

Educação Permanente em Saúde (EPS) e a qualidade dos registros de informações em saúde: um relato de experiência

Isaac Newton Machado Bezerra¹, Thayná Menezes Santos², Michele Feitoza Silva³, Ádala Nayana de Sousa Mata⁴

Resumo

Este artigo apresenta um relato de experiência sobre a implementação de estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Educação Popular para qualificação dos registros no e-SUS por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A intervenção consistiu em seis oficinas dialógicas que promoveram a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, utilizando metodologias participativas baseadas na problematização da prática e construção coletiva de soluções. Os resultados demonstraram uma redução de 88,87% nas inconsistências cadastrais, avaliadas por meio de Gráficos de Pareto, além de evidenciarem maior autonomia e empoderamento dos profissionais. A abordagem destacou-se por: (1) integrar ensino e serviço por meio da participação de residentes como facilitadores; (2) fortalecer o vínculo dos ACS com o território; e (3) criar um plano de ação sustentável para manutenção da qualidade dos dados. Apesar dos avanços, identificou-se como desafio a necessidade de ampliar a participação comunitária para consolidar os princípios da Educação Popular. Conclui-se que a EPS, articulada com metodologias participativas, é uma estratégia eficaz para transformação das práticas profissionais na Atenção Primária, com potencial de replicação em outros contextos do SUS.

Palavras-chave

Sistemas de informação em saúde. Educação em saúde. Programas de Pós-graduação em Saúde. Internato e residência. Trabalhador da saúde.

¹ Mestrando em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. E-mail: isaac.ufm30@gmail.com.

² Doutoranda em Ciências Fisiológicas na Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. E-mail: thay.meenezesnutri@gmail.com.

³ Doutora em Vigilância Sanitária pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Rio de Janeiro, Brasil; professora no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Rio de Janeiro, Brasil; professora na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil; coordenadora do Programa de Vocação Científica na Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, Brasil. E-mail: michele.feitoza@fiocruz.br.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil; professora na Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Brasil; professora na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil; coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional na mesma instituição; coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil na mesma instituição. E-mail: adalamata@gmail.com.

Permanent Health Education (PHE) and the quality of health information records: experience report

Isaac Newton Machado Bezerra¹, Thayná Menezes Santos², Michele Feitoza Silva³, Ádala Nayana de Sousa Mata⁴

Abstract

This article presents an experience report on the implementation of Permanent Health Education (PHE) and Popular Education strategies to improve e-SUS records by Community Health Agents (CHAs). The intervention consisted of six dialogic workshops that promoted critical reflection on the work process, using participatory methodologies based on the problematization of practice and collective construction of solutions. The results demonstrated an 88.87% reduction in registration inconsistencies, assessed through Pareto Charts, in addition to evidencing greater autonomy and empowerment of professionals. The approach stood out for: (1) integrating teaching and service through the participation of residents as facilitators; (2) strengthening the CHAs' bond with the territory; and (3) creating a sustainable action plan to maintain data quality. Despite the advances, the need to expand community participation to consolidate the principles of Popular Education was identified as a challenge. It is concluded that EPS, articulated with participatory methodologies, is an effective strategy for transforming professional practices in Primary Care, with potential for replication in other SUS contexts.

Keywords

Health information systems. Health education. Health Postgraduate Programs. Internship and residency. Health personnel.

¹ Master's student in Public Health, Federal University of Pernambuco, State of Pernambuco, Brazil. Email: isaac.ufm30@gmail.com.

² PhD candidate in Physiological Sciences, Federal University of Pernambuco, State of Pernambuco, Brazil. Email: thay.meenezesnutri@gmail.com.

³ PhD in Health Surveillance, National Institute for Health Quality Control, State of Rio de Janeiro, Brazil; professor at the National Institute for Health Quality Control, State of Rio de Janeiro, Brazil; professor at the Oswaldo Cruz Foundation, State of Rio de Janeiro, Brazil; coordinator of the Scientific Vocation Program at the Oswaldo Cruz Foundation, State of Pernambuco, Brazil. Email: michele.feitoza@fiocruz.br.

⁴ PhD in Public Health, Federal University of Rio Grande do Norte, State of Rio Grande do Norte, Brazil; professor at the Multicampi School of Medical Sciences of Rio Grande do Norte, State of Rio Grande do Norte, Brazil; professor at the Federal University of Rio Grande do Norte, State of Rio Grande do Norte, Brazil; coordinator of the Multiprofessional Residency Commission at the same institution; coordinator of the Multiprofessional Residency Program in Maternal and Child Health at the same institution. Email: adalamata@gmail.com.

Introdução

A publicação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, trouxe alterações significativas no financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo uma das principais a extinção do Piso Fixo da Atenção Básica, o chamado PAB Fixo, responsável por um financiamento per capita nacional para a população residente no município (Brasil, 2019). Antes da alteração, os municípios contavam, além do PAB Fixo, com o PAB Variável, que contemplava incentivos financeiros para adesão às estratégias prioritárias do Ministério da Saúde (MS), como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros (Massuda, 2020).

À época, tal mudança gerou diversos debates sobre o futuro da APS no Brasil, considerando os impactos negativos que tal alteração poderia ocasionar nos municípios, colocando em dúvida a manutenção do modelo adotado no país para organização da sua porta de entrada (Massuda, 2020; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Apesar da repercussão negativa, o Governo Federal manteve o novo modelo de financiamento, nomeado Previne Brasil (Brasil, 2017).

Essa alteração criou uma demanda diretamente relacionada ao processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Compreendendo que o novo modelo não seguiria o repasse fixo do PAB Fixo aos municípios, mas atrelava tal repasse aos cadastros dos municípios no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por meio do eSUS, tornou-se necessário cadastrar cada morador para o município receber o repasse financeiro correspondente (Brasil, 2019; Seta, Ocké-Reis, Ramos, 2021).

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem passado por diversas transformações, sendo os últimos anos marcados por um processo de modernização, na tentativa de acompanhar a velocidade da circulação da informação. Assim, cada vez mais, existe a necessidade de se investir na continuidade da qualificação dos profissionais de saúde (Pinheiro; Azambuja; Bonamigo, 2018).

Dessa forma, diversos métodos foram incorporados na perspectiva de melhoria dos processos de trabalho em saúde, muitos deles derivados da gestão da qualidade do ambiente industrial (Pereira; Roquete; Miranda, 2020), tais como: Ciclo PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACT) (Alves *et al.* 2020), Método A3, Análise de Causa Raiz (Priori; Saurin, 2020), Seis Sigma (Zimmermann; Siqueira; Bohomol, 2020), entre outros.

Esses métodos, isoladamente, não poderiam preencher todas as lacunas identificadas, sendo necessária a incorporação de abordagens para promover a educação no contexto dos serviços de saúde, surgindo assim as duas principais modalidades de educação em saúde: Educação Permanente em Saúde (EPS) e Educação Continuada (EC) (Brasil, 2009).

A EC possui uma metodologia de ensino voltada às práticas tradicionais, centrada no acúmulo de conteúdos técnico-científicos, sendo pontual e específica (Ferreira *et al.*, 2018). Já a EPS é instituída por uma política específica, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), criada em 2003. Essa modalidade busca centrar seu processo de ensino-aprendizagem na valorização da troca de saberes, em que todos os participantes possuem protagonismo no processo, sendo agentes ativos do seu aprendizado, o que possibilita aos envolvidos o desenvolvimento cultural, pessoal, profissional e social (Figueiredo *et al.*, 2022).

Ao perceber a demanda crescente para a correção dos cadastros existentes, foi realizada uma conversa envolvendo o residente, a preceptora e o coordenador de territorialização e sistemas sobre a oportunidade de o residente contribuir para a resolução do problema como produto da sua passagem pelo serviço. Ficou acordado que a realização de oficinas cumpriria a demanda e traria uma resposta significativa às solicitações de apoio vindas do território. Cabe salientar que a residência é uma importante iniciativa que introduz esses profissionais residentes no contexto dos serviços de saúde, num processo formador significativo que gera anseios e expectativas, ao mesmo tempo que une ensino-aprendizado, conhecimento teórico-prático e acadêmicos aos serviços de saúde (Carneiro; Teixeira; Pedrosa, 2021).

Diante do exposto, este artigo visa a relatar a experiência da execução de um projeto de Educação Permanente em Saúde para a criação de um ciclo de melhoria junto aos profissionais de uma UBS de um município de Pernambuco, realizada pelo residente e sua preceptora, utilizando princípios da Educação Permanente e da Educação Popular em Saúde (Brasil, 2013). A Educação Popular, inspirada em Paulo Freire (2002), foi incorporada como estratégia para promover a participação ativa dos ACS, valorizando seus saberes prévios e incentivando a transformação das práticas a partir da realidade local.

Escolha da unidade e identificação de demandas para projeto piloto

Para a escolha da unidade piloto, foram estabelecidas duas condições iniciais: apresentar um elevado número de erros cadastrais e ter profissionais com perfil multiplicador na composição da equipe.

Dessa forma, foi realizado um levantamento junto ao eGestor, plataforma do Ministério da Saúde (MS) que possui um módulo de “acesso livre” às informações de ações estratégicas da Atenção Primária à Saúde do SUS. O módulo de acesso público foi utilizado para verificar os erros cadastrais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, a fim de identificar aquelas que apresentavam os principais quantitativos de falhas cadastrais. Posteriormente, avaliou-se a equipe para verificar se os profissionais apresentavam perfil multiplicador, de modo que essa unidade fosse priorizada nas oficinas dialogadas. Assim, os profissionais, além de realizarem suas próprias correções, poderiam partilhar, com os demais profissionais do município, o conhecimento sobre como realizar as correções necessárias por meio de novas oficinas.

Ao final do levantamento, a unidade escolhida apresentava um total de 3.173 inconsistências cadastrais (Tabela 1), sendo a segunda unidade com o maior quantitativo de erros. No entanto, foi identificada também como aquela que possuía profissionais com características de multiplicadores, que se sentiram à vontade para assumirem a condição de propagadores do conhecimento. Assim, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um enfermeiro aceitaram participar das oficinas.

Visando a potencializar ainda mais as práticas da EPS, foram adotadas metodologias embasadas na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) de 2013, que nortearam os encontros, centrando-se na amorosidade, no diálogo, na problematização e na construção compartilhada do saber, enriquecendo os momentos de partilha (Brasil, 2013).

Tabela 1 – Quantitativo de erros cadastrais identificados por tipo, porcentagem e explicação

Inconsistência	N	%	Descrição
Tipo 02	21	0,66	Responsável sem cadastro individual no território.
Tipo 03	692	21,81	Responsável não declarado no cadastro individual.
Tipo 04	866	27,29	Responsável em outro domicílio mais atual.
Tipo 05	8	0,25	Responsável com mudança de território.
Tipo 06	4	0,13	Responsável com óbito no cadastro individual.
Tipo 07	640	20,17	Responsável não informado.
Tipo 08	942	29,69	Sem vínculo com domicílio.
Total	3.173	100	

Fonte: os autores (2024).

Percurso metodológico das oficinas

Após a identificação da unidade, uma reunião envolvendo o residente, a preceptora, o coordenador de territorialização e sistemas e os profissionais da UBS foi realizada para pactuar sobre como as oficinas seriam conduzidas. Durante essa reunião, foram definidas as metodologias, os dias, os horários, o local de realização, o tempo de duração dos encontros, os conteúdos abordados e os métodos de avaliação da eficácia e efetividade das oficinas.

Ficou estabelecido que as oficinas seriam realizadas na sala de informática cedida por uma instituição de nível superior, que possui parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município. As oficinas ocorreriam quinzenalmente, no turno vespertino, com duração máxima de duas horas, e a metodologia deveria ser guiada pelos preceitos da EPS, buscando ao máximo a participação de todos na construção de cada encontro.

Dessa forma, três eixos estruturantes foram identificados para nortear os momentos: problematização inicial, na qual os ACS relataram dificuldades encontradas no preenchimento dos cadastros; diálogo orientado, em que facilitadores mediarão discussões sobre as causas dos erros, relacionando-as às condições de trabalho e ao território; e construção coletiva de soluções, momento em que os ACS propuseram ajustes nos registros e estratégias para evitar novas inconsistências, registrando-as em um plano de ação. Essa abordagem seguiu os princípios da EPS e da Educação Popular, nos quais o conhecimento emergiu da prática reflexiva.

Após os acordos, o cronograma de encontros ficou da seguinte forma:

- 1º Encontro: Apresentação dos conteúdos programáticos e coleta de dados no eSUS;
- 2º Encontro: Efetuando correções e avaliando o aprendizado (Parte 1: Cadastro domiciliar);
- 3º Encontro: Efetuando correções e avaliando o aprendizado (Parte 2: Cadastro individual);
- 4º Encontro: 1º Momento de acompanhamento das correções;
- 5º Encontro: 2º Momento de acompanhamento das correções;
- 6º Encontro: 3º Momento de acompanhamento das correções.

A avaliação da eficácia e efetividade das oficinas ficou a cargo do Gráfico de Pareto. Essa ferramenta é amplamente utilizada na avaliação da qualidade devido ao seu poder de evidenciar graficamente as inconformidades e as melhorias obtidas a partir de uma mudança, ao se comparar dois momentos distintos, como, por exemplo, T0, sendo o momento inicial,

em que não houve nenhum tipo de intervenção, e T1, no qual a intervenção já foi iniciada e deseja-se medir qual o impacto resultante dessa intervenção (Brophy; Coulling, 1996).

Também foi definido que, após a realização dos seis encontros, caso a equipe identificasse a necessidade de um novo momento, esse seria pactuado posteriormente.

A importância da Educação Popular em Saúde (EPS) nas oficinas

A utilização da Educação Popular em Saúde já é bem documentada na literatura e exemplifica com excelência a potencialidade de seu uso nos processos formativos no SUS em diversas áreas (Bezerra *et al.*, 2023; Souza; Silva; Barros, 2021), justificando sua escolha como metodologia orientadora das oficinas realizadas.

É inegável a contribuição da EPS quando o assunto é capacitação, treinamento, educação popular, integração ensino-serviço, dentre outros (Cruz; Silva; Pulga, 2020). Porém, ao mesmo tempo que se evidencia a potencialidade, também se percebe a invisibilidade dessas práticas nos serviços de saúde, gerando debates sobre sua importância e aplicabilidade nos tempos modernos (Pedrosa, 2021).

Desde o primeiro encontro, com a apresentação das oficinas, modelos de discussão e sistemática, a EPS já ocupava seu destaque e era utilizada para aproximar os participantes, bem como promover o aprendizado coletivo e a construção compartilhada dos espaços. As metodologias presentes na PNEP-SUS foram o grande ponto de discussão para a construção dos momentos das oficinas e a concretização de toda a metodologia utilizada (Brasil, 2013).

Apresentação dos conteúdos programáticos e coleta de dados no eSUS

O primeiro encontro foi realizado com o intuito de apresentar o conteúdo das oficinas para cada encontro e iniciar o debate quanto ao uso do eSUS, ferramenta do MS que utiliza dois *softwares*: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (Saraiva *et al.*, 2021).

O encontro foi iniciado com uma exposição sobre a importância do preenchimento correto das informações solicitadas durante o cadastro domiciliar e individual, realizado prioritariamente pelo ACS, mas que também pode e deve ser realizado pelos demais profissionais que integram as equipes de Saúde da Família (eSF). Foi ressaltada a necessidade de coletar não apenas as informações obrigatórias, mas todas as informações presentes em

ambas as fichas, para que esses dados reflitam o território quando forem utilizados para traçar perfis epidemiológicos, sociais, entre outros, identificando fragilidades e necessidades.

Nesse momento, também foi explicado que as próprias ACS podem usar essas informações para criarem uma identidade de seu território e apresentá-la aos demais profissionais, permitindo que conheçam sua área de atuação. Além disso, essas informações podem ser compartilhadas com a comunidade, para ficarem cientes dos principais problemas de saúde, sanitários e sociais, e das potencialidades do território. O processo de territorialização é um importante instrumento de gestão e acompanhamento dos processos de trabalho na APS (Alves; Borges; Garcia, 2022).

Na sequência, cada participante foi direcionado a um computador com internet, foi informado o link de acesso ao eSUS e demonstrado, com o auxílio de um *datashow*, como acessar o site e encontrar as informações relativas aos erros cadastrais. Foi solicitado que replicassem a coleta dos dados. Após a coleta, foi orientado sobre como construir uma tabela simples contendo os dados separados por tipo de inconsistência, o número bruto e a porcentagem de cada uma em relação ao total (Tabela 1). Nesse momento, também foi explicado que essa tabela seria importante para os outros momentos, pois representava o nosso Tempo 0, ou seja, a coleta de dados inicial sem intervenção.

Após a realização da atividade, foi aberto um momento para sanar dúvidas e acompanhar de perto a replicação de forma individualizada, finalizando o primeiro dia e criando um gráfico de Pareto T0 (Figura 1).

O gráfico foi criado com o intuito de mostrar a evolução a cada momento, como forma de motivar os participantes a continuarem realizando as correções, entendendo que apenas a diminuição dos números não seria suficiente para manter o empenho. O gráfico traria visualmente um conforto, mostrando que as correções estavam surtindo efeito e que o trabalho estava sendo recompensador. A atualização constante das informações dos cadastros dos usuários é fundamental para as equipes poderem acompanhar a comunidade e perceber suas mudanças, tendo em vista que questões como doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, precisam ser registradas nos prontuários (Ferreira *et al.*, 2020).

Efetuando correções e avaliando o aprendizado

Parte 1: cadastro do domicílio

O segundo encontro foi marcado pela explicação sobre o que gera a inconsistência e como realizar as correções nos cadastros existentes no eSUS, sistema criado para sistematizar a coleta de dados na APS e para posterior envio à base nacional.

Foi projetada a ficha de cadastro domiciliar para apresentar os pontos responsáveis pelas inconsistências dos tipos 2, 3 e 4, diretamente relacionados ao preenchimento da ficha de cadastro do domicílio. Após a exposição, fichas contendo os erros abordados anteriormente foram entregues impressas para as participantes poderem analisar e identificar a informação conflitante, sendo dado 20 minutos para essa análise.

Após o tempo decorrido, as fichas foram recolhidas para verificar se os profissionais haviam identificado a informação controversa em todas as três fichas entregues. Apesar de identificarem a informação que gerava inconsistência em todas as fichas, outras informações com erro não foram observadas, mostrando estarem apenas procurando corrigir o erro informado posteriormente, sem analisar a ficha na totalidade para melhorar a qualidade da informação em sua totalidade.

A partir dessa devolutiva, foi realizada uma nova conversa sobre a importância de preencher todas as informações contidas nas fichas de cadastro e de se atentar, ao realizar alguma alteração, a verificar se existe informação conflitante ou faltante, para serem preenchidas, tendo em vista a necessidade de manter todo o cadastro preenchido e atualizado. Como exemplo, foi utilizada a atualização das questões relacionadas à hipertensão e à diabetes, que muitas vezes são preenchidas durante o cadastramento com informações autodeclaradas e, após a realização dos exames e das investigações, podem ser descartadas ou confirmadas, necessitando de atualização.

Após esse momento, foi aberto um espaço para tirar dúvidas em relação ao preenchimento e ao entendimento das informações contidas nas fichas, em que foi questionado sobre o campo “nome social”, que rotineiramente é preenchido com os apelidos das pessoas, ou seja, como são conhecidas na comunidade. Essa fala gerou um novo debate sobre a importância de realizar treinamentos rotineiros de atualização dos profissionais, que, em muitos casos, não foram devidamente instruídos desde que assumiram o posto de ACS, nem passaram por processo de atualização. Também foi orientado sobre a que se refere o campo citado e quando deve ser preenchido, ao passo que os presentes afirmaram que

continuariam com o preenchimento, pois essa identificação ajudava a saber de quem se tratava.

Efetuando correções e avaliando o aprendizado

Parte 2: cadastro individual

O terceiro encontro foi focado nas correções das inconsistências dos tipos 5, 6, 7 e 8, relacionadas ao cadastro individual. Seguindo a mesma sistemática utilizada no encontro anterior, a ficha de cadastro individual foi projetada, e os pontos que geram as inconsistências foram expostos.

Nesse momento, em vez de entregar fichas com falhas, foi solicitado que cada participante abrisse uma ficha real de seu território, contendo falhas, e a analisasse para identificar as falhas, marcando-as em uma ficha impressa em branco. Dessa vez, todos os erros foram observados e marcados nas fichas em branco, incluindo questões ausentes como profissão, escolaridade e condições de saúde.

Após verificar que todas haviam identificado as falhas, uma das ACS mencionou que, como no encontro passado foi pontuado que elas não deveriam apenas se atentar a corrigir os erros das informações obrigatórias, mas analisar a ficha como um todo, elas passaram a verificar o que não estava preenchido, mas que isso não era uma prática comum antes, pois só era solicitado que se atentassem às informações obrigatórias.

Após esse momento, foi aberta uma roda de conversa para tirar dúvidas sobre as explicações dadas. Sanadas todas as questões, foi feita uma nova solicitação para utilizarem o tempo restante do encontro para explicarem rapidamente o funcionamento e algumas questões relacionadas ao eSUS Território, aplicativo móvel utilizado pelas ACS para registro das atividades desempenhadas no território.

Assim, foram brevemente explicadas as funções do aplicativo e a realização das correções que estavam sendo solicitadas (como residências marcadas com um triângulo vermelho com uma exclamação dentro), como atualização de domicílios, visitas e moradores. Uma grande queixa apresentada nesse momento foi sobre a exclusão de domicílios cadastrados, ao que foi informado que o aplicativo não permite tal ação, mas apenas a vacância do imóvel, o qual, uma vez cadastrado, não pode, até o momento, ser excluído.

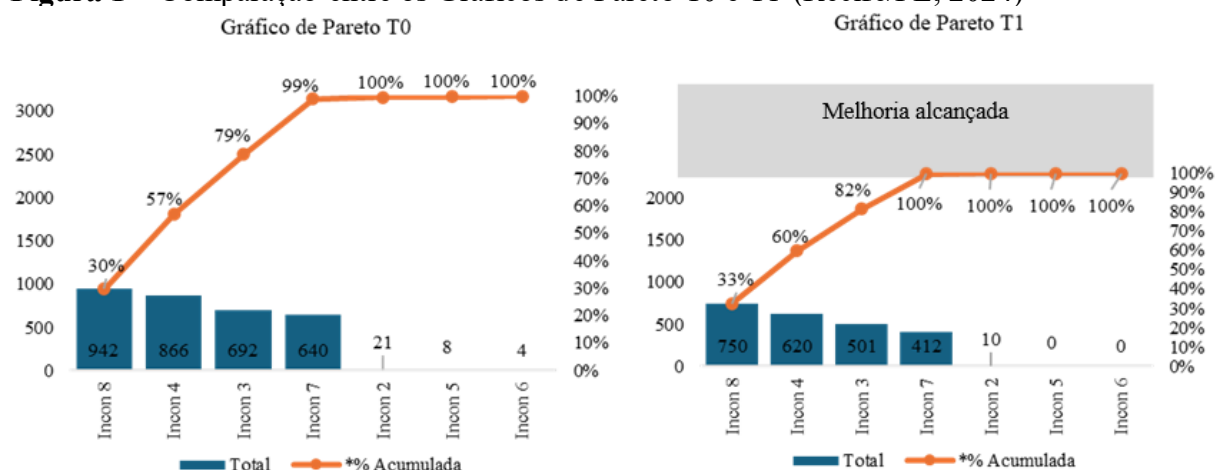
1º momento de acompanhamento das correções

Ficou acordado que o momento seria destinado a ver a evolução das correções no sistema e tirar dúvidas restantes após a realização das oficinas. Com o novo relatório em mãos, foi criado um gráfico de Pareto com o T1 (Figura 1) para analisar a evolução das correções. O gráfico não foi separado por microárea, pois a equipe decidiu realizar as correções juntas, para que pudessem se apoiar mutuamente. Em conversa, ficou decidido que seria realizado dessa forma, pois existiam diferentes níveis de habilidade com o computador, e que o enfermeiro da unidade ficaria como suporte quando precisassem de auxílio.

Entre o T0 e o T1, houve uma redução de 27,73% no número total de inconsistências, sendo que as dos tipos 5 e 6 foram zeradas, e a do tipo 2 apresentou o maior percentual de redução (52%). Para facilitar a visualização, os gráficos de Pareto foram postos lado a lado para destacar a zona de melhoria alcançada, potencializando a informação graficamente.

Mesmo apresentando um resultado positivo, as participantes relataram que sentiram dificuldade em realizar algumas correções, trazendo um relatório com os dados das que foram realizadas e destacando quais foram as dificuldades que tiveram em entender os pontos de realização delas, especialmente nas inconsistências 3 (Responsável não declarado no cadastro individual) e 8 (Sem vínculo com domicílio).

Figura 1 – Comparação entre os Gráficos de Pareto T0 e T1 (Recife/PE, 2024)



Fonte: os autores (2024).

Dessa forma, o encontro contou com mais um momento voltado para explicar as causas das inconsistências citadas e como a correção deveria ser realizada no sistema. Ao final, as ACS relataram que esses momentos têm sido muito importantes para elas, pois,

apesar de terem sido cobradas várias vezes para realizarem as correções, nunca houve um treinamento da equipe explicando como fazê-las.

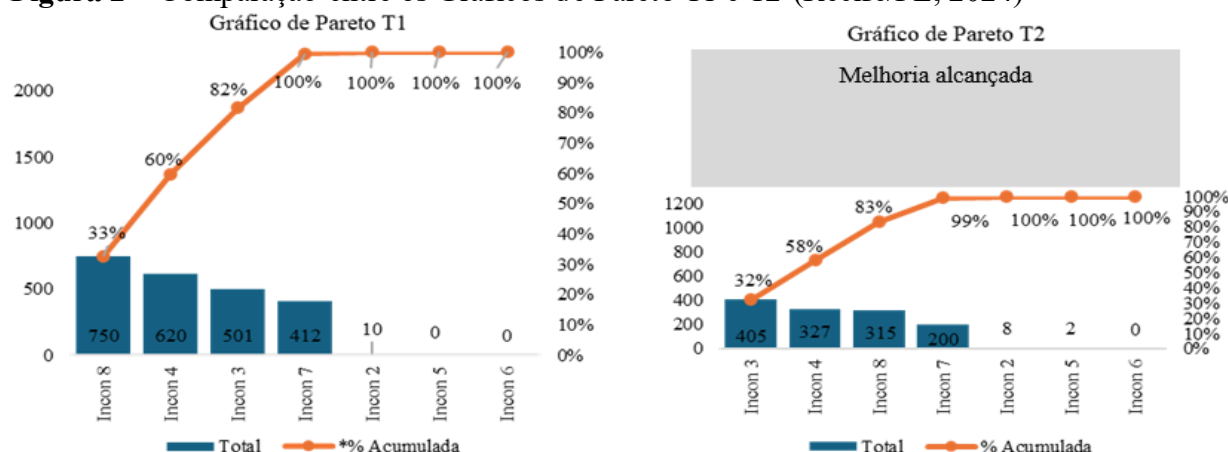
2º momento de acompanhamento das correções

Seguindo o cronograma acordado, utilizamos o novo relatório de inconsistências para criar o gráfico de Pareto (T2) e fizemos a comparação com o T0 e o T1. Os participantes ficaram muito satisfeitos com o resultado: entre o T1 e o T2, a redução geral foi de 45,2%, e, entre o T0 e o T2, foi de 60,4%. Apesar do excelente resultado, foi observado que a inconsistência do tipo 5 voltou a aparecer após ter sido zerada no T1 (Tabela 2).

Dessa forma, reservamos um momento para verificar quais registros apresentavam a falha, a fim de entender o que havia acontecido. Constatou-se que ela se tratava de registros alterados pelo enfermeiro da unidade, que realizou a atualização do cadastro de um usuário falecido, mas não repassou o caso para que as ACS realizassem a atualização dos demais cadastros vinculados aos domicílios.

O caso acabou servindo para estabelecer um debate sobre a importância do trabalho integrado, evidenciando como o processo de trabalho da equipe está interligado e pode repercutir positiva ou negativamente no todo (Barbosa *et al.*, 2022). Ao final, as ACS relataram o quão seguras estão para realizar as correções e compartilhar isso com seus pares, e o quanto foi importante existir aquele espaço de formação e de troca para o empoderamento delas e desse processo, que anteriormente não era familiar.

Figura 2 – Comparação entre os Gráficos de Pareto T1 e T2 (Recife/PE, 2024)



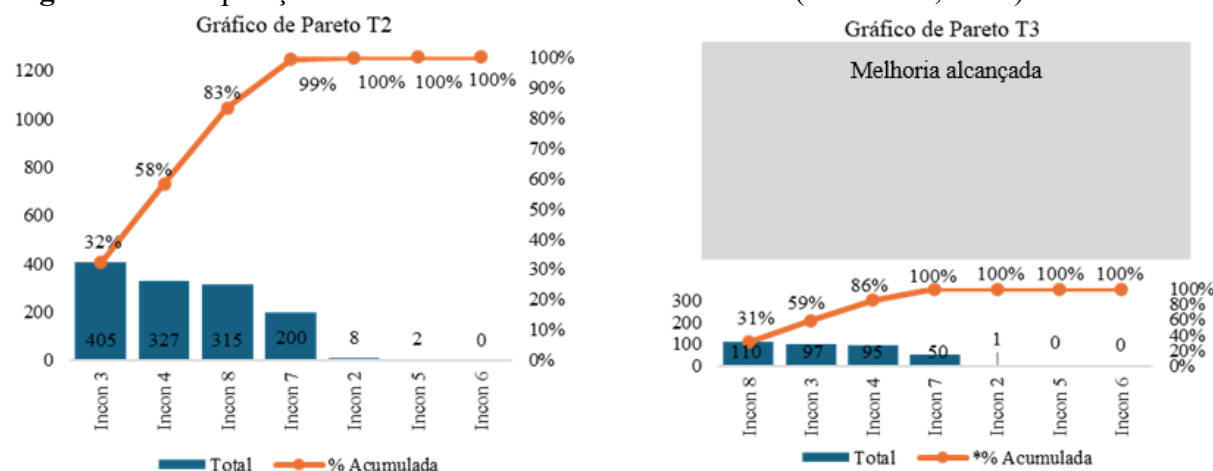
Fonte: os autores (2024).

3º momento de acompanhamento das correções

O sexto encontro foi iniciado com a apresentação dos últimos gráficos para relembrarmos em qual situação estávamos no encontro anterior. Aproveitamos esse momento para falar um pouco sobre a importância de valorizar as mudanças, pois, mesmo que pequenas, elas trazem um significado, exemplificam que algo foi realizado em direção a uma mudança e mostram que os processos devem ser vistos como um primeiro passo para mudanças significativas.

Em seguida, o novo gráfico de Pareto T3 foi construído e comparado com o T2 (Figura 3) para verificar a última evolução alcançada pela equipe. Assim como vinha acontecendo nos demais encontros, foi frisada a importância de focar na evolução e não apenas nos números, pois eles não representam o todo, mas apenas uma parte da evolução, visto que, para além deles, existe o aprendizado, o qual não é objetivo e não será representado por um gráfico, ao ir muito além disso.

Figura 3 – Comparação entre os Gráficos de Pareto T2 e T3 (Recife/PE, 2024)



Fonte: os autores (2024).

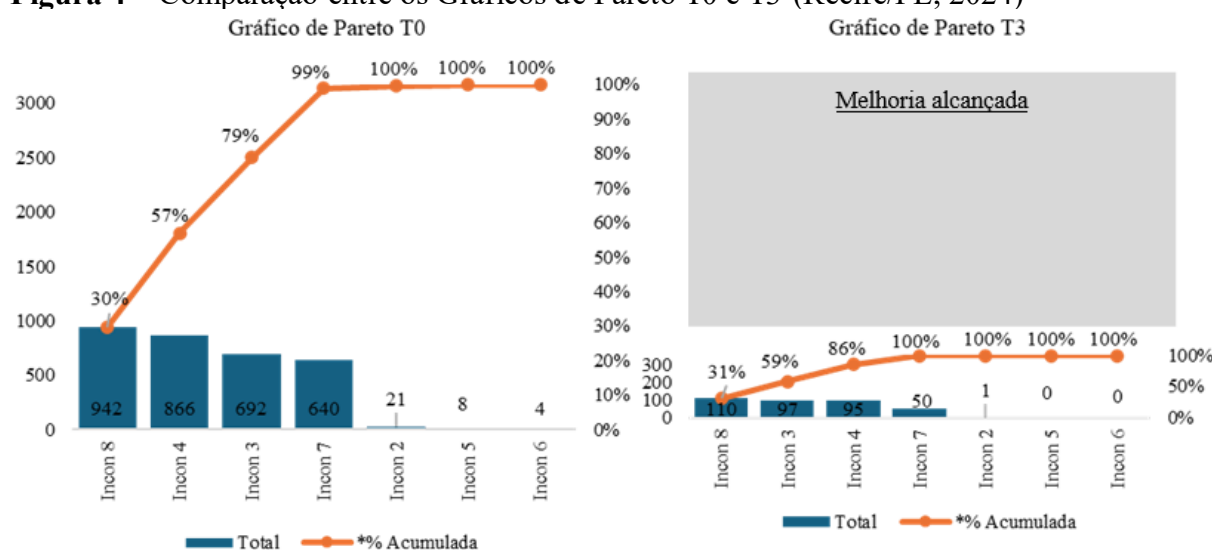
Após a análise da mudança encontrada entre os Tempos 2 e 3, foi apresentada a comparação entre T0 e T3 (Figura 4), que visou à análise da evolução total do processo e a exposição do quanto se avançou durante esse tempo.

Ao fim do processo, o número de inconsistências diminuiu drasticamente, passando de 3.173 para 353 (uma redução de 88,87%), sendo que algumas chegaram a zero. Foi pontuado sobre a importância de manterem o processo de atualização e de retirada do relatório periodicamente para averiguar o surgimento de novas inconsistências e realização de sua correção, tendo em vista que o cadastro de usuários faz parte da rotina de trabalho dos ACS e

que novos erros podem surgir com o passar do tempo e as mudanças do território. O processo de educação permanente precisa ser priorizado e mantido junto às equipes de saúde da família, que auxiliam os profissionais a se manterem atualizados e melhoram seus processos de trabalho (Donaduzzi *et al.*, 2021).

Cabe destacar que, nesse período, as ACS continuaram desempenhando o seu papel diante da comunidade, realizando visitas domiciliares, novos cadastros, participando das reuniões de equipes e demais atribuições da categoria, sendo liberado apenas um turno por semana para realização das correções, sendo esse pactuado com a gerência da UBS e respeitando as necessidades do serviço de saúde de modo a não trazer prejuízos à comunidade. A sobrecarga de trabalho dos profissionais da APS é relatada na literatura e traz consequências graves à saúde dos profissionais, que acabam sendo afastados dos seus afazeres devido às complicações advindas do adoecimento (Assis *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2024).

Figura 4 – Comparação entre os Gráficos de Pareto T0 e T3 (Recife/PE, 2024)



Fonte: os autores (2024).

Avaliação dos participantes sobre as oficinas

Ao perceberem a grande mudança, os ACS relataram que, inicialmente, sentiram-se inseguros, mas o espaço dialógico das oficinas permitiu que compartilhassem experiências e construíssem confiança. Como afirmou uma participante: “Aprendi que o erro não era só meu, mas do sistema, e juntos encontramos formas de corrigir”. Essa fala ilustra o empoderamento promovido pela Educação Popular, em que o conhecimento coletivo supera a culpa individual

(Freire, 1997). Elas também relataram que, no início, sentiram-se pressionadas a participar das oficinas devido à necessidade de correção dos cadastros, mas não esperavam que elas surtiriam efeito, já que, em outros momentos, as inconsistências haviam sido expostas, mas de maneira pouco clara e didática, apenas demonstrativa/explicativa, sem prática ou acompanhamento. As abordagens anteriores eram superficiais, rápidas e “atropeladas”, o que não favorecia a compreensão, e, ao saírem dos encontros, quase tudo era esquecido por não haver uma prática durante o processo.

Elas também destacaram como o trabalho em grupo as ajudou a se sentirem mais capacitadas para realizar as correções, pois uma apoiava a outra quando alguma dúvida surgia, permitindo que avançassem juntas, sabendo terem o suporte do enfermeiro da unidade, que esteve presente quando solicitado e auxiliou nas correções. Elas ainda ressaltaram que a metodologia didática utilizada nas oficinas e o acompanhamento periódico fizeram a diferença, pois transmitiam uma sensação de segurança, visto que sabiam que havia apoio disponível e pessoas aptas a fornecer suporte.

Como limitação, elas mencionaram a falta de tempo, já que apenas um dia na semana era pouco para a quantidade de tarefas a serem realizadas. Além disso, enquanto estavam na unidade, elas não deixavam de atender um usuário que chegava, o que às vezes exigia interromper as correções para acolher alguém ou dar suporte ao médico e ao enfermeiro da unidade em algum atendimento.

Considerações finais

Este relato de experiência demonstrou que a combinação de EPS e Educação Popular pode melhorar a qualidade dos registros em saúde, mas também revelou desafios. A carga de trabalho e a estrutura hierárquica dos serviços dificultaram a continuidade do processo dialógico. As oficinas realizadas mostraram-se ferramentas poderosas para a problematização das inconsistências nos cadastros do e-SUS, promovendo uma mudança significativa na prática dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tornando-os mais críticos em relação aos dados, indo além da correção mecânica. A redução expressiva das inconsistências, aliada ao relato positivo dos participantes, demonstra o potencial transformador dessas metodologias, que vão além da simples transmissão de conhecimento, promovendo a construção coletiva do saber e a autonomia dos profissionais envolvidos.

O impacto das oficinas reforça a necessidade de continuidade e de expansão dessas práticas educativas no Sistema Único de Saúde (SUS), com a criação de espaços de formação

continua que possibilitem aos profissionais não apenas adquirirem novos conhecimentos, mas se sentirem parte ativa e valorizada no processo de construção de um SUS mais eficiente e humanizado. A experiência também destaca a importância do trabalho em equipe e da integração entre diferentes profissionais da saúde, evidenciando que a colaboração é essencial para o sucesso das iniciativas de melhoria dos serviços prestados à população.

Além disso, a participação ativa dos residentes no planejamento e na execução das oficinas proporcionou a eles uma valiosa oportunidade de vivenciar a realidade do SUS, contribuindo não apenas para a sua formação acadêmica, mas para o desenvolvimento de competências profissionais que serão fundamentais em sua trajetória futura.

Portanto, essa experiência reafirma o valor da EPS e da Educação Popular como estratégias essenciais para a transformação das práticas de saúde, e sugere que a continuidade desses esforços pode resultar em melhorias duradouras na qualidade dos serviços prestados, impactando positivamente a saúde das comunidades atendidas pelo SUS.

Referências

ALVES, J. C. R.; BORGES, A. J. P.; GARCIA, E. G. Mapa digital no processo de territorialização da atenção primária à saúde: relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 46, n. 3, p. 364-373, 2022. DOI 10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3604. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3604>. Acesso em: 26 mar. 2024.

ALVES, R. S. S. *et al.* Gestão em saúde: implementação do Ciclo PDCA como estratégia de enfrentamento da Covid-19 em unidades de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 12, p. e20891210273, 2020. DOI 10.33448/rsd-v9i12.10273. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.10273>. Acesso em: 26 mar. 2024.

ASSIS, B. C. S. *et al.* Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. e3134, 2020. DOI 10.25248/reas.e3134.2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BARBOSA, A. S. *et al.* Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 5, p. 67-79, 2022. DOI 10.1590/0103-11042022E506. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E506>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BARBOSA, C. C. *et al.* Síndrome de burnout, fatores preditores e estratégias de enfrentamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS): um estudo qualitativo. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. e5441, 2024. DOI 10.55905/revconv.17n.2-359. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.2-359>. Acesso em: 25 jun. 2024.

BEZERRA, I. N. M. *et al.* Educação popular como estratégia para melhoria das informações no sistema e-SUS. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, n. Edição Especial, p. 209-225, 2023. DOI 10.14393/REP-2023-68648. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/68648>. Acesso em: 31 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 4 de abr. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 4 abr. 2024.

BROPHY, P.; COULLING, K. **Quality management for information and library managers**. Brookfiel: Aslib Gower, 1996.

CARNEIRO, E. M.; TEIXEIRA, L. M. S.; PEDROSA, J. I. S. A residência multiprofissional em saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. e310314, 2021. DOI 10.1590/S0103-73312021310314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PT96npfTcfqT7xWPZZkyGpt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2024.

CRUZ, P. J. S. C.; SILVA, M. R. F.; PULGA, V. L. Educação popular e saúde nos processos formativos: desafios e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 24, p. e200152, 2020. DOI 10.1590/Interface.200152. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YVGkQJHk8pbwtrPkCTTvQSm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2024.

DONADUZZI, D. S. S. *et al.* Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na atenção básica. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 5, p. e12010514648, 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i5.14648. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14648>. Acesso em: 4 abr. 2024.

FERREIRA, J. E. S. M. *et al.* Sistemas de informação em saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 970-982, out./dez. 2020. DOI 10.29397/reciis.v14i4.1923. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45028>. Acesso em: 21 maio 2024.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. DOI 10.1590/0103-1104201912017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 4 abr. 2024.

FIGUEIREDO, E. B. L. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1164-1173, 2022. DOI 10.1590/0103-1104202213515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>. Acesso em: 4 abr. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz & Terra, 2002.

FREIRE, P. **Educação do oprimido**. 25. ed. São Paulo: Paz & Terra, 1997.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. DOI 10.1590/1413-81232020254.01022020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 25 abr. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020. DOI 10.1590/0102-311X00040220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcX3Bd6tGzq6p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2024.

PEDROSA, J. I. S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re)conhecendo saberes e lutas para a produção da saúde coletiva. **Interface**, Botucatu, v. 25, p. e200190, 2021. DOI 10.1590/Interface.200190. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>. Acesso em: 31 maio 2024.

PEREIRA, P. C. J.; ROQUETE, F. F.; MIRANDA, W. D. Applicability of quality tools in health services processes. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 35-46, 2022. DOI 10.26512/gs.v13i02.46283. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/gs.v13i02.46283>. Acesso em: 31 maio 2024.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 4, p. 187-197, 2018. DOI 10.1590/0103-11042018S415. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fxDM8Km9jhC3wpz59nQZJxM/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2024.

PRIORI, F. R.; SAURIN, T. A. Solução de problemas em uma emergência hospitalar: avaliação dos métodos A3 e análise de causa raiz. **Revista Produção Online**, Santa Cruz do Sul, v. 20, n. 1, p. 63-94, 2020. DOI 10.14488/1676-1901.v20i1.3258. Disponível em: <https://doi.org/10.14488/1676-1901.v20i1.3258>. Acesso em: 26 maio 2024.

SARAIVA, L. I. M. *et al.* Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p. e6418, 2021. DOI 10.25248/reaenf.e6418.2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/6418>. Acesso em: 25 abr. 2024.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. sup. 2, p. 3781-3786, 2021. DOI 10.1590/1413-81232021269.2.01072020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. Acesso em: 5 abr. 2024.

SOUZA, E. M.; SILVA, D. P. P.; BARROS, A. S. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1355-1368, 2021. DOI 10.1590/1413-81232021264.09642019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>. Acesso em: 31 maio 2024.

ZIMMERMANN, G. S.; SIQUEIRA, L. D.; BOHOMOL, E. Lean Six Sigma methodology application in health care settings: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. sup. 5, p. e20190861, 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0861. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0861>. Acesso em: 19 maio 2024.

Submetido em 25 de agosto de 2024.

Aprovado em 27 de abril de 2025.