Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813) v.12 n.3 (2026)
DOI: 10.18310/2446-4813.2026v12n3.5141

Relato de Experiência

Semáforo dos determinantes: dispositivo pedagógico reflexivo para aprender equidade e determinação social na Estratégia Saúde da Família

Determinants traffic light: a reflective pedagogical device for learning equity and social determination in Family Health Strategy

Semáforo de los determinantes: dispositivo pedagógico reflexivo para aprender equidad y determinación social en la Estrategia de Salud de la Familia

Denival Alves Melo
Graduando em Enfermagem; Universidade Federal do Pará Instituição, Belém, PA, Brasil;
E-mail: denival.melo@ics.ufpa.br; ORCID: 0009-0004-5747-4466

Brenda Leticia Castro de Oliveira
Graduanda em Enfermagem; Universidade Federal do Pará Instituição, Belém, PA, Brasil;
E-mail: brenda.castro.oliveira@ics.ufpa.br; ORCID: 0009-0009-2439-9849

Leonardo Mafurywe
Graduando em Enfermagem; Universidade Federal do Pará Instituição, Belém, PA, Brasil;
E-mail: leomafurywe11@gmail.com; ORCID: 0009-0005-9560-496X

Alex Ramos Marques Amanayé
Graduado em Enfermagem; Universidade Federal do Pará Instituição, Belém, PA, Brasil;
E-mail: alex.marques@ics.ufpa.br; ORCID: 0009-0007-2588-0293

Pâmela Correia Castro
Mestre em Enfermagem; Universidade Federal do Pará Instituição, Belém, PA, Brasil;
E-mail: pamela.castro@ics.ufpa.br; ORCID: 0000-0001-9027-7932

Nádile Juliane Costa de Castro
Doutora e Ciências Socioambientais; Universidade Federal do Pará Instituição, Belém, PA, Brasil;
E-mail: nadiledecastro@ufpa.br; ORCID: 0000-0002-7675-5106

Contribuição dos autores: DAM e NJCC contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito e atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. BLCO, LM, ARMA participaram da coleta e análise dos dados, bem como da redação e revisão do manuscrito. PCC contribuiu com a escrita e revisão final do manuscrito e atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na 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.

Resumo: Objetivo: analisar a dinâmica participativa como estratégia pedagógica para desenvolver a leitura territorializada e o raciocínio crítico na formação em Enfermagem, na Estratégia Saúde da Família, no contexto do ensino de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Método**: relato de experiência, desenvolvida no contexto do ensino de Saúde Coletiva, em curso de uma universidade federal da Região Norte do Brasil, da qual participaram 40 estudantes de graduação em Enfermagem, um bolsista e três voluntários e um docente. A atividade foi organizada em três momentos: ação inicial; reflexão sobre a ação; e nova ação no percurso da ação. **Resultado**: a dinâmica produziu deslocamentos interpretativos, com substituição de explicações individualizantes por análises centradas em acesso real, em território e em condições materiais de organização do serviço. O mapa visual resultante da dinâmica permitiu distinguir determinantes estruturais e intermediários, evidenciando sua articulação na continuidade do cuidado. Os grupos elaboraram propostas, com ênfases em acolhimento, em busca ativa, em seguimento familiar e em articulação entre escola e assistência social. **Considerações finais**: a experiência mostrou potencial para fortalecer aprendizagens orientadas à equidade e à determinação social, com viabilidade, com baixo custo e com possibilidade de replicação em outros contextos educativos.

Palavras-chave: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Educação em Enfermagem; Equidade em Saúde; Aprendizagem.

Abstract: Objective: To analyze participatory dynamics as a pedagogical strategy for developing territorialized reading and critical thinking in nursing education, within the Family Health Strategy, in the context of Public Health Nursing Education. **Method**: This is an experience report based on an activity conducted in the context of Public Health education at a federal university of the Northern Region of Brazil, involving 40 undergraduate Nursing students, one scholarship recipient, three volunteers, and one faculty member. The activity was organized into three phases: initial action; reflection on the action; and a new action within the course of the activity. **Result**: The exercise led to shifts in interpretation, with individual-focused explanations being replaced by analyses centered on actual access, the local context, and the material conditions governing the organization of the service. The visual map resulting from the exercise made it possible to distinguish between

Recebido em: 10/02/2026

Aprovado em: 22/09/2026

Editora responsável: Fabiana Mânica Martins

structural and intermediate determinants, highlighting their interconnection in the continuity of care. The groups developed proposals, emphasizing intake, active outreach, family follow-up, and coordination between schools and social services. **Final considerations**: The experience demonstrated potential for strengthening learning oriented toward equity and social determination; it was feasible, low-cost, and replicable in other educational contexts.

Keywords: Nursing; Primary Health Care; Nursing Education; Health Equity; Learning.

Resumen: Objetivo: analizar la dinámica participativa como estrategia pedagógica para desarrollar la lectura territorializada y el razonamiento crítico en la formación en Enfermería, en el marco de la Estrategia de Salud Familiar, en el contexto de la enseñanza de la Enfermería en Salud Colectiva. **Método**: relato de una experiencia llevada a cabo en un contexto de enseñanza de Salud Colectiva, en un curso de una universidad federal de la Región Norte de Brasil, en la que participaron 40 estudiantes de pregrado en Enfermería, un becario, tres voluntarios y un docente. La actividad se organizó en tres etapas: acción inicial; reflexión sobre la acción; y nueva acción en el transcurso de la misma. **Resultados**: la dinámica generó cambios interpretativos, con la sustitución de explicaciones individualistas por análisis centrados en el acceso real, en el territorio y en las condiciones materiales de organización del servicio. El mapa visual resultante de la dinámica permitió distinguir los determinantes estructurales e intermedios, poniendo de manifiesto su articulación en la continuidad de la atención. Los grupos elaboraron propuestas, con énfasis en la acogida, la búsqueda activa, el seguimiento familiar y la articulación entre la escuela y la asistencia social. **Consideraciones finales**: la experiencia demostró su potencial para fortalecer aprendizajes orientados a la equidad y a la determinación social, con viabilidad, bajo costo y con posibilidad de replicarse en otros contextos educativos.

Palabras clave: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Educación en Enfermería; Equidad en Salud; Aprendizaje.

INTRODUÇÃO

No Brasil, e principalmente em regiões como a da Amazônia, a Atenção Primária à Saúde (APS) é sustentada por práticas orientadas por singularidades, por territorialização, por longitudinalidade, por vínculo e por coordenação do cuidado[1]. Contudo, seu potencial de integralidade é tensionado por desigualdades estruturais e por processos de vulnerabilização, sobretudo em territórios com barreiras persistentes de acesso e oferta de cuidados[1,2]. Nesse cenário, as necessidades de saúde manifestam trajetórias sociais e históricas atravessadas por assimetrias no acesso a direitos, contexto que exige abordagens ampliada e crítica sobre o processo saúde-doença.

No campo da Saúde Coletiva, este estudo adota a perspectiva da Determinação Social da Saúde, tal como formulada por Breilh[3], a partir da epidemiologia crítica latino-americana, que compreende o processo saúde-doença como resultado de produções histórica e social, condicionadas por relações de poder e por distribuições desiguais de condições de vida.

Essa perspectiva se distingue da abordagem dos determinantes sociais da saúde, de caráter mais descritivo e centrada em fatores de risco isolados, proposta por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde. Ao evidenciar como itinerários de cuidado são condicionados por barreiras materiais, simbólicas e institucionais[4,5], a Determinação Social da Saúde confronta explicações baseadas na responsabilização moral do sujeito e fundamenta uma racionalidade clínico-político-sanitária coerente com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar do potencial crítico da perspectiva, sua operacionalização no ensino de Enfermagem permanece um desafio concreto, uma vez que persistem pedagogias centradas na transmissão de conteúdos e na fragmentação do cuidado, além de baixa mobilização para a execução de análises sobre desigualdades como dimensões estruturantes da prática profissional[6,7]. A formação, nesse modelo, tende a produzir leituras individualizantes do adoecimento, dissociadas das condições territoriais e materiais de vida dos sujeitos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa lacuna evidencia a necessidade de dispositivos, que articulem experiência, problematização e síntese coletiva, sustentando uma formação alinhada à equidade e à APS[8].

A incorporação de metodologias conectadas ao território pode favorecer uma leitura crítica das relações entre vulnerabilidades e adoecimento, estimulando proposições que extrapolem o escopo intraserviço[8]. Ao trabalhar situações concretas do cotidiano da ESF, incluindo dimensões socioambientais, como alagamentos, precariedade habitacional e barreiras de mobilidade, que incidem sobre a promoção de cuidados, cria-se espaço para discutir acesso, rede, precarização e desproteção social como componentes da resolutividade, reforçando a necessidade de respostas intersetoriais para o enfrentamento das iniquidades[1,9].

A dimensão socioambiental compõe, de forma crescente, o cotidiano da ESF em territórios amazônicos, em que alagamentos, precariedade habitacional e exposição a riscos ambientais aprofundam desigualdades e condicionam o acesso ao cuidado[10-13]. Esse cenário reforça a necessidade de que a formação em Enfermagem contemple as leituras ecológica e territorializada do processo saúde-doença como componente da análise crítica da Determinação Social da Saúde[14,15].

Nesse cenário, surge o seguinte questionamento: como uma dinâmica pedagógica participativa ancorada em um caso da ESF pode operar como dispositivo pedagógico para o desenvolvimento do raciocínio crítico sobre Determinação Social da Saúde no ensino de Saúde Coletiva em Enfermagem?

Esse estudo teve, como objetivo, analisar a dinâmica participativa como estratégia pedagógica para desenvolver a leitura territorializada e o raciocínio crítico na formação em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família, no contexto do ensino de Enfermagem em Saúde Coletiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido no contexto do ensino de Saúde Coletiva em um curso de uma universidade federal da Região Norte do Brasil. A experiência ocorreu em aula presencial da disciplina Saúde Coletiva, estruturada como atividade de aprendizagem ativa, centrada em análise de estudo de caso, em argumentação coletiva e em construção de síntese visual. O relato descreve a implementação de uma dinâmica participativa estruturada — o *Semáforo dos Determinantes* — como

dispositivo pedagógico para o ensino da Determinação Social da Saúde no contexto da APS.

Participaram da experiência 40 estudantes de graduação em Enfermagem, regularmente matriculados na disciplina, além de um bolsista de monitoria, de três voluntários e de um docente, responsável pela condução da atividade. A ação foi desenvolvida como componente do processo de ensino-aprendizagem, sem seleção prévia ou critérios de exclusão.

A estrutura da experiência se fundamenta na proposta do profissional reflexivo, de Schön[16], que concebe a aprendizagem como movimentos contínuo e articulado entre três tempos: a ação inicial, que aciona saberes prévios, diante de uma situação-problema; a reflexão sobre a ação, que produz distanciamento analítico e reelaboração do que foi feito; e a nova ação no percurso, que incorpora os aprendizados e que reorienta as respostas.

Esse referencial guia a estrutura da intervenção pedagógica, deliberadamente organizada nestes três tempos, e as lógicas de sistematização e de análise da experiência, nas quais os registros produzidos em cada momento são tratados como evidências do processo reflexivo em curso.

A intervenção foi organizada em três momentos articulados.

No primeiro momento, de ação inicial, foi apresentado um caso narrativo situado na ESF aos estudantes, elaborado para evidenciar a articulação entre condição crônica descompensada, sintomas respiratórios em criança, sofrimento psíquico e barreiras territoriais de acesso, incluindo alagamento, precariedade habitacional e dificuldades de deslocamento. O caso foi lido coletivamente e discutido brevemente, para identificação inicial das dimensões presentes. Posteriormente, os 40 estudantes foram organizados em nove grupos, cada qual com um foco analítico específico, com os objetivos de ampliar a diversidade interpretativa e de evitar repetição de respostas.

No segundo momento, de reflexão sobre a ação, foi aplicada a dinâmica Semáforo dos Determinantes. Cada grupo recebeu um conjunto de três adesivos coloridos (verde, amarelo e vermelho), correspondentes aos determinantes mais central, secundário e menos central na explicação do caso, respectivamente. Os grupos discutiram internamente, escolheram um determinante para cada cor e registraram sua justificativa, com base em evidências do texto.

As escolhas foram fixadas em painel coletivo no quadro, visível a todos, construindo um mapa visual compartilhado das interpretações. Na plenária subsequente, cada grupo apresentou suas escolhas e justificativas, abrindo debate sobre convergências, divergências e relações entre os determinantes identificados. O docente atuou como mediador, provocando o questionamento de leituras individualizantes e estimulando a identificação de determinantes intermediários e estruturais e suas articulações.

No terceiro momento, de nova ação no percurso, os grupos elaboraram sínteses curtas, contendo os determinantes priorizados e as propostas de ações de cuidado orientadas pela equidade. As sínteses foram apresentadas oralmente e organizadas em torno de eixos de resposta: reorganização do cuidado; busca ativa; acolhimento; e articulação intersetorial entre escola, assistência social e redes comunitárias.

A análise foi conduzida de forma descritivo-interpretativa, orientada pelo referencial de Schön[16], assim os registros de cada momento foram examinados, em busca de evidências de reelaboração interpretativa, pelos estudantes, identificadas pela substituição de categorias moralizantes — como "não adesão" e "falta de responsabilidade" — por categorias analíticas, centradas em condições materiais, em barreiras de acesso e em formas de organização do serviço — esse movimento de deslocamento interpretativo constitui a categoria analítica central do relato.

A experiência foi conduzida no âmbito das atividades regulares de ensino da disciplina, para fins de ensino e de educação, e o estudo foi considerado em conformidade com atividades, com o intuito exclusivo de servir como prática de educação, sem a necessidade de passar por avaliação do sistema CEP/CONEP, conforme item VIII da Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016.

RESULTADO DA EXPERIÊNCIA

Primeira ação: disparo problematizador e organização dos grupos

A experiência se iniciou com a apresentação de um caso situado na ESF, elaborado para evidenciar que o adoecimento e as barreiras de continuidade do cuidado decorrem da articulação entre condições concretas de vida, dinâmicas territoriais e modos de organização do serviço. O caso integrou dimensões clínicas e sociais (condição crônica descompensada em adulto, sintomas respiratórios em criança e sofrimentos psíquicos), associadas a fatores territoriais e ambientais (alagamentos, umidade/mofo, fumaça no entorno) e a obstáculos de acesso (dificuldades de deslocamento, falta de chuva, ausência de cuidador e baixa resolutividade percebida). Essa composição favoreceu o reconhecimento do caso como fenômeno complexo e multicausal, coerente com a lógica territorializada da APS/ESF.

Após a leitura, os estudantes foram organizados em nove grupos, com focos analíticos distintos (renda e trabalho; moradia e território; ambiente e clima; acesso e acolhimento; redes de apoio; e intersetorialidade). Esse arranjo ampliou a diversidade interpretativa e orientou uma leitura coletiva integrada da determinação social, evitando a redução do debate à dimensão clínica. Observou-se maior fluidez na problematização inicial, com identificação de vulnerabilidades sociais, institucionais e socioambientais, indicando que a resolutividade na ESF depende de interpretações relacionais e de decisões orientadas por equidade, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxo de aplicação da aprendizagem baseada em caso



Fonte: elaborada pelos autores.

Reflexão sobre a ação: construção do “Mapa do Semáforo” e deslocamentos interpretativos

A etapa central consistiu na aplicação do Semáforo dos Determinantes, utilizando adesivos para classificar, coletivamente, o peso explicativo dos determinantes presentes no caso. Cada grupo definiu um determinante como “verde” (mais determinante), um, como “amarelo” (secundário) e um, como “vermelho” (menos central), justificando as escolhas com evidências do texto. O painel construído no quadro converteu interpretações individuais em um mapa visual compartilhado, favorecendo a comparação de leituras e a compreensão do caso como redes causal e relacional.

O painel revelou dispersão na classificação dos determinantes intermediários, com variações entre os grupos, conforme o foco analítico atribuído. Contudo, observou-se convergência expressiva nos determinantes estruturais: moradia instável e fragilidade de proteção social concentraram a maior parte dos adesivos verdes, independentemente do foco de cada grupo, escolha que evidenciou que, mesmo partindo de ângulos distintos de análise, os estudantes identificaram as condições estruturais de vida — e, não, a conduta familiar — como núcleo explicativo das descontinuidades terapêuticas do caso.

Na plenária, observaram-se deslocamentos analíticos relevantes. Grupos que, na leitura inicial, formularam o problema com expressões individualizantes — como "falta de cuidado com a saúde" — passaram a argumentar, após a construção do mapa visual e o debate coletivo, com categorias analíticas centradas em condições estruturais — como "o acesso depende de condições que a família não controla". Esse movimento evidencia a substituição de uma leitura moralizante por outra, orientada pela Determinação Social da Saúde, na qual a causalidade deixa de ser atribuída ao indivíduo e passa a ser reconhecida nas condições materiais, territoriais e institucionais que condicionam as trajetórias de cuidado.

Nova ação no percurso: síntese aplicada e respostas orientadas por equidade

Na etapa final, os grupos apresentaram sínteses sobre os determinantes priorizados e as propostas de ações. As proposições se concentraram em busca ativa e em reorganização dos modos de cuidado, com centralidades no

acolhimento e na resolutividade. Entre as propostas elaboradas, destacaram-se: visita domiciliar articulada com agente comunitário, para mapeamento de condições habitacionais, e para encaminhamento ao CRAS, buscando acesso a benefícios de proteção social; e articulação com escola, com assistência social e com iniciativas comunitárias, reconhecendo que a redução de vulnerabilidades exige rede ampliada e respostas territorializadas para além do serviço.

A dimensão socioambiental se destacou como agravante e condicionante do acesso, ao incidir sobre sintomas respiratórios, sobre mobilidade e sobre exposição cotidiana a riscos. Ao final, consolidou-se a noção de que a ESF demanda práticas, que articulem clínica ampliada, equidade e intersetorialidade como condições de cuidado integral, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Núcleo persistente de aprendizagens produzidas pela dinâmica



Fonte: elaborada pelos autores.

Em conjunto, os resultados indicam que a dinâmica funcionou como um dispositivo de mediação pedagógica, capaz de transformar a descrição de um caso em análise crítica da determinação social, ao evidenciar o modo pelo qual os processos estruturais e territoriais operam como “determinantes de determinantes” na produção de vulnerabilidades.

DISCUSSÃO

A experiência evidencia que uma dinâmica participativa, ancorada em um caso da ESF, pode operar como tecnologia pedagógica para reorientar o olhar do graduando de Enfermagem sobre o processo saúde-doença. Conforme evidenciado nos resultados, a convergência entre os grupos nas

identificações de moradia instável e de fragilidade de proteção social como determinantes centrais, independentemente do foco analítico atribuído por cada grupo, indica que o caso efetivamente serviu como disparador de uma leitura estrutural das iniquidades.

Ao deslocar o foco do problema clínico para a relação entre território, condições de vida e formas de organização do serviço, os estudantes entenderam que o cuidado na APS é atravessado por desigualdades e limites institucionais, que modulam o acesso e a continuidade terapêutica[1,2]. Assim, a dinâmica utilizada oportuniza a compreensão crítica da determinação social e o estímulo a proposições que extrapolem o âmbito estritamente assistencial.

A leitura produzida pelo exercício Semáforo dos Determinantes se aproxima da perspectiva crítica[3], ao tratar a determinação social como processo histórico e político e, não, como inventário de fatores. Esse movimento foi documentado nos resultados, pela substituição de formulações individualizantes, como "falta de cuidado com a saúde", por categorias analíticas, como "o acesso depende de condições que a família não controla", evidenciando a presença de inflexões interpretativas concretas na linguagem mobilizada pelos estudantes. O deslocamento de categorias moralizantes para analíticas indicou desvios relevantes: a causalidade deixou de ser atribuída ao indivíduo e passou a ser reconhecida na incorporação das desigualdades às trajetórias de cuidado. Com isso, a equidade emerge como critério prático de decisão na APS[8].

A análise do caso funcionou como disparador de problematização do cotidiano da ESF, ao integrar condições crônicas, sintomas respiratórios, sofrimentos psíquicos e barreiras territoriais, favorecendo uma leitura de complexidade, na qual condição clínica e vida cotidiana se imbricam. A composição multicausal do caso — que articulou deliberadamente dimensões clínicas, territoriais e socioambientais — foi o que possibilitou, já no primeiro momento, a identificação de vulnerabilidades para além da dimensão assistencial. Esse tipo de construção pedagógica é especialmente relevante em contextos com obstáculos estruturais de acesso[8], nos quais a continuidade do cuidado depende de capacidade institucional e de respostas orientadas por desigualdades[1].

Da mesma forma, a organização em nove grupos, por focos distintos, ampliou a densidade do debate e favoreceu a síntese coletiva integrada das vulnerabilidades sociais, institucionais e ambientais, em consonância com as tensões contemporâneas da APS, que afetam a sustentação da ESF[2]. Nesse caminho, a dispersão observada no painel não indicou incoerência, mas revelou a natureza multidimensional da Determinação Social da Saúde, pois cada ângulo de entrada iluminava uma camada do mesmo fenômeno, cuja integração só se tornou visível na plenária coletiva. Isso deu subsídios para discutir problemas emergentes e relações com as singularidades regionais, haja vista que o cenário foi a Amazônia.

Já o *Mapa do Semáforo* transformou percepções dispersas em visualidade compartilhada, fortalecendo uma argumentação ancorada em evidências do caso e em leituras críticas do território e do serviço. Essa mediação explicitou que determinantes intermediários e estruturais[3] se articulam e se reforçam no tempo, produzindo descontinuidades terapêuticas, que não podem ser interpretadas como falhas individuais. No debate coletivo, a organização do serviço emergiu como dimensão explicativa, mostrando que acesso não se reduz à existência formal do cuidado, mas envolve acolhimento, resposta e continuidade, elementos centrais em territórios vulnerabilizados[1,2].

Pedagogicamente, a experiência se fortalece, à luz do profissional reflexivo[16], ao explicitar raciocínios, revisar premissas e reorientar decisões, por meio de três tempos articulados, que produziram movimentos distintos e progressivos: o caso disparou a problematização; o "Semáforo" produziu o deslocamento interpretativo; e a síntese aplicada traduziu este deslocamento em proposições de cuidado orientadas por equidade, confirmando a pertinência da estrutura reflexiva como organizador pedagógico.

Esse movimento favorece aprendizagem situada e é estratégico na APS, em que decisões se dão sob complexidade e exigem articulações entre conhecimento técnico, leitura social e responsabilidade sanitária. A dinâmica também se alinha a processos de aprendizagem orientados à equidade nas formações em Enfermagem, ao mobilizar protagonismo discente e reflexão crítica sobre a prática social da profissão[8].

Nesse movimento, a dimensão socioambiental atuou como amplificadora de desigualdades, ao condicionar sintomas respiratórios e impor barreiras de mobilidade e de acesso, reposicionando clima e ambiente como componentes do cuidado na ESF. Essa leitura converge com reflexões sobre APS e sobre mudanças climáticas[12] e com a necessidade de incorporar sustentabilidade e competências ao enfrentamento da crise climática na formação em Enfermagem[15].

O momento de síntese aplicada reforçou a equidade como prática operativa, ao ligar reorganização do cuidado, busca ativa, acolhimento e proposições intersetoriais, em diálogo com redes, com participação e com Educação permanente em saúde[9,6]. As propostas elaboradas pelos grupos, que incluíram articulação com escola, com assistência social e com iniciativas comunitárias, evidenciaram que o deslocamento interpretativo produzido pelo "Semáforo" teve efeito direto sobre a qualidade das respostas produzidas, ampliando o escopo da racionalidade clínica para uma racionalidade clínico-político-sanitária. Portanto, a dinâmica produziu deslocamentos interpretativos compatíveis com a determinação social crítica[3] e com a formação orientada pela prática reflexiva[16].

Ao juntar território, serviço e dimensão socioambiental, a experiência reafirmou que formar enfermeiros para a APS implica desenvolver competências para interpretar iniquidades e para produzir cuidados integrais em cenários complexos, indicando potencial de replicação e contribuição à transformação social no percurso formativo[8,7].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica aqui descrita favoreceu a compreensão crítica dos determinantes sociais da saúde, ao deslocar leituras individualizantes para interpretações territorializadas das vulnerabilidades. Igualmente, por articular condições de vida, barreiras de acesso e modos de organização do serviço, a atividade estimulou raciocínio analítico e proposições de cuidado, robustecendo a equidade como critério prático na APS. Tal evidencia que a dinâmica qualificou a compreensão dos DSS e orientou a elaboração de respostas mais integradas ao cotidiano da ESF.

Como limitações, destaca-se que a experiência foi realizada em uma única turma, sem contar com avaliações pré e pós-intervenção, que permitissem mensurar mudanças de modo mais objetivo. Além disso, os achados derivam de registros pedagógicos e de sínteses coletivas, o que restringe inferências sobre a permanência das aprendizagens e sobre a tradução destas em competências no serviço.

Por outro lado, a experiência revelou importantes contribuições para a formação em Enfermagem voltada à APS, bem como promoveu reflexões críticas sobre as vulnerabilidades sociais, institucionais e ambientais, além da articulação entre clínica, território e aspectos socioambientais. O protagonismo discente e a dinâmica participativa favoreceram a construção coletiva de propostas de cuidado orientadas por equidade, igualmente, estimulando a interpretação de iniquidades e a proposição de respostas integradas.

Pesquisas futuras podem avaliar a efetividade da estratégia por delineamentos mistos e por acompanhamento longitudinal, incluindo instrumentos padronizados e aplicação em diferentes turmas, disciplinas e contextos.

REFERÊNCIAS

1. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Access barriers to primary health care in remote rural municipalities in Western Pará, Brazil. Trab Educ Saude. 2022;20:e00616. doi:10.1590/1981-7746-ojs616.

2. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. Saude Debate. 2023;47(137):13-30. doi:10.1590/0103-1104202313701.

3. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Publica. 2013;31(supl 1):13-27. Disponível em: http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

4. Fracon BRR, Ribeiro LC, Ferreira JBB, Santos LL. Conhecimento e aplicabilidade da classificação familiar como estratégia de enfrentamento às iniquidades: a experiência do trabalhador da saúde. Physis. 2023;33:e33015. doi:10.1590/S0103-7331202333015.

5. Ventura MWS, et al. Social determinants and access to health services in patients with COVID-19: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2024;58:e20230324. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0324pt.

6. Ferraz EM, Mendonça FF, Carvalho BG, et al. A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras. Saude Debate. 2022;46(spe6):217–27. doi:10.1590/0103-11042022E619.

7. Mendes RM, et al. Uso de estratégias inovadoras e metodologias ativas no ensino da Saúde Coletiva em cursos de graduação: revisão de escopo. Interface (Botucatu). 2024;28:e230225. doi:10.1590/interface.230225.

8. Castro NJC, Araújo JDSA, Santos RA, Castro PC, Santos DDN, Nascimento MTA, Mesquita DS. Processos de aprendizagem sobre equidade para reflexão da prática social da Enfermagem. REME Rev Min Enferm. 2023;27. doi:10.35699/2316-9389.2023.42296.

9. Buziquia SP, Junges JR, Lopes PPS, Nied C, Gonçalves TR. Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Saude Soc. 2023;32(1):e220121. doi:10.1590/S0104-12902023220121pt.

10. Harris-Glenville F, Cloos P. "I think they should give primary health care a little more priority": primary health care in Caribbean SIDS and adaptation to climate change. BMC Prim Care. 2024;25:65. doi:10.1186/s12875-024-02311-w.

11. Nogueira PTA, et al. A necessidade de construção de assistência e Vigilância em Saúde no contexto das mudanças climáticas. Saude Debate. 2024;48(spe1):e8696. doi:10.1590/2358-28982024E18696P.

12. Rebolledo ES, Santos RV, Araújo JM. Convergências entre planejamento de atenção primária em saúde e as mudanças climáticas. Saude Soc. 2022;31(4):e220059pt. doi:10.1590/S0104-12902022220059pt.

13. Wiskel T, Miles TT, Fonteyn M, et al. Frontline clinic perspectives on climate change, human health, and resilience. BMC Prim Care. 2024;25:399. doi:10.1186/s12875-024-02622-y.

14. Walsh SJ, O'Leary A, Bergin C, et al. Primary healthcare's carbon footprint and sustainable strategies to mitigate its contribution: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2024;24:1630. doi:10.1186/s12913-024-12068-8.

15. Furukawa PO, et al. Por que não podemos esperar mais? Competências de sustentabilidade e o currículo de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220813. doi:10.1590/0034-7167-2022-0813pt.

16. Schön DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2000. 256 p.