

FUNDAMENTOS, POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA NO *Contexto Amazônico*



**FUNDAMENTOS, POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE
COLETIVA NO CONTEXTO AMAZÔNICO**



Organizadores
Gleidilene Freitas da Silva
Renilma da Silva Coelho
Glenda Rama Oliveira da Luz
Giovanna Rosario Soanno Marchiori
Carla Araújo Bastos Teixeira
Paulo Sérgio da Silva

FUNDAMENTOS, POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA NO CONTEXTO AMAZÔNICO

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORIA INOVAR
2025

Copyright © dos autores.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons



Editora-chefe: Liliane Pereira de Souza

Diagramação: Editora Inovar

Capa: Juliana Pinheiro de Souza

Revisão de texto: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alexsande de Oliveira Franco
Prof. Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
Prof. Dr. Arlindo Costa
Profa. Dra. Care Cristiane Hammes
Profa. Dra. Carla Araújo Bastos Teixeira
Prof. Dr. Carlos Eduardo Oliveira Dias
Prof. Dr. Claudio Neves Lopes
Profa. Dra. Dayse Marinho Martins
Profa. Dra. Débora Luana Ribeiro Pessoa
Profa. Dra. Elane da Silva Barbosa
Prof. Dr. Francisco das Chagas de Loiola Sousa
Prof. Dr. Gabriel Mauriz de Moura Rocha
Profa. Dra. Geyanna Dolores Lopes Nunes
Prof. Dr. Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

Profa. Dra. Ivonalda Brito de Almeida Morais
Profa. Dra. Janine Silva Ribeiro Godoy
Prof. Dr. João Vitor Teodoro
Profa. Dra. Juliani Borchardt da Silva
Prof. Dr. Leonardo Jensen Ribeiro
Profa. Dra. Lina Raquel Santos Araujo
Prof. Dr. Márcio Mota Pereira
Prof. Dr. Marcos Pereira dos Santos
Prof. Dr. Marcus Vinícius Peralva Santos
Profa. Dra. Nayára Bezerra Carvalho
Profa. Dra. Roberta Oliveira Lima
Profa. Dra. Rúbia Kátia Azevedo Montenegro
Profa. Dra. Susana Copertari
Profa. Dra. Susana Schneid Scherer
Prof. Dr. Sílvio César Lopes da Silva

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas ad hoc.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(BENITEZ Catalogação Ass. Editorial, MS, Brasil)

F981

1.ed. Fundamentos, políticas e práticas em saúde coletiva no contexto amazônico [livro eletrônico] / Gleidilene Freitas da Silva...[et al.]. – 1.ed. – Campo Grande, MS: Inovar, 2025. 168p. PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Renilda da Silva Coelho, Glenda Rama Oliveira da Luz, Giovanna Rosario Soanno Marchiori, Carla Araújo Bastos Teixeira, Paulo Sérgio da Silva.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5388-338-3

DOI 10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3

1. Amazonas – Aspectos de saúde. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Saúde coletiva. 3. Saúde coletiva. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Silva, Gleidilene Freitas da. II. Coelho, Renilda da Silva. III. Luz, Glenda Rama Oliveira da. IV. Marchiori, Giovanna Rosario Soanno. V. Teixeira, Carla Araújo Bastos. VI. Silva, Paulo Sérgio da.

09-2025/76

CDD 362.981

Índice para catálogo sistemático:

1. Amazonas: Políticas públicas de saúde: Ciências médicas 362.981
Aline Grazielle Benitez – Bibliotecária - CRB-1/3129

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra assumem publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo, garantindo que o mesmo é de autoria própria, original e livre de plágio acadêmico. Os autores declaram, ainda, que o conteúdo não infringe nenhum direito de propriedade intelectual de terceiros e que não há nenhuma irregularidade que comprometa a integridade da obra. Os autores assumem integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão do conteúdo desta obra. Esta declaração tem por objetivo garantir a transparência e a ética na produção e divulgação do livro. Cumpre esclarecer que o conteúdo é de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, necessariamente, a opinião da editora, organizadores da obra ou do conselho editorial.

PREFÁCIO

A Saúde Coletiva se apresenta como uma área de conhecimento essencial para a compreensão do complexo processo saúde-doença, integrando dimensões biológicas, sociais, culturais e territoriais. O ebook “Fundamentos, políticas e práticas em saúde coletiva no contexto amazônico” surge com o objetivo de oferecer uma revisão ampla e atualizada de temas centrais da Saúde Coletiva, reunindo contribuições que abrangem desde a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), redes de atenção à saúde e atenção primária, até políticas específicas como a reforma sanitária, a estratégia saúde da família e a política nacional de atenção básica.

Além disso, são abordados tópicos relevantes e emergentes, como práticas integrativas e complementares em saúde, educação popular em saúde, saúde de povos tradicionais e saúde do trabalhador, com destaque para os desafios e especificidades do contexto amazônico. A inclusão de determinantes sociais, promoção da saúde, tecnologias em saúde e planejamento e programação em saúde no âmbito do SUS oferece ao leitor uma visão abrangente dos fatores que influenciam a saúde das populações, reforçando a necessidade de práticas de cuidado integral e equitativo.

Destinado a estudantes, profissionais de Enfermagem e da área da saúde, esta coletânea proporciona suporte técnico-científico para o ensino e a prática, fortalecendo a compreensão da inter-relação entre teoria, política e cuidado à população. A obra reafirma a importância de uma formação crítica e humanizada, alinhada aos princípios da equidade, integralidade e universalidade, essenciais para a consolidação de um SUS efetivo, inclusivo e adaptado às singularidades do território amazônico.

Manifestamos nosso reconhecimento aos discentes colaboradores pela excelência técnica, rigor acadêmico e sensibilidade crítica evidenciados na elaboração das revisões narrativas.

Estendemos nossos agradecimentos aos docentes e demais colaboradores, cuja dedicação, compromisso e competência foram fundamentais para a concretização deste trabalho coletivo.

Ma. Gleidilene Freitas da Silva
Universidade Federal de Roraima

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	13
SAÚDE COLETIVA EM PERSPECTIVA: FUNDAMENTOS, DESAFIOS E CAMINHOS NO CONTEXTO AMAZÔNICO	
Ícaro de Sousa Olivio	
Thaysa Alyne Mesquita	
Suzana Teles Silva	
David de Souza Silva	
Aimée Leitão Cruz	
Carla Araújo Bastos Teixeira	
Sayasy de Sousa Lima	
Glenda Ramá Oliveira da Luz	
Renilma da Silva Coelho	
Gleidilene Freitas da Silva	
<i>doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_001</i>	
CAPÍTULO 2	22
PROMOÇÃO DA SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS: OLHARES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	
Gleidilene Freitas da Silva	
Thaysa Alyne Mesquita	
Suzana Teles Silva	
David de Souza Silva	
Aimée Leitão Cruz	
Carla Araújo Bastos Teixeira	
Sayasy de Sousa Lima	
Igor Alves de Paiva Nascimento	
Glenda Ramá Oliveira da Luz	
Renilma da Silva Coelho	
<i>doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_002</i>	
CAPÍTULO 3	31
HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CAMINHOS DA REFORMA SANITÁRIA E DESAFIOS NA AMAZÔNIA	
Ana Paula Pinho Pontes	
Thaysa Alyne Mesquita	
Suzana Teles Silva	
David de Souza Silva	
Nayara Kalila dos Santos Bezerra	
Igor Alves de Paiva Nascimento	
Ianca de Oliveira dos Reis	

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_003

CAPÍTULO 4 42

SUS, TERRITÓRIO E INOVAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO NA AMAZÔNIA

Luany Querém de Oliveira Rodrigues

Giulliana Patrício da Costa Braga

Antonio Lucas Barbosa do Vale

Larisse Freitas da Silva

Ianca de Oliveira dos Reis

Nayara Kalila dos Santos Bezerra

Igor Alves de Paiva Nascimento

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_004

CAPÍTULO 5 54

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE: INSTRUMENTOS DO SUS FRENTE ÀS REALIDADES AMAZÔNICAS

Emily Guimarães Barbosa

Giulliana Patrício da Costa Braga

Antonio Lucas Barbosa do Vale

Larisse Freitas da Silva

Fabíola Cristina Gibson Alves

Ianca de Oliveira dos Reis

Walterlan Marques do Nascimento

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_005

CAPÍTULO 6 64

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO AMAZÔNICO

Gleidilene Freitas da Silva

Giulliana Patrício da Costa Braga

Antonio Lucas Barbosa do Vale

Fabíola Cristina Gibson Alves

Larisse Freitas da Silva

Francisca Andréia da Silva
Bruna Hellen Vaz Pires
Walterlan Marques do Nascimento
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_006

CAPÍTULO 7 76

**DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
TRAJETÓRIA E ATUALIDADES NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

Krisna Vitória Ipólito de Pinho
Ana Carolina Santos de Souza
Luiz Felipe da Silva Valle
Rodrigo de Barros Feltran
Francisca Andréia da Silva
Fabíola Cristina Gibson Alves
Giovanna Rosario Scanno Marchiori
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_007

CAPÍTULO 8 87

**SABERES EM DIÁLOGO: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E EDUCAÇÃO
POPULAR COMO CAMINHOS DE CUIDADO EM SAÚDE**

Bruna Jardim da Silva
Ana Carolina Santos de Souza
Luiz Felipe da Silva Valle
Paulo Sergio da Silva
Bruna Hellen Vaz Pires
Angela Aparecida Neto Amaral
Giovanna Rosario Scanno Marchiori
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_008

CAPÍTULO 9 96

**CUIDADO, CULTURA E DIVERSIDADE: A SAÚDE DOS POVOS
TRADICIONAIS NA AMAZÔNIA**

Maria Clara Felix Pereira Araújo
Ana Carolina Santos de Souza
Luiz Felipe da Silva Valle

Rodrigo de Barros Feltran
Bruna Hellen Vaz Pires
Maressa Daniela Sicsú de Oliveira
Pedro Antônio de Oliveira Junior
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_009

CAPÍTULO 10 108

SAÚDE DO TRABALHADOR NA AMAZÔNIA: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Angelo Henrique Santos Escorcio
Aimée Leitão Cruz
Nayara Kalila dos Santos Bezerra
Francisca Andréia da Silva
Carla Araújo Bastos Teixeira
Sayasy de Sousa Lima
Walterlan Marques do Nascimento
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_010

CAPÍTULO 11 117

A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Guilherme Fernandes Caldeira de Souza
Roberdson Pereira de Alcântara
Giovanna Rosario Soanno Marchiori
Carla Araujo Bastos Teixeira
Maressa Daniela Sicsú de Oliveira
Pedro Antônio de Oliveira Junior
Angela Aparecida Neto Amaral
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_011

CAPÍTULO 12	135
GERENCIAMENTO DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Izabel Silva Oliveira	
Rosangela Oliveira Leal	
Giovanna Rosario Soanno Marchiori	
Rodrigo de Barros Feltran	
Marella Daniela Sicsú de Oliveira	
Pedro Antônio de Oliveira Junior	
Angela Aparecida Neto Amaral	
Renilma da Silva Coelho	
Glenda Ramá Oliveira da Luz	
Gleidilene Freitas da Silva	
<i>doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_012</i>	
CAPÍTULO 13	152
A LITERACIA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ÊNFASE NO PAPEL DO ENFERMEIRO: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO PACIENTE	
Renilma da Silva Coelho	
Heloína Alves dos Santos	
Williams Andrade da Cunha	
Iracilma da Silva Sampaio	
Gleidilene Freitas da Silva	
Glenda Ramá Oliveira da Luz	
<i>doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-338-3_013</i>	
SOBRE OS ORGANIZADORES	160
Gleidilene Freitas da Silva	
Renilma da Silva Coelho	
Glenda Rama Oliveira da Luz	
Giovanna Rosario Soanno Marchiori	
Carla Araújo Bastos Teixeira	
Paulo Sérgio da Silva	
ÍNDICE REMISSIVO.....	166

CAPÍTULO 1

SAÚDE COLETIVA EM PERSPECTIVA: FUNDAMENTOS, DESAFIOS E CAMINHOS NO CONTEXTO AMAZÔNICO

Ícaro de Sousa Olivio

Thaysa Alyne Mesquita

Suzana Teles Silva

David de Souza Silva

Aimée Leitão Cruz

Carla Araújo Bastos Teixeira

Sayasy de Sousa Lima

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

A saúde configura-se como um conceito complexo e dinâmico, que, conforme destaca Sciliar (2007), expressa a realidade social, econômica, política e cultural de cada contexto, não possuindo, portanto, um significado único ou uniforme entre diferentes sociedades, comunidades e indivíduos. Entre meados da década de 1970 - 1980, culminando com a criação de um dos maiores sistemas de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidou-se no Brasil o movimento denominado Saúde Coletiva, que poderia ser tratado, como uma construção singularmente brasileira, marcada pela articulação entre o campo científico e o movimento político pela redemocratização do Estado durante o regime militar, fundamentando-se no princípio da integralidade em saúde e caracterizando-se pela incorporação de diferentes áreas do conhecimento, com destaque para as Ciências Sociais, Humanas e a Filosofia. (Schraiber, 2015)

Assim, pode-se afirmar que a Saúde Coletiva constitui, na atualidade, o espaço social em que se concentram as abordagens e pesquisas críticas acerca do processo saúde-doença. Trata-se do

campo mais consolidado nesse debate, reunindo as reflexões mais elaboradas já produzidas sobre o tema. É também o espaço que questiona a construção biomédica da Medicina e propõe novas formas de compreender e articular as relações entre saúde e sociedade. (Silva; Schraiber; Mota, 2019). Além disso, Ayres (2007, p. 60), alega que os conceitos de saúde e de doença correspondem, respectivamente, a interesses práticos e instrumentais na elaboração racional das experiências vividas nos processos de saúde-doença-cuidado, estando, portanto, vinculados a rationalidades distintas.

Nesse contexto, pensando na promoção da saúde e no aprimoramento do bem estar social, é fundamental compreender a Saúde Coletiva de forma ampla, considerando não apenas os aspectos biomédicos, mas também os fatores sociais, econômicos, ambientais e comportamentais que impactam diretamente as condições de saúde de uma população (Dermindo et al., 2020). Essa perspectiva ampliada da Saúde Coletiva oferece o suporte essencial para a tomada de decisões fundamentadas na gestão da saúde pública. (Faria et al., 2023)

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou realizar uma revisão narrativa da literatura acerca do campo da saúde coletiva, discutindo sua constituição histórica, bases conceituais, práticas e desafios contemporâneos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre o campo da saúde coletiva. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "Quais são os fundamentos históricos, conceituais e os principais desafios que caracterizam o campo da saúde coletiva no contexto amazônico brasileiro?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Saúde Coletiva", "Política de Saúde", "Região Amazônica".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Saúde Coletiva constitui um campo de conhecimento, prática e política que se consolidou no Brasil a partir da década de 1970, articulando uma abordagem multidisciplinar voltada à compreensão e intervenção nos processos de saúde-doença em nível populacional.

Distanciando-se da lógica biomédica centrada na patologia individual e no modelo curativo, a Saúde Coletiva integra saberes das ciências sociais, humanas e da saúde, adotando como eixo de análise os determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais da saúde. Essa concepção ampliada visa à promoção da equidade, à construção de políticas públicas eficazes e à organização de sistemas de saúde baseados na universalidade, integralidade e justiça social (Paim, 2008).

O campo se estrutura em três pilares fundamentais: a Epidemiologia, o Planejamento e Gestão em Saúde, e as Ciências Sociais e Humanas em Saúde. A Epidemiologia fornece instrumentos para analisar a distribuição e os fatores associados às doenças nas populações, subsidiando políticas de prevenção e promoção da saúde. O Planejamento e a Gestão articulam a organização dos sistemas de saúde com base em princípios democráticos e participativos, incluindo a intersetorialidade e a corresponsabilidade entre diferentes setores sociais (Almeida-filho, 2011; Silva; Ferreira, 2013).

Já as Ciências Sociais e Humanas em Saúde contribuem para o entendimento das subjetividades, práticas culturais, relações de poder e processos históricos que atravessam o cuidado, destacando a importância da escuta qualificada, do diálogo e da valorização dos saberes populares. A articulação desses três pilares possibilita uma abordagem integral dos problemas de saúde, superando reducionismos e favorecendo a construção de respostas contextualizadas e humanizadas (Almeida-filho, 2011; Silva; Ferreira, 2013).

No Brasil, o principal espaço de aplicação dos princípios da Saúde Coletiva é o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988, que assumiu como diretrizes a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade na oferta de serviços. O SUS reflete o paradigma da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, e concretiza a visão ampliada de saúde defendida pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2008).

Nesse contexto, a intersetorialidade torna-se um elemento estruturante, reconhecendo que a produção da saúde não se restringe ao setor sanitário, mas depende de políticas articuladas nas áreas de educação, habitação, saneamento, segurança alimentar, meio ambiente, trabalho, entre outras. A promoção da saúde, nesse modelo, ultrapassa a mera prevenção de doenças e busca transformar os modos de vida, fomentar a autonomia das comunidades e criar ambientes favoráveis ao bem-estar coletivo (Merhy, 2021).

A Saúde Coletiva desempenha um papel central nas ações da Atenção Básica (AB) no SUS, sendo reconhecida como um pilar fundamental para a construção de um sistema de saúde equitativo e

eficiente. A AB, como porta de entrada do SUS, é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, abrangendo um conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (Malta, 2021).

O protagonismo da Saúde Coletiva na AB se manifesta na sua capacidade de atuar sobre os determinantes sociais da saúde, buscando reduzir as desigualdades e promover o bem-estar de toda a comunidade. Isso se traduz em ações que vão além do tratamento de doenças, focando na educação em saúde, na promoção de hábitos saudáveis e na organização de serviços que atendam às necessidades específicas de cada território. A efetividade da AB, impulsionada pela perspectiva da Saúde Coletiva, depende de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que valorize a participação social e a construção de soluções conjuntas com a comunidade, fortalecendo o vínculo entre os usuários e os serviços de saúde (Friedrich et al., 2018).

A formação em Saúde Coletiva assume papel estratégico para capacitar profissionais que atuem nos diferentes níveis do SUS, da atenção básica à formulação de políticas públicas. A capacidade de análise crítica sobre os processos sociais e políticos que determinam as iniquidades em saúde é uma competência central. A prática profissional nesse campo demanda articulação entre teoria e prática, sensibilidade ética e compromisso com a justiça social (Malta, 2021).

Neste contexto, o protagonismo dos profissionais de saúde na atuação no campo da Saúde Coletiva no SUS é um elemento crucial para a efetivação dos princípios e diretrizes do sistema. Com a criação do SUS, houve uma ampliação da atuação e inserção desses profissionais no campo comunitário e social, ressignificando seu trabalho e possibilitando um olhar mais abrangente sobre o processo saúde-doença (Ribeiro et al, 2022).

A Saúde Coletiva, ao enfatizar a compreensão do indivíduo em seu contexto real e concreto, demanda que os profissionais atuem de forma interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, desenvolvendo atividades gerenciais e contribuindo para a consolidação de estratégias como a Saúde da Família. A atuação proativa e engajada dos

profissionais é fundamental para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a construção de um sistema de saúde mais equitativo e acessível para todos (Ribeiro et al, 2022).

No cenário atual, o campo da Saúde Coletiva enfrenta desafios complexos, como a transição epidemiológica, com a coexistência de doenças crônicas e infecciosas, o aprofundamento das desigualdades sociais, a precarização das condições de vida e o impacto das novas tecnologias (Maranhão; Matos, 2018).

A pandemia de COVID-19 evidenciou a centralidade da Saúde Coletiva na resposta a crises sanitárias e ressaltou a importância de sistemas de saúde resilientes, planejamento estratégico e vigilância epidemiológica eficiente. Além disso, a digitalização da saúde exige uma reflexão crítica sobre o acesso equitativo à informação e aos serviços, bem como sobre a proteção de dados e os limites éticos do uso de tecnologias em saúde (Lima, 2022).

As perspectivas para o campo apontam para o fortalecimento da abordagem intersetorial e do conceito de Saúde Única, que reconhece a interdependência entre saúde humana, animal e ambiental. Essa visão integrada é essencial para enfrentar os desafios contemporâneos relacionados às mudanças climáticas, à segurança alimentar e às doenças emergentes. A atenção primária à saúde, como coordenadora do cuidado e porta de entrada no sistema, continua sendo um pilar estratégico para garantir acesso universal e integral (Maranhão; Matos, 2018).

A participação social e o controle social são igualmente fundamentais para o fortalecimento democrático do SUS e para a construção de políticas públicas que respondam às necessidades reais da população. A inovação tecnológica e social, voltada à superação das desigualdades e à valorização da diversidade cultural, deve orientar as agendas de ensino, pesquisa e gestão em Saúde Coletiva (Maranhão; Matos, 2018).

A região amazônica representa um caso paradigmático das tensões e potencialidades da Saúde Coletiva no Brasil. Com vasta extensão territorial, baixa densidade populacional e grande diversidade sociocultural, a Amazônia impõe desafios significativos à gestão da

saúde. A dificuldade de acesso físico, a escassez de serviços em áreas remotas, a presença de populações tradicionais e indígenas com modos próprios de compreender e cuidar da saúde, exigem abordagens adaptadas e culturalmente sensíveis (Hacón et al, 2024).

As doenças negligenciadas, como a malária, a hanseníase e a tuberculose, permanecem como importantes problemas de saúde pública. A degradação ambiental, o desmatamento, a contaminação por mercúrio e a poluição dos rios impactam diretamente o bem-estar das comunidades, reforçando a necessidade de uma atuação que integre vigilância em saúde, proteção ambiental e desenvolvimento sustentável (Hacón et al, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o campo da Saúde Coletiva configura-se como uma área estratégica para a consolidação de sistemas de saúde equitativos, democráticos e responsivos. Sua abordagem crítica, multidisciplinar e voltada à justiça social possibilita compreender os determinantes do adoecimento e orientar práticas transformadoras. A experiência brasileira, especialmente no contexto do SUS e da diversidade territorial do país, revela a potência e a necessidade de investir na formação, na pesquisa e na gestão em Saúde Coletiva. Somente por meio de políticas públicas sustentadas na equidade, no diálogo com os saberes locais e na intersectorialidade será possível construir um futuro mais saudável e justo para todas as populações.

Espera-se que este estudo ajude a aprofundar as discussões sobre Saúde Coletiva, ampliando o entendimento sobre seus princípios, desafios e possibilidades tanto no Brasil quanto na região amazônica. Além disso, espera-se que as informações aqui apresentadas possam servir de apoio para novas pesquisas e ajudar na elaboração de políticas públicas que levem em conta as realidades de cada local, fortalecendo assim a construção de sistemas de saúde integrais e inclusivos.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- DERMINDO, M.P.; GUERRA, L.M.; VERNACASTRO, GONDINHO, B.O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa da literatura. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1-17, 2020.
- FARIA, M. T. da S. et al. Saúde e saneamento: uma avaliação das políticas públicas de Prevenção, controle e contingência das arboviroses no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.28, n.06, p.1767-1776. 2023.
- SCHRAIBER, L. B. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em saúde coletiva. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S. MACHADO, C. V. (Orgs.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015, p. 33-57.
- SCLiar, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.:29-41. 2007.
- SOUZA E SILVA, M.J.; SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A.. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, e290102, 2019.
- Paim, J. S. (2008). Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA.
- FRIEDRICH, T. L. et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 373-385, 2018.
- SILVA, A. C.; FERREIRA, J.. O que é saúde?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 983–986, out. 2013.
- ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, 160 p. Temas em saúde collection. ISBN: 978-85-7541-343-2. <https://doi.org/10.7476/9788575413432>.
- Merhy, E. E. et al. Pandemia, Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Coletiva: com-posições e aberturas para mundos outros. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 26, 2021. [Acessado 30 Junho 2025], e210491. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/interface.210491>>. ISSN 1807-5762.
<https://doi.org/10.1590/interface.210491>

MALTA, D. C., et al. Telessaúde no Brasil: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.10, p.4739-4748. 2021.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 55-66, jan. 2018.

Hacón, S., et al.. Health in the Amazon: Environmental, Social and Economic Challenges. Policy Brief. Science Panel for the Amazon, United Nations Sustainable Development Solutions Network, New York, USA. (2024) Available from: <https://www.theamazonwewant.org/spa-reports/>. DOI: 10.55161/MEIO367.

LIMA, N.T. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. **Saúde em Debate [online]**. v. 46, n.6, p. 9-24. 2022..

RIBEIRO, A. A. et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210141, 2022.

CAPÍTULO 2

PROMOÇÃO DA SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS: OLHARES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

*Gleidilene Freitas da Silva
Thaysa Alyne Mesquita
Suzana Teles Silva
David de Souza Silva
Aimée Leitão Cruz
Carla Araújo Bastos Teixeira
Sayasy de Sousa Lima
Igor Alves de Paiva Nascimento
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Renilma da Silva Coelho*

INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença é fruto de um longo percurso histórico, marcado por transformações sociais, culturais, econômicas e científicas que moldaram o modo como diferentes sociedades interpretam e intervêm sobre a vida humana. À princípio, na Antiguidade, a saúde era associada ao equilíbrio entre corpo e natureza, como concepções hipocráticas e galênicas, que entendiam a doença como resultado de desequilíbrios dos humores corporais (Garcia et al, 2015).

Por sua vez, na Idade Média, fortemente influenciada pelo pensamento religioso, a doença era frequentemente interpretada como castigo divino ou provação espiritual. Com o advento do Renascimento e, sobretudo, da Revolução Científica, dos séculos XVI e XVII, a visão mecanicista cartesiana inaugurou um olhar mais racional e fragmentado sobre o corpo, reforçado pelo modelo biomédico que ganhou centralidade após a descoberta dos microrganismos e a consolidação da microbiologia (Garcia et al, 2015).

Entretanto, a evolução histórica também trouxe críticas a uma concepção estritamente biológica de saúde e doença, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, quando emergiram perspectivas mais amplas que articulam os determinantes sociais, econômicos e ambientais. Neste contexto, a saúde passou a ser compreendida como fenômeno coletivo, em que as condições de vida, trabalho, renda, escolaridade, acesso a serviços e políticas públicas exercem influência decisiva no bem-estar dos indivíduos e populações (Ribeiro et al, 2024).

A promoção da saúde, assim, surge como estratégia fundamental para superar a lógica curativista e hospitalocêntrica, reconhecendo que a saúde é produzida no território, nas relações sociais e na garantia de direitos, desde a publicação da Carta de Ottawa (1986). Dessa forma, ao analisar os determinantes sociais proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) e a promoção da saúde, torna-se possível revisitar a historicidade dos conceitos de saúde e doença e compreender que o processo da saúde, não se limita a fenômenos biológicos, mas constitui expressão das dinâmicas sociais, econômicas, políticas e culturais de cada época (Brasil, 2018).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou uma revisão narrativa da literatura sobre o processo saúde-doença, destacando a influência dos determinantes sociais e analisando as estratégias de promoção da saúde voltadas para a melhoria da qualidade de vida e a redução das iniquidades em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre o processo saúde-doença, destacando a influências dos determinantes sociais e promoção de saúde. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor

de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "como os determinantes sociais influenciam o processo saúde-doença e quais estratégias de promoção de saúde podem contribuir para a redução das desigualdades e a melhoria das condições de vida da população?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Determinantes Sociais da Saúde", "Processo Saúde-Doença", "Iniquidade em Saúde".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A compreensão dos conceitos de saúde e doença passou por uma profunda transformação ao longo da história, acompanhando mudanças nas formas de conhecimento, nos contextos socioculturais e nas estruturas de poder. Desde as civilizações antigas, em que a doença era explicada por forças sobrenaturais e tratada com rituais mágicos e religiosos, até o surgimento da medicina hipocrática na Grécia Antiga, que propôs causas naturais para os desequilíbrios

orgânicos, observa-se uma progressiva racionalização do cuidado em saúde (Garcia et al, 2015).

Na Idade Média, sob forte influência da Igreja Católica, resgata-se a dimensão espiritual do adoecimento, articulando fé e assistência. Com o advento do Renascimento e da Revolução Científica, aprofundam-se os estudos anatômicos e fisiológicos, inaugurando a biomedicina como paradigma dominante, especialmente a partir do século XIX com os avanços da microbiologia. Este modelo, ao atribuir a origem das doenças a causas únicas e específicas, concentrou-se no agente etiológico, reduzindo o processo saúde-doença a aspectos puramente biológicos e individuais, negligenciando fatores sociais, ambientais e culturais (Almeida-filho, 2011).

No século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu uma definição ampliada de saúde, compreendendo-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Essa formulação rompe com a ideia de saúde como simples ausência de doença e propõe uma visão multidimensional. Apesar das críticas quanto à sua mensurabilidade, essa definição inaugura um novo paradigma que reconhece a complexidade do fenômeno saúde-doença (OMS, 1946; Silva; Ferreira; 2013).

Em paralelo, ganha força o conceito de Saúde Global, que destaca a interdependência entre os países na abordagem de problemas como pandemias, mudanças climáticas e desigualdades sanitárias. Essa perspectiva globalizada ressalta que os desafios em saúde não conhecem fronteiras e exigem articulações internacionais e políticas intersetoriais coordenadas (Garcia et al, 2015).

É nesse contexto que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) se tornam centrais nas análises em saúde pública. Compreendidos como as condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, os DSS englobam uma ampla gama de fatores como renda, educação, moradia, saneamento, trabalho, segurança, meio ambiente e acesso aos serviços de saúde (Ribeiro et al, 2024).

A OMS, por meio de sua Comissão sobre DSS, destacou que as iniquidades em saúde entendidas como diferenças evitáveis,

desnecessárias e injustas derivam da distribuição desigual de poder e recursos. O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, representado por círculos concêntricos, ilustra a interação entre fatores individuais, comportamentais, comunitários e estruturais na determinação da saúde, reforçando a ideia de que as desigualdades sociais geram padrões distintos de adoecimento e morte nas populações (Garcia et al, 2015).

Figura 1: Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: Garcia et al, 2015

As dinâmicas contemporâneas, como a globalização, o neoliberalismo, a urbanização acelerada e as crises ambientais, têm ampliado as iniquidades, impactando negativamente a saúde de populações vulnerabilizadas, especialmente em países de baixa e média renda. No Brasil, os DSS ganham especial relevância diante das históricas desigualdades socioeconômicas e regionais (Ribeiro et al, 2024).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, representou um marco ao estabelecer a saúde como direito universal e dever do Estado, reconhecendo explicitamente que ela resulta das condições de vida e do acesso a direitos sociais fundamentais. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, instituída em 2006, reforça a urgência de enfrentar as causas estruturais das iniquidades sanitárias no país (Garcia et al, 2015).

A promoção da saúde, nesse cenário, emerge como uma estratégia essencial para a transformação das condições de vida e a ampliação do acesso equitativo à saúde. Definida pela Carta de Ottawa (1986) como o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la, a promoção da saúde transcende a lógica biomédica e curativa, ao focar no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes de apoio, no fortalecimento da ação comunitária, na reorientação dos serviços de saúde e na valorização de habilidades pessoais. Ao longo das últimas décadas, declarações internacionais como Jacarta (1997), Bangkok (2005) e Xangai (2016) consolidaram a promoção da saúde como eixo estratégico para o desenvolvimento sustentável e a equidade (OMS, 1986; Bezerra; Sorpreso, 2015).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006, busca institucionalizar essa abordagem nos diversos níveis de atenção do SUS. As ações envolvem temas como alimentação adequada, atividade física, prevenção do uso de substâncias, cultura de paz, educação em saúde e valorização da participação social. Embora haja desafios como a fragmentação de ações, escassez de recursos e dificuldades de articulação federativa, a experiência brasileira é reconhecida internacionalmente, sobretudo pela ênfase na intersectorialidade, no protagonismo comunitário e na abordagem dos DSS. Ferramentas como o Índice de Promoção da Saúde (IPS) contribuem para monitorar os avanços e orientar investimentos mais eficazes, especialmente em territórios vulneráveis (Brasil, 2018).

Um exemplo emblemático da complexidade dos DSS e da promoção da saúde é a região amazônica. Caracterizada por diversidade sociocultural, vastidão territorial e riqueza ambiental, a Amazônia impõe desafios específicos à formulação de políticas públicas de saúde. A presença de comunidades tradicionais, indígenas e ribeirinhas demanda abordagens sensíveis à cosmovisão local, na qual saúde e doença são compreendidas de forma holística, integrando corpo, espírito e natureza (Hacón et al, 2024).

A degradação ambiental, o desmatamento, a mineração ilegal e a precariedade dos serviços básicos contribuem para padrões epidemiológicos próprios e agravamento das iniquidades. Programas como o “Saúde na Floresta” e o uso da telemedicina são respostas inovadoras a essas realidades, promovendo atenção à saúde alinhada à sustentabilidade e à valorização dos saberes locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o percurso histórico e teórico dos conceitos de saúde e doença, aliado à centralidade dos determinantes sociais e à prática da promoção da saúde, aponta para a necessidade de uma abordagem ampliada e sistêmica. Compreender a saúde como um fenômeno socialmente determinado implica reconhecer a urgência de ações integradas, participativas e sustentáveis que enfrentem as desigualdades e promovam o bem-estar em todas as esferas da vida.

Dessa forma, refletir sobre a promoção da saúde e determinantes sociais é reconhecer que as iniquidades em saúde não são apenas reflexo de escolhas individuais, mas de contextos estruturais que produzem vulnerabilidades. O presente estudo de caráter narrativo, busca contribuir para esse debate ao reunir evidências teóricas e históricas que subsidiam a compreensão crítica da saúde como fenômeno complexo, multidimensional e socialmente construído.

No contexto do magistério superior, esse entendimento deve orientar a formação de profissionais críticos, éticos e comprometidos

com a transformação social. A docência universitária deve, assim, incorporar a análise dos determinantes sociais, o fortalecimento da equidade e a promoção de políticas que garantam o direito à saúde como um bem coletivo e inalienável.

Espera-se que o presente estudo possa oferecer subsídios para práticas mais integradoras, culminar debates acerca de políticas intersetoriais para melhorias mais justas, capazes de promover transformação social, reduzir vulnerabilidades e consolidar um sistema de saúde orientado não apenas pela assistência, mas, pela visão comprometida com a equidade, a cidadania e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Garcia, P.T. et al. Saúde e sociedade São Luís: EDUFMA, 2015. 82 p.

RIBEIRO, K. G. et al.. Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 140, p. e8590, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. In: [WORLD HEALTH ORGANIZATION]. [Genebra]: [WHO], 1986. [Páginas 1-7].

BEZERRA I.M.P., SORPRESO I.C.E. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **J Hum Growth Dev.** , v.26, n.1, p.11-20. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial de Saúde. 1946.

SILVA, A. C.; FERREIRA, J.. O que é saúde?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 983–986, out. 2013.

ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, 160 p. Temas em saúde collection.

Hacón, S., et al.. Health in the Amazon: Environmental, Social and Economic Challenges. Policy Brief. Science Panel for the Amazon, United Nations Sustainable Development Solutions Network, New York, USA. (2024) Available from: <https://www.theamazonwewant.org/spa-reports/>. DOI: 10.55161/MEIO367.

CAPÍTULO 3

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CAMINHOS DA REFORMA SANITÁRIA E DESAFIOS NA AMAZÔNIA

Ana Paula Pinho Pontes

Thaysa Alyne Mesquita

Suzana Teles Silva

David de Souza Silva

Nayara Kalila dos Santos Bezerra

Igor Alves de Paiva Nascimento

Ianca de Oliveira dos Reis

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil percorreu um processo histórico marcado por desigualdades, avanços e lutas sociais, refletindo as transformações políticas, econômicas e sociais do país (Barboza; Rêgo; Barros, 2020). Desde os primeiros esforços de controle sanitário até a consolidação de um sistema público universal, a trajetória das políticas de saúde evidencia a busca por um modelo mais justo e inclusivo (Gonçalves; Domingos, 2019).

No contexto da redemocratização, o movimento da Reforma Sanitária representou um marco decisivo, ao propor a saúde como direito universal e dever do Estado, questionando um modelo fragmentado e excludente vigente até então (AQUINO, 2022). Esse processo culminou na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu em seu artigo 196 que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, foi regulamentada pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que estruturaram juridicamente a organização e o funcionamento do sistema, além de garantirem a participação social no planejamento e fiscalização das políticas de saúde. A consolidação do SUS representou uma conquista histórica, destacada por seu papel no enfrentamento das desigualdades sociais e no fortalecimento do conceito ampliado de saúde, que considera os determinantes sociais e ambientais no processo saúde-doença (Brasil, 1990; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Contudo, mesmo diante de seus avanços, o SUS enfrenta limitações, como o subfinanciamento e as desigualdades regionais. No caso da Amazônia, por exemplo, fatores geográficos, culturais e epidemiológicos impõem desafios singulares à implementação das políticas públicas de saúde, exigindo estratégias adaptadas, como as unidades de saúde fluviais e o uso da telemedicina (Gonçalves; Domingos, 2019). Ainda assim, o sistema se mantém como um dos maiores e mais relevantes projetos de saúde pública do mundo, reafirmado por atualizações legais, como a inclusão da atenção humanizada como princípio do SUS pela Lei nº 15.126/2025 (Brasil, 2025).

Diante desse cenário, este estudo objetiva realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a história das políticas de saúde no Brasil, com ênfase na Reforma Sanitária e suas repercussões, discutindo seus avanços, limites e implicações no contexto amazônico.

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou uma revisão narrativa da literatura sobre a história das políticas de saúde no Brasil, com ênfase na reforma sanitária, discutindo seus avanços, limitações e implicações no contexto amazônico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a história das políticas de

saúde no Brasil. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "quais os principais marcos da história das políticas de saúde no Brasil, especialmente da reforma sanitária e como esses processos repercutem no contexto amazônico?".

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Saúde Pública", "Política de Saúde", "Reforma dos Serviços de Saúde".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A saúde, enquanto direito social fundamental, tem percorrido uma trajetória complexa e multifacetada no Brasil, refletindo as transformações políticas, econômicas e sociais do país. A evolução das políticas de saúde está intrinsecamente ligada à busca por equidade e

acesso universal, culminando na significativa Reforma Sanitária. Este movimento representou um marco decisivo na redefinição do papel do Estado na garantia da saúde para todos os cidadãos.

A saúde global tem sido moldada por eventos históricos e acordos internacionais que visam promover o bem-estar em escala planetária. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, é um marco fundamental, defendendo a saúde como um direito humano e a atenção primária como chave para a saúde universal. Essa declaração influenciou profundamente as políticas de saúde em muitos países, incluindo o Brasil, ao enfatizar a importância da equidade e da participação comunitária (Santos; Gabriel; Melo, 2020).

Organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenham um papel crucial na definição de diretrizes e na coordenação de esforços globais para enfrentar desafios sanitários. A troca de experiências entre nações têm demonstrado que sistemas de saúde universais, como o SUS, são modelos eficazes para garantir acesso amplo e equitativo aos serviços de saúde (OMS, 2025; Barbosa et al, 2020).

A trajetória das políticas de saúde no Brasil é marcada por diferentes fases, que refletem as prioridades e os modelos de desenvolvimento de cada época. No período colonial e imperial, as ações de saúde eram incipientes, focadas principalmente no controle de epidemias e na fiscalização sanitária dos portos, com pouca atenção à saúde da população em geral (Barbosa et al, 2020).

A República Velha (1889-1930) foi caracterizada pelo sanitarismo campanhista, com figuras como Oswaldo Cruz liderando campanhas de erradicação de doenças como a febre amarela e a varíola, mas sem uma estrutura de saúde pública abrangente. A Era Vargas (1930-1945) e o período pós-Vargas trouxeram a expansão da previdência social, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e, posteriormente, dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que ofereciam assistência médica aos trabalhadores formais. Contudo, a maior parte da população permanecia desassistida,

evidenciando a fragmentação e a seletividade do sistema (Aquino, 2022).

Durante a Ditadura Militar (1964-1985), a saúde foi vista como um setor de segurança nacional, com a centralização dos serviços e a priorização da medicina curativa em detrimento da preventiva. Este período impulsionou reformas estruturais no aparato previdenciário brasileiro, culminando, em 1967, na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os IAPs, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência e a Superintendência de Reabilitação. Com a adesão automática dos trabalhadores urbanos formais, o sistema acumulou grande volume de recursos, especialmente durante o "milagre econômico" (Barbosa et al, 2020).

A crescente demanda assistencial levou o governo a terceirizar os serviços médicos, firmando convênios com o setor privado e consolidando um modelo baseado na remuneração por procedimento, o que fortaleceu o complexo médico-industrial. Em 1978, foi criado o INAMPS, para gerir especificamente a assistência médica. Em paralelo, o Ministério da Previdência foi instituído com o FAS, financiando a expansão da rede hospitalar privada (Barbosa et al, 2020).

No campo da saúde pública, o Decreto-Lei nº 200/1967 e a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) em 1970 formalizaram a separação entre medicina curativa (previdência) e preventiva (Ministério da Saúde). Com poucos recursos, este último atuava mais como órgão normativo do que executor, essa abordagem aprofundou as desigualdades e a exclusão social, gerando um cenário de insatisfação que culminaria no movimento da Reforma Sanitária ((Santos; Gabriel; Melo, 2020).

A Reforma Sanitária Brasileira emergiu em um contexto de redemocratização do país, nas décadas de 1970 e 1980, impulsionada por um amplo movimento social que questionava o modelo de saúde vigente. Profissionais de saúde, intelectuais, estudantes e movimentos populares uniram-se para denunciar a ineficácia e a injustiça de um sistema que privilegiava a medicina curativa e excluía grande parte da população (Aquino, 2022).

As Conferências Nacionais de Saúde, em especial a 8ª Conferência, realizada em 1986, foram espaços cruciais para a formulação das bases do novo sistema de saúde. Nela, a saúde foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado, e os princípios da universalidade, integralidade e equidade foram estabelecidos como pilares. Esse movimento culminou na inclusão da saúde na Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (Aquino, 2022).

A Constituição Federal de 1988 representou um marco estruturante na trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, ao instituir a saúde como direito social universal e dever do Estado. O Artigo 196 consagrou que o acesso à saúde deve ocorrer mediante políticas sociais e econômicas que reduzam riscos e garantam acesso igualitário a ações de promoção, proteção e recuperação. A formulação ampliou o conceito de saúde ao reconhecer seus determinantes sociais e fundou um modelo de seguridade social de caráter universal, financiado com recursos públicos. Inspirado no modelo beveridgiano, esse sistema rompeu com a lógica excludente anterior, consolidando a saúde como um direito de cidadania e não mais um benefício restrito a segmentos formais do mercado de trabalho (Brasil, 1988).

Complementarmente, o Artigo 198 definiu as diretrizes do Sistema Único de Saúde, que deve ser regionalizado, hierarquizado e pautado pela descentralização, integralidade da atenção e participação social. A descentralização prevê a municipalização da gestão; a integralidade implica atenção contínua e integrada às necessidades dos usuários; e a participação se dá por meio de conselhos e conferências. O Artigo 199, por sua vez, regulamenta a atuação da iniciativa privada no SUS, permitindo-a de forma complementar, mediante contrato público ou convênio, com preferência por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Esses dispositivos asseguram a primazia do interesse público na formulação e execução das políticas de saúde (Brasil, 1988).

A Constituição Federal de 1988 representou um marco normativo ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, mas a sua efetiva regulamentação se deu por meio das chamadas Leis Orgânicas da Saúde. A Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº

8.142/1990 formam o arcabouço jurídico que operacionaliza o Sistema Único de Saúde, assegurando os princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Essas normas estabelecem os fundamentos legais e institucionais para a organização dos serviços de saúde em todo o território nacional, consolidando o direito à saúde como um elemento estruturante da cidadania e da justiça social (Santos; Gabriel; Melo, 2020).

A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir a organização dos serviços públicos correspondentes. Essa legislação reafirma que a saúde não se resume à ausência de doenças, mas é determinada por múltiplos fatores socioeconômicos e ambientais. O chamado conceito ampliado de saúde contempla elementos como alimentação, moradia, saneamento básico, educação, trabalho, renda, transporte e lazer, reconhecendo a complexidade do processo saúde-doença e reforçando a necessidade de políticas intersetoriais para a garantia do bem-estar coletivo (Brasil, 1990).

O Sistema Único de Saúde no Brasil é reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo acesso universal, integral e equitativo à saúde para toda a população. A universalidade assegura que todos os cidadãos brasileiros, sem distinção, tenham direito ao acesso aos serviços de saúde. A integralidade, por sua vez, considera o indivíduo em sua totalidade, promovendo ações de prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de complexidade do sistema. Já a equidade busca reduzir as desigualdades, direcionando maiores investimentos e recursos para onde há mais carência, tratando desigualmente os desiguais para promover a igualdade de acesso (BRASIL, 2025).

Recentemente, a Lei nº 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como um novo princípio legal do SUS, enfatizando a necessidade de um acolhimento mais respeitoso e empático, que considere as necessidades, sentimentos e dignidade dos pacientes. Essa atualização reforça a importância de um cuidado que valorize a autonomia e o protagonismo dos usuários, profissionais e gestores,

promovendo a corresponsabilidade e a construção de vínculos solidários na gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2025).

A abrangência do SUS é descrita na mesma lei como um sistema integrado por ações e serviços prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, podendo contar com a participação complementar da iniciativa privada. Seus objetivos incluem a identificação dos determinantes sociais da saúde, a formulação de políticas públicas integradas e a execução de ações assistenciais e preventivas. O modelo prevê a atuação em todos os níveis de atenção à saúde, promovendo a articulação entre vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência terapêutica integral, e políticas de saúde do trabalhador e saneamento (Brasil, 1990).

O campo de atuação do SUS abrange ainda a ordenação da formação de recursos humanos, o desenvolvimento científico e tecnológico, e a regulação da produção e consumo de substâncias, alimentos e serviços de interesse à saúde. O sistema é responsável pela fiscalização de produtos e ambientes, pelo controle de substâncias psicoativas e radioativas, e pela proteção da saúde ambiental. Esse modelo multifacetado reforça a necessidade de articulação entre os entes federativos e diferentes setores governamentais, a fim de assegurar uma resposta abrangente e eficaz às demandas sanitárias da população brasileira (Brasil, 1990).

Complementando a estrutura legal do SUS, a Lei nº 8.142/1990 regulamenta a participação da sociedade civil e a transferência de recursos financeiros intergovernamentais. Essa norma institui os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas, permanentes e deliberativas, com composição paritária entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços. Estabelece ainda a realização periódica das Conferências de Saúde, como espaços democráticos de avaliação e proposição de diretrizes. Ademais, condiciona as transferências de recursos à existência de planejamento, fundos específicos e relatórios de gestão, garantindo transparência e controle social na aplicação dos recursos públicos (Brasil, 1990).

A descentralização da gestão e a participação social, por meio dos conselhos e conferências de saúde, são pilares essenciais para a

efetivação do SUS. Ao longo de sua existência, o SUS alcançou avanços significativos, como a ampliação da cobertura vacinal, a redução da mortalidade infantil e o acesso a tratamentos complexos. No entanto, o sistema enfrenta desafios persistentes, como o subfinanciamento crônico, a gestão eficiente dos recursos, a regionalização da saúde e a garantia de acesso a serviços de qualidade em todas as regiões do país, especialmente nas mais remotas (Aquino, 2022).

A região amazônica apresenta particularidades geográficas, culturais e epidemiológicas que impõem desafios únicos à implementação das políticas de saúde. A vasta extensão territorial, a dispersão populacional, a dificuldade de acesso a muitas comunidades e a presença de doenças tropicais exigem estratégias adaptadas e inovadoras (Gonçalves; Domingos, 2019).

As políticas de saúde no Amazonas buscam conciliar os princípios do SUS com as necessidades locais, investindo em ações de atenção primária, saúde indígena e programas de combate a doenças endêmicas. Iniciativas como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais e o uso de tecnologias de telemedicina são exemplos de esforços para superar as barreiras geográficas e levar atendimento às populações ribeirinhas e de difícil acesso (Gonçalves; Domingos, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a história das políticas de saúde no Brasil reflete a luta por um sistema mais justo e equitativo, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Sanitária Brasileira, impulsionada por um forte movimento social, foi fundamental para a consagração da saúde como direito universal e dever do Estado. A análise da trajetória do SUS evidencia que sua construção é resultado de lutas sociais, avanços legislativos e transformações políticas profundas, demonstrando que a efetivação de direitos sociais exige participação ativa da sociedade e do Estado, bem como atenção às desigualdades regionais e sociais, mostrando que a saúde pública vai

além do atendimento médico, envolvendo fatores sociais, econômicos e culturais.

No contexto amazônico, os desafios específicos de acesso, dispersão populacional e diversidade cultural reforçam a necessidade de políticas adaptadas e inovadoras, capazes de integrar tecnologia, gestão local e cuidado humanizado. A superação dessas dificuldades exige constante aprimoramento do sistema, diálogo entre diferentes atores sociais e compromisso com a redução das desigualdades. Assim, a continuidade da construção de um SUS robusto e acessível a todos os brasileiros permanece essencial para o desenvolvimento social, para a garantia da dignidade humana e para consolidar a saúde como um direito efetivo, promovendo equidade, integralidade e participação social em todo o território nacional.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Ranielly. Aula I – A política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde. Módulo I – A política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1368436/aula-i-a-politica-de-saude-no-brasil-e-o-sistema-unico-de-saude.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-15.126-de-28-de-abril-de-2025-557398369>. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 1 jul. 2025.

SANTOS, I.F.; GABRIEL, M.; MELLO, T.R.C. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Humanidades & Inovação**, Palmas, v. 7, n. 5, p. –, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2964>. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 jul. 2025.

BARBOZA, N. A. S.; RÊGO, T. . D. de M.; BARROS, T. de M. R. R. P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde / SUS history in Brazil and health policy. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 84966–84985, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n11-057. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19348>. Acesso em: 2 jul. 2025.

GONÇALVES, R.M.; DOMINGOS, I.M. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito – RECHTD**, v. 11, n. 1, p. 99–108, jan.–abr. 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7021375>. Acesso em: 1 jul. 2025.

CAPÍTULO 4

SUS, TERRITÓRIO E INOVAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO NA AMAZÔNIA

Luany Quérem de Oliveira Rodrigues

Giulliana Patrício da Costa Braga

Antonio Lucas Barbosa do Vale

Larisso Freitas da Silva

Ianca de Oliveira dos Reis

Nayara Kalila dos Santos Bezerra

Igor Alves de Paiva Nascimento

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

A Amazônia Legal, também chamada de Pulmão do Mundo, representa o maior patrimônio natural do Brasil, sendo essencial para o equilíbrio climático, a biodiversidade e a junção de saberes naturais e originários, incluindo práticas de medicina tradicional. Sua vasta extensão territorial e a presença de áreas remotas, muitas em territórios indígenas, dificultam o acesso aos serviços de saúde, evidenciando desafios logísticos e sociais. Além disso, as Unidades de Conservação da região são estratégicas para a gestão socioambiental, mas a formulação de políticas públicas precisa considerar as populações tradicionais, garantindo que suas necessidades de saúde sejam atendidas de forma adequada (Miguez; Souza; Pinheiro, 2024).

Nesse contexto, a inovação tecnológica surge como elemento central para o fortalecimento do SUS na Amazônia. Ferramentas como telessaúde, monitoramento remoto e sistemas de informação integrados permitem ampliar o acesso a cuidados em localidades isoladas, enquanto redes de atenção organizadas, prontuários

eletrônicos adaptados e treinamento remoto de profissionais tornam o sistema mais eficiente e equitativo. A articulação dessas tecnologias com os saberes locais fortalece estratégias culturalmente sensíveis e aproxima os serviços das comunidades, promovendo atenção à saúde mais inclusiva e contextualizada (FAS-Amazônia, 2024; IEPS, 2024).

Além da tecnologia, a integração entre conhecimento científico e saberes tradicionais é fundamental para a construção de um SUS verdadeiramente universal na Amazônia. O conceito de ecologia de saberes e o pensamento pós-abissal destacam a importância de valorizar a diversidade cultural e ambiental, superando abordagens eurocêntricas que invisibilizam a região. Considerar a saúde como fator de desenvolvimento regional e articular o SUS com políticas públicas ambientais, educativas e econômicas contribui para alternativas sustentáveis que promovam bem-estar e qualidade de vida das populações (Kadri; Freitas, 2021).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou uma revisão narrativa da literatura sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de saúde (SUS), com ênfase no uso de tecnologias em saúde, analisando suas potencialidades e limitações no contexto amazônico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a organização e funcionamento do SUS. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, *et. al.*, 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: " De que forma a organização, o funcionamento e o uso de tecnologias em saúde no SUS se expressam e enfrentam os desafios impostos pelas especificidades da região amazônica?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Políticas de Saúde", "Ecossistema Amazônico", "Sistema Único de Saúde".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das mais significativas conquistas sociais do Brasil contemporâneo, sendo instituído pela Constituição Federal de 1988 como um direito de todos e dever do Estado. Sua implementação representou uma inflexão paradigmática em relação ao modelo anterior, caracterizado por práticas assistencialistas, seletivas e fragmentadas. A partir desse marco constitucional, consolidou-se um sistema público de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, orientado pelos fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira.

A estrutura jurídica do SUS é fundamentada na Lei nº 8.080/1990, que define sua organização e diretrizes, na Lei nº

8.142/1990, que regulamenta a participação social e o financiamento, e no Decreto nº 7.508/2011, que detalha a regionalização, a hierarquização dos serviços e os instrumentos de planejamento. Esses dispositivos normativos garantem a gestão democrática e a efetividade do direito à saúde no Brasil (Brasil, 1990).

Desde a Constituição de 1988, o SUS foi instituído com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, garantindo o direito de todos à saúde, o cuidado integral ao indivíduo e a priorização de recursos para os mais vulneráveis. Com a Lei nº 15.126/2025, a atenção humanizada foi incluída como novo princípio, reforçando a importância de um cuidado respeitoso, empático e centrado na dignidade e autonomia dos usuários, fortalecendo a co-responsabilidade entre gestores, profissionais e população (BRASIL, 2025).

Além dos princípios doutrinários, o SUS se fundamenta em princípios organizativos que orientam sua estrutura e operacionalização: regionalização, hierarquização, descentralização e participação social. A regionalização organiza os serviços conforme o território e as necessidades locais, enquanto a hierarquização define níveis de atenção crescentes, com a Atenção Primária como porta de entrada e coordenadora do cuidado. A descentralização redistribui competências entre União, estados e municípios, aproximando a gestão da realidade local e promovendo maior eficiência. Já a participação social assegura o controle democrático do sistema, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, permitindo à sociedade civil influenciar diretamente as políticas públicas e fortalecendo a legitimidade do SUS (Brasil, 1990).

A efetivação dos princípios organizativos do SUS exige uma rede articulada em três níveis de atenção: a Primária, como porta de entrada e coordenadora do cuidado; a Secundária, com serviços especializados de média complexidade; e a Terciária, voltada à alta complexidade. A integração entre esses níveis garante continuidade, resolutividade e cuidado integral à população. Neste contexto, a articulação dos níveis de atenção no SUS depende da gestão interfederativa, que distribui responsabilidades entre União, estados e

municípios. A União define diretrizes nacionais e repassa recursos; os estados coordenam redes regionais e ações de média e alta complexidade; e os municípios executam principalmente a atenção primária. Essa cooperação, orientada pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, promove descentralização, regionalização e garante a integralidade, universalidade e continuidade do cuidado em todo o país (Brasil, 1990).

A gestão interfederativa do SUS demanda instrumentos que orientem o planejamento, execução e avaliação das ações em saúde. Entre eles, destacam-se o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório de Gestão e o Plano Nacional de Saúde (PNS). O Plano de Saúde define metas de médio prazo; a PAS detalha ações anuais; o Relatório de Gestão avalia resultados e presta contas aos Conselhos de Saúde; e o PNS guia o planejamento nacional. Esses instrumentos articulam os níveis de governo, promovem transparência, controle social e fortalecem a governança do SUS (Gottens et al, 2019).

A complexidade da gestão interfederativa do SUS exige instrumentos normativos e operacionais que orientem o planejamento, a execução e a avaliação das políticas públicas de saúde. A responsabilidade pelo financiamento do sistema é tripartite, envolvendo União, estados e municípios, conforme definido na Constituição de 1988 e regulamentado por dispositivos como a Emenda Constitucional nº 29/2000 e, mais recentemente, a EC nº 95/2016, que impôs um teto de gastos à União. Os recursos provêm de impostos, contribuições sociais e transferências intergovernamentais, com aplicação de percentuais mínimos obrigatórios. No entanto, o subfinanciamento histórico compromete a capacidade de resposta do SUS às demandas crescentes da população e à complexidade do perfil epidemiológico nacional (Brasil, 2016).

A organização da atenção à saúde no SUS reflete a transição do modelo biomédico, centrado na doença e na medicalização, para um modelo ampliado, que valoriza a promoção, prevenção e o cuidado integral. Enquanto o modelo biomédico fragmenta o cuidado e desconsidera determinantes sociais, o modelo proposto pelo SUS aposta na interdisciplinaridade, na Atenção Primária como base e em

práticas como a Clínica Ampliada. Essa mudança ainda enfrenta desafios, exigindo transformações na gestão e nas práticas profissionais para garantir um cuidado mais humanizado e centrado nas necessidades da população (Santos; Gabriel; Melo, 2020).

A transição do modelo biomédico para um modelo ampliado no SUS exige uma organização funcional e integrada dos serviços, concretizada por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são arranjos que articulam os diferentes níveis de atenção e pontos de cuidado, como Unidades Básicas de Saúde, serviços ambulatoriais especializados, hospitais, urgência/emergência, sistemas de apoio diagnóstico e instrumentos de gestão e regulação. Essa estrutura busca garantir a continuidade e a integralidade do cuidado, superando a fragmentação assistencial e promovendo respostas mais eficazes às necessidades da população (Celuppi et al, 2019).

Para consolidar a articulação entre os entes federativos e garantir a governança do SUS, são utilizados mecanismos de pactuação que viabilizam decisões compartilhadas e a organização integrada dos serviços. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no plano nacional, e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, atuam como instâncias deliberativas entre gestores federais, estaduais e municipais. Complementam esses arranjos o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que formalizam responsabilidades, metas e fluxos assistenciais entre os entes, fortalecendo a regionalização e a eficiência da oferta de serviços (Brasil, 1990).

Além da pactuação interfederativa, a participação social é um eixo estruturante do SUS, regulamentado pela Lei nº 8.142/1990. Os Conselhos de Saúde, de composição paritária, e as Conferências de Saúde, com caráter consultivo, garantem o controle social e a expressão das necessidades populares nas políticas públicas. Esses mecanismos consolidam a natureza democrática do SUS, ao promoverem a corresponsabilidade entre Estado e sociedade na formulação, execução e avaliação das ações de saúde, reforçando sua legitimidade e compromisso com a equidade (Kruger, 2020).

Nesse cenário de gestão democrática e produção coletiva do cuidado em saúde, ganha centralidade o conceito ampliado de tecnologia proposto por Emerson Merhy. Longe de restringir-se a equipamentos e dispositivos, a tecnologia em saúde abrange o conjunto de saberes e práticas que se expressam no processo de trabalho. Merhy distingue três tipos: as tecnologias leves (relacionais), as leveduras (saberes estruturados em interação) e as duras (equipamentos e infraestrutura). Essa tipologia revela que o cuidado não se sustenta apenas na dimensão técnica, mas requer também vínculos, escuta qualificada e responsabilização compartilhada, elementos fundamentais à clínica ampliada e à integralidade do SUS (Menrhy, 2002).

As tecnologias leves operam no encontro entre profissionais e usuários, promovendo acolhimento, vínculo e autonomia. Já as leveduras articulam conhecimento técnico com interação subjetiva, como nos protocolos clínicos ou sistemas de informação em saúde. As tecnologias duras, por sua vez, compreendem os instrumentos físicos e tecnológicos do cuidado. A efetividade da assistência depende da articulação entre esses três tipos, pois só a integração entre técnica, relação e estrutura permite um cuidado resolutivo e humanizado. Assim, o uso ampliado de tecnologias é um dos pilares para qualificar a atenção no SUS e fortalecer o compromisso com a saúde como direito (Menrhy, 2002; Novaes; Soares, 2020).

Nesse contexto de tecnologias do cuidado, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) surge como ferramenta estratégica para qualificar as decisões no SUS, ao integrar critérios clínicos, econômicos, sociais e éticos. Complementar à tipologia proposta por Merhy, a ATS representa um instrumento técnico-normativo voltado à incorporação racional e segura de inovações, buscando garantir que os recursos sejam alocados com base em evidências e nas reais necessidades da população. Sua institucionalização no Brasil, por meio da Lei nº 12.401/2011, reforça o compromisso com a sustentabilidade do sistema e a efetividade terapêutica das tecnologias utilizadas na rede pública (Brasil, 2016).

O processo de incorporação tecnológica no SUS, conforme diretrizes do ministério da saúde, orienta-se pela análise da eficácia, segurança e custo-efetividade das intervenções propostas, considerando também a participação social como dimensão central. A experiência dos usuários, quando integrada à avaliação técnica, amplia a legitimidade das decisões e fortalece a aderência das tecnologias à realidade dos territórios. Assim, a ATS articula-se com a lógica do cuidado ampliado, ao promover um modelo de gestão que valoriza tanto a racionalidade científica quanto o diálogo democrático, contribuindo para um sistema mais equitativo, resolutivo e centrado nas pessoas (Brasil, 2016).

As tecnologias de gestão e informação, como o e-SUS, e-Gestor AB, SISAB, Telessaúde e o Prontuário Eletrônico, são fundamentais para qualificar o funcionamento do SUS. Elas permitem integrar dados, monitorar indicadores e apoiar decisões baseadas em evidências, contribuindo para a eficiência, transparência e coordenação do cuidado, especialmente na Atenção Primária e nas Redes de Atenção à Saúde (Novaes; Soares, 2020).

A Educação Permanente em Saúde atua como tecnologia leve e de gestão, promovendo a aprendizagem no processo de trabalho. Ao estimular a reflexão crítica sobre as práticas, fortalece a qualificação do cuidado, a humanização e a corresponsabilização entre profissionais e usuários, sendo essencial para consolidar o modelo ampliado de atenção e aprimorar a gestão do SUS (Novaes; Soares, 2020).

Apesar de sua relevância como política pública universal, o SUS enfrenta desafios estruturais que comprometem sua efetividade. O subfinanciamento crônico, agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, limita a expansão e qualificação dos serviços. A judicialização da saúde revela lacunas no acesso e impõe distorções na gestão orçamentária. Soma-se a isso a desigualdade regional na oferta de serviços e a precarização do trabalho em saúde, com vínculos instáveis e condições inadequadas que impactam a continuidade do cuidado. Tais obstáculos demandam estratégias integradas de gestão, financiamento e valorização profissional para garantir a sustentabilidade do sistema (Celuppi et al, 2019; Brasil, 2016).

Por outro lado, o SUS também apresenta potencialidades importantes. O fortalecimento da Atenção Primária, a incorporação de tecnologias digitais e a valorização dos saberes locais são estratégias promissoras para ampliar o acesso, qualificar o cuidado e promover a equidade. A inovação em práticas de cuidado, aliada à educação permanente e à participação social, potencializa a construção de um sistema responsável, centrado nas necessidades da população e sustentado por práticas interdisciplinares e territorializadas. Assim, o enfrentamento dos desafios e o aproveitamento das potencialidades caminham juntos na consolidação do SUS como um projeto ético e democrático de cuidado em saúde (Celuppi et al, 2019; Brasil, 2016).

No contexto amazônico, O SUS enfrenta desafios como o difícil acesso aos serviços devido à infraestrutura precária e à dispersão populacional, além da escassez de profissionais em áreas remotas. No entanto, há potencialidades importantes, como o uso da telessaúde para conectar comunidades isoladas, a valorização dos saberes tradicionais para um cuidado mais culturalmente sensível e soluções inovadoras como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, que demonstram a capacidade do sistema de se adaptar às especificidades da região e ampliar o acesso à saúde (Tobias; Ielés; Lima, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das singularidades territoriais, culturais e socioeconômicas da Amazônia, o SUS enfrenta desafios complexos, como a dispersão populacional, a infraestrutura precária e a escassez de profissionais em áreas remotas. Apesar dessas dificuldades, o sistema apresenta importantes potencialidades, evidenciadas pelo uso de telessaúde, pela valorização dos saberes tradicionais e por soluções inovadoras, como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, que ampliam o acesso e promovem atenção à saúde adaptada à realidade local.

A integração de tecnologias digitais com práticas culturalmente sensíveis e a articulação entre os diferentes níveis de atenção demonstram que a efetividade de um sistema universal de saúde

depende da flexibilidade, do planejamento estratégico e da corresponsabilização entre gestores, profissionais e comunidades. Além disso, a participação social e a educação permanente fortalecem o cuidado humanizado e a gestão democrática, consolidando princípios fundamentais do SUS, como universalidade, integralidade e equidade.

Diante da complexidade de seu funcionamento e das singularidades territoriais do país, o SUS se consolida como uma política pública essencial para a promoção da saúde e da cidadania no Brasil. Seu fortalecimento requer o enfrentamento dos desafios estruturais, como o subfinanciamento, a desigualdade regional e a precarização do trabalho, bem como o aproveitamento de suas potencialidades, como a ampliação da Atenção Primária, a incorporação de tecnologias e a valorização dos saberes locais. A consolidação de um modelo ampliado de atenção, sustentado pela gestão democrática, pela educação permanente e pela integração das tecnologias do cuidado, é fundamental para garantir um sistema de saúde mais equânime, resolutivo e humanizado. Assim, o SUS reafirma seu papel como um projeto ético, inclusivo e transformador, capaz de promover justiça social e assegurar o direito à saúde para todos.

Espera-se que o presente estudo contribua para ampliar a compreensão sobre os desafios e as potencialidades da saúde na Amazônia, evidenciando a importância de integrar tecnologia, saberes tradicionais e políticas públicas no fortalecimento do Sistema Único de Saúde na região. Ao valorizar a ecologia de saberes e a diversidade cultural, busca-se apontar caminhos para uma atenção em saúde mais equitativa, sustentável e humanizada, que respeite as particularidades territoriais e sociais da floresta. Nesse sentido, o estudo reforça a necessidade de um SUS capaz de dialogar com a realidade amazônica, promovendo justiça social e assegurando o direito à saúde como princípio universal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de

Tecnologias em Saúde. Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no SUS: como se envolver [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 34 p. il.

BRASIL. Manual de Planejamento e Articulação Interfederativa no SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 4 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-15.126-de-28-de-abril-de-2025-557398369>. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 1 jul. 2025.

FAS-AMAZÔNIA. SUS na Floresta beneficiará mais de 6 mil pessoas no interior do Amazonas com telessaúde. 2024. Disponível em: <https://fas-amazonia.org/sus-na-floresta-beneficiara-mais-de-6-mil-pessoas-no-interior-do-amazonas-com-telessaude/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

IEPS. Afluentes: integração entre tecnologias digitais e saberes locais marca o debate de lançamento do projeto. 2024. Disponível em: <https://ieps.org.br/afluentes-integracao-entre-tecnologias-digitais-e-saberes-locais-marca-o-debate-de-lancamento-do-projeto/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

MIGUEZ, S. F.; SOUZA, R. DA C. B. DE; PINHEIRO, R. Territórios da gestão socioambiental e saúde na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 48, n. spe1, p. e8734, ago. 2024.

KADRI, M. R. E.; FREITAS, C. M. DE. Um SUS para a Amazônia: contribuições do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, suppl. 2, p. 3459-3466, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.30772019>. Acesso em: 31 ago. 2025.

SANTOS, I.F.; GABRIEL, M.; MELLO, T.R.C. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Humanidades & Inovação**, Palmas, v. 7, n. 5, p. –, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2964>. Acesso em: 1 jul. 2025.

GÖTTEMS, L. B. D. et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. 6 [Acessado 4 Julho 2025] , pp. 1997-2008.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. D. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00006820, 2020.

CELUPPI, I. C. et al.. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 302–313, abr. 2019. v

TOBIAS, R.; LELES, F. G.; LIMA, M. C. R. F. (org.). Planejamento e Políticas de Saúde na Amazônia. Brasília: Rede Unida, 2024.

KRUGER, Tânia Regina. Participação e planejamento no SUS: considerações a partir dos Planos Nacionais de Saúde. **Revista Sociais e Humanas**, v. 33, n. 3, 2020.

CAPÍTULO 5

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE: INSTRUMENTOS DO SUS FRENTE ÀS REALIDADES AMAZÔNICAS

*Emily Guimarães Barbosa
Giulliana Patrício da Costa Braga
Antonio Lucas Barbosa do Vale
Larisse Freitas da Silva
Fabíola Cristina Gibson Alves
Ianca de Oliveira dos Reis
Walterlan Marques do Nascimento
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Renilma da Silva Coelho
Gleidilene Freitas da Silva*

INTRODUÇÃO

O planejamento e a programação em saúde estabelecem instrumentos fundamentais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), onde orientam a definição de prioridades e metas que asseguram a universalidade, integralidade e equidade voltadas à garantia do direito à saúde. O processo de regionalização no SUS enfrenta barreiras significativas em regiões com baixa capacidade de gestão e desigualdades territoriais, o que impacta diretamente a efetividade do planejamento em saúde. Esse processo assume relevância ainda maior na Amazônia Legal, onde a região é determinada por distâncias geográficas, diversidade cultural e dificuldades de infraestrutura (Viana, et al., 2015).

Nesse contexto, os desafios de gestão aparecem associados a baixas capacidades administrativas subnacionais e à falta de arranjos de governança adequados ao contexto amazônico. No contexto brasileiro, os instrumentos do planejamento e da programação em saúde como o Plano Nacional de Saúde (PNS), os Planos Estaduais e Municipais de Saúde e a Programação Anual de Saúde (PAS), são

regulamentados por legislações específicas e configuram ferramentas de gestão que integram diagnóstico situacional. Esses mecanismos, quando adequadamente implementados, contribuem para a regionalização das ações, a descentralização das decisões e a promoção da equidade no acesso aos serviços (Rocha et al., 2022).

Dessa forma, o orçamento torna-se incipiente frente às demandas da gestão ou utiliza-se em fins que não são prioridades para a população (Pimentel, 2022, p. 34). Entretanto, em regiões de elevada complexidade sociocultural, como a Amazônia Legal, a operacionalização desses instrumentos encontra obstáculos adicionais. Ressaltam que as políticas de saúde na Amazônia precisam ser interculturais, de modo a respeitar os modos de vida das populações indígenas e tradicionais, o que exige adaptações nos instrumentos de planejamento e programação (Coimbra, et al., 2014).

Nesse sentido, torna-se indispensável abordagens interculturais, que articulem os princípios do SUS com os modos de vida de comunidades indígenas, ribeirinhas e tradicionais. Segundo Fausto et al. (2022), os desafios centrais para o acesso na APS em municípios rurais remotos da Amazônia fluvial estão relacionados ao financiamento e oferta de serviços de APS; aos dilemas permanentes para a provisão de profissionais nas áreas de difícil acesso e os obstáculos relativos à mobilidade de usuários e profissionais para a efetivação do cuidado em saúde.

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou uma revisão narrativa da literatura sobre o planejamento e a programação em saúde, destacando sua aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS) e analisando os desafios e estratégias específicas no contexto amazônico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre o planejamento e a programação em saúde no SUS. A revisão narrativa se caracteriza por

apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "como o planejamento e a programação em saúde se estruturam no SUS e quais são os principais desafios e estratégias para sua efetivação na região amazônica?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "saúde pública", "Diversidade Cultural", "Planejamento em Saúde".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O planejamento em saúde constitui um processo técnico, político e contínuo de formulação de diretrizes que orientam a organização dos serviços, a definição de metas e a alocação racional de recursos. Sua adoção amplia a capacidade institucional de enfrentamento das necessidades sanitárias coletivas, fundamentando-se na análise

sistemática de dados e na projeção de ações coerentes com os objetivos de saúde pública (Brasil, 2016).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), esse processo adquire centralidade frente à complexidade do sistema federativo brasileiro, exigindo mecanismos de articulação e coordenação entre os entes da federação para assegurar os princípios da integralidade, equidade e universalidade. A Lei nº 8.080/1990 estabelece a organização do SUS e confere à União a responsabilidade pela coordenação nacional do planejamento em saúde, integrando-o aos princípios organizativos da regionalização, hierarquização, descentralização e participação social (Brasil, 1990).

Esses princípios orientam a estruturação da rede de atenção à saúde. A regionalização e a hierarquização organizam os serviços por níveis crescentes de complexidade distribuídos territorialmente. A descentralização atribui aos municípios a execução das ações de saúde, e a participação social fortalece o controle democrático e a legitimidade das decisões. Com isso, o planejamento no SUS exige abordagens técnico-políticas que incorporem as singularidades locais, o pacto interfederativo e o envolvimento da sociedade civil nos processos decisórios (Brasil, 2016).

Do ponto de vista operacional, o planejamento em saúde apresenta uma dupla dimensão: técnica e política. A dimensão técnica envolve a utilização de métodos analíticos e instrumentos de gestão na definição de metas, estratégias e planos de ação, baseando-se em diagnósticos situacionais com indicadores epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos. Já a dimensão política manifesta-se por meio da pactuação de responsabilidades entre os entes federativos e da mediação de interesses institucionais e sociais diversos. No SUS, essa dimensão política é concretizada na construção ascendente do planejamento e na atuação dos Conselhos de Saúde (Brasil, 2016).

A estrutura do planejamento em saúde comprehende três níveis: estratégico, tático e operacional. O planejamento estratégico, de responsabilidade da esfera federal, orienta as políticas públicas nacionais em horizonte de longo prazo. O planejamento tático, conduzido pelas secretarias estaduais, traduz essas diretrizes em

metas regionais. O planejamento operacional, a cargo dos municípios, organiza a execução direta das ações, especialmente na Atenção Básica. A articulação entre esses níveis é essencial para garantir coerência e efetividade nas intervenções (Silva et al., 2024).

Nesse escopo, destaca-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), concebido por Carlos Matus, como alternativa aos modelos normativos tradicionais. Essa abordagem reconhece o caráter político do planejamento público e estrutura-se em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O PES favorece o diagnóstico crítico da realidade, a negociação entre atores e a implementação adaptativa das ações, sendo especialmente aplicável ao SUS pela sua complexidade e diversidade regional (Figueiredo et al., 2020).

A programação em saúde constitui o desdobramento técnico-operacional do planejamento. Ela detalha a execução das metas previstas, incluindo prazos, responsáveis, fontes de financiamento e indicadores de monitoramento. Instrumentos como a Programação Anual de Saúde (PAS) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) viabilizam a integração das ações entre os entes federativos, promovendo a gestão compartilhada da rede assistencial (Brasil, 2016).

Planejamento e programação em saúde, portanto, não são meras formalidades administrativas, mas elementos estruturantes da gestão pública. Sua efetividade depende da articulação entre os níveis de governo, da qualificação dos profissionais, da adoção de metodologias adequadas e do fortalecimento da participação social. São, assim, indispensáveis à racionalização dos recursos e à efetivação do direito à saúde (Kruger, 2020).

A partir da década de 1990, as diretrizes normativas passaram a refletir a adoção de modelos gerenciais inspirados na Nova Gestão Pública, caracterizados pela orientação a resultados, contratualização de metas e mecanismos de monitoramento e avaliação. Essa mudança fortaleceu a lógica da eficiência, do desempenho e da accountability, exigindo dos gestores habilidades político-técnicas para decisões compartilhadas e baseadas em evidências (Brasil, 2016).

O Plano Nacional de Saúde (PNS), elaborado a cada quatro anos, é o principal instrumento de planejamento da esfera federal. Participativamente construído com o Conselho Nacional de Saúde, o PNS define diretrizes, objetivos e metas para todo o sistema. O PNS 2024–2027, por exemplo, organiza suas estratégias em eixos como Atenção Primária, Especializada, Prevenção e Ciência e Tecnologia, promovendo integração nacional e subsidiando os planos estaduais e municipais (Brasil, 2024).

A operacionalização dessas diretrizes ocorre por meio de instrumentos complementares: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e os Relatórios de Gestão (RG). O Plano de Saúde, com vigência quadrienal, define as prioridades estratégicas; a PAS detalha anualmente as ações programadas; e os RGs monitoram os resultados alcançados, viabilizando a prestação de contas e o ajuste das políticas (Menezes; Moretti; Reis, 2019).

Ferramentas informatizadas dão suporte à gestão do planejamento, como o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS), o e-SUS Atenção Básica e o e-Gestor AB, que consolidam dados e oferecem suporte à análise de indicadores. Esses sistemas fortalecem a gestão baseada em evidências, ampliando a capacidade decisória dos gestores e a eficiência na aplicação de recursos (Brasil, 2024).

A participação social, prevista na Lei nº 8.142/1990, é um componente estruturante do planejamento no SUS. Os Conselhos de Saúde, com composição paritária, deliberam sobre os planos e relatórios de gestão, e as Conferências de Saúde, realizadas periodicamente, definem diretrizes para as políticas públicas. Esses espaços garantem legitimidade democrática e aproximam as decisões das reais necessidades da população (Brasil, 1990).

No processo de regionalização do SUS, o Planejamento Regional Integrado (PRI) surge como estratégia para superar a fragmentação e promover a articulação entre os entes federativos. Orientado pelo Decreto nº 7.508/2011, o PRI estrutura-se nas Regiões de Saúde e busca pactuar responsabilidades e integrar ações por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e de instrumentos como

o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O ciclo do PRI envolve diagnóstico situacional, definição de metas e indicadores (DOMI), elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e pactuação de compromissos financeiros. Tal modelo reforça o planejamento ascendente e colaborativo, fundamental para a integralidade do cuidado e a equidade na distribuição dos recursos (Brasil, 2016).

A efetividade desses instrumentos de planejamento é sustentada por uma complexa engenharia institucional. As Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) viabilizam a pactuação entre os entes federados. As Conferências e os Conselhos de Saúde asseguram a participação social contínua e qualificada. Além disso, a análise situacional territorializada, o uso de mapas da saúde e os sistemas de informação, como o SIOPS e o SARGSUS, fortalecem a capacidade analítica e o monitoramento das ações (Brasil, 2024).

Por fim, os princípios da descentralização e da regionalização influenciam diretamente a lógica do planejamento. A descentralização fortalece a autonomia dos municípios, enquanto a regionalização organiza a rede de serviços por meio de critérios epidemiológicos e territoriais, promovendo maior equidade. A integração dessas diretrizes exige pactuações interfederativas, cooperação técnica e fortalecimento da governança regional (Santos et al, 2020).

Apesar dos avanços, persistem desafios significativos à efetivação plena do planejamento no SUS. Entre eles, destacam-se a baixa capacidade técnica de municípios pequenos, o subfinanciamento crônico, a fragmentação entre planejamento, financiamento e execução e os impactos da judicialização. A defasagem da Tabela SUS também compromete a sustentabilidade da gestão (Brasil, 2016).

Entretanto, o SUS apresenta potencialidades que podem ser mobilizadas para qualificar o planejamento. A ampliação da educação permanente, a incorporação de tecnologias da informação, a utilização de consórcios intermunicipais e a valorização dos determinantes sociais da saúde representam caminhos promissores para a melhoria da gestão e da equidade (Brasil, 2016).

Em regiões como a Amazônia Legal, as especificidades territoriais, culturais e logísticas impõem desafios adicionais, demandando estratégias inovadoras. A abordagem ecossistêmica da saúde, a sustentabilidade e a interculturalidade devem nortear as ações, respeitando saberes tradicionais e promovendo articulações entre governos e comunidades. Essa abordagem é essencial para garantir o direito à saúde de populações indígenas, ribeirinhas e tradicionais (Tobias; Leles; Lima, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento e a programação em saúde, enquanto instrumentos estruturantes do Sistema Único de Saúde, configuram-se como pilares essenciais para a efetivação das políticas públicas de saúde no Brasil. Nas realidades amazônicas, esses instrumentos revelam sua importância ainda maior, pois permitem enfrentar os desafios impostos pela dispersão geográfica, pela diversidade sociocultural e pelas limitações de infraestrutura.

Nesse contexto, a adoção de abordagens ecossistêmicas e interculturais mostra-se necessário para que o planejamento seja mais responsável às necessidades locais, respeitando o estilo de vida de povos indígenas, ribeirinhos e comunidades tradicionais. Apesar dos avanços institucionais, persistem obstáculos que comprometem a efetividade do planejamento e da programação, como a baixa capacidade técnica de muitos municípios da região. Entretanto, tais desafios podem ser amenizados por meio da valorização da participação social, da educação permanente em saúde, da incorporação de tecnologias da informação e do fortalecimento da governança regional.

Dessa forma, o fortalecimento dos instrumentos de planejamento e programação em saúde frente às especificidades amazônicas representa não apenas uma necessidade técnica, mas também um compromisso ético e político com a justiça social, a equidade e a efetivação do direito à saúde. Fortalecer esse processo

requer acordos mais sólidos entre os entes federativos e uma gestão que seja, ao mesmo tempo, democrática e inovadora.

Diante da complexidade do Sistema Único de Saúde e das diversidades territoriais do país, o planejamento e a programação em saúde reafirmam-se como pilares para a efetividade das políticas públicas e a realização do direito à saúde. A consolidação de uma gestão ascendente, resolutiva, participativa e informada por evidências é o caminho necessário para responder, com justiça e efetividade, às demandas sanitárias da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- SANTOS, E.B.S.; et al. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 9, p. 3597-3609. 2020.
- MENEZES, A.P.R.; MORETTI, B.; REIS, A.A.C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 5, p. 58-70. 2019.
- BRASIL. Manual de Planejamento e Articulação Interfederativa no SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 4 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024–2027. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view>. Acesso em: 4 jul. 2025.
- TOBIAS, R.; LELES, F. G.; LIMA, M. C. R. F. (org.). Planejamento e Políticas de Saúde na Amazônia. Brasília: Rede Unida, 2024.
- FIGUEIREDO, I. D. T.; et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27 38, 2020.
- KRUGER, T. R. Participação e planejamento no SUS: considerações a partir dos Planos Nacionais de Saúde. **Revista Sociais e Humanas**, v. 33, n. 3, 2020.

SILVA, G.; et al. Reflexões sobre as práticas gerenciais produzidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem Digital e Promoção da Saúde**, v. 9, p. 1–7, 2024. DOI: 10.5935/2446-5682.20240254. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v9aop254.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2025.

ROCHA, R; CAMARGO, M; FALCÃO, L; SILVEIRA, M; THOMAZINHO, G. A Saúde na Amazônia Legal Análise Qualitativa sobre Desafios e Boas Práticas. São Paulo, 2022.

Fausto, Márcia Cristina Rodrigues et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 27, n. 04 [Acessado 28 Agosto 2025], pp. 1605-1618. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>.

PIMENTEL, Daizes Caldeira et al. Gestão pública: uma proposta de adequação no planejamento e orçamento público para unidades de saúde de Parintins-AM. 2022.

VIANA, A.L.A; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.. Regionalização e relações federativas na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 11-23, 2015.

COIMBRA JR., Carlos E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, povos indígenas e políticas públicas: reflexões a partir da Amazônia brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 267-277, 2014.

CAPÍTULO 6

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO AMAZÔNICO

*Gleidilene Freitas da Silva
Giulliana Patrício da Costa Braga
Antonio Lucas Barbosa do Vale
Fabíola Cristina Gibson Alves
Larisse Freitas da Silva
Francisca Andréia da Silva
Bruna Hellen Vaz Pires
Walterlan Marques do Nascimento
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz*

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem uma estratégia organizacional fundamental para consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ao buscar a integração das ações e serviços em diferentes níveis de atenção, de modo contínuo, resolutivo e equânime. Sua conformação no Brasil está diretamente vinculada ao movimento da Reforma Sanitária, que, na década de 1970 e 1980, trouxe para o debate a necessidade de superar o modelo hospitalocêntrico e curativista, avançando para um sistema descentralizado, universal e integral. Esse processo culminou na criação do SUS, em 1988, marco histórico que assegurou a saúde como direito de todos e dever do Estado (Tofani et al, 2021).

Apesar dos avanços normativos e institucionais, a implementação efetiva das redes enfrenta desafios estruturais e conjunturais, como o subfinanciamento crônico, a fragmentação da gestão, as desigualdades regionais e a dificuldade de garantir a continuidade do cuidado entre os diferentes pontos de atenção. Esses entraves tornam-se ainda mais evidentes no contexto amazônico,

caracterizado por vastas distâncias geográficas, baixa densidade populacional, dificuldades de transporte e comunicação, além de realidades socioculturais diversas, marcadas pela presença de populações ribeirinhas, indígenas e tradicionais. Nesse cenário, a garantia da integralidade do cuidado exige estratégias inovadoras, adaptadas às especificidades locais e culturais(Costa et al, 2021).

Assim, analisar as RAS no Brasil, com foco nos desafios e perspectivas do contexto amazônico, implica compreender tanto os avanços conquistados a partir da Reforma Sanitária, como a ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde e expansão da Estratégia Saúde da Família, quanto às limitações persistentes que comprometem a efetividade do SUS. As implicações desse debate apontam para a necessidade de fortalecer políticas públicas que enfrentem desigualdades históricas, assegurem equidade territorial e promovam o cuidado em saúde de forma integral, articulada e socialmente mais justa (Morais et al, 2024).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou uma revisão narrativa da literatura sobre as redes de atenção à saúde no Brasil, com ênfase na reforma sanitária, discutindo seus avanços, limitações e implicações no contexto amazônico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "como se estruturam as redes de atenção à saúde no Brasil e quais os

principais desafios e possibilidades para sua efetivação na região amazônica?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Redes de Atenção à Saúde", "Sistema Único de Saúde", "Região Amazônica".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No contexto da saúde pública brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) busca incessantemente aprimorar a oferta de serviços e a qualidade da atenção prestada à população. Nesse cenário, a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) emerge como uma estratégia fundamental para superar a fragmentação dos serviços e garantir a integralidade do cuidado. As RAS são arranjos que permitem a oferta de uma atenção contínua e integral, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, com foco na equidade e na geração de valor para a população. Assim, a efetivação das RAS é crucial para a consolidação dos princípios do SUS, assegurando que os usuários tenham acesso adequado e contínuo aos diferentes níveis de atenção, desde a prevenção até o tratamento de alta complexidade (Brasil, 2014).

Historicamente, os serviços de saúde foram desenvolvidos de forma isolada, resultando em desarticulação, ineficiência e iniquidades no acesso, o que impulsionou a necessidade de arranjos mais coordenados e centrados nas necessidades do usuário. As RAS representam uma estratégia fundamental para otimizar o uso de recursos, qualificar o atendimento e promover a saúde em suas diversas dimensões, desde a prevenção até a reabilitação, integrando os diferentes pontos de atenção e níveis de complexidade (Tofani et al, 2021).

No cenário mundial, o conceito de Redes de Atenção em Saúde tem evoluído a partir da compreensão de que a fragmentação dos serviços de saúde compromete a qualidade e a eficiência dos sistemas. Diversos países têm adotado modelos de RAS, buscando aprimorar a coordenação do cuidado e garantir o acesso universal e equitativo à saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm promovido a implementação de RAS como uma estratégia essencial para fortalecer os sistemas de saúde, enfatizando a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro coordenador do cuidado (Costa, 2021; Paula, 2024).

Experiências internacionais, como as do Reino Unido com o National Health Service (NHS) e do Canadá com seus sistemas provinciais de saúde, demonstram a importância de uma forte Atenção Primária à Saúde, da integração de diferentes níveis de atenção e do uso de tecnologias de informação para a efetividade das redes. Contudo, desafios como o financiamento sustentável, a gestão de recursos humanos e a resistência à mudança cultural persistem globalmente, exigindo esforços contínuos para a consolidação das RAS (Brasil, 2014).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, constituiu um marco referencial para a reestruturação dos sistemas de saúde, ao estabelecer os cuidados primários como eixo central da organização dos serviços. No contexto brasileiro, a conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) segundo a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido reconhecida como uma estratégia fundamental para a

efetivação de seus princípios doutrinários universalidade, integralidade e equidade , promovendo maior coordenação do cuidado e superação da fragmentação das ações e serviços (Tofani et al, 2021).

A Portaria GM/MS nº 4.279, de 2010, constitui um marco normativo fundamental ao instituir as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Define as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, articulados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. A efetivação dessas redes fundamenta-se em princípios e atributos essenciais voltados à promoção da qualidade, integralidade, eficiência e equidade do cuidado. Tais elementos estão sistematizados na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, que orienta a estruturação, a operacionalização e o funcionamento das RAS em todo o território nacional (Brasil, 2010; 2017).

Entre os principais fundamentos da RAS, destacam-se: a economia de escala, que otimiza custos ao distribuir serviços conforme a densidade tecnológica; a suficiência e qualidade dos recursos humanos, físicos e tecnológicos; o acesso universal, sem barreiras geográficas ou socioeconômicas; e a adequada disponibilidade e alocação dos recursos. A integração vertical (entre níveis de atenção) e horizontal (entre serviços similares) promove articulação assistencial e racionalização dos serviços. Além disso, os processos de substituição e a organização regionalizada das ações, com base nos níveis de atenção, contribuem para o uso eficiente dos recursos (Brasil, 2010).

No que se refere aos atributos das RAS, tem-se a definição da população e do território adscritos, a presença de serviços articulados em todas as fases do cuidado, a coordenação do cuidado com continuidade assistencial, a centralidade no usuário e o fortalecimento da participação social. Também são essenciais uma gestão única da rede, sistemas de informação integrados, recursos humanos qualificados, financiamento tripartite suficiente e atuação intersetorial, com foco nos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2010).

Um dos componentes importantes das RAS são os pontos de atenção à saúde, no qual correspondem aos espaços onde se ofertam

ações e serviços de saúde, organizados a partir de uma produção do cuidado singular e centrada nas necessidades dos usuários. Podem ser representados por domicílios, unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, serviços de hemoterapia, centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas, entre outros. No âmbito hospitalar, diferentes pontos de atenção coexistem, como ambulatórios de pronto atendimento, centros cirúrgicos, maternidades, unidades de terapia intensiva e hospital/dia. Todos os pontos são essenciais para o alcance dos objetivos da Rede de Atenção à Saúde, diferenciando-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas e níveis de complexidade assistencial que os caracterizam (Morais et al, 2024).

Neste contexto, a RAS organiza-se por meio de componentes interligados que asseguram a coordenação do cuidado, a integralidade da atenção e o acesso equitativo aos serviços de saúde. Entre esses, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica como porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora do cuidado. Responsável pela adscrição da população e pelo acompanhamento longitudinal, a APS integra os diversos pontos da rede e garante continuidade e resolutividade, consolidando os princípios do SUS (Brasil, 2010).

Outros componentes da rede são a Atenção Ambulatorial Especializada, na qual esta oferece suporte diagnóstico e terapêutico em diversas especialidades, enquanto a Atenção Hospitalar contempla os serviços de média e alta complexidade, ambos articulados com a APS para garantir continuidade assistencial. A Atenção Domiciliar amplia o cuidado a pacientes com condições crônicas ou em reabilitação, promovendo desospitalização e humanização (Morais et al, 2024).

O Apoio Diagnóstico e Terapêutico como componente da RAS fornece subsídios para a conduta clínica e qualifica o cuidado em todos os níveis. A Regulação do Acesso gerencia fluxos assistenciais, promovendo acesso oportuno e adequado. E por fim, os sistemas logísticos, como transporte sanitário, centrais de regulação e sistemas de informação, garantem integração entre os pontos da rede. Embora sustentada por esses componentes, a RAS tem sua base

organizacional centrada na Atenção Primária à Saúde, a qual atua como coordenadora do cuidado, fortalecendo a integralidade, a continuidade e a eficiência da atenção, em consonância com os princípios do SUS (Brasil, 2010).

Dentro das RAS, na atuação direta e indireta nos componentes estruturais, tem-se a equipe de saúde na qual esta representa o núcleo estruturante da assistência, sendo mais do que a simples reunião de profissionais de diferentes áreas. Trata-se de um coletivo multiprofissional e, sobretudo, interdisciplinar, que compartilha saberes, responsabilidades e decisões, com o objetivo comum de garantir um cuidado integral, contínuo e resolutivo à população. A equipe atua de forma articulada nos diferentes pontos de atenção da Atenção Primária à Saúde até a atenção hospitalar e domiciliar respondendo às necessidades do território com base em vínculos, escuta qualificada e coordenação do cuidado. Essa configuração permite que o paciente seja visto em sua totalidade, e não como fragmento de queixas ou doenças, assegurando atenção centrada na pessoa e no contexto em que ela vive (Morais et al, 2024).

No entanto, para que essa atuação em equipe se efetive nas RAS, é preciso enfrentar desafios históricos e estruturais, como a fragmentação dos processos de trabalho, a comunicação ineficaz entre níveis de atenção, e a formação profissional ainda centrada em especialidades isoladas. A equipe, enquanto engrenagem fundamental da RAS, precisa de apoio institucional, liderança comprometida, fluxos bem definidos e educação permanente que fomente o trabalho colaborativo e a visão ampliada de saúde. Assim, investir na valorização e no fortalecimento das equipes é essencial para consolidar redes integradas, humanizadas e capazes de oferecer respostas qualificadas às complexas demandas de saúde da população (Costa, 2021).

No interior das RAS, vale destacar ainda as Redes Temáticas na qual estas desempenham papel estratégico ao estruturar a atenção voltada a condições de saúde de alta complexidade ou a grupos populacionais específicos. Tais redes operam de forma regionalizada, hierarquizada e articulada, superando a fragmentação do cuidado e

promovendo respostas mais coordenadas e especializadas às demandas da população (Brasil, 2017).

As Redes Temáticas são regulamentadas por normativas específicas e integram os diversos pontos de atenção primário, secundário e terciário por meio de sistemas logísticos, de apoio e de governança clínica. Entre as principais redes implementadas pelo Ministério da Saúde destacam-se: a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a mais recente, Rede ALINE, sucessora da Rede Cegonha (Brasil, 2017; Brasil, 2024).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) estrutura-se desde o atendimento pré-hospitalar, como o SAMU 192, até o cuidado hospitalar e reabilitador, com base em protocolos de classificação de risco. Já a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oferece cuidado comunitário e em liberdade a pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, atuando na desinstitucionalização e na promoção da inclusão social (Brasil, 2017; Tofani et al, 2021).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) promove atenção integral e multiprofissional desde a APS até os serviços de reabilitação especializada, assegurando acesso a tecnologias assistivas e à cidadania. A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas organiza o cuidado contínuo para condições como diabetes, hipertensão e câncer, com a APS como coordenadora do cuidado, promovendo prevenção, autocuidado apoiado e encaminhamentos qualificados (Brasil, 2017; Tofani et al, 2021).

A mais recente rede, criada em 2024, é a Rede ALINE, que substitui a Rede Cegonha e visa enfrentar desigualdades na atenção materno-infantil, com foco na equidade racial, regional e social. A rede articula ações desde o planejamento reprodutivo até a primeira infância, utilizando tecnologias digitais e fortalecendo a APS. Sua meta é reduzir em 25% a mortalidade materna até 2027, abordando também os determinantes sociais da saúde de forma intersetorial (Brasil, 2024).

A funcionalidade das Redes Temáticas se expressa na articulação entre os pontos de atenção, assegurando continuidade, vínculo e resolutividade. Elas refletem a evolução das políticas de saúde no Brasil, alinhadas aos princípios do SUS, como a equidade, a integralidade e a humanização. Seu fortalecimento é estratégico para enfrentar os desafios atuais do sistema de saúde, especialmente diante das transições demográfica e epidemiológica e da necessidade de um SUS centrado nas necessidades da população (Tofani et al, 2021).

Apesar dos avanços normativos e conceituais, a implementação plena das RAS no Brasil ainda enfrenta desafios significativos, como o subfinanciamento crônico do SUS, a necessidade de aprimoramento da gestão e da governança, a regionalização insuficiente e a carência de profissionais qualificados em algumas áreas (Costa, 2021).

No que diz respeito ao subfinanciamento crônico, este compromete a infraestrutura, a aquisição de tecnologias e a valorização dos profissionais. Soma-se a isso a fragmentação dos serviços, que gera descontinuidade do cuidado, duplicação de procedimentos e ineficiência na gestão dos recursos. No campo da gestão, destacam-se a fragilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado, a ausência de planejamento regional e a escassez de profissionais capacitados em gestão de redes. Problemas na regulação, transporte sanitário e articulação entre os entes federativos agravam a desorganização e dificultam a governança integrada (Costa, 2021).

Também existem barreiras culturais, como a resistência ao trabalho colaborativo e à lógica de redes, predominando práticas fragmentadas e centradas no hospital. A comunicação deficiente entre os pontos de atenção e a falta de interprofissionalidade comprometem a continuidade e a integralidade do cuidado prestado. Por fim, a ausência de sistemas de informação integrados e de metodologias de avaliação dificulta o monitoramento das RAS. Superar esses desafios exige investimento, fortalecimento da APS, integração dos serviços e promoção de uma cultura de gestão qualificada e colaborativa, essencial à consolidação de um SUS mais equânime e resolutivo (Costa, 2021).

Neste contexto, cabe destacar a região amazônica, na qual esta impõe desafios singulares à organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), devido à vastidão territorial, à dispersão populacional e às barreiras geográficas naturais. Nessa realidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se o principal eixo estruturador do cuidado, por meio de estratégias como unidades de saúde fluviais, equipes itinerantes e ações em territórios indígenas e ribeirinhos. A utilização de tecnologias como a telemedicina e a telessaúde tem potencial para superar os vazios assistenciais e promover a integralidade do cuidado, mas ainda enfrenta limitações de infraestrutura, formação profissional e conectividade. A dificuldade de fixar profissionais com perfil adequado para contextos multiculturais e remotos, aliada à carência de serviços básicos como saneamento e energia, compromete a consolidação efetiva das RAS na região (El Kadri; Schweichardt; Freitas, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das RAS no Brasil evidencia que, apesar dos avanços promovidos pela Reforma Sanitária e pela criação do SUS, ainda persistem desafios estruturais que comprometem a efetividade do sistema no contexto amazônico. Diante da complexidade estrutural e dos desafios históricos enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram-se como uma estratégia imprescindível para promover a integralidade, a equidade e a continuidade do cuidado no âmbito do SUS.

Sua efetivação demanda não apenas arranjos organizativos bem estruturados, mas também investimentos sustentados, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, valorização das equipes multiprofissionais e ampliação do uso de tecnologias que favoreçam a integração dos serviços. As redes, quando bem estruturadas, têm o potencial de reduzir iniquidades, promover equidade e fortalecer a integralidade do cuidado, mas dependem de políticas públicas consistentes, financiamento adequado e integração intersetorial.

O caso da região amazônica evidencia com nitidez os entraves à consolidação das redes, exigindo soluções inovadoras e sensíveis às particularidades territoriais, socioculturais e logísticas. Assim, consolidar as RAS significa avançar rumo a um sistema de saúde mais humano, resolutivo e centrado nas necessidades da população, reafirmando os princípios do SUS e garantindo o direito à saúde como pilar de justiça social e desenvolvimento sustentável.

Espera-se que o presente estudo evidencie o fortalecimento das RAS na Amazônia e não se restrinja apenas à organização de serviços, mas que implique no repensar das práticas, processos de gestão e formas de articulação comunitária, respeitando as especificidades locais. As implicações apontam para a necessidade de consolidar políticas que alinhem os princípios do SUS com estratégias territoriais e culturalmente sensíveis, promovendo não apenas cobertura, mas a efetiva melhoria da qualidade de vida e a redução das iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2014. 159 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantação_redes_atenção_saude_sas.pdf. Acesso em: 3 jul. 2025.

COSTA, R.S. Redes de atenção à saúde: desafios dos gestores para sua implementação e funcionamento. **REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, [S. I.], v. 2, n. fluxocontinuo, 2021. DOI: 10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1415. Disponível em: <https://periodicos.ufrb.edu.br/index.php/revise/article/view/1415>. Acesso em: 3 jul. 2025.

TOFANI, L. F. N. et al.. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da

União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 89. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 3 jul. 2025. mprj.mp.br+8bvsms.saude.gov.br+8scielo.br+8

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Suplemento, p. 192. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 3 jul. 2025. vigilanciasanitaria.sc.gov.br+6bvsms.saude.gov.br+6cetadobserv.ufba.br+6

DE PAULA, L. G. C. Redes de atenção à saúde: diagnóstico das ações construídas entre a APS e os hospitais de pequeno porte. **APS em Revista**, [S. I.], v. 3, n. 1, p. 48–55, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i1.76. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/76>. Acesso em: 3 jul. 2025.

MORAIS, F.; et al. Fortalecimento da rede de atenção à saúde: contribuição da enfermagem no contexto da atenção primária à saúde. **Nursing Edição Brasileira**, [S. I.], v. 28, n. 317, p. 10213–10216, 2024. DOI: 10.36489/nursing.2024v28i317p10213-10216. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3226>. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 5.350, de 13 de setembro de 2024. Institui a Rede ALINE — Atenção Materno-Infantil com Enfoque na Equidade, visando fortalecer a atenção materno-infantil, reduzir a mortalidade materna e infantil e promover a equidade racial e regional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 set. 2024. Seção 1, p. XX. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 3 jul. 2025.

EL KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C.; FREITAS, C. M. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e220056, 2022.

CAPÍTULO 7

DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TRAJETÓRIA E ATUALIDADES NO CONTEXTO AMAZÔNICO

Krisna Vitória Ipólito de Pinho

Ana Carolina Santos de Souza

Luiz Felipe da Silva Valle

Rodrigo de Barros Feltran

Francisca Andréia da Silva

Fabíola Cristina Gibson Alves

Giovanna Rosario Soanno Marchiori

Renilma da Silva Coelho

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida como eixo estruturante dos sistemas de saúde no mundo, tendo como função principal ser a porta de entrada do usuário e o centro articulador das redes de atenção. Sua atuação abrange desde ações de promoção e prevenção até tratamento e reabilitação, pautada em princípios como universalidade, integralidade, acessibilidade e equidade. Os marcos internacionais, como a Declaração de Alma-Ata (1978), que estabeleceu a saúde como direito fundamental e a APS como estratégia central, e a Declaração de Astana (2018), que reafirmou esses compromissos sob a perspectiva dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, consolidaram a importância da APS para sistemas de saúde mais justos e resilientes (Sousa et al., 2019; OMS, 2018).

No Brasil, a trajetória da APS está diretamente vinculada à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990) consolidou princípios como descentralização, regionalização e

hierarquização, reforçando a APS como o primeiro nível de contato da população com o sistema. Mais do que um nível assistencial, a APS se configura como uma filosofia que norteia o cuidado em saúde, baseada na integralidade, longitudinalidade e coordenação, com forte atuação de equipes multiprofissionais em territórios definidos (Martins; Carbonai, 2021).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consolidou a APS no SUS, especialmente a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecida como modelo prioritário para reorganizar o cuidado. Desde sua instituição em 2006, a PNAB passou por revisões (2011 e 2017), refletindo avanços e desafios na consolidação da atenção primária. Essas mudanças buscaram ampliar a capacidade de resposta do sistema às necessidades da população, embora tenham gerado debates sobre a flexibilização das equipes e os rumos da política. Ainda assim, a APS permanece como eixo central para a efetivação do direito à saúde, enfrentando desafios relacionados à equidade, financiamento, gestão e qualidade da assistência, sobretudo em regiões com maiores desigualdades, como a Amazônia (Giovanella; Franco; Almeida, 2020.).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou uma revisão narrativa da literatura sobre a Atenção Primária em Saúde (APS), abordando seus aspectos históricos, conceituais e organizacionais, com destaque para a evolução da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), discutindo seus avanços, limitações e desafios no contexto amazônico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a atenção primária em saúde, abordando seus aspectos históricos, conceituais e organizacionais. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor

de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "como se estruturaram historicamente e evoluíram a atenção primária em saúde, a política nacional de atenção básica e a estratégia saúde da família no Brasil, e quais os principais desafios e perspectivas para a sua consolidação na região amazônica?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Acesso à Atenção Primária", "Estratégias de Saúde Nacionais", "Sistema Único de Saúde".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No Brasil, a APS se desenvolve com alta descentralização e capilaridade, alcançando comunidades por meio de estratégias como a Saúde da Família (ESF). A ESF, em particular, consolidou-se como modelo prioritário para a reorganização da atenção básica, aproximando equipes multidisciplinares da população. A eficácia da APS e da ESF é vital para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso universal e equitativo aos serviços. A compreensão aprofundada desses conceitos é crucial para profissionais estratégicos e transformadores na saúde pública.

A Atenção Primária em Saúde (APS) configura-se como um alicerce global para a organização de sistemas de saúde, atuando como porta de entrada preferencial e centro articulador das redes de atenção. Sua abrangência vai além da oferta de serviços, englobando ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, tanto individual quanto coletiva. Este modelo visa impactar positivamente a saúde das populações, pautado por princípios como universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização e equidade, conforme diretrizes internacionais e adaptações nacionais (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Historicamente, o marco inaugural da APS deu-se com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. A Declaração de Alma-Ata proclamou a saúde como direito fundamental do ser humano e estabeleceu a APS como estratégia central para a meta da “Saúde para Todos no Ano 2000”. Este marco histórico enfatizou uma abordagem abrangente e equitativa, definindo a APS como o primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, o mais próximo possível de seu cotidiano (Sousa et al, 2019).

Quatro décadas mais tarde, a Declaração de Astana (2018) propôs uma abordagem centrada nas pessoas, com foco na equidade, na integralidade do cuidado, na intersetorialidade e na participação social, reconhecendo a APS como elemento estruturante para sistemas de saúde resilientes, reafirmando os compromissos de Alma-Ata, atualizando-os ao contexto contemporâneo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (OMS, 2018).

Conceptualmente, a APS transcende um mero nível de atenção; é uma filosofia que permeia todo o sistema de saúde, promovendo integralidade e continuidade do cuidado. Baseia-se em princípios como universalidade, equidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade e orientação familiar e comunitária. A APS funciona como um filtro, organizando o fluxo de usuários na rede de saúde, do simples

ao complexo, assegurando o cuidado adequado no tempo e local certos. Sua organização envolve equipes multiprofissionais, territórios definidos e articulação com outros níveis de atenção (Martins; Carbonai, 2021).

No Brasil, a institucionalização da APS está intimamente ligada à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado pela Constituição Federal de 1988 (Art. 196), que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990) normatizou o SUS e definiu a descentralização, regionalização e hierarquização como diretrizes organizativas, permitindo que a APS se consolidasse como principal ponto de contato entre o cidadão e o sistema de saúde (Brasil, 1990; Brasil 1988).

A Política Nacional de Atenção à Saúde no Brasil reflete a complexa trajetória do sistema de saúde, antes do SUS, o acesso à saúde era fragmentado e desigual, predominando um modelo hospitalocêntrico e curativo. A redemocratização e a mobilização social da Reforma Sanitária Brasileira foram cruciais para a concepção de um sistema universal, equitativo e integral, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 648/2006, representou avanço significativo ao formalizar as diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB) no SUS. A PNAB 2006 enfatizou a ESF como modelo prioritário para a expansão e consolidação da AB, definindo suas atribuições e o papel das equipes de saúde. Essa política resultou de um amplo processo participativo, envolvendo gestores, trabalhadores e sociedade civil, buscando revitalizar a atenção primária e garantir sua centralidade na rede de atenção à saúde (Brasil, 2006).

As revisões da PNAB em 2011 e 2017 refletem adaptações necessárias diante dos desafios e avanços do sistema de saúde. A PNAB 2011 buscou fortalecer a coordenação do cuidado e a integralidade, enquanto a PNAB 2017 trouxe mudanças importantes, como a flexibilização da composição das equipes e a inclusão de novas

modalidades de atenção. Essas alterações geraram debates sobre o direcionamento da AB, mas mantiveram o compromisso com a universalidade e a equidade, buscando aprimorar a capacidade de resposta do SUS às necessidades da população (Brasil, 2011; 2017).

Como estratégia promissora para a consolidação da APS no Brasil, a PNAB institui equipes multiprofissionais para atuação, que são formadas por profissionais de distintas formações em saúde que atuam de maneira complementar e integrada às equipes já estabelecidas na APS, como as Equipes de Saúde da Família, Núcleo ampliado de saúde da família, Equipes Ribeirinhas, Consultório na Rua, Equipes de Atenção Primária e Unidades Básicas de Saúde Fluvial. Suas diretrizes operacionais visam ampliar o acesso da população aos cuidados em saúde, promover a integralidade do cuidado, diversificar as práticas na APS e integrar ações de assistência, promoção, prevenção, vigilância e formação. Além disso, favorecem a comunicação entre os pontos de atenção e demais setores sociais, aprimorando a resolutividade e a continuidade dos fluxos assistenciais (Brasil, 2017).

Organizacionalmente, a APS se caracteriza pela capilaridade e descentralização, permitindo que ações de saúde sejam desenvolvidas próximas à população. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, no Brasil, as Unidades de Saúde da Família (USF), são os espaços físicos de materialização da APS. Essas unidades oferecem uma gama de serviços, incluindo consultas, exames, vacinação e acompanhamento de condições crônicas. A eficácia da APS depende de forte articulação entre os níveis de atenção e de um sistema eficiente de referência e contrarreferência (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal ferramenta de reorientação do modelo assistencial no Brasil, consolidando a Atenção Primária em Saúde como eixo central do SUS. Sua gênese remonta ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, que introduziu o agente comunitário como elo entre comunidade e serviços de saúde. Em 1994, o PACS evoluiu para o Programa Saúde da Família (PSF), ampliando a equipe e a abrangência das ações, marcando o início de uma nova abordagem no cuidado à saúde (Mendonça et al, 2023).

A evolução da ESF foi impulsionada pela crescente compreensão da necessidade de um modelo de atenção mais próximo da realidade das pessoas, considerando os determinantes sociais e ambientais da saúde. A ESF se diferencia pela abordagem territorializada e pela composição de equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atuam em áreas geográficas definidas. Essa estrutura permite acompanhamento longitudinal de indivíduos e famílias, promovendo vínculo e responsabilização pelo cuidado (Carvalho et al, 2025).

Ao longo dos anos, a ESF expandiu sua cobertura e consolidou-se como principal porta de entrada do SUS, contribuindo significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira. A inclusão de novas categorias profissionais, como cirurgiões-dentistas e profissionais de saúde bucal, e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria GM/MS nº 154/2008, que oferecem suporte especializado, demonstram a busca constante por aprimoramento e integralidade do cuidado. A ESF tem sido fundamental na redução da mortalidade infantil, no controle de doenças crônicas e na promoção da saúde (Mendonça et al, 2023).

No contexto global, a Estratégia Saúde da Família brasileira é reconhecida como modelo de sucesso na implementação da Atenção Primária em Saúde, inspirando outros países em desenvolvimento. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) frequentemente destacam a ESF como exemplo de como a APS pode ser efetiva na promoção da equidade e no acesso universal à saúde. A experiência brasileira demonstra que investir na atenção primária é fundamental para construir sistemas de saúde resilientes e capazes de responder às necessidades de suas populações (OPAS, 2023; Carvalho et al, 2025).

No entanto, a operacionalização da APS e da ESF enfrenta importantes desafios estruturais, gerenciais e contextuais. O subfinanciamento histórico do SUS, a rotatividade de profissionais, as dificuldades de acesso em territórios remotos e a fragmentação dos

sistemas de informação comprometem a efetividade e a continuidade do cuidado. A pandemia de COVID-19 expôs fragilidades, mas também evidenciou o protagonismo da APS na vigilância em saúde, testagem, vacinação e educação em saúde comunitária (Mendonça et al, 2023).

Na região amazônica, os desafios da APS adquirem especificidades adicionais: vastas distâncias geográficas, dispersão populacional, diversidade sociocultural e barreiras logísticas. Para superar essas dificuldades, o Ministério da Saúde implementou inovações como as Unidades de Saúde Fluviais e equipes de Saúde Indígena, regulamentadas no contexto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria GM/MS nº 1.820/2006). Ainda assim, a fixação de profissionais e o financiamento das ações de saúde continuam sendo entraves significativos para a equidade no acesso (Lima; Sousa, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a Atenção Primária em Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são componentes cruciais para a sustentabilidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Apesar dos avanços significativos na descentralização e capilaridade, especialmente com a ESF, desafios como o subfinanciamento, a rotatividade de profissionais e as barreiras geográficas, particularmente na região amazônica, persistem. A pandemia de COVID-19, embora tenha exposto fragilidades, também reforçou o papel vital da APS na saúde pública.

A consolidação da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede requer políticas públicas estruturantes e sustentáveis, com valorização do trabalho em equipe, formação de profissionais com perfil generalista e comunitário, estímulo à pesquisa aplicada e uso estratégico das tecnologias digitais em saúde. A formação médica e multiprofissional deve ser orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e pautada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1.996/2007),

visando à atuação crítica e transformadora dos futuros profissionais do SUS.

Por fim, a experiência brasileira em APS, reconhecida internacionalmente por organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), revela que o fortalecimento dessa estratégia é indispensável para a sustentabilidade do SUS. A superação dos desafios requer compromisso político, financiamento estável, gestão qualificada e participação social ativa, conforme preconiza a Lei nº 8.142/1990. A APS não apenas melhora a eficiência dos sistemas de saúde, como também é a única via viável para garantir o direito à saúde com equidade e justiça social.

Espera-se que o presente estudo contribua para a reflexão e o aprimoramento das práticas e políticas voltadas para a Atenção Primária em Saúde no Brasil, especialmente no que tange à sua consolidação e expansão em contextos desafiadores como a região amazônica, reforçando a necessidade de investimentos contínuos e estratégias inovadoras para garantir um sistema de saúde verdadeiramente universal e integral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2012.pdf. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: PNAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 1 jul. 2025.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE .. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

SOUSA, M. F. DE . et al.. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 82–93, 2019.

SOUSA, L. M. et al. A Declaração de Alma-Ata e seus impactos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 1-8, 2019.

LIMA, A. de O. .; SOUSA, A. T. S. de . The challenges of primary health care in Amazonas and proposals for improving health care: an integrative literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e333101017441, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); GOVERNO DO CASAQUIS-TÃO. Declaração de Astana: Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Atenção Primária À Saúde: A Trajetória Brasileira E O Contexto local em Porto Alegre (RS). **REAd. Revista Eletrônica de Administração**, v. 27, n. 3, p. 725–748, dez. 2021.

MENDONÇA, F.F.; et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate [online]**, v. 47, n. 137, p. 13-30. 2023.

CARVALHO, R.S et al. Modelo de Atenção na Estratégia Saúde da Família: o cuidado antes e após pandemia por COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 30, n. 05. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Atenção Primária à Saúde. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 1 jul. 2025.

CAPÍTULO 8

SABERES EM DIÁLOGO: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E EDUCAÇÃO POPULAR COMO CAMINHOS DE CUIDADO EM SAÚDE

*Bruna Jardim da Silva
Ana Carolina Santos de Souza
Luiz Felipe da Silva Valle
Paulo Sergio da Silva
Bruna Hellen Vaz Pires
Angela Aparecida Neto Amaral
Giovanna Rosario Soanno Marchiori
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Gleidilene Freitas da Silva*

INTRODUÇÃO

As práticas integrativas e complementares em saúde configuram-se como recursos terapêuticos que buscam ampliar o cuidado para além do modelo biomédico, considerando o sujeito na sua integralidade. Instituídas no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, tais práticas abrangem modalidades como fitoterapia, acupuntura, homeopatia, reiki, arteterapia, meditação, entre outras, e têm como finalidade promover o equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual dos indivíduos (BRASIL, 2018).

Nessa mesma percepção de integralidade, a Educação Popular em Saúde surge como uma proposta pedagógica inspirada no pensamento de Paulo Freire, baseada no diálogo, na escuta e na valorização dos saberes populares. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que, a partir do diálogo entre a diversidade

de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos (BRASIL, 2013).

A relevância da articulação entre PICS e Educação Popular em Saúde está no potencial de ressignificar o cuidado, tornando-o mais humanizado e próximo da realidade sociocultural dos sujeitos. Trata-se de um caminho para ampliar a promoção da saúde, reduzir desigualdades e fortalecer vínculos entre equipe e comunidade, sobretudo em territórios marcados por vulnerabilidades. Entretanto, ainda existem lacunas quanto à efetiva inserção das PICS no cotidiano dos serviços e à consolidação da Educação Popular em Saúde como eixo estruturante das práticas de cuidado.

Muitos profissionais relatam desconhecimento ou dificuldades em integrar essas abordagens no trabalho em equipe e nas ações junto à população, o que reforça a necessidade de estudos que aprofundem essa articulação. Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar como as práticas integrativas e a educação popular em saúde podem se articular como caminhos de cuidado voltados à promoção da saúde e ao fortalecimento da integralidade no SUS.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre práticas integrativas e complementares e educação popular em saúde. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "Quais os fundamentos, potencialidades e desafios das práticas

integrativas e complementares e da educação popular em saúde no Sistema único de saúde?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Práticas Integrativas e Complementares em Saúde", "Educação em Saúde", "Promoção da Saúde".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo acesso universal, integral e equitativo à saúde para toda a população. A universalidade assegura que todos os cidadãos brasileiros, sem distinção, tenham direito ao acesso aos serviços de saúde. A integralidade, por sua vez, considera o indivíduo em sua totalidade, promovendo ações de prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de complexidade do sistema. Já a equidade busca reduzir as desigualdades, direcionando maiores investimentos e recursos para onde há mais carência, tratando desigualmente os desiguais para promover a igualdade de acesso (BRASIL, 2025).

Recentemente, a Lei nº 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como um novo princípio legal do SUS, enfatizando a necessidade de um acolhimento mais respeitoso e empático, que

considere as necessidades, sentimentos e dignidade dos pacientes. Essa atualização reforça a importância de um cuidado que valorize a autonomia e o protagonismo dos usuários, profissionais e gestores, promovendo a corresponsabilidade e a construção de vínculos solidários na gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2025).

A concepção ampliada de saúde exige o rompimento com o paradigma biomédico tradicional, incorporando práticas que valorizam o bem-estar, a prevenção de agravos e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos. Nesse escopo, destacam-se as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e a Educação Popular em Saúde (EPS), duas estratégias fundamentais para a construção de um cuidado integral, humanizado e culturalmente sensível no Sistema Único de Saúde (SUS).

As PICS abrangem terapias baseadas no vínculo, escuta qualificada e na consideração da integralidade do ser humano corpo, mente e espírito, promovendo abordagens terapêuticas que ampliam o escopo da medicina convencional. Já a EPS, inspirada nos princípios freireanos de diálogo, problematização e construção coletiva do saber, busca empoderar indivíduos e comunidades por meio de práticas educativas emancipatórias. Ambas convergem ao enfatizar a autonomia e o protagonismo social no processo saúde-doença-cuidado, desafiando práticas verticalizadas e excludentes (OMS, 2024; Fiocruz, 2024).

No contexto internacional, a valorização das medicinas tradicionais e complementares tem sido fortemente impulsionada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 1970, estimulando sua incorporação aos sistemas de saúde nacionais. Práticas como acupuntura, fitoterapia e meditação vêm sendo reconhecidas por sua efetividade na promoção da saúde e no manejo de doenças crônicas. Simultaneamente, a EPS se consolida como um movimento global de transformação social, promovendo participação popular e ampliando o acesso ao conhecimento em saúde de maneira crítica e contextualizada (Brasil, 2024; Cruz et al, 2024).

No Brasil, a implementação das PICS no SUS foi institucionalizada em 2006, com a criação da Política Nacional de

Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), ampliada entre 2017 e 2018 para reconhecer 29 práticas terapêuticas, entre elas reiki, yoga, biodança, arteterapia, constelação familiar e terapia comunitária integrativa. Essas práticas têm como finalidade estimular mecanismos naturais de prevenção e recuperação, promovendo cuidados seguros e acessíveis. Já a EPS foi formalmente incorporada ao SUS em 2013 por meio da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS/SUS), com o objetivo de fortalecer a gestão participativa, a valorização dos saberes populares e a construção compartilhada do cuidado (Silva, 2020; Takeshita e Santos, 2021).

A inserção das PICS e da EPS na Atenção Primária à Saúde (APS) tem se mostrado estratégica, pois essa esfera representa a porta de entrada do SUS e um território privilegiado para práticas de cuidado integral. Contudo, a consolidação dessas estratégias ainda enfrenta obstáculos significativos, como o subfinanciamento do sistema, a escassez de profissionais capacitados, o preconceito institucional e a resistência ao rompimento com o modelo biomédico hegemônico. A presença dessas barreiras se intensifica nos contextos hospitalares, onde prevalece uma lógica técnica, fragmentada e centrada na doença (Viana et al, 2023).

O papel dos profissionais de saúde nas PICS no Sistema Único de Saúde é fundamental para a ampliação e qualificação do cuidado. Os profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos, farmacêuticos e outros membros das equipes multiprofissionais, são responsáveis por integrar essas práticas ao tratamento convencional, promovendo uma visão ampliada do processo saúde-doença e incentivando o autocuidado. A capacitação e o conhecimento sobre as PICS são essenciais para que esses profissionais possam indicar e aplicar as terapias de forma segura e eficaz, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação dos usuários. O crescimento expressivo dos atendimentos em PICS no SUS, com um aumento de 70% em 2024 em relação a 2022, demonstra a crescente adesão da população e a importância do protagonismo dos profissionais na oferta dessas abordagens terapêuticas (BRASIL, 2025).

Estudos científicos apontam para benefícios expressivos das PICS na redução de sintomas físicos e psíquicos, como ansiedade, estresse, dores crônicas e efeitos colaterais de tratamentos oncológicos. Além disso, há evidências de melhora na qualidade de vida e na adesão terapêutica. No campo da prática profissional, a enfermagem tem desempenhado papel relevante, especialmente na APS, onde o enfermeiro amplia seu escopo clínico com base em protocolos que autorizam prescrição fitoterápica e realização de terapias integrativas. A Política Nacional de Humanização reforça esse processo ao reconhecer a escuta qualificada, o vínculo e o respeito às singularidades como fundamentos do cuidado ampliado (Dorsa, 2020; Santana, 2025).

No tocante à EPS, seu papel transcende a simples transmissão de informações, assumindo uma função estratégica na mediação entre os saberes populares e científicos. Através de processos pedagógicos críticos e dialógicos, a EPS contribui para a formação de sujeitos autônomos, conscientes de seus direitos e corresponsáveis pela saúde coletiva (Cruz et al, 2024).

No território amazônico, essa abordagem é especialmente relevante, dada a presença de povos tradicionais indígenas, ribeirinhos e quilombolas que detêm vastos saberes ancestrais sobre plantas medicinais, cuidados com o corpo e práticas espirituais de cura. A articulação entre EPS e PICS permite, nesse cenário, o fortalecimento da saúde intercultural, o respeito à biodiversidade e a valorização dos conhecimentos locais como parte integrante do SUS (Viana et al, 2023).

Experiências exitosas na Amazônia incluem o uso institucionalizado da fitoterapia, a inserção de parteiras tradicionais em processos formais de cuidado e a promoção de oficinas educativas sobre saneamento, doenças tropicais e práticas de autocuidado. No entanto, a consolidação dessas práticas exige enfrentamento de desafios logísticos, formação de profissionais com competência cultural, regulamentação segura dos saberes tradicionais e articulação interinstitucional entre serviços de saúde, universidades e lideranças comunitárias (Valentin et al, 2021).

As perspectivas para as PICS e a EPS são promissoras diante do crescente interesse da população por práticas terapêuticas naturais, acessíveis e centradas na integralidade. A consolidação dessas abordagens no SUS requer políticas públicas sustentáveis, investimentos em formação continuada e promoção de pesquisas científicas que atestem sua eficácia com rigor técnico. No campo educacional, é essencial que os princípios da EPS sejam integrados à formação de profissionais de saúde desde a graduação, com vistas a consolidar um modelo de cuidado comprometido com a equidade, a justiça social e os direitos humanos (Viana et al, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, as práticas integrativas e complementares em saúde e a educação popular em saúde representam um movimento transformador no campo da saúde pública brasileira. Sua sinergia fortalece os princípios constitucionais do SUS, promove um cuidado mais humano, equitativo e contextualizado, e amplia o reconhecimento da diversidade cultural como elemento estruturante da produção do cuidado.

A efetivação dessas práticas exige compromisso político, financiamento adequado, articulação intersetorial e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde não é apenas ausência de doença, mas um processo relacional, construído na escuta, no diálogo e na participação popular. Dessa forma, evidencia-se que tanto as PICS quanto a educação popular são estratégias fundamentais para enfrentar as desigualdades em saúde e fortalecer a participação social no SUS.

Contudo, permanecem alguns espaços vazios importantes, como a escassez de financiamento, a baixa valorização acadêmico-científica dessas práticas e a insuficiente integração nos serviços de saúde. Espera-se que o presente estudo contribua para ampliar a reflexão crítica acerca da relevância da integração entre PICS e educação popular em saúde, evidenciando tanto seus impactos

positivos na promoção da qualidade de vida quanto os desafios que ainda limitam sua plena consolidação nos serviços de saúde.

Além disso, aponta-se a necessidade de fortalecer políticas públicas, fomentar pesquisas científicas e investir na formação de profissionais de saúde comprometidos com a integralidade, a equidade e a valorização dos saberes populares, e assim, a articulação entre PICS e educação popular se configura não apenas como alternativa terapêutica, mas como um caminho estratégico e indispensável para a construção de um SUS mais inclusivo, participativo e transformador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-15.126-de-28-de-abril-de-2025-557398369>. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implementacao_servicos_pics.pdf Acesso em: 29 ago. 2025.

CRUZ, P. J. S. C. et al.. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230550, 2024.

ValentimL. de A.; QuaresmaT. C.; QuaresmaT. J. C.; LuizO. do C. Diagnóstico em saúde de populações tradicionais: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5377, 1 fev. 2021.

FIOCRUZ. Educação Popular em Saúde. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/inscricoes-abertas-especializacao-em-educao-popular-em-saude/>. Acesso em: 25 jun. 2025a.

CRUZ, P. J. S. C. et al.. Educação popular no SUS: desafios atuais no olhar do Observatório de Educação Popular em Saúde e Realidade Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, p. e17132023, jun. 2024.

VIANA I.S; et al. A importância da Educação Popular em Saúde no fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Rev Pró-UniverSUS**, v.4, n. 2, p.87-92. 2023.

Brasil. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt_br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics. Acesso em: 25 jun. 2025a.

Brasil. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/publicacoes/folder-a-politica-nacional-de-educacao-popular-em-saude-no-sistema-unico-de-saude-pneps-sus.pdf/view>. Acesso em: 25 jun. 2025c.

BRASIL. Ministério da Saúde. PICS no SUS crescem 70% e evidenciam o protagonismo dos farmacêuticos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 10 mar. 2025. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202503/praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-crescem-70-e-ampliam-o-acesso-ao-cuidado-integral-no-sus> Acesso em: 1 jul. 2025.

IPEA. Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS/SUS). Disponível em: <https://catalogo.ipea.gov.br/politica/535/politica-nacional-de-educacao-popular-em-saude-pnepssus>. Acesso em: 25 jun. 2025.

SANTANA, L. M.; ASSIS, S. S. de; ARAUJO-JORGE, T. C. de. Práticas integrativas e complementares: institucionalização, perspectivas e desafios para a formação. Trabalho, **Educação e Saúde**, v. 23, e02900277, 2025.

SILVA, G. K. F. da et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis**, v. 30, n. 1, e300110, 2020.

DORSA, A. C. O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos. **Interações (Campo Grande)**, v. 21, n. 4, p. 681–683, 2020.

CAPÍTULO 9

CUIDADO, CULTURA E DIVERSIDADE: A SAÚDE DOS POVOS TRADICIONAIS NA AMAZÔNIA

Maria Clara Felix Pereira Araújo

Ana Carolina Santos de Souza

Luiz Felipe da Silva Valle

Rodrigo de Barros Feltran

Bruna Hellen Vaz Pires

Maressa Daniela Sicsú de Oliveira

Pedro Antônio de Oliveira Junior

Renilma da Silva Coelho

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença tem sido objeto de múltiplas conceituações ao longo da história, uma vez que envolve complexas relações sociais, econômicas e estruturais que o permeiam. O paradigma biomédico, predominante até o final da década de 1970, passou, então, a reconhecer a interdependência entre a ampliação da cobertura dos cuidados médicos, a organização dos serviços de saúde e as demandas do sistema capitalista, não apenas para manter e reproduzir a força de trabalho, mas também para mediar tensões e antagonismos sociais (Ribeiro *et al.*, 2024).

Nesse cenário, a temática da determinação social da saúde emergiu como uma perspectiva crítica essencial para compreender as inter-relações entre saúde e sociedade, especialmente porque evidencia as desigualdades estruturais. Esse debate se fortaleceu com a criação, em 2005, da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), consolidando a relevância dessa abordagem para a promoção da saúde e a redução das iniquidades (Ribeiro *et al.*, 2024). No Brasil, esse

movimento ganhou força com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consolidou a Reforma Sanitária, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e evidenciou a necessidade de compreender as dinâmicas territoriais e sociais para subsidiar políticas públicas e práticas de promoção da saúde, incorporando os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como instrumentos estratégicos (Dos Santos *et al.*, 2025).

No contexto amazônico, as desigualdades são ainda mais evidentes entre povos e comunidades tradicionais, como indígenas, quilombolas, ribeirinhos e extrativistas, que enfrentam barreiras históricas de acesso à educação, saneamento, segurança alimentar e condições dignas de trabalho. Essa realidade impacta diretamente seus perfis de saúde e a preservação de seus modos de vida, resultando em uma maior vulnerabilidade (Aquino *et al.*, 2024). Embora o SUS, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), desempenhe papel central na atenção a essas populações, persistem desafios como barreiras geográficas, socioculturais e estruturais, além da escassez de recursos e de políticas públicas adaptadas, o que reforça a necessidade de estratégias intersetoriais e integradas para garantir equidade e efetividade nas ações de saúde (Narvai *et al.*, 2023; Dolce, 2025).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou uma revisão narrativa da literatura sobre saúde dos povos tradicionais, analisando a cultura, práticas de cuidado e os desafios de acesso e equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nas especificidades socioculturais e territoriais da Amazônia.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a saúde dos povos tradicionais do Brasil. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária,

provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "Quais são os principais desafios e perspectivas para a atenção a saúde dos povos tradicionais, considerando seus saberes, práticas culturais e o contexto amazônico no âmbito do SUS?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Determinantes Sociais da Saúde", "Saúde de Populações Indígenas", "Sistema Único de Saúde".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O conceito de povos e comunidades tradicionais refere-se a grupos social e culturalmente diferenciados, cujos modos de vida, práticas produtivas e formas de organização social estão intrinsecamente vinculados ao território e aos ecossistemas naturais que ocupam e manejam. Esses coletivos a exemplo de povos indígenas, comunidades quilombolas e pescadores artesanais estruturam-se a partir de sistemas próprios de saberes, crenças e práticas tradicionais, transmitidos intergeracionalmente, os quais conformam identidades coletivas singulares em relação à sociedade majoritária (BRASIL, 2007).

A saúde dos povos e comunidades tradicionais no Brasil constitui um campo complexo e estratégico para o Sistema Único de Saúde, desafiando a lógica biomédica hegemônica e exigindo abordagens culturalmente sensíveis, territorialmente situadas e politicamente comprometidas com a equidade. Esses povos, conforme definidos pelo Decreto nº 6.040/2007, englobam grupos como indígenas, quilombolas, ribeirinhos, caiçaras, extrativistas, pescadores artesanais, ciganos e povos de terreiro, entre outros. Sua identidade é indissociável da relação simbótica com os territórios que ocupam, de onde extraem recursos naturais não apenas para a subsistência, mas como parte de suas práticas culturais, espirituais e sistemas próprios de cuidado em saúde (Brasil, 2007; Araujo et al, 2023).

A saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais é profundamente influenciada por Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que transcendem o aspecto biológico, abrangendo dimensões históricas, sociais, culturais e territoriais. Esses determinantes refletem processos históricos de exclusão e marginalização, sendo imprescindível reconhecê-los para a formulação de políticas públicas que assegurem o direito à saúde de forma equitativa e culturalmente adequada. A compreensão desses fatores é essencial para enfrentar desigualdades persistentes e promover um cuidado sensível às especificidades desses povos (Araujo et al, 2023).

Historicamente, o modelo de desenvolvimento adotado pelo Estado brasileiro desconsiderou os modos de vida tradicionais, resultando na expropriação territorial, na desestruturação cultural e na invisibilização dessas populações. O racismo estrutural e institucional agrava as iniquidades em saúde, dificultando o acesso a serviços e gerando sofrimento social, sobretudo entre indígenas e quilombolas. A discriminação vivenciada compromete tanto a saúde mental quanto física, evidenciando a necessidade de políticas públicas que enfrentem as raízes estruturais da desigualdade (Araujo et al, 2023).

Os fatores culturais neste contexto, desempenham papel central na definição de saúde entre os povos tradicionais, que articulam práticas espirituais, saberes ancestrais e vínculos comunitários em seus processos de cuidado. A imposição do modelo biomédico

ocidental, quando desconsidera essas epistemologias, gera conflitos e baixa adesão aos serviços. A perda de línguas e práticas tradicionais, impulsionada pela pressão externa, configura-se também como um fator de adoecimento coletivo, indicando que a valorização da diversidade cultural é componente indissociável da promoção da saúde integral (Brasil, 2021).

A precariedade socioeconômica e a limitada efetividade das políticas públicas aprofundam as vulnerabilidades desses povos. Baixos índices de renda, escolaridade e saneamento básico limitam as condições de vida, enquanto barreiras geográficas, logísticas e culturais dificultam o acesso aos serviços do SUS. Embora políticas como a Política Nacional de Saúde Indígena representem avanços normativos, sua implementação enfrenta desafios significativos, como o subfinanciamento, a escassez de profissionais qualificados e a ausência de infraestrutura adequada, perpetuando um ciclo de exclusão e adoecimento evitável (Macedo, 2021).

Os povos e comunidades tradicionais detêm sistemas de cuidado em saúde caracterizados por abordagens holísticas, que integram dimensões físicas, espirituais, sociais e ambientais da existência. Enraizados em cosmovisões próprias e na relação simbiótica com o território, esses saberes são transmitidos oralmente por meio de práticas ancestrais e constituem formas legítimas de promoção da saúde, prevenção de doenças e cura. Embora distintos da racionalidade biomédica, esses sistemas podem coexistir e, em muitos contextos, complementar os serviços convencionais de saúde (Araujo et al, 2023).

A concepção de saúde entre esses povos transcende a ausência de doença, sendo compreendida como um estado de equilíbrio entre o indivíduo, a coletividade, a natureza e o mundo espiritual. Práticas como o uso de plantas medicinais, a pajelança, o xamanismo, a atuação das parteiras tradicionais e os rituais espirituais refletem essa perspectiva ampliada do cuidado. Esses elementos articulam conhecimento empírico, saber simbólico e práticas terapêuticas eficazes, fundamentando um modelo de atenção integral que se baseia

na escuta, na espiritualidade e na experiência coletiva de cura (Ramos, 2022).

A espiritualidade ocupa posição central nesses sistemas, com rituais e cerimônias que promovem não apenas a cura individual, mas também a coesão e o fortalecimento comunitário. A figura do pajé ou xamã, por exemplo, simboliza a conexão entre os mundos físico e espiritual, atuando como mediador de forças vitais. De igual modo, as parteiras tradicionais desempenham papel essencial na saúde materno-infantil, especialmente em territórios de difícil acesso, oferecendo cuidado qualificado e humanizado com base em saberes locais (Rezende, 2025).

Diante desse cenário, a valorização intercultural dos saberes tradicionais representa não apenas uma exigência ética, mas também uma estratégia fundamental para o fortalecimento de um modelo de saúde inclusivo e equitativo. O reconhecimento da legitimidade desses conhecimentos exige a formação de profissionais culturalmente sensíveis, a inserção dos saberes populares nos currículos da saúde e a construção de espaços institucionais para o diálogo entre sistemas distintos. A incorporação dessas práticas ao SUS, embora desafiadora, constitui uma oportunidade para ampliar a efetividade das ações em saúde e consolidar políticas públicas que respeitem a diversidade cultural brasileira (Araujo et al, 2023).

A inserção dos povos e comunidades tradicionais no SUS representa um desafio multifacetado, que envolve a superação de barreiras históricas, geográficas, culturais e institucionais. Embora o Brasil tenha avançado na formulação de políticas públicas voltadas a esses grupos, como forma de reconhecer suas especificidades sociais e sanitárias, a efetividade dessas ações ainda é limitada. Tais políticas demandam constante revisão e aprimoramento, especialmente no que diz respeito à sua implementação territorializada e intercultural (Ramos, 2022).

Nesse sentido, destaca-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que estabelece um modelo de atenção diferenciada baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Esta política reconhece a autonomia dos povos indígenas e

busca articular saberes tradicionais com práticas biomédicas, respeitando suas particularidades socioculturais. Contudo, sua operacionalização é marcada por entraves como subfinanciamento, infraestrutura inadequada, descontinuidade de ações e alta rotatividade de profissionais, fatores que comprometem a continuidade e a qualidade do cuidado (Brasil, 2002).

Paralelamente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pilar da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, também prevê ações em comunidades tradicionais por meio das equipes de Saúde da Família. No entanto, sua aplicabilidade nesses contextos requer adaptações que contemplam a diversidade cultural e a realidade dos territórios, como a flexibilização de protocolos e a valorização dos agentes comunitários locais. Apesar de sua importância, a PNAB não substitui a necessidade de políticas específicas e intersetoriais voltadas a esses grupos, que garantam acesso equitativo e cuidado centrado nas singularidades culturais (Brasil, 2017).

Para enfrentar as desigualdades no acesso e promover a equidade, é necessário desenvolver ações de saúde diferenciadas e investir na formação de profissionais com competência cultural. Isso implica na oferta de serviços nos próprios territórios, no uso de materiais educativos em línguas nativas e no fortalecimento da escuta qualificada. A presença de mediadores culturais e a valorização de profissionais de saúde oriundos dos próprios povos tradicionais são estratégias fundamentais para humanizar o cuidado e consolidar um SUS que respeite e integre a diversidade étnico-cultural do país (Araujo et al, 2023).

Apesar da existência de políticas públicas específicas, os povos e comunidades tradicionais no Brasil seguem expostos a múltiplas ameaças que impactam negativamente sua saúde e bem-estar. Essas ameaças refletem uma complexa interação entre fatores socioambientais, econômicos e políticos, agravando a vulnerabilidade histórica desses grupos. A precarização das condições de vida e a intensificação de pressões externas sobre seus territórios têm comprometido a sustentabilidade de seus modos de vida e a efetividade do direito à saúde (Macedo, 2021).

Entre os principais fatores de risco, destaca-se o avanço do desmatamento e do garimpo ilegal, especialmente na região amazônica, que compromete a biodiversidade, a segurança alimentar e o acesso à água potável. A contaminação dos rios por mercúrio, proveniente da atividade garimpeira, acarreta graves danos à saúde neurológica, reprodutiva e imunológica das populações afetadas. Associado a isso, o uso indiscriminado de agrotóxicos pelo agronegócio em áreas próximas aos territórios tradicionais tem gerado contaminação ambiental e aumento de doenças crônicas, como câncer, problemas neurológicos e distúrbios hormonais, evidenciando a exposição involuntária e contínua dessas comunidades a riscos tóxicos (D'Antonia, 2023).

A perda territorial e a violência institucional constituem outras dimensões críticas do problema. A morosidade na demarcação de terras e a omissão do Estado diante das invasões por grileiros e empreendimentos econômicos têm resultado na desestruturação dos sistemas tradicionais de vida e cuidado, além de impactos psicossociais significativos. A criminalização das lutas por direitos e a negligência institucional aprofundam a marginalização desses povos, aumentando os níveis de sofrimento mental, deslocamento forçado e insegurança coletiva (Araujo et al, 2023).

Adicionalmente, observa-se o desmonte de políticas públicas fundamentais, com cortes orçamentários e enfraquecimento de instituições como a FUNAI e a SESA, o que compromete o acesso a serviços de saúde e a continuidade de ações estratégicas. Exemplos emblemáticos, como a crise sanitária do povo Yanomami em 2023 e os efeitos desproporcionais da pandemia de COVID-19 sobre as populações indígenas, evidenciam as iniquidades estruturais no sistema de saúde. Esses eventos demonstram a urgência de fortalecer políticas intersetoriais e de garantir proteção territorial como condição essencial para a promoção da saúde integral dos povos tradicionais (D'Antonia, 2023).

Nesse contexto, o conceito de saúde intercultural emerge como essencial. Trata-se de reconhecer a pluralidade dos sistemas de conhecimento e práticas de cuidado, superando a imposição de um

modelo único e promovendo o diálogo entre saberes. A escuta ativa, a valorização das lideranças tradicionais, o respeito às cosmologias locais e a formação crítica dos profissionais de saúde são estratégias fundamentais. Além disso, experiências exitosas como as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e o uso de telemedicina em áreas remotas demonstram que é possível construir soluções adaptadas, participativas e culturalmente pertinentes (Muller; Ortega, 2023).

A pandemia de COVID-19 por exemplo, evidenciou um cenário de desigualdades históricas que afetam os povos e comunidades tradicionais no Brasil, destacando a precariedade dos sistemas de saúde em áreas remotas, a ausência de políticas específicas e a insuficiência de acesso a informações culturalmente adequadas. A alta mortalidade nesses grupos reforça a urgência de estratégias intersetoriais que considerem suas especificidades socioculturais, visando à consolidação de um sistema de saúde equitativo e resiliente (Mondardo, 2021).

A região amazônica, pela sua vastidão geográfica e diversidade sociocultural, sintetiza os principais desafios da saúde dos povos tradicionais no Brasil. O difícil acesso físico, a presença de doenças tropicais negligenciadas, a precariedade do saneamento e a vulnerabilidade ambiental impõem a necessidade de inovações logísticas, como o transporte fluvial de insumos e a instalação de sistemas de tratamento de água sustentáveis. A proteção dos territórios tradicionais, a demarcação de terras e o enfrentamento da violência institucional são ações prioritárias, pois a terra é, para esses povos, condição de existência e saúde (D'Antonia, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada se evidencia que a saúde dos povos e comunidades tradicionais da Amazônia não pode ser reduzida a uma dimensão biomédica, mas deve ser compreendida em sua complexidade, integrando fatores históricos, sociais, territoriais,

culturais, ambientais e espirituais. Os determinantes sociais da saúde, fortemente marcados por desigualdades estruturais, racismo institucional e processos de exclusão, produzem vulnerabilidades persistentes que impactam diretamente a qualidade de vida e o acesso equitativo aos serviços de saúde. Dessa forma, reconhecer essa realidade implica compreender que a efetividade das políticas públicas exige o fortalecimento de estratégias interculturais, a valorização dos saberes ancestrais e a articulação intersetorial como caminhos para a garantia de dignidade, proteção territorial e justiça social a esses povos.

Por fim, é preciso enfatizar que o fortalecimento do SUS como sistema público, universal e equitativo passa necessariamente pela inclusão efetiva das populações tradicionais. Isso requer o reconhecimento da diversidade cultural como elemento estruturante do cuidado, o combate ao racismo institucional, o financiamento estável das políticas específicas e a participação social qualificada nos processos de decisão. A saúde dos povos tradicionais é, em última instância, um reflexo da saúde da própria sociedade brasileira. Promover a justiça social, respeitar os saberes ancestrais e garantir o direito ao território são caminhos inadiáveis para a construção de um país verdadeiramente democrático, plural e saudável.

Espera-se que o presente estudo contribua para ampliar essa compreensão, bem como estimule a formulação de políticas públicas mais inclusivas, equitativas e culturalmente sensíveis. Além de fomentar novas pesquisas que favoreçam o engajamento social e acadêmico em torno da temática, assim promovendo maior sensibilização da sociedade quanto à relevância da saúde dos povos e comunidades tradicionais.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, L. S. *et al.* Determinantes sociais em saúde em comunidades quilombolas da Amazônia: uma análise das medidas de associação. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 7, p. e4793, 10 jul. 2024.

ARAÚJO, J. P. de; LOBO, L. C.; SOUZA, R. C. B. de; MONTEIRO, A. X.; MELO, G. Z. S. dos; MACHADO, R. C. F. Saberes e práticas tradicionais de saúde da população amazônica. **Revista Saúde Coletiva, Barueri**, v. 13, n. 84, p. 12220-12235, 202 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cultura e saúde. Brasília, DF: MS, 2021a. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/cultura-e-saude>. Acesso em: 19 maio 2025.

DOLCE, J. **Atlas da Amazônia**. 1. ed. [s.l.] Fundação Heinrich Böll, 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. *et al.* Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do sistema único de saúde (SUS). **ARACÊ**, v. 7, n. 4, p. 17006–17039, 8 abr. 2025.

MACEDO, V. O cuidado e suas redes: doença e diferença em instituições de saúde indígena em São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 36, n. 107, p. 1–20, jan. 2021.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 1-12, dez. 2023.

RAMOS, M. Cultura e saberes dos trabalhadores profissionais-técnicos nas equipes de Saúde da Família. **Revista Do Centro De Investigação Em Antropologia**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 55–77, jun. 2022.

REZENDE, I. B.; FERRAZ, D. P. DE A. Capacitismo Religioso: aspectos históricos, relações cristãs e possíveis enfrentamentos. **Revista Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 32, p. 1-16, jan. 2025.

D'ANTONA, Á. DE O. Conservação ambiental, mobilidade espacial e condições de vida de populações tradicionais em áreas protegidas: por modelos de acesso à saúde adequados ao quadro amazônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. e00025223, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde/Funasa, 2002. <online> . Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 3 jul. 2025.

MONDARDO, M. Povos indígenas e comunidades tradicionais em tempos de pandemia da Covid-19 no Brasil:: estratégias de luta e r-existência. **Finisterra**, [S. l.], v. 55, n. 115, p. 81–88, 2021.

NARVAI, P. C. *et al.* Desafios à regionalização do Sistema Único de Saúde na Amazônia Ocidental. **Revista de APS**, v. 26, 28 nov. 2023.

RIBEIRO, K. G. *et al.* Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 140, p. e8590, 2024.

CAPÍTULO 10

SAÚDE DO TRABALHADOR NA AMAZÔNIA: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Angelo Henrique Santos Escorcio

Aimée Leitão Cruz

Nayara Kalila dos Santos Bezerra

Francisca Andréia da Silva

Carla Araújo Bastos Teixeira

Sayasy de Sousa Lima

Walterlan Marques do Nascimento

Renilma da Silva Coelho

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

A política de convênios INPS/empresa apresenta uma série de contradições durante sua vigência como política pública de acesso à saúde. Teve como prerrogativa a ampliação da cobertura da assistência, mas optava por priorizar modelos de negócios voltados apenas para corporações de grande porte. Além de promover a vinculação do acesso à assistência médica à relação contratual de trabalho se opondo a democratização almejada com a unificação dos IAPs se contrapondo a universalização (Menicucci, 2024).

No Brasil a Saúde do Trabalhador (ST), apresenta uma trajetória tortuosa que ao longo de 30 anos demandou esforço multiprofissional, articulação em todas as instâncias do SUS e ligações interinstitucionais de processos instituintes da participação ativa dos cidadãos. Dessa forma, constituindo uma visão abrangente de saúde baseada na perspectiva de ações coletivas organizadas capazes de promover avanços institucionais para transformando o SUS e resgatando a

essência participativa com visão abrangente de política estatal (Gomes; Vasconcellos; Machado, 2018).

Além disso, existem formas de trabalho que apresentam condições de periculosidade, insalubridade e até ilegalidade como a ocupação garimpeiral que possui relativa expressividade na região norte do país. Nesse sentido, (Nascimento et al, 2029) atribui a vulnerabilidade desses garimpeiros ao pouco conhecimento acerca dos fatores de risco, por não disporem de serviço de saúde em área e não realizarem práticas seguras de autocuidado. Logo, as políticas públicas da atualidade, embora avançadas, não garantem a cobertura total da segurança social especialmente em situações de maior labor ou até extralegal, o que contribui para a fragilidade desses e de outros trabalhadores que compartilham de condições de trabalho semelhantes.

A importância de desenvolver estratégias de vigilância em saúde do trabalhador com base nos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar de saúde que atua nos diversos contextos amazônicos. A compreensão a partir das experiências dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde da região descrevem a logística de cuidado no território. Ao mesmo tempo em que expõe a realidade, por vezes invisibilizada, reconhecendo valorizando o trabalho da equipe de saúde e a sabedoria e a riqueza cultural dos habitantes da região (Schweickardt; Cesar, 2024).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou uma revisão narrativa da literatura sobre saúde do trabalhador, abordando aspectos históricos, conceituais e as estratégias de vigilância em saúde, com destaque para os desafios específicos do contexto amazônico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a saúde do trabalhador. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não

exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "Quais são os principais marcos históricos, conceitos e estratégias de vigilância relacionados a saúde do trabalhador, e como eles se aplicam nas particularidades do contexto amazônico?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Saúde do Trabalhador", "Vigilância em Saúde", "Amazônia".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Saúde do Trabalhador configura-se como um campo estratégico da Saúde Pública, cuja finalidade é compreender e intervir nas relações entre os processos laborais e a saúde humana. Fundamentada nos princípios da Saúde Coletiva, a Saúde do Trabalhador transcende abordagens tradicionais centradas apenas na doença e no risco individual, propondo uma análise crítica das condições de trabalho enquanto determinantes sociais da saúde. O trabalho, nesse sentido, é reconhecido como um eixo estruturante da

vida social e, simultaneamente, um fator potencialmente gerador de agravos, exigindo intervenções integradas, intersetoriais e multidisciplinares.

A trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil se entrelaça com a tradição da Medicina Social latino-americana e com influências da experiência operária italiana dos anos 1960, ambas comprometidas com a crítica à medicalização do sofrimento laboral e com a valorização dos saberes e lutas dos trabalhadores. Essa vertente crítica foi decisiva para a incorporação da Saúde do Trabalhador no processo de Reforma Sanitária Brasileira, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988. A Carta Magna consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196), com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social (Lacaz et al, 2020).

A consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS foi precedida por marcos importantes, como a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986), que sistematizou experiências pioneiras e consolidou uma rede de serviços voltados à promoção e vigilância da saúde nos ambientes laborais. A partir dessa base, a noção de “processo de trabalho” foi incorporada como categoria analítica fundamental, permitindo a superação da visão biomédica e a valorização das dimensões econômicas, políticas e históricas do adoecimento relacionado ao trabalho (Silva, 2021).

Historicamente, a preocupação com a saúde do trabalhador no Brasil foi marcada por omissões e assimetrias. Durante os períodos colonial e imperial, a lógica escravocrata e utilitarista reduzia a saúde à mera manutenção da força de trabalho. Com o advento da industrialização no século XX, emergiram normas legais de proteção, como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, que instituiu dispositivos sobre segurança e medicina do trabalho. Contudo, predominava uma abordagem reparadora, focada na indenização e não na prevenção. A partir das décadas de 1970 e 1980, as mobilizações sindicais, os movimentos sociais e a redemocratização do país foram determinantes para a formulação de políticas públicas mais

abrangentes e comprometidas com a transformação das condições de trabalho (Gomez et al, 2018).

Nesse contexto, a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) e da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) representa um avanço significativo. Vinculados à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.823/2012, esses dispositivos organizacionais visam integrar ações de promoção, vigilância, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito do SUS, considerando os diferentes níveis de atenção e a intersetorialidade (Hurtado et al, 2022).

A distinção entre saúde do trabalhador, medicina do trabalho e saúde ocupacional deve ser ressaltada. Enquanto a medicina do trabalho se ocupa da aptidão laboral e da relação empresa-empregado, e a saúde ocupacional busca prevenir acidentes e doenças no ambiente de trabalho, a saúde do trabalhador adota uma perspectiva ampliada, considerando os aspectos psicossociais, organizacionais e econômicos do processo produtivo. Essa abordagem crítica visa à transformação das condições laborais e não apenas à adaptação do trabalhador ao ambiente adverso (Camara et al, 2020).

Neste contexto, a legislação brasileira (Lei nº 8.213/1991) diferencia doenças ocupacionais e doenças do trabalho. As ocupacionais são diretamente causadas pela atividade exercida, como LER/DORT e perda auditiva por ruído. Já as doenças do trabalho resultam das condições laborais adversas, como a síndrome de burnout em trabalhadores submetidos a jornadas intensas e sobre carregadas ou ambiente de alta tensão emocional (Silva, 2021).

Essa diferenciação é fundamental não apenas para fins previdenciários e jurídicos, mas principalmente para a formulação de estratégias eficazes de vigilância, prevenção e intervenção. O reconhecimento da ligação entre o adoecimento e o trabalho é, muitas vezes, negligenciado ou subnotificado, invisibilizando a real magnitude do problema e comprometendo a proteção dos direitos dos trabalhadores (Silva, 2021).

Dentre os instrumentos estratégicos da saúde do trabalhador para efetivar os direitos profissionais, destaca-se a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), prevista na Lei nº 8.080/1990 (art. 6º, § 3º), que institui o SUS. A VISAT compreende um conjunto de ações contínuas e sistemáticas destinadas à identificação, análise e intervenção sobre os fatores de risco e os agravos à saúde relacionados ao trabalho. Ela integra as dimensões epidemiológica, sanitária e ambiental da vigilância em saúde, promovendo ações baseadas em evidências e voltadas à melhoria das condições laborais (Lacaz et al, 2020).

Contudo, a efetividade da VISAT esbarra em desafios estruturais, como a subnotificação de acidentes e doenças do trabalho, a fragmentação dos serviços e a escassez de recursos humanos qualificados. Para superá-los, é necessário fortalecer os sistemas de informação (como o SINAN e o CAT), promover a capacitação dos profissionais de saúde na identificação dos nexos causais entre trabalho e adoecimento, e fomentar a participação ativa dos trabalhadores e seus representantes nos processos de vigilância e controle social (Hurtado et al, 2022).

Nesse contexto, destaca-se o papel do profissional de saúde, pois cabe ao médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e demais integrantes das equipes de saúde a responsabilidade de identificar sinais e sintomas relacionados às atividades laborais, registrar corretamente os agravos nos sistemas de informação, emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) quando pertinente, e contribuir para a notificação e análise dos casos no âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Além disso, esses profissionais devem atuar na educação permanente dos trabalhadores e na construção de práticas coletivas voltadas à promoção da saúde e à melhoria das condições laborais (Camara et al, 2020).

A formação técnica e ética desses profissionais deve estar comprometida com os princípios da integralidade e da equidade, favorecendo uma abordagem centrada na escuta qualificada, na valorização dos saberes populares e na articulação com outros setores da rede de proteção social. A atuação crítica e transformadora da

equipe de saúde é indispensável para romper com a lógica biomédica e que responsabiliza o indivíduo, promovendo ações que abordem os determinantes estruturais do adoecimento relacionado ao trabalho (Camara et al, 2020).

A realidade da saúde do trabalhador no Brasil apresenta desigualdades territoriais marcantes, como evidencia o caso da Região Amazônica. Caracterizada por vastas extensões territoriais, dificuldades de acesso e predominância de atividades econômicas de alta periculosidade (garimpo, agronegócio, indústria de transformação), a região enfrenta graves problemas de subnotificação, vulnerabilidade socioambiental e precarização das relações de trabalho. A atuação de instituições como o CEREST-AM e da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus é essencial para o desenvolvimento de estratégias regionais adaptadas às especificidades locais, incluindo povos indígenas, ribeirinhos e trabalhadores informais (Pinheiro et al, 2020; Prefeitura de Manaus, 2022).

Dados recentes indicam que o Amazonas possui uma das maiores taxas de mortalidade por acidentes de trabalho da Região Norte, revelando a urgência de políticas públicas eficazes e intersetoriais. A atuação articulada com órgãos como o Ministério Público do Trabalho, a Auditoria Fiscal do Trabalho e os Conselhos de Saúde é fundamental para garantir o cumprimento da legislação trabalhista e sanitária e proteger os direitos fundamentais dos trabalhadores, conforme previsto na Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (ratificada pelo Brasil) e na Constituição Federal (art. 7º, XXII e XXVIII) (Pinheiro et al, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social, por meio dos Conselhos de Saúde, das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e dos movimentos sindicais, é componente indispensável para a democratização da gestão e para a efetividade das políticas públicas. A construção de uma saúde do trabalhador democrática, crítica e emancipadora pressupõe o

fortalecimento do controle social e a valorização do conhecimento dos trabalhadores sobre suas próprias condições de vida e trabalho.

Portanto, a Saúde do Trabalhador é um campo consolidado, mas ainda em processo contínuo de afirmação frente às novas formas de organização do trabalho e às transformações socioeconômicas contemporâneas. A informalidade, a uberização, a terceirização e as novas tecnologias impõem desafios à vigilância, à regulação e à proteção dos trabalhadores. Diante disso, é imperativo reafirmar a centralidade da Saúde do Trabalhador nas agendas de pesquisa, ensino e extensão universitária, bem como nas políticas públicas, de modo a garantir o direito à saúde e à dignidade no trabalho como pilares da cidadania e da justiça social.

Espera-se que o presente estudo contribua para a reflexão acerca das alternativas para a Saúde do Trabalhador em face da conjuntura sociopolítica vigente. Analisamos indicadores extraídos de debates em outras áreas de estudo do trabalho e das políticas de saúde implementadas no país. Diante disso, é necessário aumentar os estudos sobre a saúde do trabalhador amazônico, cujas condições laborais e ambientais demandam estratégias específicas. A compreensão dessas particularidades é essencial para a construção de políticas públicas mais eficazes e para a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro e saudável na região.

REFERÊNCIAS

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE .; MACHADO, J. M. H.. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, jun. 2018.

CAMARA, E. A. R. DA .; BELO, M. S. DA S. P.; PERES, F.. Desafios e oportunidades para a formação em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica à Saúde: subsídios para estratégias de intervenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. e10, 2020.

Lacaz, Francisco Antonio de Castro et al. O campo Saúde do Trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 12. 2020.

SILVA, F. F. V. DA. Atenção integral em Saúde do Trabalhador: limitações, avanços e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, p. e12, 2021.

HURTADO, S. L. B. et al. Políticas de saúde do trabalhador no Brasil: contradições históricas e possibilidades de desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 8, p. 3091–3102, ago. 2022.

PINHEIRO, Hamida Assunção; BARROCO, Clivia Costa; SANTOS, Glória Vaz. A saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) em tempos de crise: A realidade do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) no Amazonas. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. e36386, 2020.

PREFEITURA DE MANAUS. SEMSA. Saúde do Trabalhador. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/semsa/programas-e-servicos/saude-do-trabalhador/>. Acesso em: 01 julho. 2025.

PRNASCIMENTO, V. F. et al. Vulnerabilidades em saúde de garimpeiros de uma região amazônica. **Enfermería Actual de Costa Rica**, 2019.

SCHWEICKARDT, J. C.; SOUZA, L. C. de. Cartografia Social como Ferramenta de Análise do Território: os diferentes modos de fazer o cuidado em comunidades rurais e ribeirinhas na Amazônia / Social Cartography as a Territorial Analysis Tool: the different ways of care in rural and riverside communities in the, **Editora Rede Unida**, V. 1, p. 115, 2024.

MENICUCCI, T. A assistência à saúde no governo militar (1964-1985) e sua herança para o SUS: o híbrido público-privado / Health care under the military government (1964-1985) and its legacy for the SUS: the public-private hybrid Unified Health System. **Ciência saúde coletiva**, V. 29, n.10, 2024.

CAPÍTULO 11

A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

*Guilherme Fernandes Caldeira de Souza
Roberdson Pereira de Alcântara
Giovanna Rosario Soanno Marchiori
Carla Araujo Bastos Teixeira
Maressa Daniela Sicsú de Oliveira
Pedro Antônio de Oliveira Junior
Angela Aparecida Neto Amaral
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Gleidilene Freitas da Silva*

INTRODUÇÃO

Entende-se que o capital humano é um fator fundamental e competitivo no desenvolvimento e sucesso das organizações, o ambiente de trabalho é percebido como um espaço importante de apoio à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores. Compreender os efeitos da promoção da saúde para os trabalhadores traz um novo rumo às relações de trabalho e saúde, pois quando estão saudáveis e satisfeitos, estão menos propensos a riscos e doenças graves e são mais produtivos (Gray *et al.*, 2019).

A gestão eficaz desempenha um papel de destaque no âmbito hospitalar, influenciando direta e profundamente a promoção da saúde dos pacientes, bem como a qualidade dos serviços oferecidos. Como destacado por Peter Drucker, um dos pioneiros na teoria da gestão, "A gestão é fazer as coisas da maneira certa; liderança é fazer as coisas certas". Essa afirmação ressalta a importância da gestão hospitalar não apenas na eficiência operacional, mas também na orientação das

práticas de saúde para o benefício dos pacientes e da comunidade (Drucker, 1954).

É facilmente compreensível que os hospitais sejam ambientes estressantes e perigosos para os usuários porque suas necessidades decorrem de doenças difíceis e delicadas. Neste contexto, os hospitais enfrentam desafios na luta pela mudança porque estão no meio de estruturas organizacionais e de gestão rígidas, relações fragmentadas, incerteza sobre os cuidados, acesso à informação e um pequeno número de funcionários envolvidos na gestão (Ferreira *et al.*, 2021).

De acordo com Borsato e Carvalho (2020), os cuidados hospitalares envolvem o uso de tecnologia cara, que representa dois terços dos gastos com saúde. Neste contexto, os processos de gestão hospitalar primam por uma maior eficiência na normalização, na contabilidade de custos, na gestão tecnológica e na gestão de recursos humanos e materiais. É possível entender ainda que a necessidade de ação como o reflexo do aumento do número de potenciais utilizadores (população idosa e doenças crônicas) exigem uma maior utilização da tecnologia.

As condições de vida das pessoas refletem diversas necessidades de saúde, e as suas manifestações não só estão plenamente relacionadas com as necessidades biológicas da vida coletiva, mas também com as necessidades sociais. Os teóricos referem-se ainda à saúde como um pré-requisito para a emancipação humana; embora nem sempre sua essencialidade se configure como condição opcional, ela definitivamente sustenta a estrutura humana (Carnut e Ferraz, 2021).

Carnut e Ferraz (2021), falam ainda que o termo “necessidades em saúde” parece ter a função de garantir a gestão destas necessidades. Aqueles que usam o termo estão preocupados em como medi-los, como torná-los quantificáveis e como garantir a necessária suficiência deles entre aqueles que deles necessitam e aqueles que devem fornecê-los. Desta forma, o termo baseia-se, em última análise, num enfoque na equidade na ligação entre o planeamento e a alocação de recursos.

No complexo cenário da saúde, a gestão desempenha um papel crucial na promoção da saúde e no aprimoramento dos cuidados hospitalares. Como afirmou um estudo publicado em 2019 no *Journal of Healthcare Management*, "A gestão eficaz é essencial para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e promover uma cultura de segurança e excelência no ambiente hospitalar" (Dermindo, 2019).

Nos últimos anos, ficou cada vez mais evidente que a gestão exerce um papel crucial na promoção da saúde nos hospitais. De acordo com Amalberti (2019), renomado especialista em segurança do paciente, a gestão hospitalar é o pilar fundamental que sustenta não apenas a eficiência operacional, mas também a qualidade dos cuidados e, consequentemente, a promoção da saúde. Essa declaração ressalta a conexão intrínseca entre uma gestão hospitalar eficaz e a capacidade de aprimorar os resultados de saúde dos pacientes.

A implementação e manutenção de iniciativas e programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho resultam em benefícios positivos para a empresa, pois incentivam estilos de vida saudáveis, previnem doenças, contribuem para a saúde ocupacional e melhoram o ambiente organizacional. Essas ações são capazes de reduzir custos diretos, tais como gastos em assistência médica, e indiretos, como a redução do absenteísmo. Além disso, essas iniciativas capacitam os trabalhadores para melhorar e manter sua saúde, promovendo uma melhor qualidade de vida tanto no trabalho quanto no contexto social (Gray *et al.*, 2019).

O objeto de estudo do presente projeto está voltado para o tema da influência que a gestão possui sob um ambiente hospitalar visando a promoção de saúde, que é a função crucial desempenhada pelo gestor na promoção da saúde. O gestor desempenha um papel fundamental na garantia de que o ambiente hospitalar esteja estruturado e operando de maneira eficiente para oferecer cuidados de qualidade aos pacientes, ao mesmo tempo em que se concentra na prevenção e promoção da saúde. Em suma, o objeto de estudo desse tema engloba a análise do papel do gestor hospitalar como agente facilitador na promoção da saúde, garantindo que as práticas e operações hospitalares estejam direcionadas não apenas para tratar

doenças, mas também para preveni-las e promover o bem-estar dos pacientes e da comunidade em geral.

O escopo da pesquisa encontra-se pautado na interação entre a liderança hospitalar e a promoção da saúde, portanto, concentra-se na identificação das principais barreiras, na análise das práticas de implementação, no desenvolvimento de abordagens que permitam aos gerentes desempenhar um papel proativo na promoção da saúde, e por fim maximizar os resultados em termos de saúde do paciente e do hospital. eficiência operacional.

O objetivo do presente trabalho é analisar a influência da gestão na promoção de saúde no ambiente hospitalar, analisando de que maneira as práticas de gestão podem ser alinhadas de maneira que proporcione uma estratégia para a promoção de saúde oferecida, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e otimizando os processos de atendimento.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a saúde do trabalhador. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: “De que forma a gestão hospitalar eficiente pode contribuir para a promoção da saúde na rede de atenção hospitalar, considerando a integração de processos, a liderança multiprofissional e a otimização de recursos?”

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados

LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2023. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: “Gerenciamento da prática profissional”, “Recursos humanos de enfermagem hospitalar”, “Promoção de saúde”.

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2018 a 2023, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Promoção da Saúde é um conceito amplo, intrincado e constantemente em evolução. Ela foi inicialmente descrita como as condições de vida de um indivíduo e pode ser interpretada como uma estratégia utilizada para superar vários obstáculos que afetam a saúde da população (Rezende. 2023).

O movimento de promoção da saúde intensificou-se desde 1974 no Canadá após a publicação de um documento conhecido como Relatório Lalonde, que reconhece um alcance multidimensional que determina o processo saúde/doença sistematizado em quatro polos: biologia humana, sistema de organização de serviços, ambiente e estilo de vida (Pinto, 2019).

Pinto (2020), apresenta que em 1978, foi realizada uma conferência internacional em Alma-Ata, ficando mais aparente e concreta a necessidade de ação da comunidade mundial em favor da promoção da saúde a partir da “I Conferência Internacional” realizada em Ottawa em 1986, considerada um termo de fundamental importância. Referência no desenvolvimento de propostas de promoção da saúde, desenhando uma agenda internacional com temas próprios voltados para o fortalecimento da promoção da saúde.

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 aponta para a redemocratização da saúde diante das desigualdades humilhantes, a mercantilização da saúde, configurada como uma ação política voltada ao projeto civilizatório de uma sociedade inclusiva e solidária, tendo a saúde como um direito de cidadania universal e a necessidade de intervenção nos determinantes da saúde. Na década de 1990, a promoção da saúde foi contextualizada (Brasil, 2014).

Durante os últimos anos, alguns movimentos e momentos marcantes também permitiram que o tema da promoção da saúde se tornasse mais conhecido e discutido. Em 1986, os temas abordados na VIII Conferência Nacional de Saúde, como A saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial. No mesmo ano, durante a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, foi elaborada a Carta de Ottawa, onde a Promoção da Saúde foi definida como capacitar indivíduos e comunidades a alterar os fatores que influenciam a saúde, visando melhorar sua qualidade de vida. A conferência nacional de saúde serviu de base para o capítulo dedicado à saúde na constituição federal, promulgada em 1988. Nela, o artigo 196 enfatiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas destinadas a redução do risco de doenças e outras lesões e acesso universal e igualitário a ações e serviços para o seu apoio, proteção e recuperação (Brasil, 2012).

O pensamento brasileiro sobre saúde, influenciando estratégias como Cidades Saudáveis e Saúde da família. Em 2000, intensificaram-se as discussões sobre a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 687, datado de 30 de março de 2006, revisado em 2014 (Brasil, 2014).

Considerando os muitos avanços resultantes dessa política e os desafios importantes que ela nos traz, somados às novas demandas de compromissos internacionais, em 2014, o Ministério da Saúde, diante da necessidade de atualizar a política existente e fortalecer as ações de Promoção da Saúde no país, bem como garantir sua conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, reformulou a Política Nacional

de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da Portaria nº 2.446 (Brasil, 2014).

Porém, a Portaria número 2.446/2014 foi revogada pela portaria de consolidação número 2, de 28 de setembro de 2017, que unifica as normas sobre as políticas de saúde nacionais do SUS. A PNPS confirmou o compromisso do governo brasileiro em expandir e melhorar as ações de promoção da saúde nos serviços e na administração do SUS; e, a partir de então, passou a fazer parte da agenda estratégica dos gestores do SUS e dos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as opções das políticas públicas existentes (Brasil, 2019).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresenta a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e abordagens para fomentar o bem-estar, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Essa abordagem é caracterizada pela integração e colaboração entre diferentes setores e pela criação de uma Rede de Atenção à Saúde. A participação e o controle social são elementos fundamentais, visando assegurar a equidade, o aprimoramento das condições de vida e a redução das vulnerabilidades e dos riscos relacionados aos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Gonçalvez, 2021).

De acordo, com o Ministério da Saúde, segundo o Anexo I da Portaria de Consolidação, datada de 28 de setembro de 2017, no contexto da atenção e cuidado em saúde, a integralidade na promoção da saúde emerge como uma estratégia para a produção da saúde respeitando as particularidades e potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde. Essa estratégia envolve uma escuta qualificada tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, que busca deslocar o foco da atenção do mero adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida (Brasil, 2019).

Souza (2021), fala que a saúde deve ser promovida levando em consideração a autonomia e a singularidade das pessoas, das comunidades e dos lugares, já que a maneira como eles escolhem suas formas de viver, organizam suas decisões e criam oportunidades para satisfazer suas necessidades não depende apenas da vontade ou da

liberdade individual e coletiva, mas é condicionada e determinada pelos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais em que vivem.

A gestão em saúde no contexto hospitalar tem sido objeto de intensa pesquisa e prática nos últimos anos (Silva et al., 2019). O cenário, marcado por constantes avanços tecnológicos e mudanças nos modelos de atendimento, demanda estratégias inovadoras de administração hospitalar (Oliveira & Santos, 2021).

Gerenciar um hospital apresenta um grande desafio, pois é necessário fazer com que todos esses setores funcionem simultaneamente, de forma harmoniosa, eficiente e financeiramente viável. Porto e Granetto (2020), estabelecem que o ambiente hospitalar é uma estrutura dinâmica, com atividades muito diversas, envolvendo desde a assistência médica e paramédica até setores como hotelaria, farmácia, lavanderia e restaurante, cada um com sua necessidade específica de gestão eficiente.

De acordo, com Martins e Lima (2019), observou-se nos últimos anos um movimento crescente em direção à humanização dos serviços hospitalares. Essa abordagem visa não apenas a eficiência clínica, mas também está atenta ao bem-estar do paciente, promovendo um ambiente de atenção à saúde mais acolhedor e humano.

Uma tendência marcante nesse campo é a utilização de sistemas de informação integrados que possibilitam a eficiente administração de dados clínicos, agendamentos e recursos. A informatização dos registros médicos e a aplicação de prontuários eletrônicos têm contribuído para um atendimento mais preciso e rápido (Pinto, 2021).

Pereira e Costa (2021), abordam que a utilização de tecnologias, como inteligência artificial e big data, tornou-se uma ferramenta de auxílio na gestão hospitalar, permitindo a realização de análises preditivas e otimizando recursos. Estas ferramentas contribuem para que sejam tomadas decisões mais precisas e embasadas, melhorando a eficiência operacional e a qualidade do atendimento.

Atualmente, os hospitais têm como principal objetivo o atendimento ao paciente, buscando, segundo Gonçalves (1989),

fornecer serviços de qualidade que atendam às necessidades da sociedade, utilizando os recursos disponíveis de forma adequada.

A gestão de saúde no ambiente hospitalar tem passado por algumas transformações no decorrer dos anos, influenciadas também pelos avanços tecnológicos e as mudanças nas demandas dos pacientes. Assim, a busca por maior eficiência e qualidade no atendimento impulsionou a implementação de novas práticas e abordagens na administração hospitalar. (Silva et. al., 2021).

Um outro aspecto importante é a busca pela eficiência na gestão dos custos. Hospitais vêm adotando estratégias como análise custo-benefício e uso de práticas do Lean Healthcare para reduzir desperdícios e otimizar processos (Régis, Gohr e Santos, 2018).

A gestão eficaz dos recursos humanos é crucial. Investir em capacitação contínua dos profissionais de saúde e promover um ambiente de trabalho saudável são estratégias de suma importância. A procura pela excelência dos serviços oferecidos fundamenta-se na dedicação à qualidade das atividades. É importante entender que um produto ou serviço de qualidade é aquele que satisfaz totalmente, de maneira confiável, de maneira acessível, de maneira segura e no momento adequado as necessidades do cliente.

O desafio crucial do Gestor Hospitalar é garantir a maximização do retorno sobre o investimento, pois ele está envolvido tanto na promoção e melhoria da saúde, quanto na garantia da vida. Toda instituição de saúde, seja um hospital de alta complexidade ou até mesmo um centro de saúde, demanda uma gestão especializada, composta por profissionais genuinamente engajados em alcançar os objetivos finais do serviço que eles lideram. Torna-se complicado o engajamento de um administrador sem formação específica na área e que não busca o aprimoramento e renovação de conhecimentos e habilidades gerenciais (Costa, 2023).

De acordo, com o Ministério da Saúde (2023), no Brasil, a acreditação hospitalar, com a certificação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) tem sido amplamente adotada para garantir a qualidade do serviço prestado. Relacionado diretamente à gestão de

qualidade, a busca por certificações demonstra o compromisso dos hospitais com a excelência no atendimento.

No geral, a administração da saúde em ambiente hospitalar está passando por transformações relevantes, impulsionadas pela tecnologia, controle de gastos, valorização da equipe e busca pela excelência. A pandemia destacou a importância da flexibilidade e capacidade de adaptação nas práticas de administração hospitalar, com o propósito de fornecer cuidados de alta qualidade em um cenário em constante progresso (De Souza Gois, 2021).

Silveira e Oliveira (2020), retratam que diante de uma pandemia, os desafios enfrentados pelos gestores exigem necessidades únicas para abordar suas ações. A situação é delicada porque ações erradas e decisões emergenciais podem ter consequências desastrosas. Na verdade, o principal desafio que os líderes enfrentam parece ser “lidar com o novo”, pois o cenário muda muito rapidamente todos os dias devido à dinâmica de propagação da pandemia.

São, portanto, necessárias medidas corretivas, compensatórias, reativas e prospectivas contínuas para minimizar os danos diretos e indiretos. Portanto, o modelo de gestão deve ser baseado nos níveis estratégicos de planejamento, operações, logística e gestão financeira para garantir o bom desempenho organizacional mesmo em tempos de crise (Silveira e Oliveira, 2020).

Neste contexto, o ambiente hospitalar atualmente é uma organização complexa onde as atividades industriais se mesclam com ciência e tecnologia de ponta para atender os clientes em suas necessidades de saúde, e não é possível oferecer esse cuidado em um ambiente seguro (Parente, 2019).

Freitas Candeia (2023), aborda que a gestão hospitalar inclui avanços contínuos em conhecimentos, habilidades, tecnologia médica e os aspectos finais desta tecnologia representados por dispositivos e equipamentos. Emprega muitos profissionais que oferecem serviços com alto grau de especialização. Existe uma grande divisão de trabalho em um hospital que exige diferentes competências técnicas. Como resultado destes factos, o hospital tem uma grande necessidade de

coordenar as suas atividades e os sistemas administrativos estão em constante evolução.

Parente (2019), os hospitais estão entre as organizações com gestão mais complexa, eles combinam vários serviços e situações concorrentes: hotelaria, lavandaria, serviços médicos, limpeza, supervisão, restauração, recursos humanos, relacionamento com o cliente. De certa forma, é natural que todos estes órgãos fossem cada vez mais regidos por leis, normas, regulamentos e decretos, oriundos de diversos órgãos e instituições, num quadro jurídico cada vez mais dinâmico e diversificado. Gerenciar esse organismo tão complexo é um grande desafio, pois requer a harmonização simultânea, eficiente e economicamente viável de todos os setores envolvidos.

A gestão hospitalar representa um importante papel na promoção de saúde no ambiente hospitalar, ela molda políticas e práticas que impactam diretamente a qualidade do atendimento oferecido. Atento a isso, nos últimos anos têm sido observado um aumento na atenção dedicada a estratégia de gestão que visa otimizar a promoção de saúde nas instituições hospitalares no país (Vieira, 2023).

Segundo Smith et al (2019), estratégias de gestão eficazes têm sido associadas a melhores práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento, contribuindo para a promoção de um ambiente hospitalar saudável e eficiente.

Tanto entre os profissionais de saúde ou entre equipe e pacientes, a comunicação eficaz é um componente de suma importância dentro da gestão hospitalar. Uma comunicação clara e empática pode auxiliar na compreensão das necessidades dos pacientes e no estabelecimento de metas alcançáveis (Garcia et al., 2022).

Dentro do ambiente hospitalar, o papel do gestor é de suma importância para a promoção de saúde e no fornecimento de cuidados de alta qualidade aos pacientes. Ele desempenha um papel com características variadas e peculiares, coordenando equipes interdisciplinares, implementando políticas de segurança e garantindo o uso eficiente dos recursos. Gestores hospitalares desempenham uma

função estratégica na formulação e implementação de políticas e práticas que impactam diretamente a promoção de saúde (Mateus, 2021).

Uma gestão eficiente implica na criação de um ambiente propício à segurança e ao bem-estar dos pacientes, uma vez que implementa protocolos de higiene, controle de infecções e segurança do paciente (Smith et al, 2021).

Uma das principais responsabilidades dos gestores hospitalares é garantir que as instalações e os processos operacionais cumpram os regulamentos de saúde e segurança. Isto inclui a manutenção de elevados padrões de higiene, gestão adequada de resíduos médicos e prevenção de doenças adquiridas por infecções (Lopes et al., 2019).

Além disso, o gestor desempenha um papel fundamental na promoção da comunicação eficiente entre a equipe de saúde e os pacientes, garantindo que informações importantes sejam transmitidas com clareza e empatia (Arruda, Freitas e Carvalho, 2021).

A alocação eficaz de recursos é outra área em que os gestores desempenham um papel fundamental. Vieira (2023), fala que o gestor deve garantir que o pessoal médico tenha o apoio necessário para realizar o seu trabalho de forma eficaz e que estão disponíveis equipamentos e materiais adequados. Esta abordagem ajuda a evitar atrasos no atendimento e garante que os pacientes recebam os cuidados de que necessitam em tempo hábil.

Também é papel do gestor hospitalar liderar iniciativas educacionais que promovam a conscientização acerca dos hábitos de vida saudáveis, tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde, visando a prevenção de doenças crônicas e a melhoria da qualidade de vida. Além disso, a gestão atenta às necessidades dos profissionais de saúde, promovendo um ambiente de trabalho saudável, está associada a uma melhor qualidade do cuidado oferecido ao paciente (Johnson e Brown, 2022).

Perante o rápido crescimento do mercado hospitalar, também surgiram novos desafios para os gestores de hospitais. Conforme apontado por Malik e Pena (2003), os gestores de hospitais públicos e privados no Brasil identificaram os principais desafios relacionados à

competitividade do mercado, à administração dos serviços, às políticas de saúde e à gestão dos recursos humanos.

De acordo com Seixas e Melo (2004), o principal papel do Administrador Hospitalar é proporcionar orientação para promover a criação e o desenvolvimento de atitudes que levem ao alcance das metas corretas. Ele deve auxiliar na motivação da equipe, assim como aconselhar sobre o ambiente e a estruturação das unidades e da organização.

Diante dos fatos citados com Soto (2002), que destaca que não é suficiente ser gerente e impor regras e normas para a realização das tarefas. Para uma gestão de qualidade, é necessário possuir liderança e saber como motivar e agir com a equipe diante de diversas situações para o cumprimento das metas preestabelecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito hospitalar contemporâneo, a presença de gestores eficazes desempenha um papel crucial na promoção da saúde. Este estudo demonstrou que a liderança proativa e inovadora dos gestores pode catalisar melhorias significativas nas práticas de saúde, resultando em benefícios tangíveis para pacientes, equipes de saúde e instituições hospitalares como um todo.

A promoção da saúde no ambiente hospitalar é importante para garantir cuidados de saúde de qualidade. É apresentada a relevância do papel do gestor hospitalar nesse processo. Ao longo das últimas décadas, a gestão hospitalar evoluiu consideravelmente, reconhecendo que a promoção da saúde não se limita apenas ao tratamento de doenças, mas também engloba a prevenção, a segurança e o bem-estar dos pacientes.

O gestor hospitalar desempenha um papel fundamental como agente de mudanças e tomador de decisões estratégicas. Ele garante que as instalações e os processos operacionais estejam em conformidade com regulamentações rigorosas de saúde. Isso inclui manter altos padrões de higiene, gerenciar adequadamente resíduos médicos e prevenir infecções hospitalares.

A promoção de práticas centradas no paciente, incluindo a comunicação eficaz entre a equipe médica, os pacientes e as famílias, é um componente essencial da gestão hospitalar. Os administradores podem promover a formação em competências de comunicação e implementar políticas que priorizem os cuidados centrados no paciente.

A gestão participativa, a comunicação eficaz e a tomada de decisões baseadas em evidências foram identificadas como os principais pilares do sucesso. Os gestores que promovem uma cultura de segurança, incentivam a aprendizagem contínua e promovem a saúde mental dos profissionais de saúde são capazes não só de melhorar os resultados dos pacientes, mas também de reduzir o esgotamento e aumentar a satisfação no trabalho.

Além disso, os gestores hospitalares desempenham um papel fundamental na implementação de programas de promoção da saúde. Através de projetos de educação, sensibilização e prevenção, os hospitais podem desempenhar um papel ativo na melhoria da saúde das comunidades que servem.

De modo geral, a administração hospitalar é um fator crucial na promoção da saúde no ambiente hospitalar, onde os gestores desempenham um papel multifacetado que inclui garantir o cumprimento dos regulamentos de saúde ao alocar recursos de forma eficaz, apoiar práticas centradas no paciente e promover programas de promoção da saúde. A administração eficaz contribui para a qualidade do atendimento e o bem-estar do paciente e impacta positivamente a comunidade que o hospital atende. Nesse sentido, o estudo de revisão de literatura, são importantes fontes de informação, atualização e apoio para as boas práticas de administração ao estimular a busca pelo saber.

REFERÊNCIAS

AMALBERTI, R. & VINCENT, C. Managing risk in hazardous conditions: improvisation is not enough. *BMJ Quality & Safety*, v.29, n.1, p. 60-63, 2019. Disponível em: <<https://qualitysafety.bmjjournals.com>>. Acesso em: 07 out. 2023.

ARRUDA, Ariana Lima; FREITAS, Camila Fernanda; CARVALHO, Marcia Roberta. GESTÃO DE PESSOAS NO AMBIENTE HOSPITALAR. **Revista Científica Unilago**, v. 1, n. 1, 2021.

BANDEIRA M. Gestão Hospitalar: os desafios na implementação com qualidade. **Revista Científica do UBM**, v. 23, n. 44: 103-114, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.52397/rcubm.v23i44.871>>. Acesso em: 08 out. 2023.

BORSATO, F. G., CARVALHO, B.G. Hospitais de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências: o que sua produção revela? **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124: 86-98, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012406>>. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

CARNUT L, FERRAZ CB. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129: 451-466, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112916>>. Acesso em: 06 out. 2023.

COSTA C, et al. Competências gerenciais importantes em uma organização hospitalar. RAIMED-Revista de Administração IMED, v. 6, n. 1: 45-55, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.18256/2237-7956/raimed.v6n1p45-55>>. Acesso em: 06 out. 2023.

DE CASTRO, I. M. de S.; LEMOS, L. L.; DA SILVA, R. M. P.; PIRES, W. K. de F. L.; PIMENTA, P. R. da S.; PANTOJA, V. J. da C.; COSTA, G. P. V.; DO NASCIMENTO, R. O.; DA MATA, N. D. S.; MENEZES, R. A. de O. Gestão em Saúde Hospitalar: atendimento das necessidades de saúde dos usuários. **Revista Contemporânea, [S. I.]**, v. 3, n. 07, p. 9861–9884, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N7-131. Disponível em: <<https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/1306>>. Acesso em: 20 out. 2023.

DE FREITAS CANDEIA, Raíssa Cristina et al. Atuação do enfermeiro na gestão hospitalar na contemporaneidade (Enfermagem). **Repositório Institucional**, v. 1, n. 1, 2023.

DE SOUZA GOIS, Elisabete Aparecida et al. Liderança e novos desafios da gestão hospitalar diante da pandemia de covid-19. **Revista Univap**, v. 27, n. 55, 2021.

DERMINDO, M. P. Gestão eficiente na saúde pública brasileira. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, [S. I.], v. 11, 2019. DOI: 10.14295/jmphc.v11iSup.933. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/933>>. Acesso em: 20 out. 2023.

DRUCKER, P. F. *The Practice of Management*. New York: **Harper & Row**, 1954.

FARIAS, Joni Marcio de; MINGHELLI, Luana Cademartori; SORATTO, Jacks. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 381-389, 2020.

FERREIRA, L. C., et al. (2020). Impact of electronic health record systems in a hospital setting: A systematic review. **Health Informatics Journal**, 26(2), 127-141.

GARCIA, M., et al. (2022). Effective Communication in Healthcare: Strategies and Challenges. **Journal of Patient Experience**, 9(1), 20-26.

GONÇALVES, E.L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, vol. 38, n. 1, p. 80 - 90, jan./mar. 1989.

GONÇALVES, Rodrigo Noll et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: o percurso de elaboração, implementação e revisão no Brasil. **Divers@!**, v. 13, n. 2, p. 198-205, 2021.

GRAY, P., SENABE S., NAICKER N., KGALAMONO, S., YASSI, A., & SPIEGEL, J. M. (2019). Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 16, 4396-4418.

JOHNSON, L.; BROWN, K. (2022). Promoting a Healthy Work Environment for Healthcare Professionals. **Journal of Healthcare Management**, 67(2), 87-95.

LOPES, R., et al. (2019). Hospital waste management and its impact on public health: A systematic literature review. **Waste Management**, 87, 171-174.

MALIK, Ana Maria; PENA, Fabio P. M. Administração estratégica em hospitais. São Paulo. **FGV-EAESP**. 2003.

MARTINS, S. G.; LIMA, A. B. (2020). Humanização nos Hospitais: Impacto na Satisfação do Paciente. **Revista Brasileira de Medicina**, 15(1), 56-67.

MATEUS, David. **Gestão, Liderança e Cultura Organizacional para Gestores Hospitalares**. Leya, 2021.

OLIVEIRA, R. C., & SANTOS, M. J. (2021). Inovação na Gestão Hospitalar: Estratégias e Tendências. **Journal of Healthcare Management**, 28(3), 112-126.

Organização Nacional de Acreditação (ONA). (2023). Sobre a ONA. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/sobre>>. Acesso em: 07 out. 2023.

PARENTE, Zullene Santana; PARENTE, Domiciana Santana. Os desafios na gestão hospitalar. **Multidebates**, v. 3, n. 2, p. 78-85, 2019.

PEREIRA, L. M.; COSTA, A. S. (2021). Aplicações da Inteligência Artificial na Gestão Hospitalar: Uma Revisão Sistemática. **International Journal of Healthcare Technology and Management**, 22(2), 98-115.

PINTO, José Mauro da Conceição. A informatização da saúde: o prontuário do paciente do analógico ao digital—**Estado da arte no Brasil**. 2021.

PINTO, Luiz Felipe et al. 40 anos de Alma-Ata: desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1178-1178, 2020.

PORTO, M. E. A.; GRANETTO, S. Z. Gestão de Pessoas nos ambientes hospitalares: Uma revisão sobre os principais pontos de uma gestão eficiente. **Brazilian Journals of Developort**, Curitiba, v. 6, n.6, p.38366-38382 jun. 2020.

PRESTES, A, organizador. Manual do Gestor Hospitalar. Federação Brasileira dos Hospitais – FBH. Brasília 2019 [Internet]. Disponível em: <http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/MANUAL-FBH_web.pdf>. Acesso: 05 out. 2023.

RÉGIS, Tatyana Karla Oliveira; GOHR, Cláudia Fabiana; SANTOS, Luciano Costa. Implementação do lean healthcare: experiências e lições aprendidas em hospitais brasileiros. **Revista de Administração de Empresas**, v. 58, p. 30-43, 2018.

REZENDE, Manuel Morgado; HELENO, Maria Geralda Viana. **Psicologia e promoção de saúde: Em cenários contemporâneos**. Vtor Editora, 2023.

SEIXAS, Maria Auxiliadora Sousa; MELO, Hermes Teixeira de. Desafios do Administrador Hospitalar. **Gestão e Planejamento**, Salvador, ano 5, n. 9. jan. / jun.2004.

SILVA, A. M., et al. (2019). Desafios da Gestão Hospitalar: Um Estudo de Caso. **Revista de Saúde Pública**, 43(2), 245-257

SILVEIRA, M. R.; OLIVEIRA, C. P. (2020). Ambiente de Trabalho Saudável e Engajamento dos Colaboradores na Gestão Hospitalar. **International Journal of Human Resources Management**, 50(3), 289-302.

SMITH, A., et al. (2019). The Impact of Hospital Management on the Quality of Care: **A Review**. **Journal of Healthcare Management**, 64(3), 190-202.

SOTO, Eduardo. Comportamento Organizacional: o impacto das emoções. São Paulo: Thomson, 2002.

SOUSA, Amandia Braga Lima. Atenção Primária à Saúde diante das necessidades e singularidades amazônicas. 2021. Tese de Doutorado. **Universidade de São Paulo**.

VIEIRA, Remita Viegas et al. A influência da gestão hospitalar eficiente na promoção da saúde: como está a relação entre administração e saúde atualmente? **Revista Psipro**, v. 2, n. 4, p. 16-41, 2023.

CAPÍTULO 12

GERENCIAMENTO DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Izabel Silva Oliveira

Rosangela Oliveira Leal

Giovanna Rosario Soanno Marchiori

Rodrigo de Barros Feltran

Maressa Daniela Sicsú de Oliveira

Pedro Antônio de Oliveira Junior

Angela Aparecida Neto Amaral

Renilma da Silva Coelho

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

A gestão é parte integrante dos sistemas de saúde, haja vista que, a quantidade e complexidade das atividades inerentes ao processo de planejamento e execução de ações exige organização e resolutividade que contemple as necessidades humanas intrínsecas ao serviço de saúde. Esse conceito de gestão, visa por meio de ação coletiva do estado e da sociedade proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como política de estado e reafirmou a necessidade de fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde (Trindade et al, 2019).

Dessa forma, o gerenciamento na saúde assume papel fundamental na consolidação da universalização da cobertura e garantia da equidade das ações do SUS. Através dele, é possível desenvolver um planejamento articulado por meio da análise da

situação da saúde, definição das políticas (objetivos), desenho das estratégias, elaboração do orçamento, acompanhamento e avaliações necessárias para execução dos processos e/ou procedimentos no âmbito da saúde (Brasil, 2020).

Sendo assim, a função de gestão no âmbito do SUS está intrínseca a cada esfera governamental do estado. Assim, a nível Federal a gestão é representada pelo Ministério da Saúde, no âmbito estadual pela Secretaria Estadual de Saúde e, no âmbito dos municípios as Secretarias Municipais de Saúde, são responsáveis por nomear representantes com qualificação na área de saúde responsáveis por identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma das macros funções gestoras, de forma coerente e para cada campo da atenção à saúde (Abas et al, 2022).

No que concerne a gestão na atenção primária à saúde, esta é caracterizada como uma prestadora de serviço do SUS. É o principal elo entre a instituição municipal de saúde, a equipe e a comunidade e, dessa forma, o trabalho gerencial nesses locais se concentra em atividades decisórias, caracterizadas pela resolução de problemas identificados diretamente na Unidades Básicas de Saúde (UBS) mais próximos dos usuários (Trindade et al, 2019).

Nesse interim, o papel do enfermeiro na gestão em saúde está relacionado ao uso de instrumentos do trabalho administrativo como o planejamento, a organização, a coordenação e o controle dos serviços de saúde e melhoria da qualidade de vida, permitindo assim maior integração com a equipe e maior efetividade nas relações entre todos os atores envolvidos no processo de gestão que possui como finalidade geral a atenção à saúde evidenciada na forma de assistência (promoção, prevenção, proteção e reabilitação) (Toso; Fungueto; Tonini, 2021).

Conforme Brasil (2021), o planejamento reprodutivo é caracterizado por um conjunto de ações realizados por profissionais da área da saúde através das quais são oferecidos todos os recursos necessários para auxiliar uma mulher e/ou casais a definirem o momento mais conveniente para concepção gestacional, através da

escolha de um método contraceptivo mais adequado ao seu estilo de vida destas pessoas.

Essa ação realizada principalmente nas unidades de atenção primárias, como UBS, são parte do trabalho realizado pelas equipes de multiprofissionais, incluído enfermeiros, responsável pelo gerenciamento das ações nessas unidades, uma vez que, a falta de planejamento reprodutivo provoca aumento nas taxas de natalidade que concomitantemente impactam no aumento da demanda por assistência social, política, econômica e de saúde (Abas et al, 2022).

Sendo assim, a atuação do enfermeiro nas ações de planejamento reprodutivo é fundamental, uma vez que, conforme as diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), estes profissionais tem autonomia participar de maneira ampla e irrestrita na execução das ações de promoção à saúde (Conselho Federal de Enfermagem, 2022).

Nesse entendimento, a gestão dos sistemas de saúde é transversalizada por processos permanentes de decisão e de avaliação. Assim, entende-se que se trata de um desafio pensar sob perspectiva ampliada de atuação desse profissional, para além dos aspectos técnicos assistenciais e gerenciais da prática profissional, diante disso indaga-se: como o enfermeiro atua no gerenciamento do planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde?

Para tal, o objetivo geral deste artigo é compreender a gerência do enfermeiro no planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde. Haja vista que, o profissional possui conhecimento e habilidades interpessoais que lhe permitem estabelecer uma relação de confiança e profissionalismo com o usuário, possibilitando uma assistência mais humanizada e com isso, através de ações individualizadas auxiliar na adoção de planejamento condizente a necessidade e particularidade de família atendida.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a saúde do trabalhador. A

revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro, et. al., 2007)

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: “como o enfermeiro atua no gerenciamento do planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde?”

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2023. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: “Gerenciamento da prática profissional”, “Planejamento familiar”, “Enfermagem”.

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2018 a 2023, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O planejamento reprodutivo, é caracterizado pela implantação de ações de promoção à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (Gomes; Viegas, 2022). Dessa forma, é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e a acesso aos recursos que lhes permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos, o número, o espaçamento entre eles e a escolha do método

anticoncepcional mais adequado, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2019).

Até o início do século XX, as políticas estatais no Brasil eram essencialmente natalista. Somente na década de 1960, a Sociedade Bem-Estar da Família (BEMFAM) primeira instituição privada dedicada a oferecer métodos anticoncepcionais se instalou no país, e começou a expandir por meio de convênios com prefeituras, universidades, clínicas e empresas particulares. A partir disso, outras instituições similares começaram a surgir (Marmentini, 2020).

Contudo, esse período foi marcado pela alta prevalência da prática clandestina de esterilização feminina, método irreversível e considerado ilegal, por se enquadrar no art. 129 do Código Penal (Brandão, 2019). Diante disso, Gomes e Viegas reforçam a importância da informação acerca dos métodos contraceptivos eficazes no planejamento familiar, como forma de garantir acesso a saúde e ao direito de escolha do indivíduo (Gomes; Viegas, 2022).

Nesse ínterim, em 1983, com o intuito de desenvolver uma nova e diferente abordagem acerca da saúde da mulher, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que teve como princípio reger os serviços que devem garantir o acesso aos métodos para evitar ou propiciar a gravidez, por meio de assistência especializada e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes. Contudo, o programa enfrentou alguns entraves até a promulgação da Constituição Federal (Silva et al, 2019).

Marmentini (2020) explica que, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a consolidação do sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, foram os pilares para a implementação do planejamento familiar como direito de cidadania. Cabendo ao estado o papel de oferecer informações e todos os recursos necessários para o exercício e execução desse direito.

Assim, o conjunto de ações integrantes do planejamento reprodutivo deve primar pela oferta de meios educativos e recursos científicos que permitam a mulher, homem e/ou família atendida na atenção primária à saúde dispor de métodos de concepção e contracepção para o exercício desse direito, sem interferência e em

concordância com a particularidade de cada um dos referidos usuários (Silva et al, 2019).

A Lei nº 9.263 sancionada em 1996, regulamentou o planejamento reprodutivo democratizando o acesso aos meios de anticoncepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo que regulamenta essas práticas na rede pública e privada, estipulava requisitos e impunha vedações relacionadas à esterilização cirúrgica. Garantindo assim que, a população usufrua de forma digna do direito reprodutivo e de estruturação de sua família (Brandão, 2019).

Nesse prisma, Bunhola (2019) explica que, a portaria n. 48 de 11 de fevereiro de 1999, estabeleceu normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para a execução de ações de planejamento reprodutivo pelo SUS. Legitimando o acesso da população menos favorecida economicamente aos métodos contraceptivos, fornecidos por estados e municípios.

Posteriormente, o Ministério da Saúde no ano de 2004, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), regulamentando os serviços oferecido pela atenção primária à saúde, no âmbito do planejamento reprodutivo (Pereira, 2022). Nesse sentido, em 2005 foi implementada a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, que dentre as prioridades e ações propostas estavam a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS e capacitação de profissionais (Santos, 2021).

Nesse sentido, recentemente a Lei nº 14.443 de 2022 alterou os requisitos de elegibilidade previsto na lei anterior, reduzido a idade mínima para realização de laqueadura ou vasectomia pra vinte e um anos; excluindo a necessidade de consentimento expresso de ambos os conjugues para a realização do procedimento, entre outras alterações (Brasil, 2022).

Portanto, para que o planejamento reprodutivo seja eficaz é necessário que o estado ofereça recursos educativos, disponibilizados através de equipe profissional treinada e qualificada, que servirão de base para que os cidadãos possam elaborar suas escolhas sobre a formação de sua prole e acerca do exercício dos seus direitos

reprodutivos, com vistas a constituir suas famílias de forma consciente e responsável (Bunhola, 2019).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desde de 1960 se apresenta como uma estratégia de atenção à saúde com foco no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e práticas assistenciais voltadas para o indivíduo, família e comunidade (Giovanella; Mendonça, 2019). Dessa forma, Fausto e Matta explicam que os serviços ofertados na APS são do mais alto grau de descentralização e capilaridade (Fausto, Matta, 2019).

Segundo Toso, Fungueto e Tonini (2021), em termos normativos a APS ganhou destaque na Política Nacional de Saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde (NOB/SUS) em 1996, mas, é somente com a edição da a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 que se ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cuidado nessa esfera de atenção primária é oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Santos, 2021). Nesse sentido, o papel ocupado pela ESF na atenção básica é disposto na Portaria nº 2.488/2011 que cita: “a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica” (BRASIL, 2020, p. 03).

Nesse ínterim, as UBS em consonância com a estratégia de saúde da família, são responsáveis por facilitar ao usuário o acesso total e contínuo de forma equitativa e integral, através de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar o acesso a atenção primária, considerando a dinamicidade e especificidade existente no território em que vivem essa população (Duarte et al, 2019).

Entre as ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde por meio das Estratégias de Saúde da Família, referentes a saúde da mulher, estão responsabilidades ligadas ao pré-natal, prevenção de colo de útero e planejamento reprodutivo. Já nas ações inerentes ao

planejamento reprodutivo estão acesso a consulta médica e de enfermagem, o fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais; e a realização ou referência para exames laboratoriais (Pereira, 2022).

Assim, a APS desempenha um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (Pereira, 2022). Dessa maneira, o planejamento reprodutivo é oferecido para as famílias na atenção primária com o objetivo de garantir direitos iguais, atuando na prevenção, limitação ou aumento da família, considerando não apenas a mulher como público-alvo e sim todos os integrantes em fase reprodutiva (Costa; Castro; Paz, 2022).

A assistência em planejamento reprodutivo, é parte integrante do conjunto de ações da equipe de multiprofissionais que atuam na atenção primária (Santos, 2021). Sendo assim, existem três tipos de atividades que envolvem a atuação destes multiprofissionais, que são a educativas, de aconselhamento e atividades clínicas. Estas atividades, oferecem aos usuários conhecimentos necessários para a escolha livre e informação sobre os métodos de concepção e contracepção, juntamente com a orientação acerca da eficácia desses métodos (Costa; Castro; Paz, 2022).

As ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, objetivam além do incentivo à implementação de atividades educativas e assistências voltadas aos usuários, a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica no SUS, ampliação do programa saúde e prevenção nas escolas, entre outros (Duarte et al, 2019). As equipes também promovem acesso a serviços como saúde mental, morbidade por câncer, prevenção e controle de DST; violência doméstica e sexual; além de atenção às mulheres rurais, negras, indígenas (Giovanella; Mendonça, 2019).

Duarte et al (2019), descreve que para que a atenção integral em planejamento reprodutivo na atenção primária ocorra, é fundamental que os profissionais da saúde, principalmente os que atuam nessa rede assistencial, instrumentalizem-se para conhecer os determinantes sociais e biológicos da saúde e os principais riscos e vulnerabilidades das comunidades em que atuam.

Nesse interim, Pereira (2022) reforça a necessidade e importância da conversa, orientação e escuta nas ações educativas em planejamento familiar, principalmente as realizadas em grupo, tendo em vista o maior potencial de participação. Haja vista que, o desenvolvimento interdisciplinar dessas ações interventivas contribui para a interação de todos os membros da equipe a partir de suas responsabilidades requerido em cada situação.

Portanto, as atividades educativas em saúde desenvolvidas na APS pelas equipes multiprofissionais que atuam na rede assistencial, possibilitam maior autonomia e conhecimento às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica quanto aos cuidados em saúde, tendo em vista a humanização e a assistência integral à saúde (Fausto, Matta, 2019).

Neste contexto, a gestão em saúde é um serviço altamente complexo devido a diversidade de processos assistenciais e administrativos, de diversas linhas de produção simultânea e de uma fragmentação dos processos de decisão assistência (Silva et al, 2021). A sistematização do trabalho da enfermagem no âmbito da atenção básica, envolve a assistência e cuidado. Diante disso, a gestão em enfermagem possibilita a integração e articulação entre a equipe de saúde e o usuário do serviço, com a finalidade de oferecer o melhor atendimento possível, seja individual ou coletivo (Gutmann et al, 2020).

Toledo (2021) descreve que, o enfermeiro gestor precisa ter o conhecimento administrativo pois, o gerenciamento em saúde exige uma organização do trabalho, dos recursos humanos, financeiros e materiais, através de um conjunto de instrumentos técnicos intrínsecos organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Além disso, o profissional também está apto a desenvolver o serviço de consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem.

Nesse sentido, o enfermeiro especializado em gestão na saúde, deve apresentar competências para analisar a oferta e demanda de serviços considerando o contexto demográfico, epidemiológico e político-institucional, buscando garantir seu fornecimento hábil (Silveira Siqueira; Dias Machado Padilha; Franco da Silva, 2023) . Assim, no

exercício profissional abrange condutas de cuidado direto e indireto, isto é, direciona-se para a gerência do cuidado de enfermagem, propiciando a evolução de uma prática profissional de enfermagem diversificada e inovadora(Gutmann et al, 2020).

A gestão em enfermagem, pode ser definida como a capacidade de planejar, organizar, motivar e controlar a prestação de cuidados oportunos, seguros e abrangentes, para melhor satisfazer as necessidades do usuário, tendo em vista a excelência do trabalho da equipe multidisciplinar de saúde (Nóbrega Ventura et al, 2022).

Assim, o gerenciamento no processo de trabalho da enfermagem tem como foco principal a organização da assistência, isto é, o planejamento de ações compartilhadas de modo que a equipe de enfermagem, sob a liderança do enfermeiro, desenvolva o processo de trabalho com eficiência e qualidade com a finalidade de satisfazer as necessidades do paciente assistido (Silva et al, 2021).

Cáceres Rivera e Rincón Romero (2023) afirmam que, a gestão do cuidado é baseada em diretrizes claras para atingir o objetivo final de melhorar a saúde das pessoas e também, na adaptação do cuidado às necessidades da pessoa, às demandas dos familiares, dos cuidadores e da comunidade. Nesse viés, os enfermeiros, são os profissionais da saúde responsáveis por desempenhar o papel de orientação e planejamento de atividades educativas na atenção primária a saúde (Costa; Castro; Paz, 2022)

O enfermeiro, lida com a assistência as necessidades solicitadas pelo indivíduo ou pelo coletivo e problemas relacionados ao processo saúde-doença (Gutmann et al, 2020). Dessa forma, profissional tem um papel essencial frente ao planejamento reprodutivo no esclarecimento aos usuários de seus direitos na saúde, especificamente a respeito da saúde sexual e reprodutiva (Cardoso et al, 2020).

A atuação do enfermeiro no planejamento reprodutivo é regulada pela Resolução 690/2022 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que dispõe como atribuição do profissional no atendimento ao planejamento reprodutivo a solicitação de exames, prescrição, administração e procedimentos, pautados nos protocolos institucionais,

visando a promoção, proteção e apoio à utilização dos métodos de concepção e contracepção (Nóbrega Ventura et al, 2022).

Dessa forma, Cáceres Rivera e Rincón Romero (2023) destacam que, o profissional de enfermagem deve estar capacitado quanto a todo o conhecimento técnico e científico que abrange o planejamento reprodutivo, ressaltando a importância do respeito a cultura daquela comunidade, incluindo confiabilidade para participar e apoiar diretamente quanto à tomada de decisões relacionadas à vida sexual dos envolvidos, criando laços de confiança, participando da vida íntima dessa família sem nenhum tipo de restrição.

Como membro da equipe de saúde da família (ESF), o enfermeiro precisa avaliar sua participação no processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, utilizando sua atribuição de coordenador da assistência de enfermagem. Podendo assim, contribuir para o acolhimento favorável aos usuários desenvolvendo ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação, bem como, atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem (Costa; Castro; Paz 2022).

A atuação do enfermeiro no planejamento reprodutivo busca promover o diálogo durante a consulta de enfermagem, com o objetivo de criar um vínculo com o usuário (Cardoso et al, 2020). Sendo assim, a primeira consulta do usuário na unidade básica de saúde, é realizado pelo enfermeiro que realiza os primeiros protocolos de atendimento que abrangem a anamnese, coleta de informações como os antecedentes familiares, pessoais e obstétricos e tudo o que for necessário para que posteriormente seja realizado o aconselhamento contraceptivo (Cáceres Rivera; Rincón Romero, 2023).

Segundo Gutmann et al (2020), na assistência de enfermagem além de orientar, coordenar e executar ações sobre educação sexual e reprodutiva, a gestão da enfermagem também é responsável pela coleta de material para prevenção de câncer do colo de útero, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações, o encaminhamento de usuários para outros serviços, inserção e revisão de DIU, de laqueadura e de outros métodos.

Nóbrega Ventura et al (2022) complementam que, esse profissional deve realizar avaliações constantes em relação à escolha do método conceptivo ou contraceptivo do paciente, para intervir diante da falta de adaptação ao método de escolha, além de realizar buscas ativas de pessoas que tenham a carência de orientações, bem como de informações, para que, assim, se alcance êxito em uma maior adesão desses usuários.

Dessa maneira, o trabalho do enfermeiro para efetivação desta política de planejamento reprodutivo é estratégico e indispensável, tanto no âmbito da gestão quanto na execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas, promovendo informações adequadas sobre educação sexual e reprodutiva à população (Cardoso et al, 2020).

Portanto, o papel da enfermagem na gestão em saúde é de suma relevância, pois contribui para um atendimento de qualidade e com segurança ao usuário, coordenando a rede assistencial e coordenando e/ou planejando as atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional gerenciada. Desse modo, as capacitações e educação permanente são essenciais para os profissionais de enfermagem no gerenciamento do cuidado desse processo (Silveira Siqueira; Dias Machado Padilha; Franco da Silva, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se que, o gestor de enfermagem tem assumido importante papel nos serviços de saúde, visto ser o responsável pela gestão dos serviços de enfermagem e por tomar medidas que integrem as áreas administrativas, assistenciais e outras, visando o atendimento de qualidade. Diante disso, para que os processos de gerenciamento e cuidado sejam realizados de forma adequada, o profissional tem que estar apto a gerenciar e coordenar a assistência prestada ao usuário, mas sobretudo, a equipe de trabalho.

O enfermeiro no âmbito da saúde além de contribuir para informação e de educação sobre concepção e anticoncepção, também atua de forma integral no cuidado do usuário atendido na atenção

primária à saúde na promoção de ações de prevenção e intervenções em saúde. Nesse sentido, a estratégia saúde da família é o modelo balizador desse nível assistencial no SUS pois, tem como objetivo principal conhecer a realidade da população atendida em cada localidade e aproximar as equipes de saúde destes usuários.

O planejamento reprodutivo intrínseco a estratégia de saúde da família é uma das mais importantes prioridades de intervenção em meio à atenção básica, visto que, as orientações sobre direitos e recursos disponíveis no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, assistência e construção conjunta de um plano familiar, considerando as particularidades de cada mulher, homem e/ou casal, são ações essenciais de assistência e promoção a saúde.

Nesse interim, o enfermeiro como membro da equipe da estratégia saúde da família, exerce papel muito importante nas ações que envolvem o planejamento reprodutivo, no desenvolvimento de ações preventivas e educativas e na garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Dessa forma, a atuação do profissional se constitui como o tripé para uma educação sexual e reprodutiva mais dinâmica e eficiente.

Partindo desse entendimento, reforça-se a necessidade de haver mais treinamentos e qualificações para os enfermeiros que atuam com as estratégias da saúde familiar, para que aprimorem as abordagens técnicas e humanas. Essas qualificações continuas são importantes, tendo em vista que recentemente a Lei nº 14.443 de 2022 alterou o prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar, bem como, condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Essas alterações no âmbito legislativo promovem novos impactos no atendimento fornecido nas unidades de atenção básica de saúde, e diante disso, o enfermeiro precisa estar preparado para atender as novas exigências legais e principalmente apto a fornecer as orientações e encaminhamentos necessários para que o usuário possa ter acesso aos métodos, técnicas e condições exigidas para a garantia desse direito.

Portanto, o trabalho gerencial se configura como um desafio às capacidades e habilidades do enfermeiro, pois ainda que o mesmo não atue na linha de frente do gerenciamento, em qualquer setor que trabalhe, deverá exercer funções de gerenciamento, sendo capaz de analisar, estruturar e sintetizar informações de gestão em saúde, além de organizar o trabalho e os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais.

REFERÊNCIAS

ABAS, L. M. L. et al. Planejamento e qualidade da gestão no âmbito do Serviço Único de Saúde - SUS: desafios no município de São Luís – MA. **Revista De Gestão E Secretariado** (Management and Administrative Professional Review), , V. 13, N. 4, p. 2052–2074, edição especial dez 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7769/gesec>. acesso em: 15 out. 2023.

BRANDÃO, E. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in) disciplina da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], p.875-879, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.10932017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YwDdkKZ3FpvxvwNzxzYy4GN/?format=pdf&lang=pt>. acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. 2. Ed. Brasília, DF: CONASS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** (Caderno nº 1). Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar**: Ministério da Saúde orienta gestores sobre laqueadura e vasectomia no SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica da saúde e vigilância sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/ministerio-da-saude-orienta-gestores-sobre-laqueadura-e-vasectomia-no-sus#:~:text=Minist%C3%A9rio%20>

da%20Sa%C3%BAde%20orienta%20gestores%20sobre%20laqueadura%20e%20vasectomia%20no%20SUS,-Altera%C3%A7%C3%A3o%20dos%20procedimentos&text=Os%20procedimentos%20de%20laqueadura%20e,e%20delimitou%20prazos%20de%20espera. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: 2021.

BUNHOLA, G.P.C. Políticas Públicas e Planejamento Familiar à luz dos Direitos Fundamentais. Orientador (a): Profa. Dra. Maria Amália de Figueiredo Pereira Alvarenga. 2019. 99 f. Dissertação (mestrado em Direito)- Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2019.

CÁCERES RIVERA, Diana Isabel; RINCÓN ROMERO, Mayerli Katherine conocimiento propio o administración en salud? Revista Cuidarte [eletrônica]. Universidad Cooperativa de Colombia [Colombia], v.14, n.2, e3067, 2023. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3067>. Acesso em 18 out.2023.

CARDOSO, G. S; REZENDE, L.D.S; MEIRELES, L.S.S; DE CARVALHO, N.A.F; COELHO, E. **Atuação do enfermeiro frente ao planejamento familiar:** revisão integrativa Centro Universitário UMA. [S.I.]: Virtual Books. Belo Horizonte - MG, 2020. Disponível em: <https://usp.br/sddarquivos/arquivos/abnt6023.pdf>. Acesso em 18 out.2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 690/2022. **Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.** Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. Brasília-DF, fev. 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.html. Acesso em: 20 out. 2023.

COSTA, I.Z.A.; CASTRO, I.S.A; PAZ, F, . Atuação do enfermeiro no planejamento familiar na atenção básica. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , [S. I.], v.11. n. 16, pág. e226111637825, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i16.37825. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37825>. Acesso em: 20 out. 2023.

DUARTE, A. G. S., GONTIJO, T. L., DE AZEVEDO GUIMARÃES, E. A., CAVALCANTE, R. B., Belo, V. S., & Silva, G. S. Fatores associados ao desempenho de serviços da atenção primária à saúde. **Revista**

Brasileira Em Promoção Da Saúde, v. 32. 2019, Article ID: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8843>. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8843/pdf>. Acesso em: 20 out. 2023

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C. **Atenção primária à saúde**: histórico e perspectivas. Tradução: MOROSINI, M.V. G. C.; CORBO, A.D (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIO-CRUZ, 2019. p. 43-67.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde: Políticas e sistema de saúde no Brasil** [eletrônico]. Escola de saúde-Paraná-PR. Analise da atenção primaria a saúde e diagnostico local. Guia do participante, Paraná: ESPR, 2019. p.575-676. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/file/atencao_primaria_a_saude_esf_giovarella_l_mendonca_mh.pdf. acesso em 19 de outubro de 2023.

GOMES, P. H. M; VIEGAS, C.M.A.R. **As intervenções do estado ao livre planejamento familiar e as violações a garantias fundamentais**. [S.I.]: Virtual Books, 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaedcacao.com.br/handle/ANIMA/29748>. acesso em 19 out. 2023.

GUTMANN, V.L.R; SANTOS, D; KERBER, N.P.C; FONSECA, T.M.M.V; CARLOTTO, K. Planejamento Reprodutivo: Um Relato de Experiência Multidisciplinar. **Revista Conexão- UEPG**, Ponta Grossa-Paraná, v.16. e2013676, p. 01-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.16.13676.011>. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/conexao/article/view/13676/209209212729>. acesso em 20 out. 2023.

MARMENTINI, W. C. S. **Planejamento familiar associado aos métodos contraceptivos**: contribuições do enfermeiro. Orientador (a): Prof. Me. Sonia Carvalho de Santana. 2020. 63 f. TCC (Graduação em Enfermagem)- Faculdade de Educação e Meio Ambiente: FAEMA, 2020.

NÓBREGA VENTURA, HNV; JÁCOME C; LOPES JD; Lima L, SANTOS J; LOPES M. O papel do enfermeiro no programa de planejamento reprodutivo: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual In Derme** [eletrônico], v. 96, n. 40, e-021330, dez-2022. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1445>Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1445>. acesso em: 19 out. 2023.

PEREIRA, G. S. **Assistência em planejamento familiar [manuscrito]**: uma análise da oferta do dispositivo intrauterino pela rede pública do município de Divinópolis (MG). Orientador (a): Frederico Poley Martins Ferreira. 2022. 116 f. TCC (Graduação em enfermagem)-Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo horizonte, 2022.

SANTOS, T. A. **A atuação da (o) enfermeira (o) no gerenciamento de unidades básicas de saúde**. Orientador(a): Acilene Novaes Sampaio Ferreira. 2021. 57 f. TCC (graduação em Administração pública)-Centro Universitário Maria Milza, Governador Mangabeira: BA, 2021.

SILVA, L. A. S; GONÇALVES, J. G; PEREIRA, R. A; SILVA, G. O; COSTA, R. S; DIAS, A. K. Planejamento familiar: medida de promoção de saúde, uma revisão bibliográfica. **Revista Extensão**, Palmas-To-cantins, v.3, n.1, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/1691>. acesso em 20 out. 2023.

SILVA, M.C.V. et al. **Proposição da função de gerência no cotidiano da enfermagem**, 2021. In: TOLEDO, L. V. Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

SILVEIRA SIQUEIRA, D; DIAS MACHADO PADILHA, C; FRANCO DA SILVA, E. O papel do enfermeiro na gestão em enfermagem: uma revisão integrativa. **RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 3. N;3, e33262, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v3i3.262>. Acesso em 16 nov de 2023.

TOLEDO, L. V. **Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem**. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

TOSO, B. R. G. O; FUNGUETO, L; TONINI, N. S. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**. Rio de janeiro, v. 45, n. 130, Jul-Sep 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmfkyMzhTVcBDfYPYgYVF/>. acesso em 20 out. 2023.

TRINDADE, L. L et al. **Tecnologias de gestão na atenção primária à saúde** [ebook virtual]. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Telesaúde Santa Catarina- Florianópolis: CCS/UFSC, 2019. 56 p. Disponível em: www.telessaude.ufsc.br. acesso em 20 out. 2023.

CAPÍTULO 13

A LITERACIA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ÊNFASE NO PAPEL DO ENFERMEIRO: UMA ABORDAGEM CENTRADA NO PACIENTE

*Renilma da Silva Coelho
Heloina Alves dos Santos
Williams Andrade da Cunha
Iracilma da Silva Sampaio
Gleidilene Freitas da Silva
Glenda Ramá Oliveira da Luz*

INTRODUÇÃO

A habilidade de literacia em saúde é um determinante essencial para melhorar a qualidade de vida do paciente e a compreensão da importância de escolhas de hábitos favoráveis à manutenção da saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde (WHO, 1998).

A literacia em saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no cotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida. A promoção da literacia em saúde, junto das pessoas, das comunidades e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da saúde pública (Smith *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, pretende-se explorar diferentes métodos de ensino e comunicação utilizados por profissionais de saúde para melhorar a compreensão dos pacientes sobre suas condições de

saúde, tratamentos e autocuidado. Com isso foi avaliado como abordagens centradas no paciente podem levar a melhores resultados de saúde e adesão ao tratamento (Oscalices *et al.*, 2019).

A literacia em saúde é uma habilidade essencial para os pacientes entenderem informações relacionadas à saúde, fazerem escolhas informadas e gerenciarem melhor suas condições de saúde. No entanto, muitos pacientes enfrentam desafios em compreender terminologias médicas complexas e aplicar as informações recebidas em seu autocuidado (Almeida; Piber, 2022). Com isso, a pesquisa apresenta como problemática: a baixa literacia em saúde para com o pacientes e a falta de estratégias eficazes de ensino que estejam centradas no sujeito e adaptadas às suas necessidades individuais, visto que é essencial que os profissionais de saúde sejam uma ferramenta que promovam a comunicação efetiva levando a impactar o processo do cuidar e tratamento da doença do paciente/cliente.

Desse modo, o objetivo geral deste artigo é analisar a fundamentação teórica sobre a literacia no âmbito da educação em saúde promovendo aos pacientes a compreensão das informações sobre a importância de escolher hábitos favoráveis à manutenção da saúde, tomar decisões informadas sobre sua saúde e adotar comportamentos saudáveis para um melhor autocuidado.

Para isso foram traçados os seguintes objetivos específicos: Realizar uma revisão abrangente do contexto histórico de literatura em saúde; Identificar os impactos e dimensões da literacia na saúde do paciente; Discutir o papel do enfermeiro como uma ferramenta essencial para promoção e aplicação da literacia em saúde de forma efetiva na saúde do paciente.

Diante do exposto, com uma visão holística e enfoque no sujeito, faz-se uma reflexão de como está sendo desenvolvida as habilidades em saúde que sejam capazes de inserir as necessidades individuais, a diversidade cultural e o contexto social dos pacientes, para que o mesmo tenha capacidade de tomar decisões informadas e adquirir mudanças no comportamento de autocuidado que beneficie sua saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a literacia em saúde, suas dimensões e impactos na saúde do paciente, com ênfase no papel do enfermeiro na educação em saúde e em abordagens centradas no paciente. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais ampla, não necessariamente partindo de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua elaboração; a busca de fontes não é pré-determinada nem exaustiva, podendo, assim, estar sujeita a viés de seleção em razão da percepção subjetiva do pesquisador (Cordeiro *et al.*, 2007).

O presente estudo surgiu por meio da seguinte questão norteadora: “De que forma a literacia em saúde, mediada pela prática do enfermeiro, pode contribuir para a promoção do autocuidado e para o fortalecimento da relação paciente-profissional em uma abordagem centrada no paciente?”

O levantamento dos artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em bases de dados de acesso público, como PubMed, Scopus e Google Scholar. A coleta de dados ocorreu durante o período de 2022 a 2023. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: “Literacia em Saúde”, “Educação em Saúde”, “Enfermagem”, “Papel do Profissional de Enfermagem”, “Relações Enfermeiro-Paciente”, “Promoção da Saúde” e “Autocuidado”.

Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos (2013–2023), disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, que abordassem de forma direta a temática proposta. Foram excluídos os estudos que não apresentaram relação com o objeto de investigação ou que não contemplaram a prática da enfermagem no contexto da literacia em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O termo "Literacia em saúde" foi utilizado por um certo período no contexto da educação e na saúde a mais de 40 anos, precisamente em 1974, com a criação dos modelos mínimos de literacia no contexto escolar (Almeida *et al.*, 2019) Verifica-se que o conceito de literacia, vem sendo pertinente, assim ganhando espaço no contexto da educação e no âmbito da saúde, tanto na área da pesquisa, como na prática clínica, principalmente com ênfase no campo da saúde pública (Almeida *et al.*, 2019).

Vale ressaltar, que estudos mostram que os países latino americanos de economia baixa ou média, no caso o Brasil, por exemplo, tem um percentual muito baixo de estudos publicados sobre a literacia em saúde o que implica na investigação de como aplicar habilidade como essas de forma efetiva frente ao paciente (Fracolli *et al.*, 2011).

Portanto, a literacia representa bem mais do que ter capacidade de ler rótulos, panfletos ou anotações de saúde, mas sim, a compreensão de informações à saúde podendo afetar a tomada de decisões, ou seja, proporcionar o autocuidado, promovendo a acessibilidade às pessoas ao conhecimento sobre saúde, para que possam utilizar em benefício próprio, servindo com uma ferramenta de poder do paciente (Paixão; Gomes, 2017).

É evidente, que uma baixa literacia em saúde pode apresentar consequência na saúde da população, por vezes, mostrarem ausência de conhecimentos ou dúvidas, e fazerem escolhas referente à saúde, sobretudo, quando os conhecimentos de saúde, nem sempre são seguros, encontram-se simplesmente disponíveis e anunciados (Tenani,2021).

Criar políticas públicas que incluam estratégias para fazer com que a comunidade seja capacitada a acessar, entender, analisar e utilizar informações relativas à saúde que possam tomar escolhas diária e em questões ligada com a prevenção de doenças, atenção e promoção da saúde na evolução da sua qualidade de vida, consiste definitivamente para o país (Santini, 2021).

Verifica-se que os autores teoricamente pleiteiam a importância da literacia no âmbito da saúde e evidenciam como é fundamental o papel do enfermeiro nas interações individuais com os pacientes ou na promoção da literacia em comunidades, proporcionando abordagens eficazes e sólidas (Arriaga, 2019). Ainda nesse prisma, destaca-se que uma baixa literacia em saúde pode apresentar consequências na saúde da população em geral, por vezes, pela ausência de conhecimentos ou dúvidas, podem fazerem escolhas referente à saúde de maneira errônea, provocando danos e agravos ao seu quadro clínico, sobretudo, nem sempre as informações disponíveis ou anunciadas, são seguras e confiáveis (Tenani, 2021).

Observa-se então, a importância de criar políticas públicas que incluam estratégias para fazer com que a comunidade seja capacitada a acessar, entender, analisar e utilizar informações relativas à saúde que possam tomar escolhas diária e em questões ligada com a prevenção de doenças, atenção e promoção da saúde na evolução da sua qualidade de vida, consiste definitivamente para o país, promovendo saúde de modo integral e humano, visando sempre o princípio da equidade (Santini, 2021).

A literacia em saúde fortalece o elo interpessoal entre o profissional enfermeiro e paciente promovendo um atendimento individualizado, com habilidades em saber ouvir e entender suas adversidades, deficiências e necessidades, abordando todos os procedimentos a serem realizados, explicando de forma mais clara possível conforme o grau de escolaridade de cada indivíduo (Smith *et al.*, 2021).

O enfermeiro é uma ferramenta necessária para auxiliar na comunicação efetiva, ou seja, precisa e oportuna, para com o paciente, proporcionando assim, uma compreensão eficaz sobre o estado de saúde, tratamentos e autocuidado, sendo atingível portanto, a habilidade de literacia em saúde, além disso, com uma visão panorâmica no paciente, oferecendo um atendimento humanizado centrado no sujeito de modo integral, exclusivo e personalizado de acordo com sua premência (Oscalices *et al.*, 2019)

Percebe-se que o enfermeiro é uma ferramenta primordial para executar a literacia em saúde, fortalece assim, o elo interpessoal entre o profissional e paciente, promovendo um atendimento individualizado, com habilidades em saber ouvir e entender suas adversidades, deficiências e necessidades (Smith *et al.*, 2021).

Além disso, o enfermeiro auxiliar na comunicação efetiva, ou seja, precisa e oportuna, para com o paciente, proporcionando assim, uma compreensão eficaz sobre o estado de saúde, tratamentos e autocuidado, sendo atingível portanto, a habilidade de literacia em saúde, além disso, com uma visão panorâmica no paciente, oferecendo um atendimento humanizado centrado no sujeito de modo integral, exclusivo e personalizado de acordo com sua premência, levando em consideração, que são uns dos profissionais que mais tem contato direto com os pacientes/clients (Oscalices *et al.*, 2019). Por fim, os enfermeiros devem aprimorar suas experiências, para que levem mudança na sua assistência profissional, assim desenvolvendo motivação e estímulo para a prática de literacia em saúde e melhor relacionamento entre o enfermeiro e paciente (Pascoal *et al.*, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literacia em saúde é uma construção contínua entre o profissional e paciente, que deve considerar os aspectos sociais e os sentimentos da pessoa que busca o atendimento de saúde, sendo necessário o seu desenvolvimento através de ações educativas dialógicas e inclusivas para a melhoria na qualidade de vida e a compreensão da importância de escolhas de hábitos favoráveis à manutenção da saúde. Cabe aqui ressaltar, que nesta presente pesquisa abordou-se o seguinte tema: a literacia na educação em saúde com ênfase no papel do enfermeiro: uma abordagem centrada no paciente. Nota-se a grande relevância dessa temática no cenário da educação e saúde, proporcionando à vista disso, uma comunicação efetiva, contribuindo de forma eficaz no tratamento do sujeito de modo integral e reforçando ainda mais o elo entre o profissional enfermeiro e paciente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, et al. Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde.2019. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=ALMEIDA+et+al.%2C+2019+literacia. Acesso em: 06 out. 2023.
- ALMEIDA, V. C.; PIBER, S. R. Literacia em saúde: aspectos filosóficos, sociais e jurídicos. **Journal Health NPEPS**, v. 7, n. 1, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610106235>. Acesso em: 06 out. 2023.
- ARRIAGA, M. T. Prefácio. **Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão**. In: C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.). Literacia em saúde na prática. Lisboa: Edições ISPA, 2019. p. 11-15. Ebook.https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=ALMEIDA+et+al.%2C+2019+literacia. Acesso em: 06 out. 2023.
- CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M. D.; RASSI, M. C.; CUSTÓDIO, R. A.; CUNHA, T. M.; RIBEIRO, C. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>.
- FRACOLLI, L. A., Gomes, M. F. S., Nabão, F. R. B. A literacia na saúde e a prevenção das DST/AIDS: a produção do conhecimento científico e sua interface com a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011, p. 63-72.
- OSCALICES, M. I. L. et al. Literacia em saúde e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. esc. enferm.** USP, v. 53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039803447>.
- PAIXÃO, C. L., Gomes, I. B. Relações entre literacia em saúde e comportamento informado em saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 2017, p. 125-140.
- PASCHOAL, Amarilis S.; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. 3, 2007, p. 478- 484.
- SANTINI, et al. Literacia em saúde: possibilidades de desenvolvimento a partir de ações de letramento informacional.

SMITH, G. D. Literacia em saúde: a perspectiva da enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>.

TENANI, C. F. **Impacto da Literacia em saúde nos comportamentos de Saúde e doenças crônicas em usuários do sistema do Sistema Único de saúde em município Brasileiro**. Piracicaba, São Paulo, 2021. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=Impactos+e++dimens%C3%B5es+da+literacia+na+sa%C3%BAde+do+paciente+&btnG=. Acesso em: 05 out. 2023.

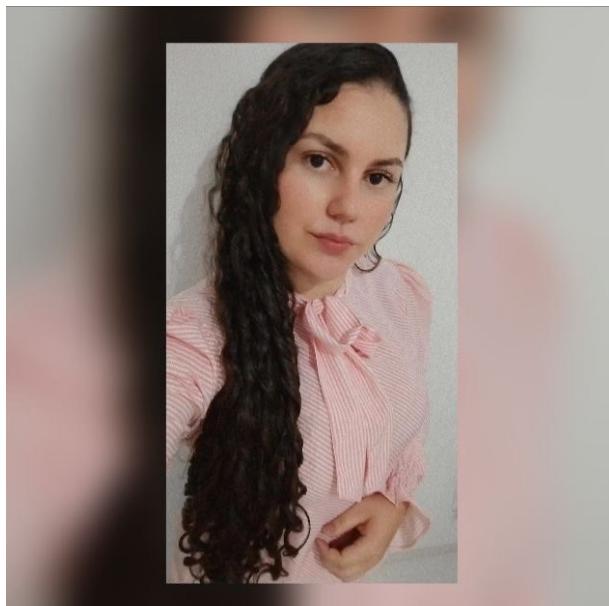
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion glossary*. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>. Acesso em: 1 set. 2025.

SOBRE OS ORGANIZADORES



Gleidilene Freitas da Silva

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Roraima (UFRR, 2020). Mestra em Ciências da Saúde pela UFRR (2022) e especialista em Enfermagem em Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Centro Cirúrgico e Estratégia Saúde da Família. Possui expertise em metodologia qualitativa em Saúde e em programas e projetos de ensino, pesquisa e extensão com enfoque em na construção de produtos técnicos. Atua como professora substituta da UFRR, tutora do PET-Saúde/UFRR e coordenadora da Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde Mental. Integra o Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Corpo e Saúde (GEPECS), certificado pelo CNPq e vinculado à UFRR (@gepecsufrr). Tem experiência na área de enfermagem com ênfase em saúde mental, saúde coletiva, saúde do trabalhador, centro cirúrgico, atenção primária à saúde, cuidados de enfermagem e Sistema Único de Saúde (SUS). Contato: gleidilene.silva.enf@gmail.com



Renilma da Silva Coelho

Possui graduação em Enfermagem e é mestrandona em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima (UFRR). É especialista em Saúde Mental, Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia Saúde da Família e Docência em Enfermagem. Atua como Professora Substituta na área de Enfermagem Geral da UFRR. Possui experiência em práticas assistenciais, atuando como preceptora do internato nas áreas de saúde mental, atenção primária à saúde, urgência e emergência, clínica médica, centro cirúrgico e central de material e esterilização (CME). Contato: renilma.coelho@ufrr.br



Glenda Rama Oliveira da Luz

Enfermeira, mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima (UFRR, 2024). Especialista em Saúde da Família, Saúde do Trabalho e especializanda em Gestão de Residência e Preceptoria-DGPSUS (Sírio Libanês). Atua como coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente- NSP no Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco. Atua como Professora Substituta da UFRR, nas áreas de Saúde do trabalhador, saúde do adulto: aspectos cirúrgicos, doenças transmissíveis e tropicais, Internato- CASAI-L-RR, clínica médica, saúde mental, centro cirúrgico e CME. Atuou como enfermeira da linha de frente no combate ao coronavírus. Atuou como coordenadora do mesmo hospital no Bloco 5 e Equipe de Curativos. Atuou no quadro docente da Universidade Paulista- UNIP. Atuou como supervisora de estágio em saúde mental, CME e centro cirúrgico, urgência e emergência e fundamentos de enfermagem do curso Técnico de Enfermagem do Centro de Ensino Técnico Pinheiro. Contato: glendaluz94@gmail.com



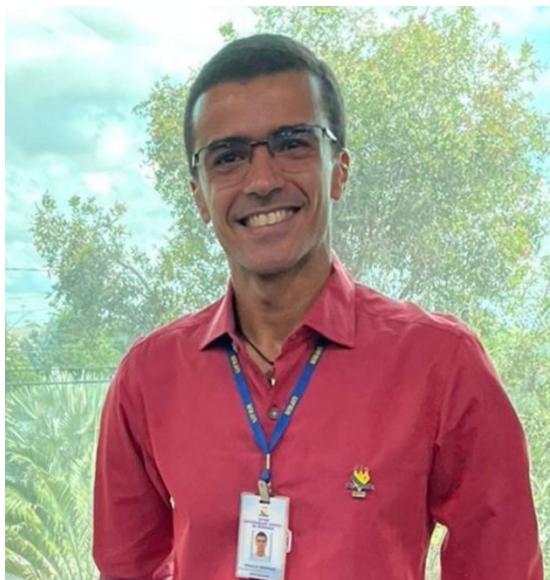
Giovanna Rosario Soanno Marchiori

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES (1998). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Estácio de Sá de Vitória (2005) e Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2023). Mestra em Saúde Materno-Infantil pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF (2015). Doutorado e estágio pós doutoral pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da UFF (2021 e 2023). Atualmente é Pesquisadora e Professora Adjunta no curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Membro integrante do Grupo de Pesquisa - Maternidade: Saúde da Mulher e da Criança (GPMSMC), da EEEAAC da UFF.



Carla Araújo Bastos Teixeira

Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela Universidade Vale do Acaraú -UVA. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre e Doutora em Ciências pelo programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Realizou doutorado sanduíche na Universidade de Alberta-Canadá. Membro dos grupos de pesquisa: "Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Corpo e Saúde" e "Fatores determinantes na promoção da saúde". Atualmente, desenvolve pesquisas nas áreas temáticas: Estresse, estratégias de enfrentamento, padrão de sono, promoção em saúde mental, interseccionalidade e diversidade em saúde mental. É consultora ad hoc de periódicos nacionais e internacionais na área de enfermagem e saúde mental. Docente e pesquisadora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Roraima- UFRR. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Biodiversidade - PPGSBIO. Coordenadora do GAT 03 "Equi-diversidade" do PET Saúde Indígena. Acadêmica de Artes Visuais - UFRR.



Paulo Sérgio da Silva

Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2016). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2012). Especialista em Processos de Mudança nos Serviços de Saúde e no Ensino Superior (2009) e Graduado em Enfermagem (2008), ambas cursadas no Centro Universitário Serra dos Órgãos. Atualmente, é Professor Efetivo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Lavras e Coordenador pro tempore do Curso de Graduação em Enfermagem. Membro filiado da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Minas Gerais Os termos: Cuidado, Corpo, Ambientes/Espaços/Cenários de Ensinar-Aprender e Cuidar presentes na sua produção científica estabelecem diálogos à luz da subjetividade com os domínios do conhecimento saúde e educação, dos quais convergem para as seguintes áreas de atuação: Enfermagem e Saúde Coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Ação coletiva, 131
Acesso universal, 14, 27, 30, 33, 63, 64, 74, 78, 85, 118
Ações educativas, 135, 139, 153
Amazônia Legal, 38, 50, 51, 57, 59
Atenção básica, 6, 13, 74, 137, 139, 143, 145, 154
Atenção primária, 6, 14, 17, 30, 35, 42, 58, 71, 73, 74, 76, 78, 81, 128, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 143, 145, 147, 156, 157
Atenção Primária, 41, 42, 45, 46, 47, 55, 59, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 87, 98, 129, 130, 137, 147, 157

C

- Capital humano, 113
Cidadania, 12, 25, 32, 33, 47, 67, 111, 118, 135
Controle social, 14, 34, 42, 43, 109, 111, 119

D

- Demanda assistencial, 31
Descentralização, 32, 33, 34, 41, 42, 51, 53, 56, 72, 74, 76, 77, 79, 131, 137
Direito social, 29, 32

Diversidade cultural, 14, 36, 39, 47, 50, 89, 96, 97, 98, 101, 149

Doenças negligenciadas, 15

E

- Educação em saúde, 13, 23, 79, 149, 150, 153
Enfermagem, 71, 78, 88, 117, 138, 139, 140, 141, 142, 147, 150, 154, 156, 158, 160
Equidade, 6, 11, 12, 15, 23, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 36, 40, 41, 43, 46, 47, 50, 51, 53, 56, 57, 61, 62, 64, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 85, 89, 90, 93, 95, 98, 107, 109, 114, 119, 131, 152
Estratégia saúde da família, 6, 74, 143
Estratégias inovadoras, 57, 61, 80, 120

G

- Gestão, 10, 14, 15, 16, 32, 34, 36, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 58, 60, 63, 64, 68, 70, 73, 80, 81, 86, 87, 110, 113, 114, 115, 116, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 139, 140, 141, 142, 144, 147

I

Interdisciplinar, 13, 66, 137, 139

Intersetorial, 13, 14, 64, 67, 69, 89, 101

Intersetorialidade, 12, 15, 23, 75, 108

L

Literacia em saúde, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154

M

Medicina tradicional, 38

Monitoramento remoto, 38

Multidisciplinar, 11, 15, 105, 140

Multiprofissional, 13, 66, 67, 79, 104, 116, 137, 138, 142

O

Oficinas educativas, 88

P

Pandemia, 14, 79, 82, 99, 100, 102, 122, 128

Participação social, 13, 14, 23, 28, 32, 33, 34, 36, 41, 43, 45, 46, 47, 53, 54, 55, 56, 57, 64, 75, 80, 89, 101, 107, 110

Perfil epidemiológico, 42

Planejamento em saúde, 50, 52, 53

Planejamento familiar, 135, 139, 143, 145, 146, 147

Plano Nacional de Saúde, 42, 50, 55, 58

Política de convênios, 104

Política Nacional de Promoção da Saúde, 23, 25, 118, 119, 128

Política pública, 37, 45, 47, 49, 104

Política pública universal, 45

políticas de saúde, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 51, 68, 111, 119, 125

Políticas públicas, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24, 28, 32, 34, 38, 39, 41, 42, 43, 47, 53, 55, 57, 58, 59, 61, 69, 79, 89, 90, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 105, 107, 110, 111, 119, 151, 152

Povos e Comunidades

Tradicionais, 95

Práticas integrativas e complementares, 6, 83, 84, 85, 89, 90

Processos históricos, 12, 95

Profissionais de saúde, 13, 78, 87, 89, 90, 98, 100, 109, 121, 123, 124, 126, 148, 149, 154

Promoção da saúde, 6, 10, 12, 14, 19, 23, 24, 47, 78, 84, 86, 87, 92, 96, 99, 109, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 125, 126, 130, 148, 151, 152, 160

Q

Qualidade de vida, 19, 25, 39, 70, 88, 90, 101, 113, 115, 116, 118, 124, 132, 148, 151, 152, 153

R

Redes de Atenção em Saúde, 63

Reforma Sanitária, 12, 16, 27, 28, 30, 31, 35, 40, 60, 61, 69, 76, 93, 107, 118

Região amazônica, 14, 15, 24, 35, 40, 52, 62, 69, 70, 74, 79, 80, 99, 100

Regionalização, 35, 41, 42, 43, 50, 51, 53, 55, 56, 68, 72, 76, 103

S

Saúde Coletiva, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 49, 58, 59, 70, 81, 82, 91, 102, 106, 111, 112, 128, 144, 154, 157, 161

Saúde do Trabalhador, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 156

Saúde na Floresta, 24

Saúde pública, 10, 15, 16, 21, 28, 30, 31, 35, 52, 53, 58, 62, 74, 79, 89, 128, 148, 151

Saúde-doença, 6, 9, 11, 13, 18, 19, 20, 21, 28, 33, 86, 87, 92, 140

Sistema Único de Saúde, 6, 9, 12, 16, 17, 23, 28, 32, 33, 35, 36, 37, 40, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 57, 58, 60, 62, 63, 70, 71, 72, 74, 76, 79, 81, 83, 85, 86,

87, 90, 91, 93, 94, 95, 103, 107, 111, 112, 127, 131, 134, 137, 144, 156

Sistemas de saúde, 9, 11, 12, 14, 15, 30, 63, 72, 75, 78, 80, 86, 100, 131, 133

T

Tecnologia em saúde, 44

Tecnologias, 6, 14, 35, 39, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 56, 57, 63, 67, 68, 69, 79, 111, 120

Telemedicina, 24, 28, 35, 69, 100

Telessaúde, 38, 46, 48, 69

Território amazônico, 6, 88

Territórios indígenas, 38, 69

Transformação social, 25, 86

U

Universalidade, 6, 11, 12, 28, 32, 33, 40, 41, 42, 47, 50, 53, 58, 64, 72, 75, 76, 77, 83, 85, 107

ISBN 978-65-5388-338-3



9 786553 883383 >