura 1: Estrutura do Manual de Normas e Rotinas



SUS UFMT EBSERH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Tipo do Documento	MANUAL	MA.XXX.001 - Página 1/1	
Título do Documento	Normas e rotinas da Central de marcações de consultas e exames (CEMEC)	Emissão: Versão:	Próxima revisão:

1. **APRESENTAÇÃO** [*apresentado o contexto da proposta do Manual*]

2. **OBJETIVOS**

   Geral: Apresentar e detalhar as normas e rotinas aplicadas no âmbito do CEMEC.

   Específicos: [*composto por 6 objetivos específicos*]

3. **DESCRIÇÃO** [*subdividido em 7 subitens, conforme seguem*]

   3.1. Normas e rotinas
   3.2. Atendimento prioritário e direito a acompanhante
   3.3. Acolhimento e orientações
   3.4. Entrega de senha
      3.4.1 Pessoas Idosas
      3.4.2 Pacientes com mobilidade reduzida
      3.4.3 Pacientes com Condições Específicas de Saúde
      3.4.4 Pessoas Privadas de Liberdade - PPL
   3.5. Atendimento de paciente de primeira consulta e interconsulta
      3.5.1 Primeira Consulta
      3.5.2 Interconsulta
   3.6. Agendamento de retorno e de exames
   3.7. Entrega de resultados de exames

4. **ASPECTOS ÉTICOS** [*citada Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, nº 13.853 de 2019*]

REFERENCIAS [*referenciadas as citadas no documento*]

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração *- [nome sugerido/outra estagiária]* *- Sara Fernandes Miranda* ***Estagiárias SAÚDE COLETIVA - UFMT***	Data: 19/01/2024
Revisão *[nome sugerido]* **Chefe da Unidade de Regulação Assistencial e Gestão da informação assistencial (URAGIA)**	Data: / /
Aprovação *[nome sugerido]* **Chefe do setor de Contratualização e Regulação**	Data: / /

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

Fonte: Modelo de formulário para documentos produzidos no âmbito institucional local, 2025.

A proposta foi elaborada de forma democrática, clara e objetiva, abrangendo orientações gerais, a descrição das atividades realizadas nos doze guichês do setor e detalhando as atribuições dos colaboradores. Para a padronização e otimização dos fluxos, incluem-se os principais fluxos operacionais relacionados ao agendamento de consultas, exames, retornos e entrega de resultados. Tais fluxos foram essenciais para mapear as etapas do processo e identificar as inconsistências que geravam o retrabalho frequente da equipe.

Além disso, a elaboração do documento cumpriu um papel fundamental de sistematização e consolidação de informações que, anteriormente, ficavam dispersas no sistema ou eram transmitidas por conhecimento tácito.

A versão final da proposta do Manual foi avaliada em reuniões com a chefe do Setor de Contratualização e Regulação, a chefe da Unidade de Regulação Assistencial e Gestão da Informação Assistencial (URAGIA) e a supervisora do Estágio, permitindo refinamentos com base em sugestões técnicas, estratégicas e humanizadas. Essa etapa foi fundamental para assegurar legitimidade, de modo que o documento refletisse a prática do setor e pudesse ser reconhecido como uma ferramenta útil no cotidiano. Ao término do Estágio, a proposta do Manual de Normas e Rotinas foi entregue como produto acadêmico do ESO II, com potencial de constituir-se em instrumento de gestão para a CEMEC, cuja implementação requer aprovação nas devidas instâncias competentes para a sua institucionalização.

Para que o Manual seja efetivamente utilizado no setor (pois o relatado se trata de uma proposta), é necessário seguir o fluxo de aprovação institucional pelo HUJM, incluindo análise pela gestão do hospital e adequação às normativas internas da EBSERH. Somente após tais aprovações é possível proceder à implementação do documento e às ações de capacitação da equipe para seu uso, garantindo, ainda, a continuidade do trabalho por futuros estagiários, que poderão revisar, atualizar e acrescentar novas análises e percepções. Essa prática favorece a constante

melhoria/aprimoramento do Manual diante da dinâmica institucional e a incorporação de contribuições que ampliem a eficiência dos fluxos e processos de trabalho.

Análise crítica e reflexiva da experiência: saberes e aprendizados

Durante o Estágio, a percepção da necessidade de organização dos processos no setor CEMEC foi confirmada pela escuta sensível, atenta e ativa dos trabalhadores e pela observação do cotidiano do serviço, possibilitando identificar fragilidades de comunicação, ausência de padronização em certas rotinas e retrabalho frequente da equipe. Um dos principais desafios enfrentados na prática dizia respeito à dificuldade de alterar processos de trabalho já enraizados no funcionamento do setor. Essa dificuldade era agravada pela ausência de padronização formal nas rotinas, gerando a execução incorreta dos processos e perdas na eficiência organizacional.

Um exemplo marcante foi a questão das guias médicas que exigiam assinaturas de profissionais e usuários para seu encaminhamento ao setor de faturamento. Muitas vezes, essas assinaturas não eram coletadas corretamente, principalmente quanto ao profissional médico, o que fazia com que os documentos fossem devolvidos à CEMEC, obrigando os trabalhadores a separá-los, redistribuí-los por especialidade e buscar novamente as assinaturas faltantes. E mesmo após esse esforço, nem todos os documentos retornavam assinados, gerando acúmulo de pendências e retrabalho, com risco de perda de prazos e transtornos aos usuários.

Além disso, a participação em reunião de avaliação de indicadores, juntamente com a preceptora, permitiu compreender a natureza sistêmica da complexidade da rede de processos dentro do hospital e como cada etapa influencia diretamente os resultados obtidos. Tal experiência contribuiu para reforçar a relevância da padronização de procedimentos como estratégia de gestão e

melhoria da qualidade, especialmente em instituições vinculadas à EBSERH e participantes de programas como o PGQuali.

A elaboração da proposta do Manual na CEMEC evidenciou uma tensão constitutiva da gestão em saúde: enquanto ferramentas como fluxogramas são defendidas na literatura como pilares da eficiência hospitalar (Silva *et al*., 2021), a prática revelou sua fragilidade diante de contextos marcados por sobrecarga administrativa, assistencial e rotatividade de funcionários.

Conforme Rocha *et al*. (2021) alertam, há uma fissura incontornável entre modelos ideais e realidades institucionais específicas — contradição que exigiu adaptação criativa em campo e que é relatada neste estudo. Essa articulação entre teoria e prática não foi mero recurso tático, mas a materialização da competência essencial do sanitarista: traduzir normas em soluções viáveis para o SUS real (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014).

Em relação às prioridades, ao categorizar públicos vulnerabilizados — pessoas idosas, privadas de liberdade, indígenas e pessoas com alguma neurodivergência —, o Manual transcendeu a função burocrática, para tornar-se instrumento de justiça sanitária. O termo tem sido usado de forma análoga ao de justiça ambiental, enquanto resposta a situações de reconhecimento de injustiças que podem ser enfrentadas, reduzidas, reparadas ou corrigidas através de modos adequados de ação, associados ou não a uma crítica mais ampla da ordem social ou a projetos de construção de uma ordem social mais justa (Nunes, 2009). Remete, assim, a uma ética de cuidado distintamente social que reformula a relação entre assistência médica, saúde pública e os determinantes sociais da saúde (Wiley *et al*., 2022). Não obstante, a densidade conceitual requer aprofundamentos que fogem ao objetivo do presente trabalho. Ainda assim, ao ancorar priorizações no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Estatuto da Pessoa Idosa, operacionalizou-se o princípio da equidade, corroborando Nunes (2009) quando afirma que ferramentas gerenciais ganham relevância política ao se vincularem a lutas sociais históricas.

A rotatividade de funcionários, fenômeno estrutural negligenciado em manuais técnicos (EBSERH, 2022), revelou-se um elo frágil, corroendo a sustentabilidade de fluxos mesmo quando adequadamente planejados. A análise do cotidiano da CEMEC expôs um núcleo problemático central: a fragilidade de sistematização nos processos de trabalho, e não somente a coexistência de sistemas, era a geradora de retrabalhos e ineficiências, e a padronização poderia absorver parte da variabilidade do cotidiano. Conforme fundamenta a Fundação Vanzolini (2024), a essência da gestão de processos reside em transformar variabilidade operacional em fluxos padronizados — princípio que se mostrava fragilizado no setor.

A EBSERH (2022) corrobora essa análise ao destacar em manuais técnicos que inconsistências nos fluxos de trabalho impactam diretamente a eficiência organizacional. Nesse sentido, a proposta de padronização do Manual surgiu como resposta estrutural à disfunção, buscando transformar variabilidade operacional em fluxos coerentes. Nisso, o estágio confirmou-se como espaço de aprendizagem transformadora, onde desafios operacionais ressignificaram-se em competências profissionais pelo saber da experiência, conforme propõe Bondía (2002).

Desta experiência emergem lições, aprendizados estruturantes que transcendem o caso relatado. Em primeiro lugar, ficou evidente que manuais e ferramentas isolados têm limitações para gerar transformações mais abrangentes, pois sua efetividade requer ecossistemas institucionais estáveis, nos quais a rotatividade de funcionários seja mitigada por políticas de valorização profissional, tal como preconiza a EBSERH (2022). Em segundo lugar, a integração entre saberes técnicos e o conhecimento prático mostrou-se caminho fértil à inovação, pois ao incorporar sugestões das recepcionistas, a proposta do Manual tornou-se espaço de coprodução de saberes, reforçando Rocha *et al.* (2021) sobre práticas como espaços de criação coletiva.

O percurso analisado demonstra que elaborar manuais em serviços públicos de saúde é exercício político-pedagógico de alta

complexidade. Conforme sintetizam Paim e Pinto (2013), o sanitarista opera na interface entre modelos teóricos e contextos adversos, construindo pontes onde outros veem abismos. A efetividade das ferramentas de gestão, como fluxogramas e PDCA (os quais podem se somar aos manuais), está condicionada à capacidade de ressignificá-las à luz das contradições cotidianas, nunca como receitas universais.

Enfim, a lição maior desta experiência ecoa com a Fundação Vanzolini (2024) para a qual gerenciar processos no SUS é, antes de tudo, gerenciar humanidades em contextos de luta, e é nesse diálogo permanente entre norma e realidade, entre teoria e prática que se forja a possibilidade de transformar manuais de gaveta em instrumentos vivos de mudança.

Considerações finais

A atuação no campo de práticas viabilizado pelo Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva II, junto ao setor CEMEC do HUJM, permitiu compreender, *in loco*, os desafios da organização dos processos de trabalho em serviços públicos de saúde, tornando mais significativos o conteúdo e a aprendizagem acadêmicos.

A construção da proposta do Manual de Normas e Rotinas evidenciou a complexidade envolvida na sistematização das atividades, especialmente diante da rotatividade de profissionais terceirizados e da ausência de padronização formal nas rotinas. Neste sentido, um dos principais aprendizados foi a compreensão da importância fundamental da padronização e organização dos processos de trabalho para a eficiência dos serviços de saúde sempre guiados pela qualidade do cuidado. A padronização não se reduz a uma questão burocrática; é elemento essencial para garantir que os usuários recebam atendimento de boa qualidade como direito, independentemente de qual profissional os atenda.

Neste cenário, a principal dificuldade à construção do Manual residiu na tensão constitutiva entre os modelos teóricos de gestão estudados ao longo da formação graduada e a realidade

institucional, marcada pela sobrecarga assistencial e pela dificuldade/resistência de alterar processos cristalizados. Ainda assim, a tensão fronteiriça entre teoria e prática é produtiva, sobretudo na criatividade aliada ao senso crítico.

Foi possível (principalmente, como estagiária/primeira autora) compreender o potencial propositivo e as contribuições dos saberes sanitaristas, mas também os limites da sua atuação na gestão hospitalar, percebendo não caber sugerir/exigir mudanças estruturais, reconhecendo que a própria gestão enfrenta demandas simultâneas que podem dificultar o acompanhamento de problemas pontuais como aquele em foco.

Contudo, a experiência reforçou a importância da condução horizontal, dialógica, participativa e colaborativa em que as rotinas sejam pactuadas com clareza entre os setores, de modo que as responsabilidades não fiquem diluídas e problemas como os observados não se tornem recorrentes. Ao longo do processo, ficou evidente a importância de respeitar as especificidades do setor e de envolver democraticamente os trabalhadores na construção das soluções, reconhecendo o saber que dominam para garantir legitimidade e maior aderência à realidade cotidiana. A escuta sensível junto às recepcionistas e demais profissionais foi fundamental para que o Manual refletisse as práticas existentes e propusesse orientações viáveis, tornando-se um instrumento legítimo de apoio à organização do setor. Realçou, ainda, a relevância de iniciativas institucionais que fortaleçam a continuidade das ações, reconheçam e valorizem os profissionais que atuam na linha de frente, sem perder a visão sistêmica do todo — o que é marcante na visão do sanitarista.

O Estágio revelou-se potente no favorecimento do exercício da autonomia intelectual, da escuta qualificada, da criatividade e da reflexão crítica — aspectos essenciais ao ser-pensar-fazer da identidade sanitarista. Nesse sentido, a experiência reforçou que Estágios em Saúde Coletiva são microlaboratórios de crítica e transformação, onde futuros profissionais atuam como agentes de

desnaturalização de disfunções, conforme analisam Pereira e Carneiro (2019).

Mais do que ambiente para aplicar conhecimentos, o Estágio supervisionado se confirmou como espaço privilegiado e comunicativo onde é possível, também, produzir novos saberes a partir do diálogo horizontal e respeitoso, da reflexão crítica sobre a prática e em/para/no serviço – mote da Educação Permanente em Saúde. Trata-se de uma produção de saberes comprometida com a melhoria dos serviços e a qualificação do cuidado em saúde como direito de cidadania, por meio do fazer "com", proporcionando percepções sobre a importância da construção participativa de ferramentas de gestão e sobre os desafios específicos da gestão em saúde pública.

Como perspectivas futuras, esperamos que este relato inspire outros discentes a valorizar e compartilhar suas experiências de estágio como oportunidades de aprendizado em processos solidários de coprodução. Para finalizar, lembramos o que ensina Bondía (2002) sobre a capacidade de formação ou de transformação como componente fundamental da experiência, a qual se faz pela reflexão crítica sobre o vivido: aquilo que nos tocou, afetou, marcou (que seletivamente foi relatado), ao nos acontecer, ao nos passar, nos forma e nos transforma. Assim, o estágio marcou um processo significativo de transformação acadêmica e profissional da futura sanitarista comprometido com a efetivação/construção do SUS e o direito à saúde.

Capítulo 4
A formação do Bacharel em Saúde Coletiva e o processo de trabalho na regulação do acesso à assistência em um hospital universitário

Emelly dos Santos Rodrigues, Nathacha Witória Juliana Campos, Patrick Francisco de Oliveira Silva e Virgínia de Albuquerque Mota

Este capítulo trata de dois temas muito caros ao campo da Saúde Pública e ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O primeiro é a formação do Bacharel em Saúde Coletiva, que representa um importante avanço para o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), ainda em processo.

A partir da década de 1980, a formação em Saúde Coletiva se dava somente no nível da pós-graduação, voltada ao desenvolvimento da ciência e da formação dos trabalhadores da saúde de diferentes categorias profissionais. A partir de 2008, a formação também passou a se constituir no nível de graduação, por compreender que a Saúde Coletiva atende aos critérios necessários para a profissionalidade e possui especificidades não contempladas em outras categorias, que podem contribuir para o avanço e qualificação da saúde pública no Brasil (Castellanos *et al.*, 2013).

O segundo tema trata do processo de trabalho na regulação do acesso à assistência em um hospital universitário. Os setores de contratualização dos hospitais universitários são *lócus* estratégicos para discussão da integralidade em saúde, visto que a garantia de acesso à Atenção Hospitalar deve representar a continuidade de um cuidado que se inicia e que deve retornar à Atenção Primária à Saúde e/ou aos demais pontos de atenção à saúde necessários para a resolução da demanda dos usuários.

O hospital universitário configura-se também como *lócus* privilegiado de formação de novos trabalhadores da Saúde Pública e produção de conhecimentos e práticas sobre a gestão hospitalar e sua necessária integração com as redes de atenção à saúde.

O presente relato de experiência tem como objetivo apresentar e analisar as vivências e aprendizados adquiridos durante o estágio curricular do curso de Saúde Coletiva, realizado no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM). As atividades foram desenvolvidas predominantemente no Setor de Contratualização e Regulação (STCOR), com foco nas operações do Núcleo Interno de Regulação (NIR), um componente vital para a gestão do fluxo assistencial e a interface com o SUS.

O campo teórico, científico e social que dialoga com esse relato é o da Saúde Coletiva, que compreende o processo saúde-doença como fenômeno social, em que a estrutura da sociedade, como ela se organiza e a posição que os sujeitos ocupam nessa estrutura determinam a situação de saúde e o risco de adoecer (Barata, 2022).

Como campo de saberes e práticas, a Saúde Coletiva, ao mesmo tempo em que se consolidou com uma robusta produção científica e acadêmica, também está sempre engajada, por meio de suas instituições e atores sociais, nas lutas pelas bandeiras que sustentam o MRSB, quais sejam a democratização do Estado, a democratização da sociedade e a democratização da saúde (Barata, 2022).

O conceito central da experiência que relaciona a formação dos bacharéis em Saúde Coletiva e o processo de trabalho na regulação da assistência à saúde, no contexto da contratualização de hospitais universitários, é o conceito de "Redes de Atenção à Saúde", compreendido como um redirecionamento da organização dos serviços, que anteriormente trabalhavam de forma isolada, com subordinação de um nível de atenção ao outro e com centralidade no hospital (Mendes, 2010).

Na perspectiva das redes de atenção à saúde, os diferentes pontos de atenção, incluindo o hospital e sistemas de apoio, devem trabalhar de forma cooperativa e integrada, na perspectiva do

cuidado continuado em saúde e com centralidade da Atenção Primária à Saúde, que deve ordenar e coordenar o cuidado ao longo de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, conforme as necessidades dos usuários (Tofani *et al.*, 2021).

O conceito de Redes de Atenção à Saúde alinha-se ao princípio da integralidade, e no caso deste cenário de práticas, é um princípio norteador para a busca de um modelo de organização da atenção que pressupõe, no interior da instituição hospitalar, a superação da fragmentação entre as diferentes práticas de cuidado e a superação da fragmentação entre o cuidado e a gestão, e na relação da instituição hospitalar com os demais pontos da rede de atenção, a necessidade de superar a ausência e/ou fragilidade de mecanismos de coordenação do cuidado e de comunicação (Belga; Jorge; Silva, 2022).

Também são desafios à integralidade a fragmentação entre os níveis de atenção — vivida por gestores, trabalhadores e usuários —, entre as formações dos trabalhadores da saúde e entre os entes federativos e setores da administração pública (Belga; Jorge; Silva, 2022).

Dentro dessa mesma perspectiva, para pensarmos o processo de trabalho na regulação do acesso à assistência enquanto importante dispositivo para a continuidade da atenção, trabalha-se também com o conceito de "Gestão de Filas de Cuidado", com foco na responsabilização pelo cuidado dos sujeitos que estão aguardando atenção ambulatorial especializada nas filas de regulação, em vez de olhar a regulação de acesso à assistência somente como um processo burocrático (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025).

O conceito de Gestão de Filas de Cuidado reconhece também os caminhos que o próprio usuário faz na busca pelo cuidado, na tentativa de burlar normatizações e burocracias que se tornam barreiras ao acesso e muitas vezes desconsideram a singularidade de cada caso (Freire *et al.*, 2020).

Essas tentativas devem ser analisadas sob a ótica das redes de atenção à saúde, e os trabalhadores da regulação devem estar

municiados de saberes e práticas que conciliem o modelo ideal de acesso à assistência com o modelo possível, a partir de novos arranjos e dispositivos a serem construídos e/ou pactuados coletivamente entre os diferentes atores sociais que compõem as referidas redes (Freire *et al.,* 2020).

Na acepção da gestão de filas de cuidado, observa-se como princípio norteador a equidade, visto que a compreensão de cada caso de forma singular considera as diferenças das condições de vida e de saúde que ocasionam a distribuição desigual do risco de adoecer entre os grupos populacionais, viabilizando informações relevantes para a vigilância em saúde (Peiter; Lanzoni; Oliveira, 2016).

A compreensão de cada caso singular também considera as diferenças nas necessidades de cuidado que devem ser garantidas em tempo oportuno. No contexto de quantidade de oferta inferior à quantidade de demanda, garantir a efetivação do princípio da equidade na regulação do acesso à assistência pode apoiar melhor prognóstico e evitar cronificação dos casos, por exemplo (Peiter; Lanzoni; Oliveira, 2016).

Na literatura, são escassos os estudos que tratam do processo de trabalho na regulação do acesso à assistência, a partir dos hospitais universitários, que são instituições complexas. Essa complexidade decorre da coexistência de atividades assistenciais, acadêmicas e de pesquisa, o que exige uma gestão de fluxos altamente articulada e integrada. Tal dinâmica demanda constante negociação entre as necessidades imediatas de cuidado dos usuários, os processos de ensino-aprendizagem e as exigências administrativas e regulatórias.

Esse contexto evidencia os desafios da gestão hospitalar, especialmente no que se refere à regulação do acesso, à organização das filas assistenciais e à busca pela integralidade, equidade e universalidade no SUS em um cenário de recursos usualmente limitados.

Dessa forma, estão presentes nesta experiência os processos de gestão do serviço hospitalar. O processo de trabalho na regulação

do acesso à assistência, por sua vez, demanda da gestão hospitalar voltada para o SUS o compromisso de se organizar a partir da conformação das redes de atenção à saúde, da situação de saúde da população a ser coberta e da efetivação da saúde como um direito.

Os processos de gestão hospitalar comprometidos com a efetivação do SUS devem ter como norte o princípio da universalidade, a ser garantido na medida em que a gestão dos recursos disponíveis e a organização dos processos de trabalho sejam conduzidas da melhor forma possível, com racionalização do uso desses recursos.

Como parte do processo de gestão hospitalar, a oferta de informação acessível, simétrica e em tempo oportuno sobre as formas de acesso à assistência oportuniza a compreensão da população em relação à universalidade do serviço e dos caminhos possíveis para efetivar o acesso e o direito à saúde propriamente dito (Pontes *et al.*, 2009), desconstruindo a ideia de caridade ou necessidade de indicações pessoais para ter o acesso.

Ressignificar o processo de gestão hospitalar, considerando os princípios e diretrizes do SUS e o papel do hospital como um ponto de atenção à saúde terciário de apoio à Atenção Primária à Saúde, é central para efetivarmos a substituição do modelo de atenção que reproduz os hospitais como ilhas cuja finalidade é produzir procedimentos, desconectadas das práticas de cuidado que podem impactar nas condições de saúde e de vida da sua clientela (Santos *et al.*, 2020).

A Saúde Coletiva produz e sistematiza conhecimento de apoio à gestão hospitalar inserida no contexto do SUS e também do arcabouço legal e normativo, através das estratégias de reordenamento da política de saúde e do financiamento em especial. O tema da contratualização também se insere no campo de pesquisas e práticas, em busca de respostas sobre sua pertinência para efetivar um SUS integrado, descentralizado e participativo (Santos *et al.*, 2020).

O Setor de Contratualização, onde a prática foi realizada, é a porta de entrada dos processos de cuidado assistencial pactuados junto à gestão municipal e deve ter no horizonte sua atuação integrada a um sistema de saúde que possa garantir a continuidade do cuidado ao longo das redes de atenção e relaciona-se aos princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade.

Para se garantir a efetividade destes princípios, deve-se ter conhecimento da capacidade instalada, finalidade e funcionamento das redes de atenção à saúde junto às quais o Hospital deve estar integrado, e estabelecer espaços de diálogo entre as diferentes instituições que compõem essas redes para que seja possível a construção coletiva de um arranjo assistencial que compreenda as especificidades locais e as necessidades de saúde e de cuidado da população a ser coberta por essas redes na gestão cotidiana dos serviços, para além da letra fria da burocracia estatal (Pinheiro; Mattos, 2006).

Percurso metodológico

A prática de estágio ocorreu no HUJM, instituição de saúde de médio porte, que dispõe de 108 leitos hospitalares, distribuídos entre 25 leitos clínicos, 18 leitos cirúrgicos, 14 leitos pediátricos, 21 leitos obstétricos, 8 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 5 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, 3 leitos destinados ao pré-parto, parto e puerpério (PPP) e 4 leitos de Hospital Dia, estes últimos implantados a partir do ano de 2024. Além da estrutura de internação, a instituição conta com 67 salas ambulatoriais, que abrangem consultórios de oftalmologia, sala para a realização de estudo urodinâmico, serviços de odontologia e fonoaudiologia, bem como 6 salas cirúrgicas e unidades destinadas à execução de exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, compondo uma estrutura assistencial diversificada.

O Hospital Universitário está vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O HUJM caracteriza-se por ser um hospital de ensino, pesquisa e extensão, oferecendo atendimento de média e alta complexidade, além de ser um campo de formação para diversos profissionais da saúde. Por integrar a rede pública de atenção à saúde, o hospital desempenha papel estratégico no apoio à rede assistencial do SUS no estado de Mato Grosso, atendendo usuários provenientes de Cuiabá e de diversos municípios do interior e de outros estados também.

O local de atuação principal foi o Setor de Contratualização e Regulação (STCOR), que abriga duas unidades, sendo esta experiência na Unidade de Regulação Assistencial e Gestão da Informação Assistencial (URAGIA), que é composta pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), Central de Marcações de Consultas e Exames (CEMEC) e o Setor de Registro. Este setor é responsável por gerenciar o acesso dos pacientes aos serviços hospitalares, otimizar a ocupação de leitos, coordenar transferências internas e externas e garantir a conformidade com as diretrizes do SUS, atuando como um elo entre a demanda assistencial encaminhada ao Hospital via Central de Regulação Municipal e a capacidade instalada do hospital, para garantir o cumprimento do 1º Termo Aditivo do Convênio de Assistência à Saúde n.º 001/2022.

O referido Convênio foi celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e o HUJM, e prevê a contratualização de 100% das ações e serviços ofertados pelo referido Hospital, prevendo ainda o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas a serem acompanhadas através dos Relatórios de Monitoramento da Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização, no período de 24 meses a partir de 29 de dezembro de 2022. Esse Convênio foi prorrogado através do 1º Termo Aditivo, para o período de 30/12/2024 a 29/12/2026, e estava em vigência durante a realização da experiência de estágio relatada.

As ações e intervenções desenvolvidas durante o estágio estiveram voltadas, prioritariamente, à população usuária do SUS

atendida no HUJM. Trata-se de um público heterogêneo, composto por indivíduos com distintas características demográficas, sociais e epidemiológicas, que demandam desde atendimentos eletivos até situações de urgência e emergência, refletindo a complexidade do perfil assistencial do hospital.

O contato direto ocorreu, sobretudo, com pacientes em busca de informações acerca de agendamentos, remarcações e procedimentos assistenciais, evidenciando demandas relacionadas ao acesso e à organização do cuidado. De forma indireta, as ações realizadas repercutiram sobre o conjunto da população atendida pela instituição, uma vez que a qualificação dos processos de regulação contribui para a otimização do fluxo assistencial, ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A experiência envolveu a articulação com equipes multiprofissionais, incluindo médicos (residentes, tutores e preceptores), enfermeiros, profissionais administrativos e demais trabalhadores da saúde vinculados ao STCOR e às unidades assistenciais do HUJM, bem como à equipe do arquivo médico. Essa interação evidencia o caráter interdisciplinar e intersetorial das práticas desenvolvidas no âmbito hospitalar, especialmente no campo da gestão e regulação em saúde.

Destaca-se que, por se tratar de uma unidade de gestão, as intervenções não se direcionaram a grupos específicos de forma direta, como ocorre em ações assistenciais e educativas tradicionais. Nesse contexto, as atividades estiveram centradas na organização dos fluxos assistenciais, no aprimoramento dos processos de regulação e na qualificação do acesso aos serviços de saúde. Assim, os impactos das intervenções configuram-se predominantemente de maneira indireta, incidindo sobre a coletividade de usuários do SUS atendidos pelo hospital, o que reforça a relevância estratégica da gestão para a efetividade e equidade do sistema de saúde.

A prática envolveu a utilização de recursos disponibilizados pelo HUJM, como dois computadores, acesso à internet, duas

estações de trabalho em espaço devidamente refrigerado e adequado às atividades do estágio, e acesso ao WhatsApp institucional do Setor e aos sistemas: Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU), Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do HUJM.

As ações e intervenções realizadas foram multifacetadas, abrangendo aspectos administrativos e de comunicação entre a equipe do setor e equipes de outros setores do Hospital, e entre a equipe do setor e os usuários, e de gestão de processos e fluxos que fazem parte da rotina do setor. O estágio foi realizado por duas estagiárias do curso de Saúde Coletiva, com supervisão institucional nos setores do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e de Registro do HUJM. As ações desenvolvidas estão descritas a seguir:

a) Comunicação e Atendimento ao Usuário: realização de contato telefônico ativo e via aplicativo de mensagens instantâneas de conta telefônica institucional do setor (STCOR), com pacientes previamente agendados. Essas ações incluíram a remarcação de consultas, o repasse de orientações institucionais e a confirmação de presença em procedimentos agendados, com o objetivo de reduzir o absenteísmo e otimizar a gestão das filas no processo de regulação. Como mudança no processo de trabalho, observou-se maior sistematização da comunicação com os usuários, o que contribuiu para a redução de falhas informacionais. Como resultado, houve diminuição do absenteísmo e melhor aproveitamento das vagas disponíveis, impactando positivamente na organização das filas regulatórias e na eficiência do acesso aos serviços ofertados pelo hospital.
b) Gestão de Fluxos Assistenciais: atuação na organização e triagem de casos eletivos e de urgência, auxiliando na priorização conforme os critérios definidos pela contratualização. Esta atividade proporcionou a compreensão e participação prática na dinâmica do Fluxo

de Urgência (desde a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), passando pelo sistema, central de regulação, ligação do residente, internação, colocação de pulseira e consultório) e do Fluxo Eletivo (que envolve consulta, exames, AIH, sistema, vaga da central, pré-operatório, risco cirúrgico e agendamento). Como mudança no processo de trabalho, verificou-se maior organização na priorização dos casos e melhor articulação entre as diferentes etapas dos fluxos assistenciais. Como resultado, observou-se maior fluidez nos encaminhamentos, redução de inconsistências no processo assistencial e aprimoramento na gestão do cuidado ao paciente.

c) Operacionalização de Sistemas de Informação em Saúde: realização de cadastramento de pacientes e inserção de dados no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), além da alimentação e organização de planilhas em ambiente de *drive* compartilhado. Essas ações foram essenciais para a padronização, atualização e sistematização dos registros institucionais, contribuindo para maior controle das informações. Como mudança no processo, destaca-se o aprimoramento da organização e da confiabilidade dos dados registrados. Como resultado, houve fortalecimento do monitoramento de indicadores e maior transparência dos processos internos, favorecendo a qualificação da gestão e subsidiando a tomada de decisão.
d) Mapeamento de Processos: colaboração na identificação e descrição do mapeamento dos fluxos de funcionamento do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e do setor de Registro, envolvendo a análise do ciclo de vida do prontuário e dos critérios de organização do arquivo, como ordenação numérica e utilização de códigos de cores. Essa atividade contribuiu para uma compreensão mais detalhada das rotinas e da interdependência entre as etapas dos processos. Como mudança no processo, destaca-se a maior visibilidade das etapas e da articulação entre os fluxos

institucionais. Como resultado, foram identificados pontos de fragilidade e oportunidades de melhoria na organização dos fluxos e na gestão documental, contribuindo para o aprimoramento das práticas institucionais.

e) Participação em Ação Estratégica do setor no "Dia E - EBSERH em Ação", vinculado ao Programa do Ministério da Saúde "Agora Tem Especialistas" / Mutirão: atuação ativa na preparação e execução de um mutirão de atendimentos realizado em um sábado. Esta intervenção focou na gestão de vagas e no controle de absenteísmo, com contato intenso com pacientes para confirmação de presença e busca ativa para preenchimento de vagas liberadas por desistência, sob um prazo apertado (1 a 2 semanas antes do evento). A complexidade da abertura de grades no sistema foi um desafio operacional. Como mudança no processo de trabalho, evidenciou-se a intensificação da comunicação com os usuários e maior dinamismo na gestão das agendas. Como resultado, observou-se ampliação do aproveitamento da capacidade assistencial e redução expressiva de vagas não utilizadas, contribuindo para maior eficiência na oferta de atendimentos, mesmo diante dos desafios operacionais identificados.

f) Gestão de Prontuários e Arquivo: acompanhamento do processo de registro, organização e arquivamento dos prontuários, incluindo a utilização de códigos de cores, a manutenção de prontuários ativos para pacientes em tratamento contínuo e a gestão de arquivos mortos. Essa atividade possibilitou a compreensão das rotinas relacionadas ao ciclo documental e à organização do acervo institucional. Durante o desenvolvimento das atividades, foram identificadas limitações estruturais, como a escassez de recursos materiais e humanos, além da necessidade de reutilização de pastas em função de restrições orçamentárias. Como mudança no processo de trabalho,

destaca-se o fortalecimento da compreensão sobre a importância da organização documental para a qualidade assistencial. Como resultado, evidenciou-se o impacto dessas fragilidades na rastreabilidade das informações e na continuidade do cuidado, indicando a necessidade de aprimoramentos na gestão documental.

g) Faturamento hospitalar por meio da AIH e do Boletim de Regulação: são processos relacionados ao faturamento hospitalar, especialmente no que se refere à AIH, instrumento fundamental para o financiamento dos serviços prestados ao SUS. Observou-se a importância do correto preenchimento, registro e acompanhamento das AIHs e dos Boletins de Regulação, uma vez que inconsistências ou falhas nesse processo podem resultar em indeferimentos e prejuízos financeiros à instituição. O Boletim de Regulação também é parte fundamental desse processo, pois constitui o documento que formaliza o atendimento realizado via regulação, servindo como evidência do cumprimento do fluxo assistencial pactuado e subsidiando o faturamento dos procedimentos realizados. Essa experiência permitiu compreender a estreita relação entre a regulação do acesso à assistência, a qualidade da informação em saúde e a sustentabilidade financeira do hospital universitário. Como mudança no processo de trabalho, destacou-se a necessidade de maior rigor e qualificação no registro das informações. Como resultado, ficou nítido que inconsistências nesses instrumentos podem gerar indeferimentos, prejuízos financeiros à instituição e comprometer a comprovação da assistência realizada.

A experiência no HUJM foi caracterizada por uma imersão na realidade da gestão hospitalar pública, com ênfase na regulação. A vivência das práticas e intervenções permitiu a conexão direta entre a teoria apreendida ao longo da formação no Curso de

Graduação em Saúde Coletiva e os desafios do cotidiano de um hospital universitário.

Houve um aprendizado significativo sobre a importância da comunicação eficaz com o paciente, a complexidade da gestão de filas (eletivas e urgências) e a necessidade de otimização de recursos. A participação no "Dia E - EBSERH em Ação", vinculado ao Programa do Ministério da Saúde "Agora Tem Especialistas" / Mutirão foi particularmente reveladora, expondo a pressão por resultados e a agilidade necessária para garantir o uso pleno da capacidade assistencial.

A análise dos processos de registro, organização e arquivamento de prontuários evidenciou fragilidades estruturais na gestão documental, como a escassez de recursos materiais e humanos, além de desafios relacionados à padronização e à rastreabilidade das informações. Tais aspectos reforçaram a importância da gestão da informação em saúde para a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a produção de dados confiáveis e informações de qualidade para a gestão e o financiamento dos serviços.

A experiência reforçou a visão sistêmica da gestão hospitalar e a compreensão de como cada etapa do processo assistencial e administrativo se inter-relaciona e impacta diretamente o acesso, a qualidade do cuidado e a efetividade das ações no âmbito do SUS. Essa vivência fortaleceu a compreensão do papel do sanitarista na gestão hospitalar, especialmente na regulação, na análise de processos e na qualificação dos serviços de saúde.

A apresentação das práticas e intervenções realizadas foi organizada de forma temática, agrupando as atividades por sua natureza (comunicação, gestão de fluxos, sistemas, gestão documental) para facilitar a compreensão da complexidade do estágio. Os critérios de análise foram definidos com base na relevância das atividades para a formação em Saúde Coletiva, na eficiência dos processos observados, no impacto das intervenções na assistência ao paciente e na identificação de desafios e oportunidades de melhoria.

Buscou-se ainda relacionar as experiências vivenciadas com os princípios e diretrizes do SUS, tais como universalidade, equidade e integralidade, bem como com diretrizes transversais, como a humanização do cuidado, a eficiência administrativa e a sustentabilidade financeira do sistema de saúde. Dessa forma, os critérios adotados permitiram uma análise crítica e contextualizada das práticas e intervenções.

Durante a realização das práticas e a elaboração deste relato, foram adotados cuidados éticos rigorosos. A confidencialidade das informações dos pacientes foi estritamente mantida, evitando a divulgação de dados sensíveis ou que pudessem identificar indivíduos. No contato com os pacientes, priorizou-se o acolhimento, o respeito e a clareza na comunicação. Todas as informações apresentadas neste relato são de caráter geral e descritivo dos processos e fluxos, sem expor dados pessoais ou institucionais que não sejam de domínio público.

Ressalta-se que as atividades foram desenvolvidas sob supervisão dos profissionais responsáveis pelo setor, respeitando as normas institucionais do HUJM e os limites éticos da atuação discente. A reflexão sobre os desafios, fragilidades e problemas identificados foi conduzida de forma crítica e construtiva, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento dos serviços e para a qualificação da formação profissional, sem atribuição de responsabilidades individuais ou juízos de valor que pudessem caracterizar exposição indevida de pessoas ou da instituição.

Resultados das práticas e intervenções realizadas

As práticas e intervenções desenvolvidas durante o estágio no HUJM resultaram em contribuições significativas, evidenciando impactos tanto na organização dos serviços quanto na qualidade do atendimento prestado. Destaca-se, inicialmente, a melhoria na comunicação com os pacientes, especialmente no contexto da preparação do "Dia E – EBSERH em Ação", vinculado ao Programa do Ministério da Saúde "Agora Tem Especialistas" /

Mutirão, o que contribuiu para a redução do absenteísmo em consultas e procedimentos.

A atuação na preparação e execução dessa ação também favoreceu a otimização do uso dos recursos hospitalares e a redução da fila de espera para grupos específicos de pacientes. O mapeamento de processos realizado no Núcleo Interno de Regulação (NIR) e no setor de Registro possibilitou a identificação de gargalos e fragilidades nos fluxos de trabalho, permitindo intervenções mais direcionadas e maior racionalização das atividades.

No que se refere aos resultados quantitativos, a adoção de contatos telefônicos sistemáticos com pacientes previamente agendados mostrou-se uma estratégia eficaz para confirmação antecipada de presença e reorganização de vagas ociosas, resultando em uma redução estimada de 20% a 30% no absenteísmo, quando comparada a períodos anteriores sem essa prática.

Esses percentuais foram estimados com base na comparação entre o número de faltas registradas antes e após a adoção do contato sistemático com pacientes, a partir dos registros disponíveis no setor. Ademais, a identificação prévia de desistências possibilitou a reoferta de vagas, contribuindo para uma redução entre 10% e 15% do absenteísmo e, consequentemente, da fila de espera dos pacientes regulados, principalmente em especialidades com maior demanda reprimida. Observou-se ainda o aumento da taxa de ocupação das vagas extras para níveis próximos de 90% a 95%, evidenciando maior eficiência na utilização da capacidade instalada.

No âmbito da gestão de processos, foram identificados problemas como inconsistências no preenchimento de prontuários, ausência de padronização dos registros, atrasos na inserção de dados nos sistemas e dificuldades na localização de documentos físicos.

A utilização do sistema AGHUx, associada ao uso de planilhas compartilhadas, contribuiu para maior controle e

monitoramento das informações, reduzindo retrabalho e aprimorando a qualidade dos dados utilizados na gestão. Tais avanços reforçam a importância da informação qualificada como base para a tomada de decisão e para a construção de indicadores confiáveis.

No que se refere às dimensões qualitativas, a experiência proporcionou uma compreensão ampliada da gestão hospitalar, com destaque para o papel da regulação como instrumento estratégico para a promoção da equidade no SUS. Houve também o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, organização e trabalho em equipe, além do fortalecimento de uma postura crítica diante das limitações estruturais, como a escassez de recursos humanos e materiais.

Embora nem todos os resultados possam ser mensurados de forma direta, observa-se que as intervenções realizadas contribuíram para a melhoria dos fluxos de trabalho, a otimização do uso de recursos e a qualificação do atendimento aos usuários.

A organização dos prontuários, o adequado registro das informações nos sistemas e a sistematização de dados em planilhas fortaleceram a fidedignidade das informações, elemento central para a gestão hospitalar. A tendência é que, a longo prazo, essas melhorias resultem na redução do tempo de espera, no aumento da produtividade dos setores envolvidos e no fortalecimento de uma gestão orientada por dados.

Análise crítica e reflexiva das práticas e intervenções realizadas

A graduação em Saúde Coletiva é uma ideia originada no contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e na observação da necessidade de conhecimentos que são insuficientemente trabalhados em outros cursos da área da saúde (Silva *et al*., 2025), para uma atuação que faça o intercâmbio entre as necessidades de saúde da população em seu território, os serviços organizados em sistema e as ações intersetoriais sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Para atingir essa formação, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso incluem conhecimentos contemplados nas três grandes áreas da Saúde Coletiva, quais sejam, a Política, Planejamento e Gestão em Saúde, as Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Epidemiologia, e estes conhecimentos devem ser aplicados nos diferentes contextos e cenários de práticas que se inter-relacionam com o processo saúde-doença (Silva *et al*., 2025).

Esta formação generalista do Bacharel em Saúde Coletiva permite sua incursão no cenário de prática da atenção hospitalar com expertise suficiente para articular as especificidades do processo saúde-doença, suas determinações e a inter-relação destas com o território e a conformação histórica, como também o papel das ações, serviços, políticas e programas do setor saúde e intersetoriais para a intervenção sobre a raiz dessas questões.

Na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), o curso de graduação em Saúde Coletiva foi criado em 2009, com a primeira turma em 2010, e, em 2013, tiveram início as atividades de estágio supervisionado obrigatório, que tinham por finalidade inserir os discentes em cenários de práticas cujo percurso formativo possibilitasse a realização de intervenções voltadas à mitigação dos problemas encontrados, além de favorecer a inserção em possíveis campos de trabalho dos bacharéis em Saúde Coletiva (UFMT, 2009).

O STCOR do HUJM é um dos campos de práticas dos estagiários em Saúde Coletiva da UFMT, no oitavo semestre letivo, no Eixo da Gestão em Saúde, e espera-se que seja um campo que oportunize a aproximação dos discentes ao exercício da profissão, incluindo os desafios vivenciados no trabalho em saúde.

Na experiência de estágio relatada neste capítulo, podemos observar, através do relato, que as ações e intervenções realizadas abrangem práticas profissionais que são desenvolvidas por sanitaristas, e destaca-se a linha de atuação de gestão de processos em saúde, presente tanto na formação em Saúde Coletiva quanto nas normatizações da profissão.

Na linha da gestão de processos em saúde, observa-se a atuação nos processos de regulação do acesso à assistência, na perspectiva da integração das práticas do STCOR com a Central de Regulação de Cuiabá e com as redes de atenção à saúde; nos processos de gestão hospitalar, na perspectiva da integração das práticas do STCOR com a superintendência e as gerências do HUJM: administrativa, de assistência à saúde e de ensino e pesquisa; processos de assistência à saúde, na perspectiva da integração das práticas do STCOR com os trabalhadores assistenciais do HUJM; processos de trabalho na regulação do acesso à assistência, na perspectiva da integração entre a equipe de trabalhadores do STCOR, com diferentes tipos de vínculo empregatício e/ou acadêmico; e processos de gestão financeira, na perspectiva do cumprimento da contratualização firmada pelo HUJM junto à Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

Pode-se observar a vivência das estagiárias em todo o processo de execução da contratualização, desde o agendamento do atendimento do usuário no HUJM, a partir do Boletim de Regulação Assistencial, até o faturamento do procedimento realizado.

Além do apoio na operacionalização desses processos, o sanitarista que atua na gestão hospitalar pode contribuir com a sistematização desses fluxos de forma mais integrada e menos departamentalizada e com o mapeamento de cada um dos processos, oportunizando ações de monitoramento, controle e avaliação da operacionalização de cada etapa desses processos.

Na perspectiva da gestão de filas de cuidado, os processos assistenciais e regulatórios podem incluir a oferta de cuidados que evitem a cronificação e/ou mitiguem os problemas de saúde de quem aguarda o acesso à assistência hospitalar.

Os processos de gestão financeira, por sua vez, bem como outros processos intermediários, podem passar a ser compreendidos como parte indissociável do processo de assistência, visto que o faturamento só é possível se a assistência tratar a documentação do atendimento em conformidade com o

pactuado na contratualização e com as normativas que regem essa parceria entre o município e o hospital federal.

Observam-se na literatura aspectos que limitaram as práticas e intervenções realizadas pelos estagiários de Saúde Coletiva em outros contextos semelhantes aos encontrados na experiência relatada neste capítulo, tais como a incapacidade de determinados serviços comportarem um grande número de estagiários advindos de diferentes cursos na área da saúde e de instituições públicas e privadas, a sobrecarga de trabalho de trabalhadores da saúde com atividades assistenciais, administrativas e de preceptoria, a ausência de bacharéis em Saúde Coletiva como preceptores no campo de estágio e de conhecimento de parte dos trabalhadores da saúde sobre o papel do sanitarista (Silva; Ventura; Ferreira, 2013).

Como aspecto potencializador, por outro lado, observou-se na literatura e também no contexto desta experiência que a dimensão práxica da Saúde Coletiva faz com que a formação em estágio se dê para além do treinamento de habilidades técnicas, com a contribuição efetiva na aplicação dos conhecimentos teóricos. Estes conhecimentos foram aprendidos ao longo da formação, na resolução dos problemas identificados nos campos de prática que obstaculizam a mudança de modelo assistencial (Silva; Ventura; Ferreira, 2013).

Os campos de estágio e/ou de práticas dos discentes do curso de graduação em Saúde Coletiva, tal qual seu mercado de trabalho, tiveram de ser construídos no processo de consolidação e integração do então novo curso em processos de disputas sobre o espaço que a práxis da Saúde Coletiva deve ocupar no cotidiano do SUS, ao mesmo tempo que sanitaristas com formação de pós-graduação já atuavam nesses espaços em uma perspectiva ampliada a partir dos cargos e funções vinculados às suas graduações em outras áreas de saúde (Paim; Pinto, 2013).

Dessa forma, ainda que pontual, a compreensão do papel-chave dos Bacharéis em Saúde Coletiva e dos seus estagiários nos diferentes espaços de atuação no setor da saúde já existia, e para além da atuação nos serviços e das atribuições

voltadas para as especialidades de cada categoria, esta formação representou a garantia da perspectiva integrada desses serviços.

Em cenários de práticas em que a presença de sanitaristas, em decorrência da graduação ou da pós-graduação, ainda é inexistente, a falta de informação sobre as atribuições do estagiário em saúde coletiva torna-se um desafio para o processo formativo, com planos de estágio que fogem às competências, habilidades e atitudes que se espera fomentar neste momento do curso (Pereira; Carneiro, 2019).

Ao mesmo tempo, é através da incursão dos estagiários nesses espaços que se pode viabilizar na prática o reconhecimento do papel dos sanitaristas e da importância da sua atuação em pontos críticos do processo e organização do trabalho na saúde que ainda não conseguiram ser superados, mesmo com todos os avanços obtidos na consolidação do MRSB (Silva *et al*., 2025).

A perspectiva integrada da atenção às necessidades de saúde, que tem ênfase no território e no diálogo intersetorial com os diversos equipamentos sociais e de saúde presentes neste território, deve incluir também a atenção hospitalar no contexto das redes de atenção à saúde municipais nas quais o hospital atua, e buscar o alinhamento de todas as incoerências que atualmente ainda persistem na fragmentação do cuidado dentro dos próprios hospitais e entre o hospital, a rede de atenção à saúde da qual ele faz parte e o território no qual esta rede se constitui.

No âmbito da atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se que o setor de contratualização é um campo crítico que sintetiza o primeiro contato do usuário com os serviços hospitalares, que muitas vezes expressa uma visão de ineficiência e sucateamento que é recorrentemente vinculada ao SUS e às dificuldades de acesso que possam enfrentar (Portes; Matos; Soares, 2014).

No interior do próprio hospital, também são observados aspectos da cultura organizacional que reforçam a fragmentação da atenção por ausência de conhecimento dos processos internos realizados nos diferentes setores e departamentos do hospital e na

Rede de Atenção à Saúde como um todo (Portes; Matos; Soares, 2014).

Para além dos muros do hospital, a experiência poderia ter sido ampliada por meio de maior integração com outros pontos da rede de atenção, especialmente a atenção primária e os complexos regulatórios, permitindo compreender com maior profundidade os impactos do território e dos fluxos assistenciais sobre o desempenho contratual do hospital. Ademais, a participação em espaços formais de pactuação, como comissões intergestores ou reuniões de negociação contratual, bem como a análise longitudinal de indicadores e metas ao longo de diferentes ciclos de contratualização, poderiam ampliar o universo de práticas e fortalecer ainda mais a compreensão crítica do tema.

Estagiárias e estagiários em Saúde Coletiva, apoiados por sua formação ao longo do curso, podem desenvolver ações de educação permanente em saúde, sustentadas pelo diálogo com a cultura organizacional (Portes; Matos; Soares, 2014), pela sistematização das linhas de cuidado e pela construção de projetos terapêuticos singulares, compreendendo a integração do hospital junto às redes de atenção à saúde e aos gestores do SUS de outras esferas (Bezerra *et al*., 2013).

A experiência apresentada neste relato possibilitou às estagiárias uma imersão nos processos de gestão hospitalar, comunicação com usuários e manejo de informações em saúde, elementos fundamentais para a formação do sanitarista. A complexidade observada nas operações de regulação e gestão hospitalar configura-se como experiência essencial no campo da Saúde Coletiva, uma vez que evidencia a engrenagem operacional do SUS em sua dimensão de média e alta complexidade. O estágio permitiu compreender como os princípios do sistema se materializam ou, por vezes, entram em tensão diante das realidades administrativas, tecnológicas e de disponibilidade de recursos de um hospital universitário de referência.

O conhecimento apreendido ao longo do Curso de Graduação em Saúde Coletiva e a formação de competências, habilidades e

atitudes específicas do contexto da gestão da regulação do acesso à assistência em um hospital universitário gerido por uma empresa pública permitem que o Bacharel em Saúde Coletiva aplique seus conhecimentos em múltiplos espaços no Sistema Único de Saúde, seja na rede própria ou complementar, de administração direta ou indireta, e também na Saúde Suplementar.

Considerações finais

Os hospitais universitários desempenham um papel singular no Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se por sua dupla função: ofertar assistência à saúde e desenvolver atividades de ensino e pesquisa. Assim como outras organizações complexas, essas instituições também possuem missão, visão, valores e objetivos estratégicos, aos quais seus processos internos devem estar alinhados para garantir eficiência, sustentabilidade e qualidade. Nesse contexto, a contratualização configura-se como um dos principais instrumentos de gestão, orientando a alocação de recursos, a definição de metas e o monitoramento da produção assistencial.

A vivência no cotidiano de um hospital universitário permitiu observar que sua dinâmica está ancorada em uma produção contínua de assistência e conhecimento, demandando articulação permanente entre recursos financeiros, humanos, tecnológicos e organizacionais. Nesse sentido, a contratualização mostrou-se um mecanismo estruturante ao pactuar metas e indicadores, estabelecendo compromissos entre o prestador de serviços e o gestor, a partir da capacidade instalada do hospital e das necessidades da população expressas pela regulação e pelo perfil epidemiológico.

Durante as práticas, foi possível acompanhar e analisar o uso de instrumentos de gestão fundamentais para o acompanhamento do contrato, como os indicadores institucionais e os painéis de Business Intelligence (BI). As fichas técnicas dos indicadores, ao explicitar método de cálculo, fonte de dados e finalidade,

demonstraram-se essenciais para avaliar a efetividade das ações, identificar fragilidades e subsidiar a tomada de decisão. Os painéis de BI, por sua vez, possibilitam o monitoramento oportuno do desempenho institucional e da aderência às metas pactuadas. Dessa forma, os objetivos propostos para o registro e relato da experiência foram alcançados, uma vez que a prática permitiu compreender a contratualização para além de um instrumento formal, evidenciando sua materialização no cotidiano institucional e sua dependência de processos bem estruturados e integrados.

A atuação do Bacharel em Saúde Coletiva revelou-se estratégica nesse contexto, em razão de sua formação interdisciplinar e de sua capacidade de leitura ampliada da rede de atenção à saúde. A experiência evidenciou como esse profissional contribui para a articulação entre os níveis assistenciais, os fluxos regulatórios e a lógica organizativa do SUS, compreendendo que a atenção terciária, de alto custo e complexidade tecnológica, sofre impactos diretos das fragilidades da atenção primária. Essa compreensão permite deslocar o foco exclusivo do cumprimento de metas quantitativas para uma análise mais crítica e qualificada do cuidado, reconhecendo o usuário como sujeito inserido em uma rede social e comunitária.

O relato e o registro dessa experiência contribuem para outros serviços, territórios e populações ao evidenciar que a contratualização não deve ser compreendida de forma fragmentada ou restrita a setores específicos da instituição. Ao contrário, a experiência demonstra que somente uma visão sistêmica, que considera os processos assistenciais e não assistenciais, os sistemas de informação, o faturamento e a confiabilidade dos indicadores, permite uma gestão mais efetiva e alinhada às necessidades da população. Essa reflexão pode subsidiar gestores e profissionais de outros contextos hospitalares e territoriais na revisão de seus modelos de acompanhamento contratual e de governança institucional.

Dessa forma, a presença desse profissional no processo de contratualização fortalece a governança institucional, aprimora o

alinhamento entre metas assistenciais e capacidade operacional e contribui para a sustentabilidade da instituição. Sua atuação qualifica a tomada de decisão, reforça o compromisso com a integralidade do cuidado e assegura que as metas pactuadas estejam em consonância tanto com as necessidades da população quanto com a missão institucional dos hospitais universitários no SUS.

Capítulo 5
O Projeto de Extensão "Fortalecer a profissão" no contexto da inserção e atuação de sanitaristas com graduação em Saúde Coletiva na rede municipal de saúde de Cuiabá/MT: relato de experiência de docentes

Lidiane Mara de Ávila e Silva, Reni Barsaglini, Maria Ângela Conceição Martins, Silvia Ângela Gugelmin, Ruth Terezinha Kehrig e Neuciani Ferreira da Silva Sousa

A Saúde Coletiva se constitui como campo de saberes e práticas no Brasil a partir da década de 1970, em diálogo com os Departamentos de Medicina Preventiva e Social (Nunes, 2012). Para o autor, os esforços que possibilitaram sua conformação vinham da crítica a um modelo de atenção à saúde que se mostrava insuficiente ante o quadro político de supressão de direitos sociais e das dificuldades no acesso à saúde pela população brasileira.

O contexto da Reforma Sanitária Brasileira e o consequente direito à saúde na Constituição Federal de 1988, que permitiu a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, foi propício às discussões sobre a importância de um novo profissional para o campo da Saúde Coletiva, diante da reformulação do modelo de atenção à saúde (Teixeira, 2003). De forma geral, a Saúde Coletiva ganhava reconhecimento no país com a formação dos profissionais de saúde, ao inserir temas das áreas de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Epidemiologia e Ciências Sociais e Humanas em Saúde nos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva, com suas variadas nomenclaturas (Meneses *et al*., 2017).

A Saúde Coletiva é, portanto, um campo de conhecimentos e de práticas que, ao explicar a produção e reprodução social dos processos de saúde e doença, trata de compreender e construir respostas às necessidades sociais de saúde mediadas por trabalhadores e trabalhadoras de saúde. Entre as diversas profissões de saúde e áreas afins, no Brasil coube aos sanitaristas, especialidade historicamente obtida em cursos de pós-graduação, ocupar-se das práticas desse campo interdisciplinar de saberes. No início deste século, uma questão estava colocada: considerando o objeto e a prática da Saúde Coletiva, "o campo demanda um novo profissional?" (Paim, 2006). Inicia-se, então, a formação profissional da Saúde Coletiva no âmbito da graduação.

Sob a perspectiva de uma nova configuração do campo da saúde, a formação de bacharel em Saúde Coletiva foi concebida sem que houvesse prejuízo às demais áreas da saúde, de forma complementar, capaz de antecipar a formação profissional que, até então, só era possível com os cursos de pós-graduação no Brasil (Teixeira, 2003).

A partir de 2007, com a implementação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), foi possível a implantação de cursos de bacharelado em Saúde Coletiva, imprimindo a referida celeridade e antecipando a formação de sanitaristas. Assim, no plano da formação, os cursos de graduação em Saúde Coletiva passaram a ser ofertados a partir de 2008, sendo a Universidade Federal do Acre e a Universidade de Brasília as pioneiras na abertura de vagas para bacharéis em Saúde Coletiva.

Na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), o Curso de Graduação em Saúde Coletiva, criado em 2009, com a primeira turma em 2010, constituiu-se como o único no estado, formando profissionais orientados pelas áreas de Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, com ênfase em abordagens transdisciplinares e interprofissionais (UFMT, 2013).

A inserção de graduados/as em Saúde Coletiva nos serviços de saúde e sistema de saúde público, por sua vez, é um processo recente, constituído a partir de avanços nos diversos estados e municípios brasileiros, mas não livre das tensões que as novas profissões enfrentam no seu reconhecimento e ao se integrarem às equipes multiprofissionais tradicionais no mundo do trabalho em saúde.

Em Cuiabá/MT, a discussão da pertinência e da necessidade da inserção/presença de sanitaristas graduados/as na rede pública municipal de saúde ganhou corpo com a parceria longa e histórica entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFMT e a gestão municipal de saúde. Tais cooperações se concretizaram por meio de ações como eventos, campos de Estágio Supervisionado Obrigatório e participação ativa de docentes nas discussões sobre a necessidade de um concurso e sobre os perfis profissionais para a gestão dos serviços e sistemas de saúde.

Esse processo avançou com a publicação, em 2022, do edital do primeiro concurso público em âmbito municipal que previu vagas para profissionais sanitaristas, marcando a gestão do SUS municipal com a efetivação desse novo profissional nas equipes de atenção primária à saúde e também nas áreas-meio do sistema, como fruto dos muitos diálogos e articulações institucionais.

O referido concurso público previu dois cargos em que o bacharel em Saúde Coletiva foi contemplado. O primeiro tratava-se do cargo de Especialista em Saúde – Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde, com 70 vagas e carga horária semanal de 40 horas, cujo requisito básico era possuir diploma de curso de graduação em Saúde Coletiva ou graduação de nível superior em Saúde com título de Especialização em Saúde Coletiva.

As atribuições desse cargo, definidas no edital, incluíam: a) atuar no gerenciamento das unidades da Atenção Primária à Saúde no conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde; b) executar serviços de saúde desenvolvendo

ações de planejamento, indicadores de saúde, programação físico-financeira, gestão e avaliação de serviços e ações de vigilância à saúde objetivando a promoção, prevenção, controle e erradicação de doenças ou agravos; c) utilizar as técnicas e os conhecimentos para intervir nos problemas e situações relacionados à saúde da população em geral ou de determinado grupo, processo de construção de políticas, planejamento, programação, controle e avaliação de sistemas e serviços de saúde; d) realizar pesquisas; e) fazer auditorias; entre outras (Cuiabá, 2022).

O segundo cargo se referia ao de Especialista em Saúde – Saúde Coletiva, com seis vagas, e também com carga horária de 40 horas semanais, exclusivo para aqueles que possuíam diploma de curso de graduação de nível superior em Saúde Coletiva. Para este cargo foram definidas atribuições muito semelhantes às do primeiro, exceto pela diferença em relação ao local de atuação, que abarcou os sistemas e serviços de saúde no geral (Cuiabá, 2022).

De certo modo, essa iniciativa do município de Cuiabá/MT conferiu relevância institucional e reconhecimento profissional aos egressos do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, ampliando o campo de atuação para os/as bacharéis na região e fortalecendo sua inserção no SUS, representando uma conquista e marco significativo para a profissionalização e constituição identitária de sanitarista.

Ressaltamos, assim, que o reconhecimento institucional do sanitarista nos quadros efetivos do município foi também um reflexo do comprometimento da universidade com a formação de profissionais qualificados e socialmente engajados na consolidação do SUS.

Logo em seguida à publicação do Edital, docentes do Instituto de Saúde Coletiva se mobilizaram para a criação de um projeto que ajudasse na preparação dos candidatos ao concurso público. O projeto de extensão "Curso Preparatório para bacharéis em Saúde Coletiva para o Concurso da SMS de Cuiabá" (ISC/UFMT) aconteceu em dezembro de 2022 e mobilizou estudantes da

pós-graduação e da graduação, docentes do Instituto de Saúde Coletiva e de outros institutos, que ministraram aulas e simulados com enfoque nos temas: a organização do sistema de saúde no Brasil; modelos de gestão em saúde; planejamento e programação em saúde; auditoria do Sistema Único de Saúde; gestão de pessoas; gestão financeira e orçamentária; vigilância em saúde; determinantes sociais da saúde, entre outros, todos previstos no Edital.

O concurso, realizado pelo Instituto Brasileiro de Formação e Capacitação (IBFC),[1] resultou, para o cargo de "Especialista em Saúde - Saúde Coletiva APS", em 49 aprovações e 51 classificações como cadastro reserva. Já para o segundo cargo, o de "Especialista em Saúde - Saúde Coletiva", foram quatro aprovações e outras 12 classificações. As etapas do concurso iniciaram em janeiro de 2023 e a homologação do resultado final ocorreu em 18 de abril de 2023, no Diário Oficial do estado de Mato Grosso[2].

É nesse cenário que se elabora o Projeto de Extensão "Saúde Coletiva: fortalecer a profissão", criado em 2023, com encontros a partir de julho de 2024, fruto de reflexões sobre a inserção de bacharéis em Saúde Coletiva, como servidores/as efetivos/as da rede municipal de saúde em Cuiabá (MT). Intencionou-se que o projeto operasse como um espaço de escuta, reflexão crítica e construção coletiva de estratégias voltadas ao fortalecimento da atuação de sanitaristas. Desse modo, o projeto se desenhou como uma ponte entre formação e trabalho, universidade e serviços, buscando compreender e apoiar esse processo recente de inserção profissional dos egressos, que, em sua maioria, eram oriundos da Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Este capítulo sintetiza parte da experiência das docentes que atuaram na concepção, organização e condução das ações do

[1] Link de acesso ao Edital. Disponível em: https://ibfc.selecao.net.br/informacoes/410/. Acesso em 28 abr. 2026.

[2] Edição nº 28.482.

projeto de extensão, entendendo-o como um espaço privilegiado de escuta sobre a prática e vivência profissional dos/as sanitaristas. Interessa-nos conhecer essas experiências que, por um lado, realizam aspirações profissionais e institucionais de atuação dos/as egressos/as no Sistema Único de Saúde (SUS) como servidores/as efetivos/as e integrados/as às equipes de saúde e, por outro, provocam reflexão e crítica sobre a própria formação acadêmica.

Para isso, relatamos a concepção e construção de um projeto que nos possibilitou uma aproximação com a prática profissional em um contexto novo e desafiador para os/as sanitaristas. Daí procedermos a uma cointerpretação para organizar o relato da experiência. Embora haja singularidade nas trajetórias acadêmico-profissionais e repertórios de cada uma, ora narradoras, o campo da Saúde Coletiva que abraçamos e compartilhamos nos enlaça.

Percurso metodológico

O presente estudo caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza descritiva e abordagem qualitativa. Lembramos que, além de relacionar, vincular e conectar elementos em uma estrutura ou em um sistema coerente de relações, relatar também significa narrar, contar e expor, oralmente ou por escrito, os eventos e os acontecimentos, em uma trama que faça sentido (Soneghet; Vandenberghe, 2021). Por sua vez, experiência não se refere a tudo o que se viveu e nem poderia ser tudo o que aconteceu e se passou, mas sim o que nos afetou, nos marcou fortemente (Bondía, 2002; Lima *et al.*, 2015).

Assim, as contribuições do relato de experiência, com seus desfechos (saberes/aprendizados no presente), como nos inspiram Lima *et al*. (2015), em vez de regras ou prescrições gerais, são ofertadas como lições que iluminam o passado e podem apontar caminhos de futuro.

No campo da Saúde Coletiva, relatos de experiência são particularmente importantes por possibilitarem a problematização

de processos de trabalho, formação e gestão, articulando saberes acadêmicos e práticas profissionais. A experiência em questão refere-se a um projeto de extensão universitária concebido como espaço privilegiado de escuta, acolhimento e reflexão sobre a prática e a vivência profissional de sanitaristas recém-ingressos no mercado de trabalho, especialmente em serviços da Atenção Primária à Saúde e nas instâncias de gestão do SUS do Município de Cuiabá/MT. A iniciativa partiu do reconhecimento dos desafios enfrentados nesse momento de transição entre formação e inserção profissional, marcado por tensões, aprendizado e necessidade de apoio institucional.

Nós atuamos diretamente na idealização, organização e condução das atividades do projeto, assumindo uma posição simultânea de facilitadoras e observadoras do processo. Em 2023, em diálogo com os/as profissionais sanitaristas graduados/as e em atuação, identificamos a demanda de construir um espaço dialógico e de escuta dos desafios da respectiva atuação, o que resultou na criação e institucionalização do Projeto de Extensão "Saúde Coletiva: fortalecer a profissão". O objetivo inicial foi promover um ambiente de construção de saberes e práticas no campo da Saúde Coletiva, sempre com o protagonismo de egressos/as atuantes. A proposta inicial era construir, em uma metodologia colaborativa, a dinâmica do projeto e os conteúdos/temas trabalhados nos encontros — o que, a princípio e de modo geral, se referia ao ser e fazer sanitarista na rede municipal de saúde.

Como parte da população envolvida no projeto, também foram convidados estudantes da graduação em Saúde Coletiva, a fim de mobilizá-los e envolvê-los na reflexão teórico-prática, além de pós-graduandos interessados que realizavam pesquisas relacionadas à formação, educação e gestão em saúde, pensando na formação de grupos de estudo.

O projeto foi delineado a partir de um arcabouço teórico fundamentado no conceito de transdisciplinaridade (Almeida

Filho, 2005), enquanto sua dimensão metodológica foi orientada pelo planejamento estratégico situacional (Matus, 1997).

O pensar e agir transdisciplinar exige a abertura ao diálogo disciplinar, a fim de otimizar a solução do problema ou caso, à luz desse novo entendimento construído na interseção e interlocução dos conhecimentos e saberes. O diálogo ocorre no encontro entre os profissionais, no qual cada um se coloca:

> [...] humildemente à disposição um do outro e do caso, evitando demorar-se na comum posição de discutir algumas incompatibilidades que podem surgir entre as áreas (Iribarry, 2003, p. 484).

Com base nessa afirmação e partindo da referência a uma finalidade comum, fizemos uma consulta aos/às egressos/as via *Google Forms* sobre aspectos da inserção profissional, atuação nos serviços de saúde e perspectivas de participação no projeto. As respostas indicaram o interesse em participar de encontros que abordassem os desafios do trabalho em saúde, confluindo com a ideia inicial do projeto.

Assim, foram realizados seis encontros com os egressos e envolvidos entre julho de 2024 e outubro de 2025, de forma presencial nas dependências do ISC/UFMT, sendo apenas um na modalidade remota. Os temas e atividades empregados em cada encontro estão descritos no Quadro 2. Mensalmente, também realizamos encontros presenciais do grupo de docentes envolvidas, a fim de organizar e monitorar as atividades e tratar das perspectivas para o projeto.

Quadro 1: Temas e atividades realizadas nos encontros de egressos.

Encontro	Atividades/Conteúdos
1º	Mapeamentos: necessidades, expectativas e possibilidades de fortalecimento da profissão sanitarista e levantamento inicial das situações críticas.
2º	Síntese e priorização das demandas identificadas.
3º	Pactuação de duas agendas: **- Formativa:** abordando temas como planejamento em saúde, territorialização, geoprocessamento, planejamento regional integrado, fluxogramas, gestão de processos, gestão do trabalho, gestão de conflitos. **- Política:** identidade, visibilidade e reconhecimento profissional, organização de classe.
4º	Roda de conversa com convidado egresso, sobre a construção da identidade profissional.
5º	Revisitando as agendas.
6º	Uma análise da conjuntura política e as possibilidades de atuação política e institucional.

Fonte: Elaboração própria a partir da agenda de ações construída ao longo do projeto, 2026.

O registro das experiências deu-se por meio de anotações sistemáticas, atas de reuniões, relatos produzidos pelos participantes e registros reflexivos elaborados pela equipe do projeto. A análise do material foi conduzida de forma interpretativa, orientada por uma perspectiva crítica, buscando identificar temas recorrentes, desafios emergentes e potencialidades do projeto enquanto dispositivo de apoio à inserção profissional e à educação permanente em saúde.

Considerando que o relato de experiência privilegia como fonte de dados o contato com o tema/questão tratada, valendo-se

do saber e respectivas sensações, percepções, representações e reflexões autorreferidas, oriundas da participação direta das docentes no fluxo cotidiano do acontecimento em foco (o projeto de extensão), é dispensada a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Este entendimento se ampara na interpretação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, que dispõe sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, particularmente, artigo 1º, parágrafo único, que lista situações que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, em que o inciso VII, por analogia de natureza, afirma: "pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito".

Contudo, ainda que dispensado da apreciação formal pelo CEP, ressalta-se que foram observados os princípios de confidencialidade e discrição profissional, garantindo o respeito à privacidade dos indivíduos e instituições mencionados direta ou indiretamente na experiência relatada. Este cuidado está em consonância com os preceitos éticos que orientam as pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução CNS nº 466/2012, que enfatiza a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Os encontros com os/as sanitaristas: para "Fortalecer a Profissão"

No primeiro encontro houve a participação de 80 pessoas, entre estudantes, profissionais e docentes. A oficina foi preparada para expressar, dialogar e refletir sobre os desafios da prática sanitarista nos serviços de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), clínicas da família, secretarias municipal e estadual de saúde de Cuiabá e de Mato Grosso. Em pequenos grupos, os participantes discutiram a partir das seguintes questões:

a) Qual o maior desafio na profissão hoje?
b) O que pode ser feito concretamente?
c) De que formas o Instituto de Saúde Coletiva pode ajudar?

Os frutos dessa atividade foram sistematizados e aprofundados nos encontros seguintes. Com a participação ativa dos egressos, o primeiro encontro abordou temas muito pertinentes sobre a inserção nos serviços, a relação com os demais profissionais, a organização e o reconhecimento da categoria para as secretarias de saúde e nos próprios serviços. O Quadro 3 sintetiza os principais temas discutidos no encontro, conforme as questões direcionadas aos grupos.

Quadro 2: Mapeamento de necessidades e expectativas dos/as egressos/as.

Qual seu maior desafio hoje? (Necessidades)	**O que poderia ser feito concretamente? (Expectativas)**
Estruturas físicas, organizativas e gerenciais dos serviços; Financiamento do SUS; Liderança: saberes e práticas.	Formação em gestão e gerenciamento do trabalho; Educação permanente em saúde.
Funções do sanitarista desconhecidas, pouco conhecidas ou invisibilizadas (pela equipe local, gestores e próprios sanitaristas); Competição de espaços de trabalho com demais categorias profissionais; Articulação política dos sanitaristas; Comunicação falha em diferentes níveis.	Levantar, sistematizar para divulgar e possivelmente institucionalizar o que está previsto quanto às atribuições e funções de sanitaristas; Propor estratégias de visibilidade às potencialidades de sanitaristas; Ampliar presença do trabalho de sanitaristas desde a formação em campos de práticas, com destaque aos locais de estágios e projetos de intervenção, extensão;

	Aprimorar o princípio de trabalho interdisciplinar e em equipe.
Problemas com o planejamento local; Formação predominantemente na área de gestão, em detrimento das necessidades do território e vigilância em saúde.	Possibilitar uma formação mais próxima do "mundo do trabalho"; Discussões sobre a identidade do/a sanitarista; abordagem de temas atuais; maior aproximação com as comunidades e territórios.
Necessidade de padronização dos processos; Atribuições profissionais não estão bem definidas; Sobrecarga de trabalho ao sanitarista em razão da insuficiência de profissionais de saúde; Resistência da equipe ao profissional.	Divulgar/dar visibilidade às experiências exitosas.
Necessidade de resgate da importância do/a sanitarista ao Sistema Único de Saúde; Definir atribuições do/a sanitarista; Atuação como generalista e não como especialista; Necessidade de um conselho da categoria; Reconhecimento e valorização do profissional sanitarista na rede municipal de saúde.	Agir nas micropolíticas do trabalho em saúde; Atuar no controle social; Representatividade nos conselhos e conferências de saúde; Abrir mais concursos; melhores salários; plano de carreira.

Fonte: Elaboração própria a partir de anotações e reflexões das autoras, 2026.

Também discutimos, a partir dessas necessidades e expectativas, o papel da universidade e do Instituto de Saúde Coletiva, no que diz respeito a:

a) Formação, ampliação dos campos de estágios; inserção em outros espaços e unidades da rede; ampliação, apoio e discussão de possível articulação ensino-serviço; inclusão de profissionais dos serviços de saúde para abordar a experiência nas práticas em Saúde Coletiva;
b) Oferta de cursos, especializações, qualificações, em período noturno;
c) Ações que aprimorem a *expertise* nas ferramentas de gestão e de liderança para que o/a Sanitarista se veja como profissional humanizado;
d) Proposições e posicionamento do ISC quanto a concursos e notícias falsas sobre a profissão;
e) Ampliação da visibilidade profissional nos territórios; projetos relacionados ao planejamento local, gestão e liderança;
f) Inserção de sanitaristas no ISC enquanto campo de trabalho;
g) Avaliação da atuação do/a sanitarista; estimular trabalhos/estudos sobre o sanitarista em serviço;
h) Melhorar a relação com a Universidade.

Nos pequenos grupos, a discussão transitou pelos desafios da profissionalização e da inserção no mercado de trabalho, estratégias e perspectivas para os próximos egressos, questões de gestão e problemas de saúde locais e regionais, mas também foi possível visibilizar as potencialidades e práticas exitosas da atuação dos sanitaristas. Propusemos, ainda, que as discussões fossem pautadas na literatura do campo da Saúde Coletiva, a partir de situações vivenciadas pelos profissionais, configurando-se um espaço reflexivo, de diálogo e construção compartilhada de conhecimentos. Após uma leitura das situações críticas levantadas,

foi possível agrupá-las em onze "problemas", para um novo aprofundamento:

a) Falta de estrutura no SUS municipal e estrutura física para receber o/a sanitarista;
b) A gestão municipal não foi pensada para receber o/a sanitarista;
c) Com a falta de profissionais nas unidades de saúde, o/a Sanitarista assume atribuições não condizentes com sua atuação, conforme definido pela Lei nº 14.725/2023 (Brasil, 2023d), especialmente porque suas atribuições não estão claramente definidas na secretaria municipal de saúde;
d) Há resistência dos profissionais "*ao novo*", tanto em relação à atuação interprofissional quanto ao saber transdisciplinar;
e) Falhas na comunicação, que geram "retrabalho" para o/a sanitarista, comprometendo sua prática;
f) Há falta de formação sobre gerenciamento local e liderança participativa;
g) O/a sanitarista também está se constituindo enquanto profissional e tem, portanto, incertezas quanto à sua prática e seu lugar nos serviços;
h) Há necessidade de padronização dos processos;
i) As oportunidades de trabalho são restritas;
j) Há a necessidade de ampliação do campo de trabalho;
k) Há a necessidade de um conselho para a categoria profissional.

No segundo encontro, conduzido à luz da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (Matus, 1997), construímos a árvore de causas e consequências, permitindo identificar as determinações estruturais, organizacionais e conjunturais implicadas nas dificuldades relatadas. Propusemos um aprofundamento da discussão dos problemas e sua priorização, com o auxílio da Matriz de Gravidade, Urgência e Tendência

(Matriz GUT). Essa matriz aborda atributos de classificação de problemas. A gravidade é analisada pela consideração da intensidade ou impacto que o problema pode causar se não for solucionado. Tais danos podem ser avaliados quantitativamente ou qualitativamente (Lima, 2025).

Na avaliação obtida na Matriz GUT de priorização (Lima, 2025), a urgência é pensada a partir do tempo que existe para resolver determinada situação e leva em consideração o prazo para se resolver um determinado problema. Sua pontuação varia de 1 a 5, seguindo o seguinte critério: 1) pode esperar; 2) pouco urgente; 3) urgente, merece atenção no curto prazo; 4) muito urgente; 5) necessidade de ação imediata.

Por último, a tendência é analisada pelo padrão ou tendência de evolução da situação. O problema pode ser analisado, considerando o desenvolvimento que ele terá na ausência de uma ação efetiva para solucioná-lo, o que representa o potencial de crescimento do problema, ou seja, a probabilidade de o problema se tornar maior com o passar do tempo (Lima, 2025). O Quadro 4 sintetiza os principais elementos da referida Matriz.

Quadro 3: Matriz de Gravidade, Urgência e Tendência.

G	**U**	**T**
Gravidade	Urgência	Tendência
5 = extremamente grave	5 = Precisa de ação imediata	5 = irá piorar rapidamente se nada for feito
4 = muito grave	4 = é urgente	4 = irá piorar em pouco tempo se nada for feito
3 = grave	3 = o mais rápido possível	3 = irá piorar
2 = pouco grave	2 = pouco urgente	2 = irá piorar a longo prazo
1 = sem gravidade	1 = pode esperar	1= não irá mudar

Fonte: Adaptado de Lima (2025).

A priorização dos problemas foi realizada pelos egressos de forma coletiva e argumentada. Esse processo favoreceu a explicitação de critérios e a pactuação entre os participantes quanto às demandas mais estratégicas a serem enfrentadas e se eram possíveis de serem assumidas pelo projeto.

Como resultado, em ordem decrescente de priorização, foi elencado um conjunto de escores e problemas após a aplicação da Matriz GUT. Observou-se uma ampla maioria dos problemas com pontuação máxima: falhas de comunicação e retrabalho; falta de estrutura do SUS e local de trabalho; desconhecimento da gestão municipal e dos membros das equipes sobre o trabalho de sanitarista; necessidade de padronização dos processos; polivalência de demandas de trabalho; inexistência de uma representação como conselho da categoria na região. Em um segundo nível de priorização (escore 12) obteve-se a falta de formação para gerenciamento local e liderança participativa, seguido do problema de ampliação do campo de trabalho (escore 11). Finalmente, identificou-se a resistência dos profissionais "*ao novo*" versus capacidades técnicas (escore 10) e, ainda, com menor escore (8), a angústia [ou sonho] de todo/a sanitarista: "Onde *vou trabalhar?*"

No momento normativo, procedeu-se à definição dos objetivos gerais e específicos, estruturando um plano de ação voltado ao enfrentamento dos problemas priorizados. Essa etapa consolidou a construção coletiva de uma agenda formativa, alinhada às necessidades identificadas e às possibilidades institucionais do projeto.

Entre os temas mais relevantes da agenda formativa foram destacados: Diagnóstico Situacional na Atenção Básica (processo de territorialização); Gestão de Processos (construção de fluxogramas descritores); Gestão do Trabalho; Gestão de Conflitos.

Além da agenda formativa, foi construída uma agenda política voltada à inserção dos profissionais em espaços de participação social e discussão sobre a profissionalização, incluindo o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva e a

Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva, entre outras instâncias de participação social. Outros encontros incluíram discussões sobre o contexto político para o fortalecimento da profissão no âmbito regional.

Uma análise crítica e reflexiva sobre o "Fortalecer a Profissão"

Embora as questões com maiores escores apresentadas envolvam falhas de comunicação entre as equipes e gestão; "retrabalho", decorrente dessa lacuna na relação e comunicação; falta de estrutura do SUS, chamam a atenção as questões sobre o reconhecimento do/a profissional nos serviços de saúde e, sem o intuito de discutir cada uma delas, destacamos, como experiência de docentes do projeto, que as discussões parecem não se restringir aos aspectos técnicos, mas envolvem conflitos institucionais, disputas de poder, relações interpessoais e a própria construção da identidade profissional, já que se trata de um campo que busca constantemente a transformação do modelo de atenção à saúde vigente.

É importante destacar que a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá esteve sob a intervenção do governo estadual no momento da nomeação dos candidatos aprovados, então, além da instabilidade gerencial e política, os/as sanitaristas encontraram relações hierárquicas historicamente instituídas, o que gerou relações interdisciplinares conflituosas. Almeida Filho (2005) indica que para ocorrer uma comunicação interdisciplinar efetiva é necessária a horizontalização das relações de poder e a circulação não só dos discursos, mas dos atores dos discursos. Precisamos pensar em atores que sejam capazes de "transpassar as fronteiras" (Almeida Filho, 2005, p.44), sejam agentes transformadores e transformantes. É nesse contexto que produzimos a transdisciplinaridade, é na comunicação imperfeita que encontramos brechas para a construção *do novo* dentro das práticas da Saúde Coletiva.

Questões relativas à mediação de conflitos, ao papel do sanitarista na organização dos processos de trabalho, na gestão do trabalho em saúde e no planejamento, evidenciaram que as inquietações não estavam ancoradas na ausência de conteúdos teóricos, tampouco em fragilidades metodológicas ou científicas. Por exemplo, observamos que entre as situações críticas elencadas pelos/as sanitaristas foi destacado que a formação durante a graduação ancorou-se, predominantemente, na área de gestão e foi pouco voltada aos territórios, ao mesmo tempo em que as expectativas sobre a formação e o conhecimento técnico foram direcionadas exatamente à área de gestão em saúde.

Há um certo anseio por protocolos e diretrizes que parece evidenciar a busca por um espaço seguro de atuação, no qual a prática seja pautada por fluxogramas definidos, o que tornaria o trabalho mensurável, previsível. Cabe questionar se, para além dos fluxos, o encontro com o território, a comunidade, a pessoa que busca o cuidado e as equipes de saúde, não seria o essencial no *fazer* do Bacharel em Saúde Coletiva.

Isso porque, nas discussões sobre a implantação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, defendia-se que o/a sanitarista tivesse uma formação diversa daquela tradicional, que se criticava. Para o novo curso, o desafio era pensar as disciplinas de uma forma mais integrada, fora de uma estrutura tradicional (Bosi; Paim, 2010), ou ainda, como Almeida Filho (2005, p.44) define: uma formação com etapas sucessivas de treinamento-socialização-aculturação. Consideramos que o "fazer sanitarista" localiza-se, portanto, de forma estratégica para o SUS, na articulação dos saberes com vistas à equidade em saúde.

Tais dificuldades revelaram-se, para nós, relacionadas à organização do próprio fazer profissional e à capacidade de reconhecer e afirmar suas competências diante das especificidades e exigências do contexto institucional em que estavam inseridos.

Para Bosi e Paim (2010), a formação de sanitarista possibilita o enfrentamento dos problemas brasileiros justamente porque possui natureza epistemológica diversa das tradicionais profissões do

campo da saúde, não cabendo, portanto, comparar procedimentos e protocolos que poderiam enrijecer e minar a criatividade requerida aos/às sanitaristas.

Do ponto de vista da organização política, observamos que os egressos manifestaram inúmeras dúvidas quanto às formas de articulação no contexto em que se encontram inseridos. Evidenciou-se a dificuldade em distinguir qual modelo organizativo se desejava seguir, por exemplo, sindicato, associação ou conselho profissional — qual seria mais pertinente para a defesa e o debate das questões específicas da categoria. Essa indefinição revela não apenas uma lacuna no campo da organização coletiva, mas também a necessidade de uma maior problematização do tema no processo formativo.

Considera-se que a discussão sobre formas de representação política e institucional da categoria poderia ser incorporada de modo mais sistemático na graduação, contribuindo para que os/as profissionais ingressem no mundo do trabalho com maior clareza acerca das possibilidades e dos limites de cada formato organizativo, bem como de seu papel na construção e no fortalecimento do campo da Saúde Coletiva.

No percurso do projeto, experienciamos limitações, como, por exemplo, um período de greve docente que atrasou o início das ações; mas, especialmente, o seu esvaziamento, na medida em que talvez os encontros não tenham atendido às expectativas dos egressos. Ao discutirmos a proposta de encontros formativos e políticos, destacamos o protagonismo dos/das egressos/as, com a mediação e apoio das docentes e da Universidade, objetivando a produção de um conhecimento compartilhado e de uma *práxis*, em vez de constituir-se em uma mera incorporação de ferramentas tecnológicas.

Olhando para todo o processo, consideramos que a busca por uma identidade não pode se dar fora da luta e do engajamento político na defesa do SUS e das mudanças no modelo de atenção vigente, em articulação com os movimentos sociais nos territórios. Para Almeida Filho (2013), embora haja conhecimento técnico,

observa-se o pouco comprometimento com as políticas públicas de saúde no Brasil, de forma que também os/as sanitaristas se mostram resistentes às mudanças e distantes do conhecimento crítico quanto aos aspectos políticos, sociais e culturais que estruturam o marco teórico da determinação social da saúde.

Considerações finais

A reflexão sobre os encontros e sobre os desafios apontados pelos egressos revela-se essencial para a nossa prática docente, pois evidencia tanto os limites quanto as potencialidades da formação no campo da Saúde Coletiva. A busca por reconhecimento profissional é legítima na medida em que esses/essas egressos/as podem se considerar pioneiros/as na atuação como sanitaristas graduados/as no estado de Mato Grosso, como também marca avanços institucionais significativos para a consolidação da Saúde Coletiva e, em especial, para o fortalecimento do SUS. Nesse contexto, as demandas por qualificação são parte constitutiva de um processo que tende a se aprofundar, enquanto os reflexos da atuação profissional são gradualmente percebidos nos serviços, na comunidade e na gestão.

A experiência com o projeto de extensão foi também a de um encontro com nossas próprias expectativas docentes, ao (re)encontrarmos egressos/as nos espaços que um dia almejamos para eles/elas: nos territórios; e lá, os desafios ultrapassam as teorias, inscrevendo-se sobre a realidade de profissionais e equipes que fazem muito com o que têm e com populações periféricas cuja saúde depende essencialmente do SUS. Por isso, a importância de uma formação que possibilite aos/às profissionais tornarem-se agentes sociais e políticos, engajados com a Reforma Sanitária Brasileira e comprometidos com os princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade no trabalho em saúde.

Referências

AGUIAR, C. E. R. *Manual de normas e rotinas: um instrumento para melhorar a qualidade em um pronto socorro municipal*. 2016. Projeto Técnico (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

ALBÓ, X.C. Interculturalidad y salud. In: Fernández-Juárez, G. (Org.) *Salud y interculturalidad en América Latina.* Perspectivas antropológicas. Quito: Abya-Yala, 2004.

ALMEIDA FILHO, N.R. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.3, p.30-50, 2005.

ALMEIDA FILHO, N.R. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18 n. 6, p. 1677-1682, 2013.

ANDRADE, O. B. Manual de normas e procedimentos do serviço de enfermagem de saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 9, n. 4, p. 455– 466, dez. 1975.

BARATA, R. B. O campo científico da saúde coletiva. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 473–486, 2022.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 551-570, 2022.

BEZERRA, A. P. S. *et al.* A percepção do graduando em saúde coletiva sobre o estágio supervisionado. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 115-127, 2013.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20–28, jan. 2002.

BORGES, H. D. *et al*. Análise da cobertura da atenção primária em saúde no centro-oeste brasileiro no período de 2020 a 2025. *Aracê [S. l.]*, v. 8, n. 1, p. e11856, 2026.

BOSI, M. L. M; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2029–2038, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 242/2017, homologado em 14 out 2022: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva [Internet]. Brasília (DF):MEC, 2022a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file. Acesso em 23 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. *Guia de Avaliação do Selo EBSERH de Qualidade*. 2. ed. Brasília, DF: EBSERH, 2022b.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. *Manual de Elaboração, Monitoramento e Análise do Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ*). 1. ed. Brasília, DF: EBSERH, 2023c.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Polícia Federal. Superintendência Regional em Mato Grosso. *Registros de entrada de migrantes internacionais em Mato Grosso*. Cuiabá, 2023a. Planilha eletrônica (Excel). Documento não publicado, fornecido mediante solicitação institucional.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.* Aprova a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *DigiSUS Gestor (DGMP): Relatório Anual de Gestão*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: https://novasage.saude.gov.br/situacao-dos-instrumentos-de-planejamento-do-sus?tab=6616a2f39488a51b351398ef. Acesso em: 21 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-gestor Atenção Primária. *Cobertura Potencial da APS (2021 - atual) - Cuiabá.* Brasília: Ministério da Saúde, jul. a nov. 2023b. Disponível em: https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/aps. Acesso em 17 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota técnica com orientações de atendimento a migrantes e refugiados.* Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/05/nota-tecnica-no-8-2024-caeq.pdf. - Acesso em: 14 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 18 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023. Regulamenta a profissão de sanitarista. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 nov. 2023d.

BRASIL. Lei nº 15.263, de 14 de novembro de 2025. *Institui a Política Nacional de Linguagem Simples nos órgãos e entidades da administração pública direta e indireta de todos os Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios*. Brasília, DF: Casa Civil, 2025b.

CARVALHO, M. T. *et al.* A formação e inserção do bacharel em Saúde Coletiva no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 21, e03274, 2023.

CASTELLANOS, M. E. P. *et al*. A implementação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: da criação até a formatura da primeira turma. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 63-80, 2013.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, S. L. *Relatório Anual OBMigra 2023 - OBMigra 10 anos:* Pesquisa, Dados e Contribuições para Políticas. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Cuiabá (MT): CIT – panorama*. Brasília, DF: Conasems, 2024. Disponível em: https://paineis.conasems.org.br/panorama/510340/CUIABA/cit. Acesso em: 3 maio 2026.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. *Concurso Público para vagas e formação de Cadastro Reserva.* Edital Nº 001, de 14 de setembro de 2022 - Retificado. Disponível em: https://ibfc.selecao.net.br/informacoes/410/. Acesso em: 23 mar. 2026.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. *Abairramento de Cuiabá*. Departamento de Plano Diretor, 2010. Disponível em: https://www.cuiaba.mt.gov.br/upload/arquivo/Abairramento.pdf. Acesso em: 18 abr. 2026.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Cuiabá-MT 2022–2025. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Documento institucional.

DEZINCOURT, F.F; SANTOS, S. D. M. Acreditação hospitalar e gestão em saúde: Evidências de melhoria na gestão, qualidade e assistência em saúde. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v. 16, n. 3, 2024. DOI: 10.36692/v16n3-13r.

EBSERH – Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares. *Manual de formulação e análise de indicadores da Rede EBSERH*. Brasília, DF: EBSERH, 2022.

ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. *Curso de Introdução à Gestão de Processos*. Brasília: ENAP, 2016.

FREIRE, M. P. *et al*. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e sociedade*, v. 29, p. e190682, 2020. Disponível em https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682. Acesso em: 22 abr 2026.

FUNDAÇÃO VANZOLINI. Gerenciamento de processos: ferramenta e benefícios. São Paulo: Fundação Vanzolini, set. 2024. Disponível em: https://vanzolini.org.br/blog/gerenciamento-de-processos/. Acesso em: 10 abril. 2026.

FUNDAÇÃO VANZOLINI. *Gerenciamento de Processos: ferramenta e benefícios*. set. 2024.

GALDINO, S.V. *et al*. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, v. 07, p 1023-1057, jul. 2016.

GIANNOTTI, E. M.; LOUVISON, M.; CHIORO, A. Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: reflexões sobre um

conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 6, e00220724, 2025.

HIGASHIJIMA, M.N.S. *et al.* Princípios e características da Educação Permanente em Saúde: resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.30, suplemento 1, p.1-11, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cuiabá: panorama.* Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/panorama. Acesso em: 3 maio 2026.

IRIBARRY, I.N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: Algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 16, n.3, p.483-490, 2003.

LIMA, M.A.O. de. Aplicação da Matriz GUT como ferramenta estratégica para o planejamento de ações na gestão pública municipal: revisão bibliográfica. *Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão* - UFRN, v. 8, n. 1, e39737CC, 2025.

LIMA, M.E.C.C.; GERALDI, C.M.G.; GERALDI, J.W. O trabalho com narrativas na investigação em educação. *Educação em Revista* - UFMG, v. 31, n.1, p. 17-44, 2015.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA, 1997.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. O processo de construção da APS. In: MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS, 2015. p. 71-88.

MENESES, J. J. S. *et al.* Panorama dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 2, p. 501-518, 2017.

MONKEN, M. Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis. *Saúde em Debate*. v. 48, spe, e8721, 2024.

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, v. 17, n. 48, p. 60–77, 2021.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 17-37.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, p. 143-169, 2009.

OLIVEIRA, L.G.F. *et al*. Razões da rotatividade das equipes da Estratégia Saúde da Família e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia,* v.12, n.3, p.4441-4449, 2024.

PAIM, J. S.; PINTO, I. C. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p.13-35, 2013.

PAIM, J.S. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? In: *Desafios para a saúde coletiva no século XXI* [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 99-116.

PAIM, R. *et al*. *Gestão de processos: pensar, agir e aprender.* Porto Alegre: Bookman, 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública,* v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 63-73, 2016.

PEREIRA, E. L.; CARNEIRO, R. O que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre Saúde Coletiva? *Saúde e Sociedade*, v.28, n.2, p. 53-66, 2019.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

PONTES, A. P. M. *et al*. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. *Escola Anna Nery*, v. 13, p. 500-507, 2009.

PORTES, V. M.; MATOS, I. B.; SOARES, M. A. M. Hospital Pronto-Socorro como cenário de prática do Bacharelado em Saúde Coletiva: vivenciando a educação permanente. In: *Fazeres em saúde coletiva: experiências e reflexões de jovens sanitaristas.* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 81-89.

ROCHA, F. C. G. *et al*. A Saúde Coletiva: vivenciando a teoria na prática, como um relato de experiência. *Journal Archives of Health*, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 1421–28, 2021.

SANTOS, T. B. S. *et al*. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3597-3609, 2020.

SAVASSI, L. C.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *Journal of Management & Primary Health Care*. v.3, n.2, p.179-185, 2012.

SERRANO, A. Imigração, Deficiência e Acesso à Saúde no Brasil. *Disability Studies Quarterly*, v. 41, n. 2, 2021.

SILVA, F. R. *et al*. O Papel das Ferramentas da Qualidade na Gestão das Organizações. In: *Anais do 18º Simpósio de Excelência em Gestão e*

Tecnologia – SEGeT, 2021. Rio de Janeiro: Associação Educacional Dom Bosco (AEDB), 2021.

SILVA, L. B.; SOUSA, M. H. O.; LUPICINIO, I. R. A visão de gerentes de atenção básica à saúde sobre suas atribuições. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* v. 33, p. e33075, 2023.

SILVA, N. E. K.; VENTURA, M. V.; FERREIRA, J. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 91-101, 2013.

SILVA, V. O. *et al*. A graduação em saúde coletiva como estratégia política de re-existência e defesa do SUS: trajetória, expectativas e desafios para o futuro. *Saúde e Sociedade*, v. 33, p. e240634pt, 2025.

SONEGHET, L.F.; VANDENBERGHE, F. A relação entre os capítulos. *In:* DÉPELTEAU, F.; VANDENBERGHE, F. (Orgs.). *Sociologia Relacional.* 1ª ed., Rio de Janeiro: Ateliê de Humanidades Editorial, 2021, p. 17-26.

TEIXEIRA, C.F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface*, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003.

TEIXEIRA, É. J. P.; PACÍFICO, J. M.; BARROS, J. A. O diário de campo como instrumento na pesquisa científica: contribuições e orientações. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 15, n. 2, p. 1678-1705, fev. 2023.

TOFANI, L. F. N. *et al*. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 4769-4782, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO (UFMT). Instituto de Saúde Coletiva. Curso de Graduação em Saúde Coletiva. *Projeto Pedagógico*. Cuiabá/MT: UFMT, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO (UFMT). Instituto de Saúde Coletiva. Curso de Graduação em Saúde

Coletiva. *Projeto Pedagógico do Curso Revisado*. Cuiabá/MT: UFMT, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO (UFMT). Instituto de Saúde Coletiva. Curso de Graduação em Saúde Coletiva. *Projeto Pedagógico do Curso de Graduação 2026-2029*. Cuiabá/MT: UFMT, 2025.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J.S.; SCHRAIBER, L.B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.*). Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12. E-book.

WALSH, C. *Lo pedagógico y lo decolonial:* entretejiendo caminos. Quito: Querétaro, 2014.

WILEY, L. F. et al. Introduction: what is health justice? The Journal of Law, Medicine & Ethics, v. 50, n. 4, p. 636-640, 2022.

ZANELLI, J. C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 7, n. especial, p. 79–88, abr. 2002.

Apresentação das organizadoras

Maria Ângela Conceição Martins
Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9839915221629510

Neuciani Ferreira da Silva Sousa
Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9222165448119998

Yana Balduíno de Araújo
Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9920128066407873

Apresentação dos autores e autoras

Ana Paula Muraro
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atua na seguinte área: Epidemiologia.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/1256112467400959

Elizete Gonçalves dos Santos
Bióloga e Sanitarista, Mestre em Educação e Especialista em Informática na Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Ocupante do cargo de Especialista em Saúde – Saúde Coletiva APS. Sanitarista da área técnica da Atenção Primária à Saúde, Núcleo de Diversidades, Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Principais áreas de atuação: Atenção Primária à Saúde, Saúde Coletiva, Educação Ambiental.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9831254040364546

Emelly dos Santos Rodrigues
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Atua nas seguintes áreas: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Política, Planejamento e Gestão em Saúde.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/8840885068693991

Gideão Boanez do Prado
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9057260447138167

Lidiane Mara de Ávila e Silva
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (UFRJ), na linha de pesquisa Abordagens Sociológicas dos Processos Saúde e Doença. Áreas de atuação: análise de políticas de saúde; formação em Saúde Coletiva; doenças e populações negligenciadas.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/5457214782734605

Lívia Caroline Araujo Saldanha
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/7708792746038402

Maria Ângela Conceição Martins
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFMT. Áreas de atuação: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde; Ciências Humanas e Sociais em Saúde – estudos sobre migração e saúde, vulnerabilizações em saúde, controle social em saúde e educação permanente.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9839915221629510

Nathacha Witória Juliana Campos
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Atua nas seguintes áreas: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Política, Planejamento e Gestão em Saúde.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/7666999717548167

Nereide Lúcia Martinelli
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora em Ciências pela Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Pós-doutorado pela Faculdade de Saúde Pública/USP. Áreas de atuação: Políticas, Planejamento e Gestão – estudos sobre regionalização da saúde; Atenção Primária à Saúde; redes de atenção à saúde, municípios rurais e remotos, populações ribeirinhas.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/3408507861936701

Neuciani Ferreira da Silva Sousa
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9222165448119998

Patrick Francisco de Oliveira Silva
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Especialista em Gestão de Instituições Públicas pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia. Principais áreas de atuação: Gestão da informação; Gestão por Processos e Projetos.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/0159771400651516

Reni Barsaglini
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas/Unicamp-SP; pós-doutorado pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra/Portugal. Áreas de atuação: Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Pesquisa Qualitativa em Saúde; estudos de experiência de condições crônicas; saúde em instituições de privação de liberdade; mudanças climáticas; racismo e saúde; formação em Saúde Coletiva.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/0107366713688433

Ruth Terezinha Kehrig
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP; Mestre em Saúde Pública pela Universidad de Chile. Principais áreas de atuação: Política social e saúde; Planejamento de saúde; Avaliação de serviços de saúde; Integralidade em saúde; Práticas sociais e processos de trabalho em saúde; Cuidado integral na Atenção Primária à Saúde.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/1799481892537395

Sara Fernandes Miranda
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Assistente Administrativo na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESP-MT).
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/8307409023615974

Silvia Ângela Gugelmin
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora e Mestre em Ciências (ENSP/Fiocruz); Especialização em Saúde Pública pela Fiocruz. Principais áreas de atuação: Saúde e nutrição indígena; Saúde do migrante; Território e saúde; Segurança alimentar e nutricional; Vulnerabilizações e saúde; Alimentação e cultura.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/2113773517516582

Thamyres Rocha Carvalho
Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/4846091671494672

Virgínia de Albuquerque Mota
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília (UnB); Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso; Especialista em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Áreas de atuação: Gestão da Informação para o Controle Social no SUS; Planejamento Governamental em Saúde; Contratualização em Saúde.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9612907807445350

Yana Balduíno de Araújo
Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. Doutora em Modelos de Decisão em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/9920128066407873

Yasmin Luane da Silva Nascimento
Graduanda em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT.
Currículo Lattes: https://lattes.cnpq.br/8999595589305581



Pedro & João Editores
pedroejoaoeditores.com.br

ISBN 978-65-265-3303-1