

Estimativa rápida participativa: uma estratégia de planejamento territorial para a Atenção Primária à Saúde

Rapid participatory appraisal: a territorial planning strategy for Primary Health Care

Evaluación rápida participativa: una estrategia de planificación territorial en la Atención Primaria de Salud

Cesar Augusto da Silva

Mestre em Saúde da Família; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;

E-mail: cesar.augustos@ufpr.br; ORCID: 0000-0003-4008-4715

Daniela Cardoso Tietzmann

Doutora em Epidemiologia; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil;

E-mail: danielact@ufcspa.edu.br; ORCID: 0000-0002-5781-0173

Paola Regina Mombach Lazzaron

Graduanda em Medicina; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;

E-mail: paola.lazzaron@ufpr.br; ORCID: 0000-0002-7136-6080

Daniela de Campos Perin

Graduanda em Medicina; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;

E-mail: danielaperin@ufpr.br; ORCID: 0009-0006-4105-2757

Contribuição dos autores: CAS contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. DCT atuou como supervisora da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. PRML e DCP contribuíram para a escrita e revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 31/05/2025

Aprovado em: 29/10/2025

Editor responsável: Julio César Schweickardt

Resumo: Objetivo: Relatar a experiência de aplicação da Estimativa Rápida Participativa (ERP) como ferramenta de planejamento em uma área adscrita de uma equipe de Saúde da Família em um município do sul do Brasil.

Descrição da experiência: A experiência envolveu quatro meses de atividades, incluindo levantamento de dados demográficos e epidemiológicos secundários, observação direta do território, entrevistas com informantes-chave e rodas de conversa com trabalhadores. As informações foram sistematizadas e resultaram na construção de uma matriz de intervenção. **Resultados:** Foram identificadas fragilidades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, baixa participação social e ausência de equipamentos comunitários, especialmente espaços de lazer. A ERP também evidenciou tensões marcadas pela violência territorial, que interferiu no cronograma e na circulação da equipe. A matriz de intervenção permitiu a pactuação de ações concretas, como criação de grupos de tabagismo e de atividade física, reorganização das agendas assistenciais, ampliação da presença da equipe no território e participação ativa de trabalhadores e residentes na Conferência Municipal de Saúde. O processo fortaleceu o vínculo com a comunidade e estimulou maior corresponsabilização entre atores locais. **Conclusões:** A participação efetiva da comunidade e dos trabalhadores da saúde favoreceu a construção coletiva de soluções e o fortalecimento de vínculos. A ERP mostrou-se uma ferramenta metodológica de planejamento estratégico eficaz, promovendo protagonismo social e práticas interprofissionais na construção de movimentos e na tomada de decisão. Entretanto, observaram-se dificuldades relacionadas à gestão do tempo dispensado para execução das etapas, ao contexto de pressão assistencial, além de desafios inerentes à violência no território.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Participação Social; Diagnóstico da Situação de Saúde.

Abstract: Objective: To report the experience of applying the Participatory Rapid Appraisal (PRA) as a planning tool in the assigned area of a Family Health team in a municipality in southern Brazil. **Description of the experience:** The experience involved four months of activities, including the collection of secondary demographic and epidemiological data, direct observation of the territory, interviews with key informants, and group discussions with workers. The information was systematized and resulted in

the construction of an intervention matrix. **Results:** Weaknesses related to access to health services, low social participation, and the absence of community facilities, especially leisure spaces, were identified. The PRA also revealed tensions marked by territorial violence, which interfered with the team's schedule and movement. The intervention matrix allowed for the agreement of concrete actions, such as the creation of smoking cessation and physical activity groups, the reorganization of care schedules, the expansion of the team's presence in the territory, and the active participation of workers and residents in the Municipal Health Conference. The process strengthened the bond with the community and encouraged greater co-responsibility among local actors. **Conclusions:** The participation of the community and health professionals favored the collective construction of solutions and strengthening of bonds. The PRA proved to be an effective methodological tool for strategic planning, promoting social protagonism and interprofessional practices in the construction of movements and decision-making. However, difficulties were observed related to the management of time spent on executing the stages, the context of care pressure, in addition to challenges inherent to the violence in the territory.

Keywords: Health Planning; Primary Health Care; Social Participation; Diagnosis of Health Situation.

Resumen: Objetivo: Informar sobre la experiencia de la aplicación de la Evaluación Participativa Rápida (EPR) como herramienta de planificación en un área asignada a un equipo de Salud Familiar en un municipio del sur de Brasil. **Descripción de la experiencia:** La experiencia abarcó cuatro meses de actividades, incluyendo la recopilación de datos demográficos y epidemiológicos secundarios, la observación directa del territorio, entrevistas con informantes clave y discusiones grupales con trabajadores. La información se sistematizó y dio como resultado la construcción de una matriz de intervención. **Resultados:** Se identificaron deficiencias relacionadas con el acceso a los servicios de salud, la baja participación social y la ausencia de equipamientos comunitarios, especialmente espacios de recreación. La EPR también reveló tensiones marcadas por la violencia territorial, que interfirió con el cronograma y la movilidad del equipo. La matriz de intervención permitió acordar acciones concretas, como la creación de grupos para dejar de fumar y de actividad física, la reorganización

de los horarios de atención, la ampliación de la presencia del equipo en el territorio y la participación activa de trabajadores y residentes en la Conferencia Municipal de Salud. El proceso fortaleció el vínculo con la comunidad y fomentó una mayor corresponsabilidad entre los actores locales. **Conclusiones:** La participación de la comunidad y del equipo favoreció la construcción colectiva de soluciones y el fortalecimiento de vínculos. La EPR demostró ser una herramienta metodológica eficaz para la planificación estratégica, promoviendo el protagonismo social y las prácticas interprofesionales en la construcción de iniciativas locales y la toma de decisiones. Sin embargo, se observaron dificultades relacionadas con la gestión del tiempo dedicado a la ejecución de las etapas, el contexto de presión asistencial, además de desafíos inherentes a la violencia en el territorio.

Palabras clave: Planificación en Salud; Atención Primaria de Salud; Participación Social; Diagnóstico de la Situación de Salud

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios do planejamento em saúde em um território diz respeito à capacidade de detectar, descrever e definir os problemas de saúde presentes naquele espaço, através de um diagnóstico situacional que permita o estabelecimento de prioridades, a fim de permitir a resolução das dificuldades identificadas.¹ Neste contexto, destaca-se como estratégia a Estimativa Rápida Participativa (ERP), que concilia o planejamento, escuta ativa e a participação social. Essa estratégia dialoga com a percepção do território como vivo, dinâmico e atravessado por diversas forças pessoais, comunitárias e sociais que interagem e influenciam a saúde e a realidade individual e coletiva, porém sem determiná-las unicamente.²

A ERP é uma ferramenta que permite a identificação de fragilidades, desafios diários, vulnerabilidades, problemas e potencialidades dentro de um território. Trata-se de uma estratégia de fácil aplicabilidade, rápida e que envolve baixa tecnologia e custos. A atuação conjunta entre trabalhadores da saúde e comunidade potencializa os resultados do planejamento no território, tendo a equipe o papel de facilitadora nesse processo de transformação.³

Seus princípios incluem envolver a comunidade na identificação de seus próprios problemas e a coleta de dados pertinentes. Trata-se da união de saberes e informações teóricas com as informações práticas que surgem do cotidiano, valorizando-se a experiência, a vivência e a percepção do usuário dentro de seu próprio território.⁴

Tal estratégia permite levantamento das vulnerabilidades e das necessidades características de cada microárea dentro de um território, de forma a identificar os determinantes sociais envolvidos no processo. A partir disso é possível selecionar uma microárea de risco para uma abordagem planejada e orientada, por exemplo.⁴

O método leva em consideração informações epidemiológicas, geográficas, características socioeconômicas e culturais. Diversas fontes de dados são possíveis, destacando-se principalmente três delas: registros escritos; entrevistas com informantes-chave e, por fim, a observação de campo.¹

Neste relato de experiência, descrevemos a aplicação dessa estratégia em um território urbano de alta vulnerabilidade social, envolvendo equipe multiprofissional e comunidade local. Apresentamos as etapas metodológicas, os resultados obtidos, os produtos gerados e os aprendizados construídos a partir do processo conjunto de planejamento em saúde.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência na Atenção Primária à Saúde (APS) de um território urbano do município de Porto Alegre, caracterizado por elevada vulnerabilidade social. A experiência foi conduzida por uma equipe multiprofissional composta por trabalhadores de uma equipe de Saúde da Família (agente comunitária, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem), residentes em Medicina de Família e Comunidade e preceptores, com o objetivo de implementar a Estimativa Rápida Participativa (ERP) como estratégia de planejamento territorial. A atividade foi desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), contribuindo para a articulação entre prática assistencial, ensino e pesquisa. As atividades foram realizadas ao longo de quatro meses, entre março e julho de 2019, e envolveram levantamento documental, levantamento de dados

epidemiológicos e demográficos secundários, observações in loco, entrevistas abertas com usuários e lideranças comunitárias, além da realização de rodas de conversa com trabalhadores da saúde. As informações obtidas foram registradas em diário de campo e sistematizadas para categorização das necessidades identificadas.

Como resultado desse processo, foi construída uma matriz de intervenção contendo os principais eixos prioritários do território, suas respectivas problemáticas e as propostas de ação elaboradas de forma compartilhada com os atores envolvidos. Por se tratar de um relato de experiência em serviço, sem coleta de dados identificáveis e com enfoque exclusivamente descritivo-reflexivo, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto nas Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência ocorreu em um território com algumas particularidades. Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que concentra, em um mesmo espaço, seis equipes de Saúde da Família, o que determina uma área de abrangência de aproximadamente 18.000 usuários.

Durante o planejamento inicial, a equipe envolvida realizou reuniões para definição de objetivos, estratégias e instrumentos de coleta de dados. Nesta fase, também foi elaborado o roteiro de entrevista a ser utilizado com os informantes-chave do território.

A segunda etapa correspondeu ao levantamento de dados, incluindo tanto a coleta de informações secundárias, como dados demográficos e indicadores de saúde, quanto à realização de entrevistas com moradores, lideranças locais e profissionais estratégicos. Essa triangulação de fontes permitiu a ampliação da compreensão sobre as dinâmicas sociais e sanitárias do território.

Aplicar as entrevistas dentro do cronograma organizado foi bastante desafiador em decorrência da violência no território, o que refletiu diretamente na rotina dos trabalhadores da saúde e na vida dos moradores da área. Nesse contexto, houve uma série de intercorrências, como

fechamentos antecipados da unidade e suspensões de atividades externas no território, fato que impactou diretamente no cronograma de atividades.

Como parte da etapa de escuta qualificada da ERP, foram realizadas entrevistas abertas com informantes-chave do território. Entrevistou-se um enfermeiro da unidade de saúde, uma agente comunitária de saúde, um trabalhador da escola local e uma moradora da comunidade. A seleção dos entrevistados buscou captar diferentes perspectivas sobre as condições de vida, acesso a serviços, estrutura do território e funcionamento da unidade de saúde.

As entrevistas foram conduzidas pela equipe multiprofissional, gravadas e transcritas para um diário de campo, respeitando a espontaneidade e singularidade dos relatos. O conteúdo foi posteriormente sistematizado em categorias temáticas, permitindo identificar aspectos recorrentes e contrastantes entre os discursos.

A observação do território foi realizada de forma progressiva e articulada às entrevistas com informantes-chave, com apoio fundamental das agentes comunitárias de saúde. A circulação pelo território e a escuta atenta dos fluxos e dinâmicas locais proporcionaram insumos valiosos para a identificação de problemas e potencialidades, enriquecendo a compreensão contextual da equipe.

As entrevistas, por sua vez, passaram a influenciar diretamente o olhar da equipe durante as observações, ampliando a sensibilidade para aspectos até então invisibilizados no cotidiano. Esse processo de retroalimentação entre escuta e observação evidencia o valor metodológico de cada componente da ERP, reforçando sua complementaridade na construção de uma análise territorial mais completa, crítica e situada.

A ERP trouxe uma série de problemas à tona, levantados pela comunidade e identificados pela equipe no processo de observação do território e levantamento de dados. Em reunião de equipe, os problemas identificados como mais relevantes foram colocados em lista e em ordem de prioridade, permitindo-se a consolidação de uma matriz de intervenção, alinhando-se os

desafios identificados, objetivos traçados e estratégias para alcançá-los, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Matriz de intervenção da ERP: problemas priorizados, objetivos e estratégias

Problema identificado	Objetivo estabelecido	Ações estratégicas propostas
Ausência de espaços e recursos de lazer no território	Fortalecer grupos e atividades recreativas	Criação de grupo de convivência para adultos com foco em atividade física; criação de grupo de jovens com rodas de conversa, jogos e integração social
Distância física entre a unidade de saúde e a população adscrita	Aproximar a equipe de saúde da comunidade	Realização de ações de saúde externas com uso de consultório móvel ou espaços escolares; oferta de consultas e testagens no próprio território
Dificuldade de acesso à atendimento médico na UBS	Melhorar a qualidade da assistência e do acesso aos serviços oferecidos pela UBS.	Estimativa de demanda por atendimentos na unidade e da oferta de consultas médicas e de enfermagem.
Ausência de controle social e baixa participação comunitária nas decisões em saúde	Estimular o controle social e a participação popular	Organização e instituição de um Conselho Local de Saúde com representantes de trabalhadores, usuários e gestores

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

As ações propostas foram discutidas em reunião ampliada com a comunidade, sendo pactuadas metas e formas de acompanhamento. A matriz passou a ser usada como referência para o planejamento local.

Ao longo dos meses seguintes à execução da ERP, diversas ações concretas foram efetivadas em resposta e sinergicamente à matriz de intervenção delineada, contando com a participação de diversos atores. Entre os exemplos, pode-se destacar: criação de grupo de tabagismo; criação de grupo voltado à prática de atividade física; articulação de atendimentos em saúde no território utilizando-se consultório móvel disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde; reestruturação da agenda médica e de enfermagem para otimização dos fluxos, processos de trabalho e acesso a atendimento; e o envolvimento dos profissionais da equipe e residentes na conferência municipal de saúde, que ocorreu em abril daquele ano.

Desde o início de sua aplicação foi possível perceber o quão importante são ferramentas como a ERP para o serviço de saúde. Já na reunião para apresentação do projeto muitas informações importantes surgiram e

diversos problemas foram levantados. O fato de um tempo ser reservado para a equipe pensar sobre a realidade de seu próprio território foi bastante enriquecedor.

Com a evolução das etapas da ERP, notou-se que os dados e informações coletados foram fomentando muitos dos problemas levantados, dando corpo e maior robustez ao que foi previamente discutido, além de validar as informações e as perspectivas dos usuários e trabalhadores, complementando os dados duros captados na etapa anterior.

Os desafios foram diversos, destacando-se a dificuldade em conciliar a execução das etapas com a agenda assistencial. Apesar de ser presumidamente rápida, a estimativa envolve uma série de etapas, atores e processos passíveis de imprevistos, o que pode prolongar sua execução.

DISCUSSÃO

Desde a Declaração de Alma Ata, a orientação comunitária da APS é bem estabelecida. No parágrafo que define a APS, a palavra “comunidade” foi empregada três vezes, marcando o compromisso desse nível de atenção para com aqueles que não buscam ativamente por atendimento, bem com a compreensão dos diversos fatores biológicos, sociais, ambientais envolvidos na saúde.⁵

A importância da APS para a saúde comunitária e individual demanda constante avaliação e aprimoramento, a fim de garantir o potencial transformador desse nível de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o fortalecimento da qualidade do cuidado e de seu papel social.⁶ Além disso, a constante dinâmica populacional demanda a continuidade dos processos de construção e adaptação do serviço, de modo que o fortalecimento do vínculo com a população adscrita favorece a gestão das mudanças e contribui para a melhoria contínua da atenção em saúde.⁷

O cuidado integral em saúde contempla a garantia da participação do usuário nas decisões em saúde e compreendê-lo como parte integrante do processo de planejamento e avaliação. No entanto, o olhar do usuário ainda é pouco incluído nas práticas avaliativas, e quando ocorre se dá de forma representativa e não direta.⁸

Levando-se em consideração esse contexto de integralidade, as avaliações em saúde necessitam ampliar seu espectro, atualmente focado em indicadores quantitativos e dotados de maior objetividade, e abarcar a dimensão subjetiva com valorização de questões culturais, sociais e emocionais envolvidas. Para tanto, a diversificação metodológica é necessária no sentido de contemplar esses elementos.⁸

Alinhando-se a isso, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2001, definiu o conceito de qualidade nos serviços de saúde como o atendimento às necessidades e expectativas de ambos usuários e prestadores de serviço. Novamente observa-se a centralidade do usuário no processo de construção do serviço de saúde, sendo o atendimento às suas expectativas essencial para atingir a qualidade em saúde.⁹

Nesse sentido, a ERP vem ao encontro do planejamento participativo, pois propõe um diagnóstico das necessidades em saúde da população, levando em consideração as características culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas do território em que se inserem. Essa avaliação é feita pela própria população com o apoio da equipe de saúde envolvida.¹⁰ Seus princípios incluem envolver a comunidade na identificação de seus próprios problemas e a coleta de dados pertinentes. Trata-se da união de saberes e informações teóricas com as informações práticas que surgem do cotidiano, valorizando-se a experiência, a vivência e a percepção do usuário dentro de seu próprio território.

A experiência de poder trabalhar diretamente com planejamento participativo foi extremamente enriquecedora. Ao longo da etapa de diagnóstico situacional, por meio do uso de informantes-chave e observação ativa do território, a equipe foi surpreendida por demandas que não estavam contempladas nas discussões preliminares e que legitimamente apresentavam relação direta com a saúde da população. A ausência de equipamentos sociais, como quadras, praças e outros espaços para lazer, por exemplo, era entendido como a demanda mais urgente pelos profissionais de saúde e foi levantado como um dos principais problemas e dificuldades locais, com impacto direto na saúde mental e física dos moradores.

O lazer e o esporte exercem papel reconhecido na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida; contudo, pela natureza subjetiva desses fatores, muitas vezes são subvalorizados nas agendas de gestão.¹¹ O território é uma construção dinâmica e em constante transformação, marcada pelos fluxos populacionais e pelas interações sociais que o constituem. Dessa forma, compreender o território como espaço vivo e mutável implica considerar as modificações sugeridas pelos próprios indivíduos que nele atuam e convivem diariamente, reconhecendo seu saber experiencial como parte essencial do planejamento em saúde.¹²

Entre os desdobramentos da ERP, destaca-se a participação ativa dos profissionais da equipe na Conferência Municipal de Saúde, o que evidencia o papel das ferramentas de diagnóstico local na articulação entre a comunidade e os espaços ampliados de deliberação. Bem como sua atuação como instrumentos de mobilização e integração entre os diferentes níveis de gestão, fortalecendo a escuta qualificada e a corresponsabilização nas decisões que orientam os rumos das políticas públicas em saúde.

É possível perceber que a ERP atende bem aos princípios de um planejamento participativo, uma vez que contempla a multideterminação de diversas variáveis que impactam diretamente em pessoas e sistemas (questões econômicas, culturais, religiosas, sociais, educacionais).¹³ Frequentemente essa multideterminação acaba por ser subdimensionada e negligenciada quando não se dá voz à população.

Outro aspecto importante é justamente o choque de percepções que pode advir de metodologias avaliativas como a ERP. A questão de dificuldades de acesso foi bastante mencionada, mesmo a equipe envolvida não sendo a que se encontrava mais afastada do centro de saúde.

Para que a integralidade se concretize, é necessário que os serviços reconheçam e respondam de maneira oportuna às necessidades reais dos usuários. Nesse sentido, estudos recentes apontam que a ampliação da oferta de atendimentos de demanda espontânea é percebida como um dos principais fatores para a melhoria do acesso.¹⁴

A dificuldade no acesso ao serviço afasta o indivíduo da identificação com a unidade de seu território e reforça a descrença no sistema de saúde, uma vez que o usuário tende a se sentir desamparado justamente no momento de maior necessidade.¹⁵ Esse distanciamento simbólico e prático entre população e unidade básica fragiliza o vínculo longitudinal, essencial para a consolidação dos princípios da APS e para a efetividade do cuidado integral. Quando o usuário não reconhece a UBS como um espaço de acolhimento e resolução de suas demandas, há maior tendência de buscar atendimentos em serviços de urgência ou recorrer à automedicação, o que contribui para a fragmentação do cuidado, sobrecarga do sistema de saúde e o agravamento de condições de saúde evitáveis, bem como para a redução da resolutividade da APS.¹⁵

Apesar do amplo reconhecimento teórico e prático da relevância da participação social na construção da APS, a ausência de controle social e a baixa mobilização comunitária nas decisões em saúde foram identificadas como fragilidades no território, sendo, portanto, incluídas na matriz de problemas. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) reafirma a participação social como princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e componente essencial da gestão democrática.¹⁶ Nesse sentido, o fortalecimento desses espaços de participação é fundamental para o empoderamento local e a corresponsabilização social, promovendo maior equidade e democratização da saúde.⁷

Apesar de tratar-se de uma estratégia de fácil aplicabilidade, rápida e com baixa tecnologia e custos envolvidos,¹⁰ a ERP carrega consigo uma complexidade inerente ao planejamento participativo.¹³ Diversas dificuldades foram observadas ao longo do diagnóstico situacional e da fase de implementação.

As principais dificuldades estavam relacionadas à inserção das atividades (entrevistas, levantamento de dados secundários) na rotina, de forma a não comprometer a assistência. Além disso, diversas intercorrências acabaram por atrasar a programação prevista em cronograma, como a violência no território, afastamento de profissionais envolvidos no planejamento, pouca disponibilidade de tempo, escassez de dados secundários, ausência de mapas fidedignos à atual conformação do território, entre outros.

Outra fragilidade da ERP como estratégia para promoção de um planejamento participativo é que a participação da população é apenas representativa, uma vez que apenas informantes-chave são ouvidos. Essa característica pode acabar por subvalorizar e não conceder visibilidade para questões importantes dentro do território às quais os informantes entrevistados não sejam sensíveis.

Apesar de todos os entraves, a ERP suscitou uma série de movimentos dentro da equipe, no sentido de atender a demandas da população, que antes não eram devidamente contempladas. Além disso, foi capaz de aproximar e dar legitimidade às necessidades locais.

O planejamento participativo surge no sentido de conciliar a agenda de prioridades de diferentes atores (profissionais de saúde e comunidade), valorizando o usuário como indivíduo capaz de perceber, expressar suas necessidades e contribuir para o processo de melhoria dos serviços em saúde, sendo, portanto, um instrumento promotor da integralidade dentro de nosso sistema de saúde. Atua também como um garantidor da participação social, cujas origens remontam a Reforma Sanitária Brasileira, perpassam a construção do SUS e da própria democracia brasileira¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de aplicação da Estimativa Rápida Participativa demonstrou ser uma potente ferramenta para o planejamento em saúde na Atenção Primária, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais. A metodologia possibilitou a escuta qualificada da população, a identificação de demandas reais e o fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade.

O envolvimento interprofissional e intersetorial, somado à participação ativa dos usuários, favoreceu a construção coletiva de estratégias e soluções que dialogam com o cotidiano local. A matriz de intervenção elaborada reflete a capacidade da ERP em promover ações concretas, orientadas por prioridades e pactuadas com os diversos atores do território.

Ademais, o processo permitiu o desenvolvimento de competências em planejamento e avaliação participativa, ampliando a atuação crítica dos profissionais envolvidos e fomentando o protagonismo social. Reforça-se, assim, o potencial da ERP como uma tecnologia leve, acessível e eficaz para apoiar a transformação de realidades locais na saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

1. de Campos FCC, de Faria HP, dos Santos MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde [Internet]. 3ª ed. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon), organizador. Belo Horizonte: Coopmed; 2012. 114 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2778.pdf>
2. Minayo MCS. Determinação social, não! Por quê? Cad Saude Publica [Internet]. 2021 [citado 16 nov. 2025];37(12):e00010721. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qCJn9YH3zYqFSWt5dcvPfqC/?lang=pt>
3. Fernandes MA, Castro AED, Soares ÉMC. Rapid Estimation Technique: strategies for promoting community health. 2013;2(3):83–7.
4. Kleba ME, Duarte TDF, Romanini A, Cigognini DC, Althaus IR. Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. Rev Grifos. 2016;24(38/39):159.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília – DF: Ministério da Saúde; 2002 [citado 16 nov. 2025]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
6. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, De Almeida PF, Martins CL, Mota PHDS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Cienc Saude Colet (Impr) [Internet]. 2017 [citado 16 de novembro de 2025];22(4):1141–54. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000401141
7. Buziquia SP, Junges JR, Lopes PP da S, Nied C, Gonçalves TR. Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Saúde e Sociedade [Internet]. 2023 [citado 16 nov. 2025];32(1):e220121pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DmJfByh5D7GXMpkd7cdfwph/?format=html&lang=pt>
8. Pinheiro R, Martins PH. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009. Coedição: IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO. 376 p.
9. Venâncio SI, et al. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo. Temas em Saúde Coletiva. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. 112 p.
10. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Fazendo um Diagnóstico da Situação de Saúde da População e dos Serviços de Saúde. Planej Saude. 1998;2:19–26.
11. Gutierrez GL, Vilarta R, Mendes RT. Políticas públicas qualidade de vida e atividade física. Unicamp. Campinas, SP: IPES Editorial; 2011. 193 p.
12. Santos M. O retorno do território. São Paulo - SP: HUCITEC/Annablume; 2002.

13. Reginaldo J, Parente F. Planejamento Participativo Em Saúde. Sanare. 2011;(1):54-61.
14. da Silva AKP, Pedrosa CM, Xavier MF, Santos LMP. Foco na satisfação dos usuários como estratégia participativa para fomentar o acesso e a qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Saude Soc. 2023;32(suppl 1).
15. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface Comunic Saude Educ [Internet]. 2010 [citado 17 nov. 2025];14(35):797–810. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/s8cNLSz8pCr4mtMhGJrKhGJ/?lang=pt>
16. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Política Nacional da Atenção Básica [Internet]. 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
17. Paim JS. Participação Social em Saúde no Brasil: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das jornadas de junho. Cad Ibero-Am Direito Sanit. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2023.