

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues  
Márcio Cristiano de Melo  
Naila Albertina de Oliveira  
Organizadores

# SUS em Perspectiva

Da Atenção Primária à  
Complexidade do Cuidado



# **SUS EM PERSPECTIVA**

Da Atenção Primária à Complexidade do Cuidado





## AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Bibliotecária responsável: Maria Alice Benevides CRB-1/5889

E26 SUS em perspectiva: da atenção primária à complexidade do cuidado [recurso eletrônico] / [Orgs.] Camila Cristina de Oliveira Rodrigues. Márcio Cristiano de Melo. Naila Albertina de Oliveira. – 1.ed. – Curitiba-PR, Editora Bagai, 2025, 295 p.

Recurso digital.

Formato: e-book

Acesso em [www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)

ISBN: 978-65-5368-668-7

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Público de Saúde.  
3. Redes de Atenção à Saúde.

I. Rodrigues, Camila Cristina de Oliveira.

II. Melo, Márcio Cristiano de.


III. Oliveira, Naila Albertina de.

10-2025/79

CDD 613  
CDU 37.01

Índice para catálogo sistemático:

1. Saúde: Atenção Primária; Sistema Público;  
Redes de Atenção.

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-668-7.11.10.25>

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da Editora BAGAI por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfílmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 [www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 [contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)

**Camila Cristina de Oliveira Rodrigues**  
**Márcio Cristiano de Melo**  
**Naila Albertina de Oliveira**  
Organizadores

## **SUS EM PERSPECTIVA**

Da Atenção Primária à Complexidade do Cuidado



1.a Edição – Copyright© 2025 dos autores.

Direitos de Edição Reservados à Editora Bagai.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

---

<i>Editor-Chefe</i>	Prof. Dr. Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Capa</i>	Márcio Cristiano de Melo
<i>Diagramação</i>	Luciano Popadiuk
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOESC Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo – CESUPA Dra. Andréia de Bem Machado – UFSC Dra. Andressa Grazielle Brandt – IFC – UFSC Dr. Antonio Xavier Tomo – UPM – MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPB Dr. Carlos Alberto Ferreira – UTAD – PORTUGAL Dr. Carlos Luís Pereira – UFES Dr. Claudino Borges – UNIPIAGET – CABO VERDE Dr. Cledione Jacinto de Freitas – UFMS Dra. Clélia Peretti – PUC-PR Dra. Dalia Peña Islas – Universidad Pedagógica Nacional – MÉXICO Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ Dr. Deivid Alex dos Santos – UEL Dra. Denise Rocha – UFU Dra. Elisa Maria Pinheiro de Souza – UEPA Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESCV Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima – UFPI Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dra. Flavia Gaze Bonfim – UFF Dr. Francisco Javier Cortazar Rodríguez – Universidad Guadalajara – MÉXICO Dr. Francisco Odécio Sales – IFCE Dra. Geuciane Felipe Guerin Fernandes – UENP Dr. Hélder Rodrigues Maiunga – ISCED-HUILA – ANGOLA Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dra. Helisamara Mota Guedes – UFVJM Dr. Humberto Costa – UFPR Dra. Isabel Maria Esteves da Silva Ferreira – IPPortalegre – PORTUGAL Dr. João Hilton Sayeg de Siqueira – PUC-SP Dr. João Paulo Roberti Junior – UFRR Dr. Joao Roberto de Souza Silva – UPM Dr. Jorge Carvalho Brandão – UFC Dr. Jose Manuel Salum Tome, PhD – UCT – Chile Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya – CUIJ-MÉXICO Dr. Juliano Milton Kruger – IFAM Dra. Karina de Araújo Dias – SME/PMF Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Lucas Lenin Resende de Assis – UFLA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dra. Luísa Maria Serrano de Carvalho – Instituto Politécnico de Portalegre/CIEP-UE – POR Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra – UFPB Dr. Marciel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dra. María Caridad Bestard González – UCF-CUBA Dra. Maria Lucia Costa de Moura – UNIP Dra. Marta Alexandra Gonçalves Nogueira – IPLEIRIA – PORTUGAL Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPeI Dr. Nicola Andrian – Associação EnARS, ITÁLIA Dra. Patricia de Oliveira – IF BAIANO Dr. Paulo Roberto Barbosa – FATEC-SP Dr. Porfirio Pinto – CIDH – PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann – Technische Universität Braunschweig – ALEMANHA Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ricardo Caica Ferreira – UNITEL – ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz – SME/SEED Dr. Samuel Pereira Campos – UEPA Dr. Stelio João Rodrigues – UNIVERSIDAD DE LA HABANA – CUBA Dra. Sueli da Silva Aquino – FIPAR Dr. Tiago Tendai Chingore – UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE Dr. Thiago Perez Bernardes de Moraes – UNIANDRADE/UK-ARGENTINA Dr. Tomás Ratil Gómez Hernández – UCLV e CUM – CUBA Dra. Vanessa Freitag de Araújo – UEM Dr. Walmir Fernandes Pereira – FLSHEP – FRANÇA Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoissel López Bestard-SEUDUCRS

## APRESENTAÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa mais do que uma política pública, é um dos pilares da democracia brasileira e um elemento central na construção de um projeto civilizatório voltado à justiça social e ao desenvolvimento científico.

Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS consolida-se como um sistema de atenção à saúde que, além de prestar cuidado à população, serve de base para a formação profissional, produção acadêmica e inovação em saúde. A íntima articulação entre SUS e ciência permite não apenas a produção de conhecimento, mas a ampliação da capacidade crítica e propositiva diante das necessidades em saúde da população.

Apesar dos inúmeros desafios, como o subfinanciamento e as tentativas de desmonte, o SUS permanece como um campo de disputa política, de resistência e de inovação. Além disso, é no interior do SUS que se desenvolvem ações e respostas a emergências em saúde pública, como foi evidenciado na pandemia de COVID-19.

Para o campo da Saúde Coletiva, o SUS não é apenas objeto de estudo e análise, seus princípios — como universalidade, equidade e integralidade — abrem possibilidades para transformações sociais mais amplas, intervindo direta e indiretamente nos determinantes sociais da saúde.

Mesmo diante das adversidades, unidades básicas, hospitais universitários, centros especializados e bancos de dados epidemiológicos acolhem projetos de pesquisa e formam profissionais comprometidos com o cuidado e a cidadania, contribuindo com a produção científica nacional.

A presença do sistema em todos os municípios brasileiros possibilita um acesso a populações diversas levando a um alcance inédito e diversificado de dados e informações em saúde, possibilitando a produção de pesquisas populacionais em larga escala, estudos clínicos, investigações em epidemiologia e análises interdisciplinares que aproximando a ciência da realidade brasileira.

É nesse contexto que se insere o livro *“SUS em Perspectiva: da Atenção Primária à complexidade do cuidado”*, que reúne reflexões, experiências e estudos sobre a organização, os desafios e as potencialidades do SUS. A

obra contempla desde a Atenção Primária até os níveis mais complexos do cuidado, propondo uma análise ampliada sobre sua estrutura, políticas, modelos de atenção, práticas assistenciais e uso de dados para gestão.

Organizado em capítulos temáticos, o livro explora aspectos históricos, políticos e científicos que marcam a trajetória do SUS. Com foco nas contribuições do sistema para a ciência brasileira e para a saúde da população, a coletânea oferece uma visão atualizada sobre um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, reconhecido internacionalmente por sua abrangência e compromisso com os direitos sociais. A obra é, portanto, recomendada a profissionais da saúde, gestores, pesquisadores, estudantes e a todos que desejam compreender os desafios e as possibilidades do SUS no século XXI.

Mais do que uma produção acadêmica, este livro é uma defesa da permanência e da sustentabilidade do SUS. Acredita-se que é por ele que a ciência brasileira avança, mesmo entre tropeços, e encontra caminhos para reinventar-se, sempre em direção à equidade, à sustentabilidade e à transformação social. Ao divulgar o conhecimento produzido a partir de suas práticas, contribui-se com o fortalecimento de sua legitimidade e com o avanço do desenvolvimento científico e tecnológico do país.

Dra. Camila Rodrigues de Oliveira

Dra. Naila A. de Oliveira

Dr. Márcio Cristiano de Melo

**Organizadores**

## PREFÁCIO

Esta obra abrangente oferece uma visão multifacetada do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, explorando sua história, desafios atuais e perspectivas futuras. Através de uma coleção de capítulos cuidadosamente organizados, o livro aborda temas cruciais para a compreensão e aprimoramento deste sistema de saúde público e universal.

O livro inicia com uma análise histórica, celebrando os quarenta anos da VIII Conferência Nacional da Saúde e refletindo sobre os avanços e desafios enfrentados pelo SUS. Em seguida, examina os determinantes sociais da saúde, destacando como as condições socioeconômicas e psicossociais impactam a saúde da população.

Um dos principais méritos da obra é o destaque conferido à Atenção Primária à Saúde (APS), não apenas como porta de entrada do sistema, mas como eixo estruturador das Redes de Atenção à Saúde. Estratégias como o Método Clínico Centrado na Pessoa e a abordagem interprofissional são discutidas como formas de ressignificar o cuidado, aproximando-o das necessidades concretas da população.

Ao abordar os desafios enfrentados na linha de frente da APS — como o suporte básico de vida e a resolutividade limitada —, a coletânea evidencia as fragilidades e potências dessa esfera do SUS, frequentemente negligenciada nas políticas de financiamento e gestão.

As interfaces entre a atenção secundária, terciária e a APS são analisadas, abordando questões de acesso, regulação e organização de fluxos assistenciais. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as práticas em saúde mental são discutidos como experiências que tensionam o modelo biomédico e apontam para caminhos mais humanizados e territorializados.

Além disso, os capítulos seguintes exploram linhas de cuidado específicas e apresentam estudos epidemiológicos relevantes, abrangendo temas como cefaleia, uso de plantas medicinais, doenças crônicas não transmissíveis, tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes, pneumoconioses, triagem oftalmológica e paralisia cerebral.

A obra também aborda questões cruciais de políticas, gestão e vigilância em saúde coletiva, convida a refletir sobre o futuro do sistema,



discutindo novas perspectivas, incluindo pontos críticos como sustentabilidade, equidade e acessibilidade. A gestão do SUS é analisada como um desafio contínuo frente às mudanças demográficas, ambientais e epidemiológicas e a vigilância em saúde é explorada em suas diversas dimensões.

Em consonância com esse olhar ampliado, o livro também analisa o papel da educação, da pesquisa e da extensão na consolidação do SUS como política pública e campo científico. A formação de profissionais comprometidos com os princípios do sistema, os programas de residência, e as práticas de educação permanente são reconhecidos como pilares para o fortalecimento do sistema. Iniciativas como o Telessaúde, o prontuário eletrônico e o uso de inteligência artificial são discutidas como fronteiras tecnológicas que devem ser criticamente apropriadas para garantir não apenas eficiência, mas também acesso e justiça social.

*Mais do que uma coletânea de estudos, essa obra representa uma construção coletiva que propõe compreender o SUS como expressão de uma política pública em constante reinvenção, que embora possua contradições estruturais, também potencializa inovações e práticas emancipatórias no campo da saúde.*

Ao tratar do SUS por meio de diferentes perspectivas, os autores não adotam uma visão tecnocrática ou idealizada. Ao contrário, reconhecem que a defesa e a construção do SUS passam por reorganização de prioridades e mobilização social.

Assim, esta obra representa uma contribuição significativa para o entendimento do SUS em sua complexidade atual, oferecendo insights valiosos para profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e estudantes interessados no sistema de saúde brasileiro e seus desafios contemporâneos.

Dra. Fátima Aparecida Henrique Lotufo  
Coordenadora do Curso de Medicina da  
Faculdade São Leopoldo Mandic — Araras

Msa. Nathália de Moraes Lebeis Nery  
Coordenadora Pedagógica do Curso de Medicina da  
Faculdade São Leopoldo Mandic — Araras

# SUMÁRIO

<b>QUARENTA ANOS DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS E A LUTA POR UM SUS UNIVERSAL E DEMOCRÁTICO.....</b>	<b>13</b>
--	-----------

Davi Luís Bartz Benatti

<b>DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: IMPACTOS DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E PSICOSSOCIAIS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....</b>	<b>23</b>
---	-----------

Brenda Naiverth Volpato | Maria Luisa Junker Oliveira de Azerdo |

Maryana Paiva Santana | Yngrid Ayumi de Oliveira Imamura |

Rogério Luiz Aires Lima | Maria Carla Vieira Pinho

<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA APS, MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA, ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL, TERRITORIALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO COM REDES DE ATENÇÃO.....</b>	<b>35</b>
---	-----------

Kléssio Gabriell Rocha Silva Reis | Daniela Lúcia Guergolet | Laísa Sabrine de Melo |

Rhuan Pablo de Souza Vasconcelos | Rogério Luiz Aires Lima |

Maria Carla Vieira Pinho

<b>OS DESAFIOS DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>51</b>
---	-----------

Bárbara Bueno Pereira | Felipe Panaino | Márcio Cristiano de Melo |

Naíla Albertina de Oliveira

<b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA: INTERFACES COM A APS, ACESSO A SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS.....</b>	<b>59</b>
---	-----------

Isabela Batini | Maria Antonia Mendes Bruneri | Rafaela Alves Dinardi |

Luisa Frederico Makita | Rogério Luiz Aires Lima | Maria Carla Vieira Pinho

<b>A TRAVESSIA DO CAPS DE SERVIÇO SINGULAR PARA MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: UMA CARTOGRAFIA DO CAMPO DE BATALHA DE UMA REVOLUÇÃO PARADIGMÁTICA.....</b>	<b>73</b>
--	-----------

Bernardino Pereira Lopes Neto | Camila Cristina de Oliveira Rodrigues

<b>DA COERÇÃO AO CUIDADO: O DESAFIO DE UMA PRÁTICA HUMANIZADA.....</b>	<b>83</b>
--	-----------

Camila Esteves Cambaúva | Gilmar Galdino da Silva | Thays Arantes Cardoso |

Manoel Antonio Junior | Camila Cristina de Oliveira Rodrigues

**LINHA DE CUIDADO DA CEFALÉIA NO SUS: TRIAGEM INTELIGENTE, IMAGEM RESPONSÁVEL E MANEJO ESCALONADO DA APS À ALTA COMPLEXIDADE.....93**

Rogério Luiz Aires Lima | Luiz Fernando Kunii | Maria Carla Vieira Pinho | Ana Júlia Sabec Baraviera | Matheus Daher Nabut | Deborah Moreira Felix

**O IMPACTO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA SAÚDE DA MULHER E SEUS EFEITOS TÓXICOS: REVISÃO INTEGRATIVA.....101**

Guilherme Barreto Di Domênico | Márcio Cristiano de Melo | Lia Maristela da Silva Jacob | Naila Albertina de Oliveira

**AVALIAÇÃO DE INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....109**

Aline Marques Perez da Rocha | Elizabeth Regina de Melo Cabral | Márcio Cristiano de Melo

**TENDÊNCIAS E DESIGUALDADES NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE TIREOIDITE DE HASHIMOTO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA GLOBAL (2000–2024).....117**

Ana Raquel da Silva Rios Matos | Bárbara Fernandes Baraldi | Carina Calió Sanches | Marlon Cosme Gonçalves Ferreira | Naila Albertina de Oliveira | Márcio Cristiano de Melo

**PNEUMOCONIOSES NO BRASIL ENTRE 2006 E 2024: PADRÕES REGIONAIS, OCUPACIONAIS E DESECHOS CLÍNICOS.....129**

Gabriela Xavier Mancini | Filipe Barbosa | Isabela Cristina da Silva Brigo | Isabella Pais da Costa Silva | Isadora Almeida Moreira | Márcio Cristiano de Melo

**DINÂMICA TEMPORAL DE TRIAGEM OFTALMOLÓGICA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL: REGISTROS AMBULATORIAIS NO SUS.....143**

Bárbara Fernandes Baraldi | Marlon Cosme Gonçalves Ferreira | Carina Calió Sanches | Ana Raquel da Silva Rios Matos | Elizabeth Regina de Melo Cabral | Márcio Cristiano de Melo

**PARALISIA CEREBRAL E HOSPITALIZAÇÕES NO SUS: VARIAÇÃO TEMPORAL DA MORBIDADE E TAXAS DE INTERNAÇÃO.....155**

Carina Calió Sanches | Ana Raquel da Silva Rios Matos | Bárbara Fernandes Baraldi | Marlon Cosme Gonçalves Ferreira | Naila Albertina de Oliveira | Márcio Cristiano de Melo

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS: REFLEXÕES SOBRE A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA, EQUIDADE, ACESSIBILIDADE, DESAFIOS FRENTE ÀS MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICAS.....167**

Geovana Mendes Sena | Leticia de Melo Santos Andrade | Maria Luisa Junker |  
Oliveira de Azeredo | Maryana Paiva Santana | Rogério Luiz Aires Lima |  
Maria Carla Vieira Pinho

**GESTÃO DO SUS: UM DESAFIO CONTÍNUO.....179**

Ágata Guerra Fraga Souza | Amanda Guerra Fraga Souza

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA, AMBIENTAL, SAÚDE DO TRABALHADOR E USO DE DADOS SECUNDÁRIOS PARA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA..... 191**

Ana Luiza Andreaci | Luisa Frederico Makita | Giovana Shimabuku Silvestre |  
Fernanda Taborda Rocha | Rogério Luiz Aires Lima | Maria Carla Vieira Pinho

**BIOSSEGURANÇA E VIGILÂNCIA AMBIENTAL NO SUS: UMA ABORDAGEM UNIVERSITÁRIA SOBRE CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA EM AMBIENTES EDUCACIONAIS.....205**

Marlon Cosme Gonçalves Ferreira | Cezanne de Almeida e Barbosa |  
Jaqueline de Paula Araújo | Geisiany Maria de Queiroz | Márcio Cristiano de Melo

**A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO MÉDICA: CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO INTERIOR PAULISTA.....219**

Márcio Cristiano Melo | Camila Cristina de Oliveira Rodrigues |  
Naila Albertina de Oliveira | Ivana Daniela Cesar | Ana Cristina Wiziack Zago Perroni |  
Nathalia de Moraes Lebeis Nery

**FORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA ALÉM DAS UNIVERSIDADES: REFLEXÕES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E DO CURSO EMULTI EM FORMAÇÃO.....229**

Andre Eduardo Mei | Ariana David Wenceslau | Alice Mota Iassia |  
Gabriela Eusébio de Andrade | Hernane Guimarães dos Santos Junior

**DILATANDO PASSADO E PRESENTE PARA CAMINHAR NO FUTURO: O QUE PRECISAMOS CONTAR A PARTIR DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CAMPINAS?.....241**

André Eduardo Mei | José Henrique da Silva Cunha | Fernanda Leandro Ribeiro |  
Maria de Lourdes Feriotti

<b>O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CONTEXTO DO SUS: REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>257</b>
Daiane Moreira Cerasomma   Marcio Cristiano de Melo   Camila Cristina de Oliveira Rodrigues   Naila Albertina de Oliveira	
<b>TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS: TELESSAÚDE, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO, INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA À SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>269</b>
Leticia de Melo Santos Andrade   Jaqueline Emma Schiabel Menão   Maryana Paiva Santana   Yngrid Ayumi de Oliveira Imamura   Rogério Luiz Aires Lima   Maria Carla Vieira Pinho	
<b>INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS ÉTICAS.....</b>	<b>281</b>
Marcos Paulo Carneiro Vieira Hutchison   Marcio Cristiano de Melo   Giuliano Dimarzio   Gustavo Gabriel de Oliveira Villa Real   Camila Cristina de Oliveira Rodrigues   Naila Albertina de Oliveira	
<b>SOBRE OS ORGANIZADORES.....</b>	<b>291</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>292</b>

# QUARENTA ANOS DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS E A LUTA POR UM SUS UNIVERSAL E DEMOCRÁTICO

Davi Luís Bartz Benatti<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

Este ensaio, de natureza analítico-crítica e fundamentado em revisão bibliográfica e documental, tem como propósito refletir sobre a trajetória histórica e os desafios contemporâneos do Sistema Único de Saúde, quatro décadas após a VIII Conferência Nacional de Saúde. O texto está estruturado em três partes: a introdução, que contextualiza politicamente a conferência de 1986; o desenvolvimento, intitulado “A universalidade, integralidade e equidade em ação nestes quarenta anos de caminhada”, que analisa os avanços alcançados, os impasses estruturais e os novos desafios impostos ao SUS; e, por fim, as considerações finais, que situam criticamente o sistema de saúde brasileiro no tempo presente, reafirmando seu papel como expressão de cidadania e de um projeto democrático de país.

Celebrada como um divisor de águas durante a redemocratização brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde, quase quarenta anos depois, permanece como um marco fundamental na criação do Sistema Único de Saúde e um guia para o direito à saúde no Brasil. Ao estabelecer uma concepção abrangente de saúde, influenciada pelas condições de vida e não restrita à intervenção médica, e ao ratificar os princípios de universalidade, integralidade e equidade, que posteriormente foram incorporados à Constituição de 1988, a conferência estabeleceu uma agenda que continua a direcionar o enfrentamento de desafios contemporâneos, como o persistente subfinanciamento, as acentuadas desigualdades regionais e a imperativa necessidade de participação social efetiva. A relevância da VIII Conferência é tamanha que suas diretrizes continuam a influenciar

---

<sup>1</sup> Psicologia (UFGD). CV: <http://lattes.cnpq.br/5632449181390179>

as políticas de saúde no Brasil, moldando o debate contemporâneo e inspirando novas abordagens para a garantia do acesso universal e equitativo à saúde. Revisitar aquele momento histórico transcende um mero exercício de recordação, sendo essencial para avaliar o progresso alcançado e compreender as complexidades inerentes ao SUS. Tal análise se faz necessária para conceber estratégias aptas a assegurar, nos anos que se seguem, um sistema público robusto, democrático e soberano, em consonância com as necessidades de um país que enfrenta o envelhecimento populacional, lida com crises sanitárias globais e depende da inovação tecnológica que garanta o pleno exercício do direito à saúde.

Os três temas centrais — “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial” – indicavam a intenção de modificar o modelo anterior, que era exclusivo e focado na assistência médica previdenciária (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986). A conferência trouxe uma ideia mais ampla de saúde, considerando-a como resultado de fatores como alimentação, moradia, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, terra e acesso a serviços de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Essa definição mudou o foco da saúde, antes estritamente ligado à medicina, para uma questão social central. A saúde passou a ser vista como resultado direto da organização social da produção, não como algo dado pelo Estado, mas como uma conquista da população em suas lutas diárias, uma ideia política que refletia o clima democrático e a busca por direitos na época.

Nesse contexto, o princípio da universalidade ganhou destaque, gerando um debate importante. Ao analisar os documentos e as discussões da conferência, percebe-se uma divergência fundamental nas interpretações. Uma visão mais limitada via a universalidade como expandir o acesso a hospitais e médicos. Outra, mais ampla, defendida por acadêmicos e sindicatos, ligava a universalidade ao direito à saúde como base da cidadania (ROSÁRIO; BAPTISTA; MATTA, 2020). Foi essa segunda visão, eminentemente política, que prevaleceu no relatório final, estabelecendo que a responsabilidade do Estado ia além da prestação de serviços e deveria abranger a garantia de condições de vida dignas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986; ROSÁRIO; BAPTISTA; MATTA, 2020). Essa perspectiva abrangente da saúde como um direito demandava

uma mudança radical no sistema. As decisões da VIII CNS indicaram a necessidade de juntar os serviços de saúde pública e a assistência médica, que antes funcionavam separadamente. A ideia era criar uma gestão unificada em cada nível de governo e aumentar o controle do Estado sobre o setor, tornando-o o principal responsável por oferecer e regular os serviços de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986). A conferência também definiu que o financiamento viria de várias fontes do orçamento da seguridade social e criou a participação popular como orientação, defendendo o estímulo à “participação da população organizada nas decisões” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986; SOUZA; COSTA, 2010). Assim, A VIII CNS não apenas criou um sistema de saúde, mas também delineou um projeto de sociedade onde a saúde é um indicador da qualidade da democracia.

## **DESENVOLVIMENTO: A UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE EM AÇÃO NESTES QUARENTA ANOS DE CAMINHADA**

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, seguindo as ideias da VIII CNS. As Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, regulamentaram o Sistema Único de Saúde e definiram seus princípios (SILVA et al., 2024). Nos anos que se seguiram, a implementação do SUS, mesmo diante de desafios, promoveu uma mudança significativa no cenário da saúde no Brasil, estabelecendo-o como um dos maiores sistemas públicos de saúde em escala global (SILVA et al., 2024).

Os avanços são visíveis em múltiplas frentes. O SUS criou sistemas complexos e importantes para o país, como o Sistema Nacional de Transplantes, um modelo mundial; a rede de hemocentros; e o Programa Nacional de Imunizações, que alcança todo o país e faz grandes campanhas de vacinação (SOUZA et al., 2019). Adicionalmente, o sistema assegurou o acesso universal e irrestrito ao tratamento para HIV/Aids, representando uma iniciativa pioneira que transformou o panorama da epidemia no país, e fornece medicamentos para o tratamento de condições crônicas, como hipertensão e diabetes (SOUZA et al., 2019). A prioridade conferida à Atenção Primária à Saúde, notadamente por meio da Estra-



tégia Saúde da Família, constitui um dos alicerces dessa transformação. A ESF representou uma mudança paradigmática, ao desviar o foco do modelo hospitalocêntrico e curativo em direção a uma abordagem de cuidado contínuo, centralizada na família e na comunidade, e englobando ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde (SALES et al., 2019; SOUZA; COSTA, 2010). Essa reorganização do modelo assistencial foi fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde em todo o país. Os resultados dessa construção coletiva são mensuráveis e impactantes, como demonstra a evolução de indicadores chave de saúde. A esperança de vida ao nascer, por exemplo, saltou de 68,4 anos em 1990 para 75,2 anos em 2015 (SOUZA et al., 2019). A queda na taxa de mortalidade infantil foi drástica, diminuindo de 47,1 para 11,9 por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2019. Isso ocorreu devido à melhoria do saneamento básico, mais vacinação, acompanhamento pré-natal e outras ações de atenção primária do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Esses números representam milhões de vidas salvas e a concretização, ainda que parcial, das ideias da VIII CNS de 1986.

Apesar dos sucessos inegáveis, a trajetória do SUS também é marcada por uma luta constante contra forças que minam seus alicerces. A plena realização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade tem sido sistematicamente obstruída por um conjunto de desafios estruturais interligados: o subfinanciamento crônico, a persistência das iniquidades em saúde e a fragilização dos mecanismos de controle social. Esses problemas não são falhas acidentais, mas sim o resultado de disputas políticas e de um projeto de sociedade que, em muitos aspectos, se choca com o ideário da reforma sanitária. O dilema do financiamento é, talvez, o mais visível e persistente dos desafios. Desde sua criação, o SUS opera com um financiamento insuficiente para as responsabilidades que lhe foram atribuídas pela Constituição (MARQUES; MENDES, 2012; PAIM, 2018). Essa escassez de recursos não é uma fatalidade econômica, mas uma decisão política que se reflete na baixa participação do gasto público em saúde como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), quando comparado ao gasto privado (PAIM, 2018). Essa situação foi drasticamente agravada pela Emenda Constitucional 95 (EC-95), de 2016, que congelou os gastos federais em saúde por 20 anos, efetivamente constitucionalizando o subfinanciamento e impondo perdas orçamentárias severas ao sistema

(FUNCIA et al., 2022; PAIM, 2018). A pandemia de COVID-19 expôs as consequências trágicas dessa política, com uma gestão federal de recursos caracterizada como “reativa e retardatária”, condicionada por uma lógica de austeridade fiscal e negacionismo que atrasou repasses e comprometeu a capacidade de resposta do sistema (FUNCIA et al., 2022). Muitos dos problemas atribuídos à “má gestão” do SUS são sintomas diretos dessa asfixia financeira crônica (GEMINIANO et al., 2021; OCKÉ-REIS, 2008).

O segundo desafio é a persistência das desigualdades. O SUS foi criado para diminuir as diferenças sociais, mas funciona em um país muito desigual. Fatores como renda, educação, raça, gênero e onde a pessoa reside ainda influenciam muito na saúde e no acesso aos serviços (BARRETO, 2017; BUSS; FILHO, 2007). Estudos demonstram que, paradoxalmente, as populações mais pobres e com maiores necessidades de saúde são as que menos utilizam os serviços do SUS (NERÍ; SOARES, 2002). Essa “lei do cuidado inverso” mostra que o acesso para todos no sistema não garante que todos recebam o mesmo atendimento. Barreiras geográficas, financeiras ou culturais mantêm um ciclo em que a desigualdade social causa problemas de saúde que não são bem tratados, aumentando a exclusão (DA SILVA et al., 2018; SALES et al., 2019). O terceiro pilar fragilizado é o controle social. A participação da comunidade, idealizada em 1986 como um dos pilares democráticos do SUS e regulamentada pela Lei nº 8.142/90, enfrenta imensos obstáculos para sua efetivação (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). Entre eles a forte influência de políticos nos conselhos de saúde, o recrutamento de líderes, falta de preparo dos conselheiros, distância entre representantes e suas bases, e uma gestão que vê os conselhos como aprovadores de decisões já tomadas, não como locais de debate (GOMES; ÓRFÃO, 2021). Essa captura e esvaziamento dos espaços participativos corrói a legitimidade democrática do sistema e enfraquece a capacidade da sociedade de fiscalizar e orientar as políticas de saúde, deixando o caminho livre para que os interesses do mercado e da política tradicional se sobreponham às necessidades da população (ANDRADE et al., 2013). Esses três desafios – financiamento inadequado, desigualdade e controle social frágil – não são questões isoladas, mas sim elementos interconectados que se reforçam mutuamente, representando uma ameaça à viabilidade do projeto original do SUS.

Além de suas contradições históricas, o SUS entra nas próximas décadas enfrentando um novo conjunto de pressões complexas que testarão sua resiliência e capacidade de adaptação. Destacam-se três grandes vetores de mudança: a transição demográfica e epidemiológica, a intensificação das crises sanitárias globais e a vulnerabilidade estratégica de sua base industrial e tecnológica. Primeiramente, o Brasil está passando por um envelhecimento rápido da população. Essa mudança causa um aumento de doenças crônicas como diabetes, pressão alta, câncer e problemas de coração (BRITO et al., 2013). Este contexto exerce grande pressão financeira sobre um sistema que já recebe poucos recursos, tornando a política de cortes de gastos ainda mais insustentável (FERREIRA; GONDINHO, 2020). Em segundo lugar, a pandemia de COVID-19 mostrou como o Brasil é vulnerável em emergências de saúde. A crise revelou a importância do SUS como principal defesa da população e expôs suas fragilidades, causando o colapso do sistema de saúde em várias regiões. (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020; SILVA; PENA, 2021). Além do impacto imediato, a pandemia deixou um legado de sequelas, a chamada “COVID longa”, que causa novas necessidades para o sistema de saúde, com sintomas duradouros que prejudicam a vida e o trabalho de muitas pessoas no Brasil (RAMOS, 2024). A experiência da COVID-19 e a ameaça de novas pandemias evidenciam a importância de aprimorar a vigilância em saúde, a atenção primária como elemento estruturante do cuidado e a capacidade de resposta célere do sistema (ALMEIDA et al., 2025). Finalmente, a sustentabilidade do SUS a longo prazo está intrinsecamente ligada à soberania sanitária do país, que depende do fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). O CEIS engloba as indústrias de base química, biotecnológica, mecânica e de materiais, bem como os serviços de saúde (GADELHA et al., 2017). Atualmente, o Brasil apresenta uma elevada dependência de importações de insumos farmacêuticos ativos, medicamentos de alto custo, vacinas e equipamentos médicos, o que gera um enorme déficit na balança comercial e deixa o país vulnerável a crises de abastecimento e flutuações geopolíticas (GADELHA et al., 2017). Superar essa dependência exige políticas de Estado que articulem a capacidade produtiva nacional com a inovação tecnológica, adensando as atividades de pesquisa e desenvolvimento no país (GADELHA et al., 2012). Portanto, o fortalecimento do CEIS não é apenas uma questão

econômica, mas uma condição essencial para garantir a segurança sanitária e a viabilidade do projeto de um SUS universal e integral. Esses desafios do século XXI demonstram que o futuro do SUS não pode ser pensado de forma isolada; ele depende da construção de um projeto de desenvolvimento nacional que reintegre a saúde como um pilar estratégico para uma sociedade mais justa, democrática e soberana (MACHADO, 2024).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quarenta anos depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, a pergunta “Onde estamos?” evoca uma resposta complexa. Sem dúvida, o Brasil encontra-se em um estágio de desenvolvimento superior ao de 1986 no que tange à saúde. A criação e consolidação do Sistema Único de Saúde representam uma das maiores conquistas sociais da história do país, um sistema que, mesmo com todas as suas limitações, salva milhões de vidas, reduz desigualdades e materializa, no cotidiano de mais de 200 milhões de pessoas, o direito à saúde como um princípio de cidadania. Os avanços na esperança de vida, a drástica redução da mortalidade infantil e o enfrentamento de epidemias complexas são testemunhos inequívocos do sucesso e da importância do projeto nascido da Reforma Sanitária. No entanto, é necessário reconhecer que esses avanços ocorreram em um contexto de significativas mudanças sociais e econômicas no Brasil, o que exigiu adaptações constantes do SUS para atender às novas demandas da população.

Contudo, a jornada do SUS tem sido também a de uma promessa parcialmente cumprida. O sistema vive em um estado de tensão permanente, sob o cerco de um subfinanciamento crônico que se tornou política de Estado, da persistência de iniquidades profundas que desafiam o princípio da equidade e de um modelo de participação social que luta para se manter relevante diante das pressões do mercado e da política tradicional. A complexidade dos desafios enfrentados pelo SUS exige uma análise aprofundada das políticas de saúde implementadas ao longo dos anos, bem como uma avaliação crítica dos resultados alcançados e das lições aprendidas. O ideal de 1986, que concebia a saúde como resultado de condições de vida dignas e como um direito indissociável da democracia, choca-se diariamente com um projeto de sociedade que ainda privilegia o interesse privado em detrimento do bem-estar coletivo.

Olhando para o futuro, os desafios se avolumam. A transição demográfica, as crises sanitárias e a dependência tecnológica impõem ao SUS pressões que exigirão mais do que nunca resiliência, capacidade de inovação e, acima de tudo, financiamento adequado e sustentável. Nesse cenário, é fundamental fortalecer a capacidade de gestão do SUS, promover a integração entre os diferentes níveis de atenção e investir na formação e valorização dos profissionais de saúde. A resposta a esses desafios, no entanto, não será encontrada apenas em soluções técnicas ou gerenciais. A trajetória do SUS ensina que seu fortalecimento é, em essência, uma questão política. A luta pelo SUS é indissociável da luta por um modelo de desenvolvimento mais inclusivo, pela redução das desigualdades sociais e pelo aprofundamento da democracia no Brasil. O legado da VIII Conferência Nacional de Saúde não é apenas um sistema de saúde, mas um lembrete contínuo de que a defesa da saúde é, em última instância, a defesa da própria cidadania.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, C. M.; DUARTE, P. O.; HOUGHTON, N.; BÁSCOLO, E.; BOUSQUAT, A. Vigilância em saúde como pilar estratégico de uma concepção abrangente de atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 30, no. 5, mai. 2025. DOI: <https://is.gd/gTiUTU>
- ANDRADE, L. L.; PINA, A. R. de M.; SILVA, I. C. F. da; GOMES, K. de M.; GONÇALVES, T. C. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Tempus — Actas de Saúde Coletiva**, abr. 2013. DOI: 10.18569/tempus.v7i1.1293. Disponível em: <https://is.gd/LLdc71>. Acesso em: jun. 2025.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, no. 7, p. 2097, jul. 2017. DOI: <https://is.gd/bOzH3y>
- BRITO, M. da C. C.; FREITAS, C. A. S. L.; MESQUITA, K. O. de; LIMA, G. K. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Kairós-Gerontologia**, dez. 2013. Disponível em: <https://doaj.org/article/b1ff1177f2224eb197dc8692237c071e>. Acesso em: Jun. 2025.
- BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 17, no. 1, p. 77, abr. 2007. DOI: <https://is.gd/vpCRccq>
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório técnico. **Conselho Nacional de Saúde**, mar. 1986. Disponível em: <https://is.gd/DkiO7V>. Acesso em: jun. 2025.

DA SILVA, I. C. M.; RESTAREPO-MENDEZ, M. C.; COSTA, J. C.; EWERLING, F.; HELLWIG, F.; FERREIRA, L. Z.; RUAS, L. P. V.; JOSEPH, G.; BARROS, A. J. D. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro\*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 27, no. mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>

FERREIRA, B. P.; GONDINHO, B. V. C. Consequências da EC95/2016 para o SUS frente ao envelhecimento populacional: revisão de literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1070>

FUNCIA, F.; BRESCIANI, L. P.; BENEVIDES, R. P. de S. e; OCKÉ-REIS, C. O. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, vol. 46, no. 133, p. 263, abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213301>

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; BORGES, T. R.; MALDONADO, J. O complexo econômico-industrial da saúde: elementos para uma articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento. **Saúde em Debate**, vol. 36, no. 92, p. 21, jan. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420129203>.

GADELHA, C. A. G.; GADELHA, P.; DE NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde. 2017. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080924>

GEMINIANO, H.; HADDAD, C.; YAMADA, I. Y.; DE BRITO, I. B.; SCHWINGEL, J. Financiamento do SUS: uma questão de recursos ou gestão? **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, vol. 4, no. 1, p. 69, dez. 2021. Disponível em: <https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/157>. Acesso em: jun. 2025.

GOMES, J. F. de F.; ÓRFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, vol. 45, no. 131, p. 1199, 1 Jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, no. 7, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00177020>

MACHADO, C. V. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 29, no. 7, p. 1, jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02192024>

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, vol. 21, no. 2, p. 345, ago. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-06182012000200005>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade infantil no Brasil. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (Brasil), out. 2021. Disponível em: <https://is.gd/HrvdVl>. Acesso em: jun. 2025.

NERÍ, M. C.; SOARES, W. L. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 18, jan. 2002. DOI: <https://is.gd/HCC4pq>

OCKÉ-REIS, C. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho Educação e Saúde**, vol. 6, no. 3, p. 613, jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1981-77462008000300012>

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, no. 6, p. 1723, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

RAMOS, A. N. Desafios da COVID longa no Brasil: uma agenda inacabada para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 40, no. 2, jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT008724>

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. de S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, vol. 37, no. 96, p. 139, mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000100016>

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. de F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, vol. 44, no. 124, p. 17, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>

SALES, Orcélia Pereira; VIEIRA, A. F. B.; MARTINS, A. M.; GARCIA, L. G.; FERREIRA, R. K. A. O Sistema Único de Saúde – Desafios, Avanços e Debates em 30 Anos de História. **Revista Humanidades e Inovação**, vol. 6, no. 17, p. 55, dez. 2019. Available at: <https://is.gd/aiOpCj>. Acesso: Jun. 2025

SILVA, S. J. R. da; PENA, L. Collapse of the public health system and the emergence of new variants during the second wave of the COVID-19 pandemic in Brazil. **One Health**, vol. 13, p. 100287, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100287>

SILVA, E. de M. e; GUEDES, D. da S.; SERIQUE, M. A. B.; OLIVEIRA, R. D. S. de; VASCONCELOS, V. de S.; SARAIVA, A. F.; COSTA, F. de S.; CASTRO, P. H.; CORRÊA, K. C.; OLIVEIRA, C. A. de. Construindo o direito à saúde: A história e os marcos do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Research Society and Development**, vol. 13, no. 12, dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i12.47941>

SOUZA, L. E. P. F. de; PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.; BAHIA, L.; GUIMARÃES, R.; FILHO, N. de A.; MACHADO, C. V.; CAMPOS, G. W. de S.; SILVA, G. A. e. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 24, no. 8, p. 2783, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, Í. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, vol. 19, no. 3, p. 509, set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902010000300004>

# DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: IMPACTOS DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E PSICOSSOCIAIS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Brenda Naiverth Volpato<sup>1</sup>

Maria Luisa Junker Oliveira de Azerdo<sup>2</sup>

Maryana Paiva Santana<sup>3</sup>

Yngrid Ayumi de Oliveira Imamura<sup>4</sup>

Rogério Luiz Aires Lima<sup>5</sup>

Maria Carla Vieira Pinho<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

O conceito básico de saúde vai além de mera ausência de doença, abrangendo o bem-estar socioeconômico, físico e psíquico do indivíduo, e englobando fatores sociais, sanitários e ambientais. Estes, por sua vez, moldam e impactam a saúde populacional de diversas maneiras, como em níveis de vulnerabilidade social, pobreza, condições laborais e discriminação.

Esse contexto fez base para o desenvolvimento do conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DDS). Eles são, em suma, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, rodeadas por fatores e valores sociais, econômicos culturais e ambientes, capazes de afetar positiva ou negativamente a saúde.

---

<sup>1</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/1225238658971012>

<sup>2</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/5971071187274892>

<sup>3</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/6559773374634715>

<sup>4</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/2807972268358300>

<sup>5</sup> Doutor em Ciências da Saúde (IAMSPE — SP). Doutor em Patologia Ambiental e Experimental (UNIP). Médico Neurocirurgião. Coordenador da Medicina (PUC-PR). CV: <https://is.gd/C988SS>

<sup>6</sup> Doutora em Educação, Cultura e História da Arte (MACKENZIE). Enfermeira. Docente (UEL). CV: <http://lattes.cnpq.br/2681535839164713>



## Conceitos e Fundamentos Teóricos dos Determinantes Sociais da Saúde

O conceito de saúde transcende a ausência de doença, abrangendo o bem-estar socioeconômico, físico e psíquico do indivíduo, conforme descrito na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Essa declaração engloba fatores sociais, sanitários e ambientais que moldam e impactam a saúde populacional, como vulnerabilidade social, pobreza, condições laborais e discriminação (Santos, 2020, p. 230).

À vista disso, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são levantados como fatores que influenciam a qualidade e distribuição equitativa da saúde. Sendo assim, preceitos cruciais para desenvolver uma visão política e justa sobre a saúde pública (Raphael & Bryant, 2022, p. 3).

Nas últimas quatro décadas, o campo de estudo bioético sofreu ampliações significativas. Dessa forma, tornou-se possível a análise de problemas sociopolíticos que afetam o bem-estar individual e coletivo, com a Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenhando um papel fundamental na fiscalização e denúncia de desigualdades em saúde (Santos, 2020, p. 232).

Tal expansão foi impulsionada por autores como Friedrich Engels no século XIX, foram essenciais nesse processo de expansão, que demonstrou a relação das condições sociais locais às elevadas taxas de mortalidade (Engels, 1982, apud Williams, 2003, p. 133). Nessa mesma época, no Reino Unido, surgiram os primeiros registros que buscaram analisar a influência das diferenças de classes na saúde individual (Chadwick, 1842, apud Williams, 2003, p. 136). O “Black Report” (1980) destacou-se ao defender explicações materialistas e estruturalistas para as desigualdades sociais, correlacionando a miséria e a doença à distribuição desigual dos recursos e às injustiças sociopolíticas, rejeitando a privação como mera consequência de ações individuais. Essa evolução marca uma importante transição no cuidado em saúde — deixando de ter um foco exclusivo biomédico para uma visão humanizada e integralista (Williams, 2003, p. 140).

No cenário moderno, o debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) é fundamentalmente enriquecido pela distinção entre fatores individuais e estruturais. Historicamente, os fatores de risco individuais são mais priorizados pela epidemiologia, ato que, embora seja útil, tende a ignorar as condições enraizadas que moldam a saúde pública. Dessa forma,

fica evidente a necessidade de compreensão da relação entre a capacidade individual de mudança (determinantes individuais ou não-estruturais) e as normas e práticas que permeiam o inconsciente social (determinante estrutural) (Frohlich et al., 2001, apud Williams, 2003, p. 144).

Os DSS individuais são escolhas comportamentais que cada pessoa manifesta influenciadas pelas regras e valores das estruturas sociais (HAHN, 2021, p. 3). Já os DSS estruturais são definidos como os arranjos sociais enraizados e padronizados, como o racismo estrutural, economia política, distribuição de recurso e uso de poder, que afetam a saúde independentemente da participação de individual (Conrad e Kern, 1986, apud Williams, 2003, p. 135; HAHN, 2021, p. 3). Logo, analisar clinicamente um indivíduo apenas por seu estilo de vida, ignorando as forças estruturais, resulta em um olhar limitado e não empático (Williams, 2003, p. 147).

As áreas de estudo dos DSS podem ser divididas em categorias interconectadas:

- Determinantes econômicos e sociais: Desigualdade socioeconômica observada por todo território nacional, a pobreza — apontada como a doença que mais mata no Brasil -, e falta de acesso a bens fundamentais de direito à cidadania como educação, liberdade, saúde e segurança (Santos, 2020, p. 230, 234).
- Determinantes políticos: Deficiente atuação do Estado na garantia à saúde como um direito de todos os cidadãos, resultando em disparidade no acesso à saúde e sucateamento do sistema público (Santos, 2020, p. 230).
- Determinantes culturais e ambientais: Exposição à ambientes adversos, marcados pelo desemprego, moradia precária, violência, estresse e baixa renda, contextualizam comportamentos de risco adotados por cada pessoa (Williams, 2003, p. 147).

A saúde é, portanto, uma intercorrelação complexa dessas categorias, com a alocação de recursos de bem-estar influenciadas por fatores demográficos como gênero, raça e classe, impactando de forma desigual à saúde das populações (HAHN, 2021, p. 2).

Outro conceito crucial para a construção de sociedades justas e saudáveis, é a equidade em saúde, buscando garantir que todos tenham

acesso a oportunidades de desenvolvimento pleno (Santos, 2020, p.235). Diferentemente da igualdade, que pressupõe que todos devem receber o mesmo, a equidade reconhece as diferenças individuais e, baseado no princípio aristotélico de justiça corretiva, propõe que a distribuição de bens deve ser desigual para alçar um ambiente de igualdade. Dessa forma, a justiça equitativa busca retificar falhas geradoras de injustiças, atendendo cada indivíduo conforme suas reais necessidades (Santos, 2020, p. 231).

Nesse sentido, a aplicação de equidade em saúde envolve a profunda compreensão das desigualdades sociais e como elas moldam os determinantes individuais da saúde, realidade que é resultado de condições materiais e estruturais enraizadas (Shaw et al., 1999, apud Williams, 2003, p. 138). No atendimento ao paciente, faz-se crucial a abordagem integral do indivíduo, considerando seu contexto socioeconômico para promover um atendimento humano e individualizado (Williams, 2003, p. 146).

Vale ressaltar que, para que a equidade seja alcançada, é fundamental que lideranças tomem decisões com base nas populações-alvo, principalmente das minorias e grupos historicamente sub-preservados (Niggel & Brandon, 2011, p. 2075). O desenvolvimento e/ou aplicação de estratégias já vigentes, que abordam obstáculos implícitos à saúde desses grupos, tem potencial de gerar melhora na saúde coletiva (Niggel & Brandon, 2011, p. 2075). Portanto, a equidade em saúde é uma prática contínua que demanda ação coletiva, participação democrática e um compromisso intrínseco com a justiça social.

### **Impacto das Condições Socioeconômicas na Saúde**

A análise das condições socioeconômicas da população é um pilar fundamental na compreensão dos padrões de saúde e bem-estar social. No Brasil, há uma íntima e complexa relação entre educação, renda, emprego, acesso à saúde e qualidade de vida, visto que apresenta fortes raízes históricas. Embora tenham origens e mecanismos ainda incertos, é inegável que esses fatores são determinantes cruciais no impacto das condições socioeconômicas na saúde da população. Paradoxalmente, apesar das melhorias globais nos indicadores de saúde, “as desigualdades sociais em saúde, doença e expectativa de vida aumentaram em vez de diminuir nas sociedades afluentes modernas” (HÄMMIG; BAUER, 2013, p. 2).

O ambiente de trabalho, por exemplo, é reconhecido como uma fonte de aversão, sendo considerado “uma das principais fontes de desi-

gualdades sociais na saúde” (HÄMMIG; BAUER, 2013, p. 2). Em se tratando de Brasil, ressalta-se que “as desigualdades socioeconômicas no Brasil são um problema histórico” (Wendt et al., 2022, p. 794), que perpetuam desproporção na distribuição de rendas e riquezas, fator este que moldou o perfil socioeconômico, e, consequentemente, condicionou o acesso aos serviços de saúde, principalmente para os mais vulneráveis.

Apesar de renda, trabalho e escolaridade serem importantes índices em avaliações socioeconômicas, as condições de moradia e saneamento básico também são elementos importantes para a saúde de uma população. No panorama brasileiro, tem-se destaque para “profundas desigualdades em relação ao acesso a estruturas urbanas e residenciais adequadas” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 10). Quando se trata de infraestrutura básica, os dados indicam que “cerca de 4,8% dos domicílios não tinham água encanada, 34,7% não tinham sistema de coleta de esgoto, 9,8% não tinham coleta de lixo e 39% eram considerados inadequados” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 4). A ausência de saneamento básico é extremamente acentuada nas regiões Norte e Nordeste, em que “a ausência de sistema de coleta de esgoto foi 5,7 vezes maior no Norte e a ausência de coleta de lixo foi 2,46 vezes maior no Nordeste em comparação com o Sudeste” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 4).

Não bastasse a carência de infraestrutura, percebe-se ainda uma nítida correlação entre segregação racial e socioeconômica e qualidade de vida no ambiente urbano. “Setores censitários onde a maioria da população era negra tinha níveis educacionais e de renda mais baixos, apresentavam cobertura significativamente menor de pavimentação, iluminação pública, arborização, drenagem pluvial, calçadas ou rampas para cadeirantes” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 10).

Desse modo, apesar de melhorias nas condições urbanas já terem ocorrido, “as diferenças entre grupos socioeconômicos e regiões ainda são muito grandes” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 10). A rápida e, muitas vezes, desordenada urbanização do século XX resultou em um “importante segregação espacial e econômica” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 10), empurrando grupos de menor renda para territórios periféricos, cujas infraestruturas básicas são deficientes até hoje.

Nessa perspectiva, nota-se uma grande importância do monitoramento local para o planejamento de “estratégias eficientes para melhorar

os processos do sistema público” (Wendt et al., 2022, p. 794). Analisar cidades de médio porte e as não-capitais é fundamental, uma vez que “grandes centros urbanos podem acumular oportunidades e empregos, mas também riscos para a saúde e desigualdades” (WENDT et al., 2022, p. 794). Além de tamanho, as diversidades culturais e estruturais resultam em variações significativas, como visto na cobertura do programa Estratégia da Família, que acabou “atingindo 64,7% no Nordeste, enquanto no Sudeste é de apenas 46%” (WENDT et al., 2022, p. 798). Embora os resultados de estudos em cidades do Sul do Brasil possam ser extrapolados para outras regiões, é crucial reconhecer que as desigualdades podem ser mais severas em outras partes do país (WENDT et al., 2022, p. 801).

No Brasil, os serviços de saúde de média e alta complexidade “manteram-se concentrados principalmente em capitais, metrópoles e em alguns poucos pólos regionais” (ALBUQUERQUE et al., 2017, p. 2), como fruto do desenvolvimento histórico nacional, obrigando populações de áreas remotas a longos deslocamentos em busca de atendimentos. Embora tenha havido uma relativa expansão dos serviços para as demais áreas, ainda há uma “combinação de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa disponibilidade/oferta de serviços de saúde” (ALBUQUERQUE et al., 2017, p. 5) em muitos locais do país.

As maiores razões de prevalência de desigualdades foram observadas nas “regiões de residência” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 4). Na região Norte a população é privada do acesso a serviços básicos, como sistema de coleta de esgoto, e, “aproximadamente um em cada seis domicílios não possuía esses serviços” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 4).

A rápida urbanização no Brasil no século XX foi marcada pela “segregação espacial e econômica” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 10), resultando na ocupação de territórios com pouca infraestrutura pela população negra e por grupos mais pobres. A falta de planejamento urbano contribuiu significativamente para essa situação. Em 2016, “27,2% dos municípios foram afetados por inundações repentinas” (BOING, A. F. et al., 2021, p. 10), um reflexo direto da vulnerabilidade urbana.

Embora o agronegócio tenha crescido, infelizmente os “trabalhadores rurais continuam sendo uma proporção significativa dos trabalhadores pobres no Brasil” (DIAS et al., 2011, p. 2455). A concentração da propriedade da

terra em poucas mãos, com grandes áreas rurais improdutivas e escassas oportunidades de emprego, “levou a fluxos migratórios para as áreas urbanas” (DIAS et al., 2011, p. 2455), intensificando os problemas nas cidades.

Apesar de alguns avanços notáveis, a persistência de desigualdades regionais e a necessidade imperativa de fortalecer as políticas voltadas para a universalização do sistema de saúde representam desafios contínuos e urgentes para o Brasil. Uma compreensão aprofundada desses impactos é essencial para o desenvolvimento e implementação de estratégias mais eficazes, capazes de promover uma saúde equitativa e de qualidade para toda a população.

### **Impactos das Condições Psicossociais na Saúde da População**

A saúde mental, condição indispensável do bem-estar humano, transcende a ideia simplista de mera ausência de doença, sendo completamente estruturada por um conjunto de fatores psicossociais, logo, sua compreensão não pode ser vista isolada da estrutura social em que os indivíduos estão inseridos. É válido ressaltar a necessidade de se alterar o conceito de doença psíquica em uma abordagem individualista, cuja visão é pautada exclusivamente na centralidade do paciente, para uma “perspectiva de saúde pública com enfoque na população”, garantindo, assim, a melhoria dos desfechos em saúde mental (COMPTON; SHIM, 2015, p. 913). Tem-se hoje, portanto, o conceito de que saúde mental é um desdobramento articulado de múltiplos determinantes sociais, como à exposição à violência oriunda das desigualdades socioeconômicas e a capacidade individual e coletiva de resiliência.

Os determinantes sociais da saúde mental, também conhecido como “causas das causas”, englobam “discriminação, experiências na primeira infância, baixa escolaridade, desemprego, pobreza, insegurança alimentar e habitacional, fatores limitantes do contexto social construído e carência de acesso aos suportes de saúde” (COMPTON; SHIM, 2015, p. 913). Dessa maneira, a ótica puramente individualista ou biologicista da saúde mental [...] desconsideram o cenário sociocultural e histórico de opressão, minimizando sua complexidade (MANELLI; MACHADO, 2025, p. 2).

À vista disso, é inegável compreender que o processo saúde-doença é um reflexo da estrutura social vigente, e o “entendimento da historicidade da vida produzida pelos indivíduos é indispensável” (MANELLI; MACHADO, 2025, p. 6). Logo, os âmbitos psíquicos, biológicos e sociais

integram os sujeitos, e as dimensões sociais assumem uma posição hierárquica predominante devido à gama de fatores que norteiam a vida dos indivíduos.

Nesse cenário, o princípio de interseccionalidade surge de forma primordial para assimilar como diferentes modos de opressão e desigualdade se relacionam, afetando diretamente a saúde mental. Assim, “gênero, raça e classe social coexistem e categorizam-se indissociavelmente, estruturando os diversos estilos de vida e a percepção de mundo” (MANELLI; MACHADO, 2025, p. 2). Tal abordagem, no caso das mulheres, por exemplo, denuncia os desdobramentos das estruturas, os quais discriminam e causam exclusão social, a partir do patriarcado, do racismo e do capitalismo, “demonstrando como as opressões se desenvolvem ao longo desses três elementos e são legitimados por políticas específicas que auxiliam com processos ativos de desempoderamento” (MANELLI; MACHADO, 2025, p. 2).

“A discriminação, em suas variadas formas, é um dos determinantes sociais mais importantes no que tange a saúde mental” (COMPTON; SHIM, 2015, p. 913). Como exemplificação, fica nítido que as histórias de vida de mulheres entrevistadas, “caracterizadas por pobreza, violência familiar e marginalização”, acarretam sofrimento psíquico e tentativas de suicídio (MANELLI; MACHADO, 2025, p. 4). Desse modo, o contexto psicossocial se torna abrangente, indo além de questões de gênero, sendo “notável uma carência de oportunidades e de acesso a bens e serviços, frequentemente associada à cor da pele e à identidade étnica” (MANELLI; MACHADO, 2025, p. 6).

Além disso, percebe-se que trabalhadores que vivenciam fatores de estresse psicossocial no âmbito laboral foram associados a um risco maior de absenteísmo por problemas de saúde originários de transtorno mental. Assim, nota-se a relevância de se compreender esses estressores, pois tais “estudos auxiliam os profissionais da saúde durante a avaliação da saúde mental e capacidade de trabalho de seus pacientes” (DUCHANE et al., 2020, p. 842). Ademais, vale ressaltar que a “injustiça e a ausência de equidade nas dinâmicas sociais de uma empresa também podem afetar negativamente na saúde dos trabalhadores” (DUCHANE et al., 2020, p. 843).

Tais análises são de extrema relevância para a saúde pública em virtude dos altos custos socioeconômicos ligados ao absenteísmo por doença, incapacidade e transtornos mentais. Percebe-se também que a pobreza,

a violência familiar e a discriminação podem resultar em sofrimento psíquico e possíveis tentativas de suicídio, sendo a “violência de gênero, o racismo e as desigualdades socioeconômicas elementos de destaque para a suscetibilidade à saúde mental” (MANELLI; MACHADO, 2025, p. 4).

Por fim, defender “alterações sociais e políticas no nível comunitário representa o modo de maior potencial na melhoria da saúde física e mental pública” (COMPTON; SHIM, 2015, p. 913). A exemplo disso, observa-se que o aprimoramento das condições habitacionais resulta em significativa melhora na saúde mental. Ou seja, “o ambiente em que se vive envolve elementos como arquitetura e infraestrutura pública, moldando os determinantes de saúde aos quais os indivíduos estão inseridos e, conseqüentemente, impactando nos resultados de saúde psicológica” (COMPTON; SHIM, 2015, p. 913). Com isso, “programas habitacionais que facilitem o acesso a recursos de bem-estar podem ser associados com esforços individuais direcionados para a promoção da saúde mental” (COMPTON; SHIM, 2015, p. 913).

### **Estratégias de Enfrentamento e Promoção da Equidade em Saúde**

A teoria de Dahlgren e Whitehead relaciona diretamente saúde e aspectos sociais, dividindo-os em micro e macro determinantes. Segundo os sociólogos, os micro determinantes estão envolvidos nas características individuais, enquanto os macrodeterminantes englobam as condições socioeconômicas, ambientais e culturais factíveis de mudanças, responsáveis pela causa da maioria das iniquidades em saúde, as geradoras de um cenário favorável da pré-patogênese.

Sendo assim, entende-se que para haver estratégias de enfrentamento que possam melhorar a qualidade de vida das pessoas, e para que isso reverberar positivamente na saúde, são necessárias políticas intersetoriais, visto que os desafios multidimensionais encontrados exigem conhecimentos e habilidades que vão muito além dos obtidos pelos profissionais de saúde. O Programa Saúde na Escola e os projetos de saneamento em parceria com as secretarias de infraestrutura são exemplos brasileiros de êxito na articulação de diferentes setores da sociedade e que estão, ainda que com objetivos secundários, promovendo a saúde, visto que disseminam conhecimentos e condições que diminuem os riscos de propagação de doenças, refletindo em uma diminuição da superlotação do sistema de saúde.



Além da necessidade de se reconhecer a busca pela saúde como fim último em todos os setores, é indispensável que a promoção desta seja baseada na equidade entre todos. Diferentemente do conceito de igualdade, que configura oferecer condições iguais a todos, equidade refere-se a reconhecer as desigualdades e, a partir delas, distribuir ações de acordo com as demandas, ou seja, agir de maneira desigual para com os desiguais, pois quanto maior é a desvantagem maior a atenção requerida pelo grupo; conceito elucidado em projetos nacionais e referências como a Política de Saúde Indígena, a Política Nacional de Saúde Integrada da População Negra e, em especial, no Sistema Único de Saúde (SUS) que é, antes de tudo, uma política pública, baseada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Dentro desse sistema, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como o principal meio de contato direto com o cidadão, podendo oferecer um olhar amplo e social, na qual promove ações voltadas à prevenção e promoção da saúde, principalmente na tentativa de amenizar as iniquidades- diferenças sistemáticas, desnecessárias, evitáveis e/ou injustas- sociais da população- diferenças sistemáticas, desnecessárias, evitáveis ou injustas-, com um atendimento integral e contínuo. Como principal estratégia desse setor, vê-se a criação do projeto Estratégia Saúde da Família, na qual equipes multiprofissionais organizam trabalhos em um território específico, com o objetivo de cuidar da saúde daquela população de maneira mais completa e humanizada, atentando-se aos determinantes sociais que agem naquele local e encontrando soluções e abordagens específicas.

Outras estratégias de enfrentamento aos determinantes sociais da saúde muitas vezes escondem esse viés, apresentando-se apenas como projetos para melhoria de moradia, segurança, alimentação e educação. Entretanto, como já discutido, ainda que não seja aparente, há promoção da saúde em todas as atividades que envolvam essas esferas. Assim, programas como o Bolsa Família, Minha Casa Minha Vida, Educação de Jovens e Adultos e o Programa de Obtenção de Alimentos corroboram para uma melhor qualidade de vida de muitos brasileiros, fato que, indiretamente, auxilia também a melhora nos níveis de saúde dessa população, oferecendo meios e oportunidades do consumo de alimentos diversificados e saudáveis, água potável, saneamento básico e lares adequados e dignos, o que evita muitas verminoses, bacterioses e viroses.

Vale ressaltar que a promoção da saúde é feita a partir da inclusão da comunidade nesse processo. Para que haja enfrentamento e mudanças

na realidade, é preciso reconhecer a singularidade de cada local e entender suas demandas. Sob a especificidade de cada local, a população precisa não apenas ser ouvida, mas também participar ativamente na tomada de decisões e no levantamento de caminhos e hipóteses que possam melhorar o cenário e oferecer uma saúde mais equitativa, em que os mais vulneráveis desfrutem, de fato, de maiores intervenções e cuidados.

## CONSIDERAÇÕES

Os DDS mostram que o processo saúde-doença é resultado de fatores estruturais, socioeconômicos e psicossociais, os quais condicionam o bem-estar das pessoas. A equidade na saúde deve ser colocada como um princípio central, orientando políticas públicas, que, por sua vez, devem priorizar grupos mais em maior vulnerabilidade. Logo, estratégias como a APS, Estratégia Saúde da Família e demais programas mostram-se fundamentais, embora existam diversos desafios relacionados a desigualdades históricas e de acesso à saúde. Assim, reduzir as grotescas diferenças requer articulações intersetoriais, participação social e compromisso político, visando a inseparabilidade das condições de vida e promoção da justiça social.

## REFERÊNCIAS

- ADRIANI, R. B.; SULISTYOWATI, D.; HAPSARI, H. I. (2024). Nadya Puspita Adriana 3) 1) Study Program in Nurse, Health Polytechnics, Ministry of Health Surakarta 2) Study Program in Pediatric Nursing. Universitas Kusuma Husada Surakarta, 3(02), 135–144. <https://doi.org/10.26911/theijmed.2024.09.02.01>
- ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium Journal of Education Technologies and Health*. <https://is.gd/ajOz0S>
- BAILEY, R. K. (2015). The Social Determinants of Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 172(9), 913–914. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040450>
- BOING, A. F.; BOING, A. C.; SUBRAMANIAN, S. V. (2021). Inequalities in the access to healthy urban structure and housing: An analysis of the Brazilian census data. *Cadernos de Saude Publica*, 37(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00233119>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Distritos Sanitários: concepção e organização do conceito de saúde e do processo saúde-doença. Brasília, 1986. p.11-13.

DIAS, C. E.; COSTA DIAS, E.; PASSOS DE OLIVEIRA, R.; MACHADO, J. H.; MINAYO-GOMEZ, C.; ANTONIO GOMES PEREZ, M.; DA GRAÇA HOEFEL, M. L.; SOUSA SANTANA, V. (2011). Occupational Health; Working Conditions (Vol. 27, Issue 12).

CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS). 2008.

DE ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d'ÁVILA; DE LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P.; FUSARO, E. R.; IOZZI, F. L. (2017). Regional health inequalities: Changes observed in Brazil from 2000-2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(4), 1055–1064. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>

DOS SANTOS, Ivone Laurentino. Equality, equity, and justice in health in the light of bioethics. *Revista Bioética*, v. 28, n. 2, p. 229–238, 2020.

DUCHANE, C. S.; AUBÉ, K.; GILBERT-OUMET, M.; VÉZINA, M.; NDJABOUÉ, R.; MASSAMBA, V.; TALBOT, D.; LAVIGNE-ROBICHAUD, M.; TRUDEL, X.; PENA-GRALLE, A. P. B.; LESAGE, A.; MOORE, L.; MILOT, A.; LAURIN, D.; BRISSON, C. (2020). Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(8), 842–851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0322>

HAHN, Robert A. What is a social determinant of health? *Journal of Public Health Research*. [S.l.: S.n.].

HÄMMIG, O.; BAUER, G. F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1170>

IRWIN, A. et al. (2006). The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *PLoS Medicine*.

MANELLI, J. P.; MACHADO, D. F. (2025). A interseccionalidade de gênero, raça e classe social nas trajetórias de vida de mulheres que tentaram suicídio. *Ciência & Saude Coletiva*, 30(7), e04862024. <https://is.gd/HGQv8y>

PIGATTO TECHE, S.; JULIANA SOARES BARROS, A.; GOULART ROSA, R.; PINTO GUIMARÃES, L.; LARISSA CORDINI, K.; DOMINGUES GOI, J.; HAUCK, S.; HELENA FREITAS, L. (2017). Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *APRS Trends Psychiatry Psychother*, 39(2). <https://doi.org/10.1590/2237>

RAPHAEL, Dennis; BRYANT, Toba. (2022). Emerging Themes in Social Determinants of Health Theory and Research. *International Journal of Health Services*, v. 52, n. 4, p. 428–432.

WENDT, A.; MARMITT, L. P.; NUNES, B. P.; DUMITH, S. C.; CROCHEMORE-SILVA, I. (2022). Socioeconomic inequalities in the access to health services: a population-based study in Southern Brazil. *Ciência e Saude Coletiva*, 27(2), 793–802. <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.03052021>

WILLIAMS, Gareth H. (2003). The determinants of health: Structure, context and agency. *Sociology of Health and Illness*. Blackwell Publishing Ltd.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA APS, MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA, ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL, TERRITORIALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO COM REDES DE ATENÇÃO

Kléssio Gabriell Rocha Silva Reis<sup>1</sup>  
Daniela Lúcia Guergolet<sup>2</sup>  
Laísa Sabrine de Melo<sup>3</sup>  
Rhuan Pablo de Souza Vasconcelos<sup>4</sup>  
Rogério Luiz Aires Lima<sup>5</sup>  
Maria Carla Vieira Pinho<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como eixo estruturante dos sistemas universais de saúde e é reconhecida mundialmente como estratégia fundamental para garantir acesso equitativo, integralidade do cuidado e melhor desempenho sanitário e econômico. No Brasil, a APS é o primeiro ponto de contato da população com o Sistema Único de Saúde (SUS) e deve articular-se de forma contínua e resolutiva com todos os níveis de atenção. Para que esse papel seja efetivamente cumprido, é indispensável um conjunto de ações articuladas que envolvem financiamento adequado, governança sólida, qualificação da força de trabalho, incorporação de tecnologias digitais, participação social e territorialização. Paralelamente, a consolidação de práticas clínicas centradas na pessoa e de abordagens interprofissionais reforça a capacidade de resposta da APS

<sup>1</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/6565474242681923>

<sup>2</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/7688529051786776>

<sup>3</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/8317608123937840>

<sup>4</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/9210129637525583>

<sup>5</sup>Doutor em Ciências da Saúde (IAMSPE — SP). Doutor em Patologia Ambiental e Experimental (UNIP). Médico Neurocirurgião. Coordenador da Medicina (PUC-PR). CV: <https://is.gd/C988SS>

<sup>6</sup>Doutora em Educação, Cultura e História da Arte (MACKENZIE). Enfermeira. Docente (UEL). CV: <http://lattes.cnpq.br/2681535839164713>

diante de condições de saúde complexas, integrando dimensões biológicas, psicológicas e sociais do cuidado.

Essa visão ampliada, ancorada em evidências nacionais e internacionais, demonstra que o fortalecimento da APS é não apenas uma diretriz política, mas também um imperativo técnico para a sustentabilidade do SUS e para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

## **1. ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA APS**

### **1.1 Financiamento e Governança da APS**

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde exige, em primeiro lugar, financiamento estável e governança sólida. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, reafirma a responsabilidade tripartite no custeio da atenção primária (BRASIL, 2017). No entanto, a realidade brasileira ainda é marcada por desigualdades regionais: municípios pequenos, com baixa capacidade arrecadatória, permanecem altamente dependentes de transferências federais (SOUZA et al., 2021).

A criação do Previnhe Brasil, em 2019, introduziu mudanças significativas, vinculando os repasses a critérios como captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a ações estratégicas (SOUZA et al., 2021). Embora o modelo traga inovações ao estimular resultados, também gera preocupações quanto à equidade. Em localidades ribeirinhas da Amazônia, onde o deslocamento das equipes pode demandar horas de barco, as metas estipuladas tornam-se de difícil alcance, comprometendo o financiamento local. Esse cenário reforça a necessidade de ajustes, à semelhança do que ocorre no Canadá, que oferece recursos adicionais a comunidades indígenas, considerando vulnerabilidades sociais e geográficas (WHO, 2018).

Portanto, no Brasil, fortalecer a governança da APS implica não apenas em ampliar recursos, mas em repensar mecanismos de repasse que contemplem a diversidade territorial e garantam previsibilidade orçamentária, pactuação federativa e transparência na aplicação dos fundos (MENDES, 2011).

## 1.2 Qualificação da Força de Trabalho

Outro pilar do fortalecimento da APS é a qualificação da força de trabalho. A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou equipes multiprofissionais, incorporando médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (FACCHINI et al., 2018). Apesar da expansão, a rotatividade de profissionais em áreas remotas continua sendo um dos maiores obstáculos à continuidade do cuidado (CONASS, 2020).

O Programa Mais Médicos, instituído em 2013, representou um marco ao reduzir vazios assistenciais e ampliar o acesso em municípios com escassez de médicos (FACCHINI et al., 2018). Contudo, a sustentabilidade dessa política depende de medidas permanentes de formação e valorização profissional. Municípios do interior de Minas Gerais, por exemplo, criaram residências em Medicina de Família e Comunidade em parceria com universidades locais, o que resultou em maior fixação de médicos jovens e engajamento comunitário (CONASS, 2020).

Internacionalmente, o Reino Unido se destaca pelo modelo consolidado de general practitioner, cuja formação é voltada especificamente à APS (STARFIELD, 2002). Já Portugal estabelece carreiras médicas estáveis, com progressão vinculada à atuação nesse nível de atenção, o que reforça a importância de políticas de Estado para garantir fixação e valorização profissional (WHO, 2018).

## 1.3 Acesso, Acolhimento e Coordenação do Cuidado

O acesso universal, o acolhimento e a coordenação do cuidado constituem dimensões indissociáveis da APS. As unidades básicas de saúde são definidas como porta de entrada preferencial do SUS, mas frequentemente enfrentam barreiras relacionadas à sobrecarga de demandas e horários de atendimento restritos (MENDES, 2011).

A adoção do acolhimento com escuta qualificada, preconizada pela PNAB, permite reorganizar fluxos e reduzir a fragmentação do cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Em Curitiba, unidades que estenderam o horário de funcionamento para o período noturno observaram queda na procura por prontos-socorros e aumento da satisfação dos usuários, evidenciando como ajustes organizacionais podem ampliar a resolutividade.

Outro aspecto relevante é a redução de internações por condições sensíveis à APS (ICSAP), indicador que reflete a efetividade desse nível de atenção. Municípios com maior cobertura da ESF apresentam taxas significativamente menores dessas internações, sobretudo em doenças crônicas como hipertensão e diabetes (FACCHINI et al., 2018; MENDES, 2011).

## **1.4 Tecnologias Digitais e Telessaúde**

O fortalecimento da APS também depende da incorporação de tecnologias digitais que ampliem sua capacidade resolutiva. O e-SUS APS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, padroniza registros clínicos, gera indicadores e integra informações em nível nacional (BRASIL, 2019). O prontuário eletrônico do cidadão, ao permitir o acompanhamento longitudinal, favorece a coordenação do cuidado (SOUZA et al., 2021).

A telessaúde tem se mostrado igualmente estratégica, sobretudo em regiões com difícil acesso a especialistas. O programa Tele-saúde RS-UFRGS demonstrou que teleconsultorias podem apoiar equipes locais, reduzir encaminhamentos e aumentar a resolutividade (HARZHEIM et al., 2019). No interior do Rio Grande do Sul, uma UBS conseguiu conduzir um caso complexo de insuficiência cardíaca com base nesse suporte remoto, evitando transferência hospitalar e garantindo atendimento adequado no território.

Comparações internacionais mostram que países como Estônia e Finlândia avançaram ainda mais ao integrar sistemas nacionais de prontuários eletrônicos, acessíveis em todos os níveis de atenção (WHO, 2022). O Brasil, embora apresente progressos, ainda enfrenta desigualdades de infraestrutura digital, principalmente em áreas rurais (SCOREL; GIOVANELLA, 2018).

## **1.5 Participação Social e Territorialização**

A territorialização é uma das marcas da APS brasileira, possibilitando conhecer o perfil epidemiológico, mapear vulnerabilidades e planejar ações coerentes com a realidade local (BRASIL, 2017). Nesse processo, agentes comunitários de saúde desempenham papel central como elo entre famílias e serviços (STARFIELD, 2002).

Em regiões do semiárido nordestino, diagnósticos comunitários têm permitido identificar famílias em situação de insegurança alimentar, direcionando visitas domiciliares e articulando respostas intersetoriais (FACCHINI et al., 2018). Esse tipo de prática revela como a territorialização fortalece a capacidade da APS em enfrentar desigualdades sociais em saúde.

A participação social, garantida por conselhos e conferências de saúde, confere legitimidade e corresponsabilidade ao processo decisório. Em Belo Horizonte, conselhos locais atuam como fóruns permanentes de deliberação, influenciando a alocação de recursos e a definição de prioridades (ESCOREL; GIOVANELLA, 2018).

## **1.6 Monitoramento e Avaliação da Qualidade**

Por fim, nenhuma estratégia de fortalecimento se sustenta sem monitoramento e avaliação contínua. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi pioneiro ao introduzir indicadores de desempenho vinculados ao financiamento (SOUZA et al., 2021). Embora substituído pelo Previne Brasil, deixou como legado a valorização da cultura de avaliação.

Em municípios do Paraná, por exemplo, a integração de dashboards digitais ao e-SUS possibilitou identificar falhas em tempo real nos indicadores de pré-natal e hipertensão, promovendo capacitações direcionadas que resultaram em melhoria rápida dos resultados. Essa prática está em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que propõe indicadores de acesso, qualidade e equidade como parâmetros essenciais para avaliar a APS (WHO, 2022).

## **2. MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA**

### **2.1 Os Componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)**

O MCCP não é uma sequência rígida de passos, mas um modelo de pensamento que integra as perspectivas do médico e do paciente em uma consulta. Seus quatro componentes principais interagem continuamente, formando um ciclo dinâmico que aprofunda a compreensão e a relação terapêutica.



## Explorando a Doença e a Experiência da Doença

O primeiro componente busca responder a uma pergunta fundamental: o que o paciente traz e o que ele vive? O método distingue claramente entre “**disease**” (a doença em si, com sua base biológica, patologia e diagnóstico) e “**illness**” (a experiência subjetiva da doença, com seu impacto na vida da pessoa) (STEWART et al., 2017).

Para investigar os sintomas (o *disease*), o médico utiliza suas competências técnicas: anamnese detalhada, exame físico e solicitação de exames complementares. No entanto, para entender a experiência da doença (o *illness*), a abordagem é diferente. É preciso ir além do sintoma e explorar as dimensões pessoais do sofrimento. Para isso, o médico deve usar a escuta ativa para identificar os sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas do paciente, um modelo resumido pelo acrônimo SIFE (Medway, 2023).

- **Sentimentos:** Como a pessoa se sente em relação ao que está acontecendo? (ex: “Estou com medo”, “Me sinto frustrado”).
- **Ideias:** O que o paciente pensa que pode ser a causa do problema? (ex: “Acho que pode ser estresse”, “Estou com medo de ser algo grave”).
- **Funcionamento:** Como a doença tem afetado as atividades diárias, o trabalho, as relações sociais e o bem-estar? (ex: “Não consigo mais dormir direito”, “Tenho faltado ao trabalho”).
- **Expectativas:** O que a pessoa espera da consulta ou do tratamento? (ex: “Espero que você me dê um remédio forte”, “Quero entender o que está acontecendo comigo”).

## Compreendendo a Pessoa como um Todo

Já o segundo componente reconhece que a saúde e a doença não existem no vácuo, mas são profundamente influenciadas pelo contexto de vida do indivíduo. O médico de família e comunidade, em especial, deve ir além da biologia e considerar o paciente em seu ambiente completo.

Fatores como a dinâmica familiar, a situação de moradia, o emprego, o nível de escolaridade, a cultura, a religião e a rede de suporte social são cruciais para a compreensão do processo de adoecimento. Por exemplo, um tratamento pode ser inviável para um paciente que não tem condições financeiras de comprar o medicamento, ou pode ser rejeitado por ques-

tões culturais ou religiosas. O médico, ao entender a pessoa em seu todo, consegue personalizar o cuidado e torná-lo mais eficaz e coerente com a realidade do paciente (MEDCOF, 2023).

## **Elaborando um Plano de Cuidado em Conjunto**

Uma vez que o médico entende a doença (o disease) e a experiência do paciente (o illness), e também o seu contexto de vida, o próximo passo é co-criar um plano de tratamento. Este componente se baseia na ideia de “terreno comum”, onde o poder da decisão é compartilhado entre médico e paciente.

Em vez de simplesmente prescrever, o médico apresenta as opções, discute os prós e contras, e negocia as metas de tratamento junto com o paciente. A decisão compartilhada aumenta significativamente a adesão e o engajamento do paciente, pois ele se sente parte ativa e responsável por seu próprio processo de cura (Medway, 2023). É aqui que o médico e o paciente definem juntos o problema a ser manejado, estabelecem as metas e distribuem as responsabilidades.

## **Aprofundando a Relação Médico-Paciente**

Este componente permeia todos os outros e é, em essência, o alicerce do MCCP. Aprofundar a relação não é apenas ser educado; é sobre construir um vínculo de confiança, respeito e empatia.

A escuta ativa é a principal ferramenta. Ela envolve não apenas ouvir o que o paciente diz, mas também prestar atenção ao que não é dito (a linguagem corporal, as pausas e os silêncios). A empatia permite que o médico se coloque no lugar do paciente, compreendendo genuinamente seus sentimentos e medos. Esta relação fortalecida é a principal “tecnologia leve” da medicina de família, pois a própria interação terapêutica pode ter um efeito de cura (MEDCOF, 2023). A longitudinalidade do cuidado na APS (o acompanhamento a longo prazo) é fundamental para que esta relação se desenvolva e se aprofunde com o tempo, tornando cada consulta uma oportunidade para fortalecer o vínculo.

## **2.2 O MCCP na Prática da Atenção Primária à Saúde (APS)**

A transição do modelo biomédico para o MCCP exige a aquisição de novas habilidades e o uso de ferramentas específicas que facilitam a

exploração das dimensões psicossociais e contextuais da vida do paciente. Na APS, onde o cuidado é contínuo e aprofundado, essas ferramentas se tornam essenciais para a construção do vínculo e a gestão de casos complexos.

## Ferramentas e Técnicas

Além da escuta ativa e das perguntas abertas, que são a base de qualquer consulta centrada na pessoa, o médico de família pode utilizar ferramentas visuais para mapear a vida do paciente de forma integral.

- **Genograma:** Um mapa familiar que vai além de uma árvore genealógica tradicional. Ele utiliza símbolos específicos para representar membros da família, suas relações e, mais importante, informações médicas e psicossociais ao longo de gerações. O genograma revela padrões de doenças hereditárias (como câncer ou diabetes), mas também dinâmicas familiares (conflitos, uniões, rupturas) que podem impactar a saúde do paciente (McGoldrick; Gerson, 1985).
- **Ecomapa:** Um diagrama visual que ilustra as conexões do paciente com seu ambiente externo. Ele mostra a rede de apoio (amigos, grupos religiosos, vizinhos), o ambiente de trabalho, a escola dos filhos e outras instituições. O ecomapa ajuda o profissional a visualizar os recursos disponíveis para o paciente e os potenciais estressores em sua vida (McGoldrick; Gerson, 1985).

## 2.3 Benefícios e Desafios da Aplicação do MCCP

Apesar de ser uma abordagem mais humanizada e integral, a implementação do MCCP na prática clínica diária envolve tanto recompensas significativas quanto desafios estruturais e culturais.

### Benefícios

A adoção do MCCP traz vantagens substanciais para todos os envolvidos no processo de cuidado. A sua eficácia não se restringe apenas à experiência subjetiva, mas também se reflete em desfechos clínicos objetivos, a saber:

- **Melhora da adesão ao tratamento:** Quando o paciente participa ativamente da elaboração do plano de cuidados, ele se sente corresponsável e mais motivado a segui-lo. A inclusão de suas

ideias e expectativas torna o tratamento mais realista e viável para sua vida (Tavares et al., 2019).

- **Aumento da satisfação do paciente e do profissional:** O paciente se sente respeitado, ouvido e valorizado, o que eleva sua satisfação com o serviço de saúde. Para o profissional, a medicina se torna mais gratificante e com menos risco de burnout, pois a relação com o paciente é mais significativa, transcendendo a mera prescrição de medicamentos (Tavares et al., 2019).
- **Resultados de saúde mais eficazes:** O MCCP, ao considerar fatores sociais e emocionais, atua sobre os determinantes da saúde que o modelo biomédico ignora. Isso pode levar a uma melhor gestão de doenças crônicas, redução de hospitalizações e melhora da qualidade de vida dos pacientes (Stewart et al., 2017).
- **Fortalecimento do vínculo e da longitudinalidade do cuidado:** Ao longo do tempo, a abordagem centrada na pessoa constrói uma relação de confiança profunda. Esse vínculo é essencial na APS, permitindo que o profissional de saúde conheça o histórico e o contexto do paciente, facilitando a prevenção e o manejo de problemas de saúde complexos ao longo de toda a vida.

## Desafios

Apesar dos benefícios, a implementação do MCCP não é isenta de obstáculos, muitos dos quais estão enraizados na cultura e na organização dos serviços de saúde.

- **Falta de tempo nas consultas:** O modelo tradicional, focado no diagnóstico rápido, é ineficiente em lidar com a complexidade humana. Embora o MCCP possa parecer mais demorado no início, a exploração aprofundada pode economizar tempo a longo prazo, diminuindo retornos desnecessários e a falta de adesão (Stewart et al., 2017).
- **Pressão por alta produtividade:** Muitos sistemas de saúde medem o sucesso pela quantidade de consultas realizadas por hora, incentivando consultas curtas e focadas na patologia. Essa pressão institucional vai na contramão do MCCP, que demanda tempo e espaço para a escuta e a negociação (Tavares et al., 2019).

- **Resistência de profissionais e instituições:** Profissionais formados em modelos tradicionais podem ter dificuldade em abandonar o papel de autoridade para atuar como facilitadores. Além disso, instituições que não valorizam a abordagem biopsicossocial podem não oferecer o treinamento e o suporte necessários para a transição.
- **Dificuldade em lidar com as complexidades psicossociais:** Reconhecer os determinantes sociais e emocionais da doença é um passo, mas o manejo prático dessas questões pode ser desafiador. Muitos profissionais se sentem despreparados para lidar com temas como violência doméstica, pobreza ou problemas de saúde mental, o que pode gerar frustração e sobrecarga.

### Abordagem Interprofissional na Atenção Primária à Saúde

A interprofissionalidade constitui um dos pilares fundamentais para a efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Mais do que a simples presença de diferentes categorias profissionais em uma mesma equipe, trata-se da construção coletiva de práticas assistenciais, nas quais distintos profissionais, não apenas da área da saúde, compartilham responsabilidades, articulam saberes e assumem o senso de pertencimento à equipe, de forma a garantir a integralidade do cuidado. O trabalho multiprofissional envolve ainda fatores sociais, políticos e econômicos, configurando-se como uma construção cotidiana e dinâmica. Esse processo pressupõe aprendizagem contínua, cooperação entre os membros e conhecimento do perfil da população adscrita, considerando suas demandas e necessidades de saúde (PEDUZZI, 2016).

D'Amour et al. (2005) definem colaboração como as situações em que profissionais de diferentes áreas demonstram interesse em trabalhar conjuntamente para oferecer a melhor atenção à saúde dos usuários, reconhecendo, entretanto, seus próprios interesses e certo grau de autonomia. Em vez de reforçar a independência absoluta de cada categoria, a prática colaborativa busca minimizar disputas, reduzir desigualdades nas relações de poder e promover vínculos de parceria e corresponsabilidade interprofissional. Diferentemente do trabalho multiprofissional, no qual cada profissional atua de forma paralela e pouco integrada, o trabalho interprofissional se baseia no diálogo, na partilha de responsabilidades

e na elaboração conjunta de projetos terapêuticos, favorecendo maior resolutividade e humanização do cuidado (PEDUZZI, 2016).

O conceito de “interprofissionalismo” ganhou destaque nas políticas públicas e privadas de saúde, especialmente a partir da valorização da educação interprofissional como critério para regulamentação das práticas em equipe. O prefixo inter remete ao que ocorre no interior de duas ou mais profissões, podendo indicar tanto o encontro quanto a interseção de saberes, resultando em um conjunto construído a partir dos elementos comuns entre elas (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A compreensão dessa atmosfera de trabalho possibilita insights sobre as relações, a organização e os aspectos da colaboração interprofissional. Agreli et al. (2016) descrevem quatro elementos conceituais que a sustentam:

1. Interação e comunicação: favorecem a participação dos membros da equipe nos processos de decisão, criando um ambiente de confiança e respeito mútuo, livre de hostilidade;
2. Objetivos comuns: a percepção compartilhada das metas coletivas e o comprometimento dos profissionais em torno delas fortalecem a coesão do trabalho em equipe;
3. Responsabilidade compartilhada: todos assumem o compromisso pela qualidade e excelência do cuidado, garantindo flexibilidade e corresponsabilidade;
4. Promoção da inovação: o apoio mútuo entre os profissionais possibilita a criação de novas estratégias de aprendizagem e a resposta às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades nos territórios.

Na APS, a abordagem interprofissional é indispensável para lidar com a complexidade das necessidades de saúde da população, uma vez que amplia a capacidade da equipe em compreender o sujeito em suas dimensões biológica, psicológica e social. Essa perspectiva favorece a consolidação do Método Clínico Centrado na Pessoa, fortalecendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o manejo integral de doenças. Além disso, contribui para o fortalecimento dos vínculos com a comunidade e para o desenvolvimento de estratégias de cuidado que considerem os determinantes sociais da saúde (MENDES, 2015).

## Experiências Interprofissionais no Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui experiências consolidadas que evidenciam a relevância da interprofissionalidade. Um exemplo emblemático são os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que foram criados com o objetivo de apoiar o trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) e das equipes de Atenção Básica (eAB). Por meio do matriciamento e da construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), esses núcleos possibilitam a integração de diferentes saberes profissionais e ampliam a resolutividade do cuidado (BRASIL, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram-se como arranjos organizativos compostos por ações e serviços de saúde com diferentes níveis de complexidade e missões assistenciais, articulados de forma complementar e baseados em territórios definidos. Entre seus atributos, destaca-se a atenção básica como primeiro ponto de contato da população com o sistema, funcionando como porta de entrada prioritária. A APS deve estar estruturada em equipes multiprofissionais, capazes de cobrir integralmente a população, coordenando o cuidado e atendendo às diversas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado aos serviços de saúde ocorre por meio das portas de entrada do SUS, sendo garantido pela organização regionalizada e hierarquizada da rede. Nesse contexto, a atenção básica deve cumprir funções essenciais: constituir-se como base do sistema, garantir resolutividade dos problemas de saúde e coordenar o cuidado. Para tanto, é necessária a presença de equipes multiprofissionais, que variam conforme a modalidade, podendo incluir médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e saúde bucal, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, de acordo com as necessidades epidemiológicas e institucionais dos territórios (BRASIL, 2017).

O NASF-AB, portanto, caracteriza-se como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que complementa o trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica. Formado por diferentes categorias da saúde, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, o núcleo busca oferecer suporte clínico, sanitário e pedagógico às equipes

de referência. Mais do que apoio, o NASF-AB integra-se organicamente à rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS), atuando de forma horizontal e interdisciplinar, garantindo a longitudinalidade do cuidado e fortalecendo o vínculo com a comunidade. Seu processo de trabalho é guiado pelas demandas concretas dos territórios, contemplando tanto necessidades de indivíduos e grupos sociais quanto às dificuldades enfrentadas pelas equipes de referência em seus processos de análise e manejo clínico (BRASIL, 2014).

## **Perspectivas e Recomendações**

A consolidação da interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde ainda enfrenta desafios que exigem transformações estruturais e culturais no sistema de saúde brasileiro. Como destacam Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação dos profissionais de saúde deve articular ensino, gestão, atenção e controle social, compondo um “quadrilátero” que permite superar práticas fragmentadas. No entanto, persistem obstáculos relacionados tanto à estrutura acadêmica tradicional, marcada por currículos disciplinares e pouco integrados, quanto ao cotidiano dos serviços, que muitas vezes reproduzem modelos hierarquizados e centrados em categorias profissionais específicas.

No contexto do SUS, Freire Filho et al. (2018) ressalta que a interprofissionalidade ainda enfrenta barreiras significativas, como dificuldades de comunicação entre categorias, resistência à mudança de práticas consolidadas e carência de espaços institucionais para a educação permanente. Tais fatores podem comprometer o potencial resolutivo das equipes e dificultar a efetiva corresponsabilidade no cuidado.

Em contrapartida, experiências nacionais e internacionais apontam caminhos para fortalecer a colaboração entre profissões. Reeves et al. (2010) demonstram que o trabalho interprofissional, quando apoiado por estratégias de formação integradas e ambientes de prática colaborativos, contribui para a melhoria da qualidade assistencial e para a satisfação tanto de usuários quanto de profissionais. Essas evidências reforçam a importância de investir em políticas que promovam a educação interprofissional como eixo estruturante da formação em saúde.

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) configura-se como instrumento estratégico, pois reconhece a necessidade de que os processos de ensino-aprendizagem sejam contínuos, articulados ao cotidiano dos serviços e voltados à transforma-



ção das práticas. A educação permanente, ao valorizar a problematização da realidade e a aprendizagem no trabalho, oferece subsídios para que as equipes multiprofissionais avancem rumo a uma prática interprofissional efetiva, centrada nas necessidades das pessoas e das comunidades.

Assim, o fortalecimento da interprofissionalidade na APS demanda não apenas mudanças curriculares e organizacionais, mas também um compromisso político e social com a construção de práticas mais democráticas, horizontais e integradas. A formação e a educação permanente em saúde, articuladas às políticas públicas e ao controle social, constituem-se como alicerces indispensáveis para que a integralidade do cuidado deixe de ser um ideal distante e se torne uma realidade concreta no cotidiano do SUS.

### **Territorialização e integração com redes de atenção**

A territorialização é mais do que delimitar áreas geográficas. Trata-se de um processo dinâmico de reconhecimento da população adscrita e de seus problemas de saúde, bem como dos recursos comunitários e institucionais disponíveis. Essa prática, fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS), permite que equipes conheçam o perfil epidemiológico e planejem ações coerentes com as necessidades locais (STARFIELD, 2002).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), a descrição territorial é essencial para organizar o cuidado, garantindo que cada cidadão tenha uma equipe de referência. Isso possibilita construir vínculos, acompanhar trajetórias de saúde e desenvolver ações de prevenção e promoção em sintonia com as especificidades de cada comunidade.

No entanto, a territorialização só cumpre sua função quando articulada a uma rede de atenção bem estruturada. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram instituídas como estratégia para superar a fragmentação dos serviços e promover a integralidade. A RAS organiza fluxos entre diferentes pontos de atenção — atenção primária, especializada, hospitalar e de apoio diagnóstico — de maneira horizontal e interdependente, com a APS como centro de comunicação e coordenação do cuidado (MENDES, 2011).

Um desafio recorrente no Brasil é a dificuldade de integração entre níveis de atenção. Muitas vezes, observa-se um descompasso entre a capacidade de resposta da atenção especializada e hospitalar e as demandas encaminhadas pela APS. Esse gargalo gera filas, atrasos e, em alguns casos, agravamento de condições de saúde que poderiam ser resolvidas de forma precoce.

Além dos aspectos estruturais, a integração das redes depende de processos comunicacionais eficientes, sistemas de informação resolutivos e fluxos regulatórios bem definidos. Experiências de sucesso têm mostrado que o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado, associado a instrumentos como o prontuário eletrônico e protocolos integrados de referência e contrarreferência, melhora a articulação e reduz a fragmentação (BRASIL, 2010).

Outro ponto relevante é que a territorialização deve ser vista como processo participativo. A inclusão de lideranças comunitárias e a escuta ativa da população fortalecem a gestão local e aumentam a efetividade das ações em saúde. Essa abordagem vai ao encontro da concepção ampliada de saúde, que compreende determinantes sociais como moradia, educação, segurança e renda (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

## CONSIDERAÇÕES

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil exige mais do que a simples ampliação de recursos ou a implementação de programas pontuais. Trata-se de um processo contínuo que demanda financiamento estável, pactuação federativa, transparência na gestão e compromisso político de longo prazo. A qualificação e fixação da força de trabalho, a adoção de tecnologias digitais, a integração efetiva das redes de atenção e a participação social ativa constituem pilares essenciais para que a APS exerça plenamente seu papel de coordenadora do cuidado. A incorporação do Método Clínico Centrado na Pessoa e da prática interprofissional amplia a resolutividade e a humanização do atendimento, fortalecendo o vínculo entre equipes e comunidade e impactando positivamente os desfechos em saúde. Assim, investir na APS significa não apenas melhorar a qualidade e a eficiência do SUS, mas também reduzir desigualdades e promover um modelo de atenção que reconhece o indivíduo em sua integralidade, consolidando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

## REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Relações interprofissionais no trabalho em saúde: interações e significados. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.
- Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 2010.
- BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- FREIRE FILHO, J. R. et al. Interprofissionalidade em saúde: desafios e perspectivas no contexto brasileiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 457-470, 2018.
- MCGOLDRICK, Monica; GERSON, Randy. *Genograms in family assessment*. New York: W.W. Norton & Company, 1985.
- MCWHINNEY, Ian R. *A textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press, 1997.
- MEDCOF. *Saiba aplicar o MCCP: Método Clínico Centrado na Pessoa*. 2023. Disponível em: <https://medcof.com.br/>. Acesso em: 24 set. 2025.
- MEDWAY. *Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP): saiba mais!* 2023. Disponível em: <https://medway.com.br/>. Acesso em: 24 set. 2025.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde: uma revisita ao conceito e à tipologia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.
- STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- STEWART, Moira et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- TAVARES, João Silva et al. O método clínico centrado na pessoa: um olhar da Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps>. Acesso em: 24 set. 2025.

# OS DESAFIOS DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Bárbara Bueno Pereira<sup>1</sup>  
Felipe Panaino<sup>2</sup>  
Márcio Cristiano de Melo<sup>3</sup>  
Naila Albertina de Oliveira<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um incremento significativo no número de óbitos tanto no cenário brasileiro quanto mundial, sendo uma das principais causas de mortalidade independente da faixa etária. No Brasil, estima-se que cerca de 400 mil pessoas morram anualmente por causas cardiovasculares, o que corresponde a aproximadamente 30% de todas as mortes no país (Oliveira et al. 2023). Dessa maneira, a ressuscitação cardiopulmonar se mostra como um procedimento de extrema importância, visto que há uma crescente na taxa global de paradas cardiorrespiratórias e, com isso, uma redução na taxa de sobrevivência de pacientes que não recebem o suporte básico de vida (SBV) precoce e adequadamente.

Nesse cenário, o SBV na atenção primária à saúde (APS) deve ser realizado de maneira acolhedora, resolutiva e rápida, uma vez que essa rede de assistência é a porta de entrada da população ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017)(De Melo, 2011). Com isso, nota-se a importância da preparação dos profissionais da atenção primária para realização do suporte básico de vida, para que seja oferecido aos pacientes um atendimento rápido e eficiente (Lavras, 2011) (Paim, 2018). Sob essa ótica, o levantamento das informações acerca da preparação desses profissionais se mostra relevante para o entendimento a respeito da qualidade da preparação de equipes

<sup>1</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <https://lattes.cnpq.br/1335721685796148>

<sup>2</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <https://lattes.cnpq.br/7063907563772987>

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>

<sup>4</sup> Doutorado em Ciências da Engenharia de Alimentos (USP). Professora (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/0716354382309034>

multidisciplinares aptas a oferecer esse suporte essencial à manutenção da saúde (De Omena, 2019). Dessa forma, a avaliação acerca do atendimento do SBV é fundamental para mensurar a efetividade e o preparo dos profissionais no atendimento de paradas cardiorrespiratórias.

O objetivo deste estudo é avaliar as evidências científicas e estudos no que se refere ao suporte básico de vida executado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Além disso, buscou-se estimular o preparo desses especialistas na realização das técnicas corretas para ressuscitação cardiorrespiratória, assim como o preparo do ambiente para a realização desses procedimentos.

## DESENVOLVIMENTO

A metodologia adotada neste estudo consistiu em uma revisão integrativa da literatura, a qual reuniu e agrupou os resultados obtidos na pesquisa sobre a temática do conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Primária (APS) no Suporte Básico de Vida. O levantamento foi conduzido em bases de dados indexadas de relevância para a área da saúde, incluindo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a plataforma EBSCO, o Google Acadêmico e o PubMed. A busca contemplou as publicações realizadas no período compreendido entre os anos de 2014 e 2024, com o fundamento de selecionar e analisar as publicações pertinentes à temática.

Para a seleção dos artigos foram usados quatro descritores: suporte básico de vida (SBV), conhecimento em suporte básico de vida, atenção primária à saúde (APS) e profissionais de saúde. As estratégias de buscas foram ligadas pela junção da álgebra booleana AND (suporte básico de vida) AND (atenção primária) AND (conhecimento) E (profissionais de saúde).

Foram incluídos artigos publicados em diferentes nacionalidades, abrangendo estudos publicados no Brasil, em Portugal, em Israel e no Território Palestino, com a finalidade de identificar pontos de proximidade e divergência entre as diferentes nações. Inicialmente foram identificados um total de 20 artigos dentro dos parâmetros de temática e período de tempo de 2014 a 2024. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 15 artigos foram selecionados para compor o trabalho, enquanto 5 foram excluídos por se tratarem de duplicatas encontradas em mais de uma base de dados.

A análise detalhada dos estudos selecionados evidenciou que 13,3% (n=2) abordaram especificamente a utilização de cenários de simulação para treinamento em suporte básico de vida (SBV) voltados a profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto brasileiro, ressaltando a importância de estratégias práticas para o desenvolvimento das habilidades essenciais. Além disso, 20,0% (n=3) dos trabalhos analisados evidenciaram lacunas significativas no conhecimento dos profissionais da APS em relação ao SBV, sendo dois estudos desenvolvidos no Brasil e um em Portugal.

Verificou-se, ainda, que 33,3% (n=5) dos artigos incluídos avaliaram de maneira direta o nível de conhecimento dos profissionais atuantes na APS brasileira, destacando a relevância de mensurar o nível de conhecimento desses profissionais. No que se refere à formação profissional, 13,3% (n=2) dos estudos destacaram a necessidade de capacitação específica para a realização adequada do SBV, com evidências oriundas de Portugal e da Faixa de Gaza, o que indica uma demanda comum em diferentes realidades geográficas e contextos socioeconômicos.

Ademais, 13,3% (n=2) dos trabalhos apontaram a existência de deficiências estruturais e ausência de materiais essenciais como obstáculos à implementação do SBV na APS, sendo essas barreiras evidenciadas em estudos conduzidos no Brasil e em Israel. Por fim, 6,7% (n=1) relataram que a insegurança dos profissionais da saúde compromete de maneira direta a qualidade e a efetividade do atendimento de paradas cardiorrespiratórias. O que ressalta a necessidade de medidas que promovam maior confiança e segurança técnica no desempenho das manobras de SBV.

No Quadro 1 os artigos são organizados de acordo com a classificação previamente elaborada pelos pesquisadores e descrevem de forma detalhada a análise crítica das pesquisas selecionadas no estudo.

**Quadro 1.** Caracterização da amostra dos artigos incluídos no estudo. Araras, SP, Brasil, 2025

Nº	Base de dados	Título	Periódico	Autoria	Objetivos	Conclusão	País
1	LILACS	Construção e validação de cenários de simulação de SBV na APS	O Mundo da Saúde	Bruno O. Carreiro et al.	Construir e validar cenários de simulação clínica de SBV na APS.	Foram elaborados dois cenários; recomenda-se ampliar estudos para qualificação profissional.	BRA
2	LILACS	Simulação e autoconfiança interprofissional na APS	Rev. Enfermagem UERG	Maria B. Siqueira et al.	Verificar impacto da simulação na autoconfiança em emergências na APS.	Simulação favorece aprendizagem e autoconfiança interprofissional.	BRA
3	LILACS, BDENF	Necessidades educacionais sobre demências na ESF	Rev. Bras. Enfermagem	Gislaine D. Costa	Analisar necessidades de médicos e enfermeiros da ESF no atendimento às demências.	Identificaram-se lacunas; proposta de capacitação foi elaborada.	BRA
4	LILACS	Conhecimentos e habilidades em SBV na APS	HU Revista (Online)	Ana P. M. Santos et al.	Avaliar conhecimento e habilidades de SBV em profissionais da APS antes e após curso.	Capacitação foi eficaz, melhorando desempenho frente a PCR.	BRA
5	LILACS	SBV: conhecimento de enfermeiros da ESF	REVISA	Joilton S. Santos et al.	Analisar conhecimento de enfermagem sobre SBV em PCR.	Identificado baixo desempenho; reforçada necessidade de treinamentos contínuos.	BRA

Nº	Base de dados	Título	Periódico	Autoria	Objetivos	Conclusão	País
6	LILACS	Retenção de conhecimento em RCP na APS	Scientia Medica	Lília S. Nogueira et al.	Avaliar retenção de conhecimentos em SBV após um ano de curso.	Houve queda significativa; reforça necessidade de capacitação permanente.	BRA
7	LILACS	Enfermeiros da APS em SBV	Rev. Ciências Médicas	Talita P. R. Moraes et al.	Analisar conhecimento de enfermeiras da APS em SBV e variáveis associadas.	Déficits detectados em técnicas e uso do DEA; atualização é necessária.	BRA
8	PubMed	Articulação Cuidados Primários e Educação em SBV	Acta Médica Portuguesa	Marta Bernardo	Analisar estudo piloto sobre conhecimento em SBV pela população.	Reforça necessidade de formação populacional em SBV.	PRT
9	PubMed	General Public's Knowledge on BLS	Acta Médica Portuguesa	Carla Sá Couto, Abel Nicolau	Avaliar conhecimento da população portuguesa em SBV.	População apresenta conhecimento limitado, sobretudo idosos e menos escolarizados.	PRT
10	LILACS	Treinamento em SBV para APS	Rev. Bras. Med. Família e Comunidade	Luiz E. M. Júnior et al.	Avaliar conhecimentos e habilidades de médicos/enfermeiros em SBV antes e após curso.	Identificaram-se falhas, mas desempenho melhorou após capacitação.	BRA
11	LILACS	SBV: conhecimento de enfermeiros da ESF	REVISA	Joilton S. Santos et al.	Analisar conhecimentos de enfermeiros da ESF sobre SBV em PCR.	Conhecimento abaixo do esperado, reforçando atualização contínua.	BRA



Nº	Base de dados	Título	Periódico	Autoria	Objetivos	Conclusão	País
12	Google Acadêmico	Profissionais da APS em SBV – Senhor do Bonfim (BA)	Rev. Saúde. com	Agnete T. P. Nascimento et al.	Avaliar conhecimento de profissionais antes e após capacitação em SBV.	Houve baixo desempenho inicial, mas melhora significativa após curso.	BRA
13	LILACS	Estrutura da APS para SBV	Saúde e Pesquisa	Fernanda Cassinelli et al.	Descrever estrutura das UBS no atendimento em SBV.	UBS não atendem requisitos mínimos; necessário investimento em estrutura.	BRA
14	Google Acadêmico	Conhecimento, atitude e prática sobre PCR	Nursing (SP)	Mayara S. Claudiano et al.	Avaliar competência de enfermeiros da APS em PCR.	Profissionais apresentam fragilidades; queda de habilidades após um ano de capacitação.	BRA
15	EBSCO	Emergency Preparedness of PHC in Gaza	Prehospital and Disaster Medicine	Maisara A. Alrayyes et al.	Avaliar preparo de centros de saúde de Gaza para emergências.	Estruturas inadequadas; necessidade de treinamento em emergências.	PSE
16	EBSCO	Cardiopulmonary arrest in primary care clinics	Israel J. Health Policy Research	Sharon Einav et al.	Determinar preparo de médicos da APS para RCP em clínicas.	Clínicas mal equipadas; médicos despreparados para PCR.	ISR

O treinamento em Suporte Básico de Vida (SBV) é de fundamental importância para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), pois capacita-os a agir prontamente em situações de emergência, especialmente em casos de parada cardiorrespiratória. O estudo mencionado evidencia uma fragilidade sistêmica no preparo e na resposta desses profissionais, destacando a necessidade urgente de capacitação contínua nesta área crucial.

O SBV engloba um conjunto de técnicas e procedimentos que podem salvar vidas quando aplicados corretamente e em tempo hábil. Para os profissionais da APS, que muitas vezes são o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, dominar essas habilidades é essencial. Um atendimento rápido e eficaz em casos de emergência cardiorrespiratória pode significar a diferença entre a vida e a morte, ou entre a recuperação total e sequelas graves.

A implementação de treinamentos sistemáticos em SBV para as equipes multidisciplinares da APS é fundamental para superar as deficiências observadas tanto no conhecimento teórico quanto nas habilidades práticas. Esses treinamentos devem incluir simulações realísticas, que permitem aos profissionais praticar e aperfeiçoar suas técnicas em um ambiente controlado, aumentando sua confiança e preparação para situações reais de emergência.

Além da capacitação profissional, é crucial adequar as Unidades Básicas de Saúde com equipamentos e materiais apropriados para o atendimento de emergências. Isso inclui desfibriladores externos automáticos, equipamentos de ventilação e outros recursos essenciais para o SBV. A combinação de profissionais bem treinados e recursos adequados potencializa a eficácia do atendimento e aumenta as chances de sobrevivência dos pacientes.

O treinamento em SBV também contribui para a formação de uma cultura de segurança e prontidão nas unidades de APS. Profissionais capacitados podem não apenas atender emergências, mas também educar a comunidade sobre a importância do reconhecimento precoce de situações de risco e as ações iniciais a serem tomadas. Isso cria uma rede de proteção mais ampla, estendendo os benefícios do treinamento para além das paredes da unidade de saúde.

Em conclusão, o investimento em treinamento de SBV para profissionais da APS é uma estratégia crucial para melhorar a qualidade do atendimento de emergência e salvar vidas. Ao superar o atual cenário de fragilidade através de capacitação contínua, simulações práticas e adequação de recursos, às unidades de APS podem se tornar verdadeiros bastiões de pronto-atendimento, capazes de oferecer respostas rápidas e eficazes em situações críticas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2017 set 22; 183 (seção 1):68. Disponível em: <https://is.gd/u9c8Ti>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://is.gd/Am9Sic>.

DE MELO, M.C.B. Urgência e emergência na atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: UNA-SUS; 2011. Disponível em: <https://is.gd/EwrsKI>.

DE OMENA, Malena B.S.F, et al. Educational Intervention Concerning Urgency And Emergency In Primary Health Care [Internet]. 2019. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/educational\\_primary\\_care.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/educational_primary_care.pdf).

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização De Redes Regionais De Atenção à Saúde No Brasil. Saúde e Sociedade. 2011; 20: 867-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

OLIVEIRA, Gláucia M. M; BRANT, Luisa C. C; POLANCZYK, Carise A, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. Arq Bras Cardiol. 2023;120(6):e20230515. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240079>.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) Aos 30 Anos. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23:1723-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

# ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA: INTERFACES COM A APS, ACESSO A SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS

Isabela Batini<sup>1</sup>

Maria Antonia Mendes Bruneri<sup>2</sup>

Rafaela Alves Dinardi<sup>3</sup>

Luísa Frederico Makita<sup>4</sup>

Rogério Luiz Aires Lima<sup>5</sup>

Maria Carla Vieira Pinho<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas sociais da história brasileira, materializando o direito constitucional à saúde em sua dimensão universal, integral e equânime. Desde sua criação, organiza-se em redes articuladas capazes de responder à complexidade crescente das necessidades da saúde da população, marcada tanto por doenças agudas quanto por crônicas e pela necessidade de cuidados de alta densidade tecnológica. Desse modo, compreender como se organizam as interfaces entre a Atenção Primária, a Atenção Especializada e a regulação dos fluxos assistenciais é fundamental não apenas para a eficiência técnica do sistema, mas também para garantir cuidado contínuo e dignidade aos usuários. Trata-se, portanto, de refletir sobre processos que, mais do que apenas administrativos, impactam diretamente a experiência dos usuários dos SUS em busca de acolhimento, resolutividade e segurança em sua trajetória de saúde.

<sup>1</sup> Medicina PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/9111347990364643>

<sup>2</sup> Medicina PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/2466407600916292>

<sup>3</sup> Medicina PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/979874980447739>

<sup>4</sup> Medicina PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/9583089597818978>

<sup>5</sup> Doutor em Ciências da Saúde (IAMSPE — SP). Doutor em Patologia Ambiental e Experimental (UNIP). Médico Neurocirurgião. Coordenador da Medicina (PUC-PR). CV: <https://is.gd/C988SS>

<sup>6</sup> Doutora em Educação, Cultura e História da Arte (MACKENZIE). Enfermeira. Docente (UEL). CV: <http://lattes.cnpq.br/2681535839164713>

## DESENVOLVIMENTO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo amplamente reconhecida como a principal porta de entrada do sistema e o ponto de articulação do cuidado ao longo do tempo. Sua atuação transcende o atendimento clínico individualizado, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o manejo de condições crônicas e a interlocução com os demais níveis de atenção. Nesse sentido, “a APS não se limita a tratar sintomas; ela atua na identificação precoce de fatores de risco, na educação em saúde e na implementação de estratégias de prevenção que impactam diretamente a morbimortalidade da população” (BRASIL, 2022a, p. 55).

No entanto, a crescente complexidade dos quadros clínicos e a necessidade de tecnologias especializadas impõem limites à resolutividade da APS. Condições como insuficiência cardíaca avançada, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em estágio grave ou diabetes mellitus com complicações vasculares frequentemente requerem a intervenção de especialistas, exames de maior complexidade e terapêuticas específicas. Dessa forma, torna-se essencial o fortalecimento da interface entre a APS e os níveis secundário e terciário, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado, a integralidade das ações e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários.

Os principais mecanismos operacionais dessa interface são a referência e a contrarreferência. A referência, entendida como o encaminhamento da APS para serviços especializados, deve ser realizada com base em critérios clínicos bem definidos, incluindo histórico detalhado, exames prévios, hipóteses diagnósticas e objetivos claros. A Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, reforça o papel da APS como coordenadora do cuidado, indicando que os encaminhamentos devem refletir necessidades clínicas reais (BRASIL, 2022a, p. 18). Isso evita desperdícios, retrabalho e consultas desnecessárias. Por exemplo, em casos de hipertensão resistente, é fundamental que o paciente seja direcionado a um serviço de referência com documentação adequada sobre o uso de medicamentos, registros pressóricos e evolução clínica.

Por sua vez, a contrarreferência é a devolutiva do especialista à equipe da APS, contendo informações sobre diagnóstico, condutas realizadas,

resultados de exames e orientações para seguimento. Quando essa devolutiva não ocorre, o cuidado torna-se fragmentado, e o paciente passa a ser o principal responsável por comunicar sua trajetória assistencial, o que pode resultar em falhas terapêuticas, duplicação de medicamentos ou perda do seguimento clínico. Segundo o Ministério da Saúde, “sua ausência fragmenta o cuidado, deixando o paciente responsável por gerenciar seu próprio percurso assistencial” (BRASIL, 2017, p. 41), o que é especialmente arriscado em doenças crônicas complexas.

A comunicação efetiva entre os níveis de atenção é uma condição essencial para que essa interface funcione de forma eficaz. A Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, que institui o Programa Telessaúde Brasil, exemplifica como tecnologias da informação podem ser utilizadas para facilitar o intercâmbio de informações clínicas entre profissionais da APS e especialistas, por meio de interconsultorias virtuais (BRASIL, 2011, p. 3). Esse modelo tem o potencial de reduzir encaminhamentos desnecessários, agilizar decisões clínicas e ampliar a resolutividade da APS. Além disso, quando disponíveis, os sistemas de prontuário eletrônico interoperáveis possibilitam o acompanhamento em tempo real de exames, laudos e condutas definidas em outros níveis, fortalecendo a integralidade do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, consolida a coordenação do cuidado como uma das funções essenciais da APS. Segundo o documento, “a Atenção Básica tem papel estruturante na coordenação do cuidado, devendo organizar as informações clínicas, revisar condutas propostas por especialistas, e garantir o acompanhamento longitudinal dos usuários” (BRASIL, 2017, p. 23). Essa coordenação é fundamental, especialmente no acompanhamento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e doenças respiratórias crônicas, pois previne internações evitáveis, erros de medicação e exames redundantes.

Em situações de agudização clínica, a retomada do cuidado pela APS após uma alta hospitalar é igualmente crucial. Pacientes que passaram por eventos agudos como infarto do miocárdio, cirurgias ortopédicas ou exacerbações de DPOC devem ser monitorados de perto para evitar complicações ou reinternações. “Pacientes que sofreram eventos cardiovasculares, cirurgias ortopédicas ou exacerbações graves de DPOC

necessitam de monitoramento próximo, educação em saúde e ajustes de medicação” (BRASIL, 2022a, p. 60), reforçando o papel contínuo da APS após a intervenção especializada.

A regulação dos fluxos assistenciais complementa a função de coordenação, organizando o acesso aos serviços com base em critérios clínicos, tempos máximos de espera e disponibilidade de recursos. De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024, “a eficiência da regulação depende da qualidade dos encaminhamentos e da contrarreferência” (BRASIL, 2024, p. 5), destacando a importância de um processo bem estruturado para garantir prioridade a casos urgentes e uso racional dos recursos.

Apesar dos avanços normativos e tecnológicos, persistem desafios importantes na articulação entre a APS e os níveis especializados. A fragilidade da contrarreferência, a ausência de integração entre sistemas de informação, a heterogeneidade nos fluxos regulatórios e a escassez de especialistas em regiões remotas comprometem a continuidade do cuidado. Como afirma o Ministério da Saúde, “a escassez de especialistas em regiões remotas e a concentração de recursos em grandes centros urbanos reforçam desigualdades de acesso, tornando a função coordenadora da APS ainda mais estratégica” (BRASIL, 2017, p. 45).

Diversas estratégias vêm sendo adotadas para superar essas barreiras. Protocolos clínicos integrados ajudam a definir com clareza os critérios para resolução de casos na APS ou para encaminhamento, trazendo maior segurança clínica. As ferramentas de Telessaúde e interconsultorias virtuais têm demonstrado grande potencial para ampliar a capacidade resolutiva da APS sem exigir deslocamento físico do paciente. O apoio matricial, por sua vez, promove trocas entre especialistas e equipes da APS, estimulando o aprendizado mútuo e a corresponsabilização. A chamada regulação formativa, que alia educação permanente à qualificação dos fluxos de acesso, tem se mostrado eficaz na melhoria da qualidade dos encaminhamentos. E, finalmente, a implementação de prontuários eletrônicos interoperáveis representa um avanço significativo na garantia da integralidade do cuidado, permitindo que todas as informações do paciente estejam acessíveis em diferentes pontos da rede.

Em síntese, a integração entre a Atenção Primária e os níveis secundário e terciário representa um dos pilares centrais para a efetividade do SUS. Quando essa interface é estruturada de forma eficiente, promove-se a continuidade do cuidado, evita-se a duplicação de procedimentos e potencializa-se a capacidade resolutiva da APS. No entanto, para que esse processo seja realmente efetivo, são necessários investimentos consistentes em gestão, infraestrutura tecnológica, formação profissional e mudanças culturais entre os trabalhadores da saúde. Como reforça o Ministério da Saúde, “sua efetividade depende de investimentos em gestão, tecnologia, capacitação profissional e mudanças culturais entre os profissionais de saúde, em alinhamento com as diretrizes do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2024, p. 8).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), constituiu-se como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Para garantir a efetividade desses princípios, o SUS organiza-se em redes de atenção à saúde, estruturadas em três níveis: atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária à saúde (APS) é a porta preferencial de entrada do usuário no SUS, atuando na resolução da maioria dos problemas de saúde e coordenando os serviços de cuidado. As redes de atenção à saúde têm como objetivo a cooperação entre os serviços, de forma horizontal, no qual o cliente seja completamente assistido por meio de ações integrais de promoção, prevenção, cuidado, reabilitação e tratamento paliativo. A atenção especializada é subdividida em secundária e terciária, sendo responsável por atender demandas de média e alta complexidade, respectivamente (Brasil, 1990).

A atenção secundária abrange serviços de média complexidade, como consultas ambulatoriais médicas e odontológicas, atendimento de urgência e emergência, serviços de saúde mental, exames laboratoriais e de imagem. Além de cirurgias de pequeno porte e médio porte (Brasil, 2022). Trata-se de um nível assistencial que apresenta uma densidade tecnológica intermediária, localizada entre àquela disponível nas atenções primária e secundária. Na rede de saúde, o nível de atenção secundário apresenta densidade tecnológica intermediária entre a atenção secundária e terciária (Brasil, 2010). O atendimento nesses serviços ocorre de duas formas, por



livre demanda para atendimentos de urgência ou demanda regulada pelo Sistema de Regulação do SUS (Sisreg).

Por sua vez, a atenção terciária corresponde à atendimentos de alta complexidade envolvendo hospitais gerais e universitários, Santas Casas, unidades de terapia intensiva (UTIs) serviços de oncologia, cardiologia, neurologia, nefrologia, centros de transplantes e procedimentos de alta tecnologia (Erdmann et al., 2013). Esse nível concentra recursos humanos e tecnológicos altamente especializados, competentes para solucionar casos graves e condições crônicas que demandam cuidado intensivo. A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável pela regulação, avaliação e controle da qualidade desses serviços, além de promover políticas públicas voltadas à atenção hospitalar, domiciliar, urgência e emergência (Brasil, 2011).

Diversos instrumentos vêm sendo incorporados para aprimorar o processo de encaminhamento de atendimentos. O prontuário eletrônico integra informações clínicas do usuário, possibilitando maior continuidade do cuidado e comunicação mais eficiente entre os diferentes níveis de atenção. O sistema de acesso regulado à atenção (como o Sisreg e o SAES) centraliza as solicitações de consultas, exames e procedimentos, garantindo maior transparência e monitoramento da fila de espera. O cartão nacional de saúde (Cartão SUS) funciona como um identificador único do usuário, facilitando o armazenamento de informações e o acompanhamento da linha de cuidado. Por sua vez, o transporte em saúde, por meio de sistemas municipais ou regionais, garante que pacientes em áreas remotas ou que apresentam limitações de mobilidade tenham acesso aos serviços especializados, diminuindo desigualdades territoriais.

Segundo Mendes, a coordenação do cuidado é essencial para a integralidade da atenção, sendo a atenção primária o ponto central dessa articulação (Mendes, 2010). Todavia, a fragmentação dos serviços e as limitações de comunicação entre os níveis de atenção continuam representando obstáculos significativos à efetividade da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma, a integração da atenção especializada com os fluxos bem definidos e mecanismos de referência e contrarreferência é uma condição indispensável para a continuidade do cuidado — (Moraes et al., 2019).

Apesar dos avanços alcançados na estruturação da RAS, ainda existem barreiras no acesso à atenção especializada. Dentre elas, destacam-se a insuficiência de profissionais especializados, a desigualdade na distribuição geográfica dos serviços, o atraso na realização de exames e procedimentos e os empasses relacionados à regulação do acesso. Essas limitações não comprometem apenas o prognóstico clínico dos pacientes, mas também sobrecarregam a atenção primária e os serviços de urgência (Viana; Silva, 2014).

A melhoria desses desafios requer estratégias múltiplas, como o aumento da oferta de serviços especializados, a qualificação da atenção primária como coordenadora do cuidado e o fortalecimento dos sistemas de regulação. Com isso, a incorporação de tecnologias da informação, como o prontuário eletrônico e os sistemas integrados de regulação, representam o melhor caminho para aprimorar a comunicação entre os níveis de atenção e otimizar a gestão dos recursos disponíveis.

O acesso à atenção secundária e terciária é um pilar fundamental para a efetividade do SUS. A conexão entre os diferentes níveis de atenção, a regulação qualificada e o aumento da oferta de serviços especializados são elementos essenciais para garantir a integralidade do cuidado e a equidade no acesso. Reforçar a atenção primária como coordenadora do sistema, promover melhorias em mecanismos de integração entre os serviços e expandir o uso de tecnologias da informação são estratégias essenciais para organizar um modelo de saúde resolutivo, eficiente e centrado nas necessidades do povo.

Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil são estabelecidos pela Portaria Nº 4.279, de 30 Dezembro de 2010, que institui diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, sendo eles: atenção primária, secundária e terciária, estes níveis de atenção e assistência à saúde são utilizados na organização dos tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS com o objetivo de proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos, com equidade, qualidade e resolutividade (BRASIL, 2010).

A ação regulatória dos fluxos assistenciais é uma função de gestão, mas sua atuação se desenvolve na rede assistencial, interligando dimensões do sistema de saúde permeadas por interesses conflitantes, que se caracteriza por procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executadas

conscientemente por atores sociais utilizando-se das regras vigentes para disponibilizar os recursos assistenciais disponíveis no sistema de saúde (BARBOSA; GUIMARAES, 2021). Relaciona-se à atividade do Estado, ligada às funções normativa, administrativa, econômica, política e de governança, utilizadas nas diferentes formas de intervenção que impõem medidas nas esferas de decisão, na busca por alcançar a otimização na alocação e na distribuição dos recursos públicos (BASTOS *et al.*, 2020).

Segundo a Política Nacional de Regulação do SUS a regulação do acesso à assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

De acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS 2002 a regulação assistencial é definida como o principal instrumento na busca da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão de forma organizada, qualificada, oportuna e equânime. A regulação aparece junto com o controle e a avaliação, devendo ser coerente com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde (BRASIL, 2002).

Segundo Bastos *et al.*, 2020 a regulação dos fluxos assistenciais tem sido uma ferramenta importante porém apresenta algumas falhas e desafios que limitam a eficácia do processo como problemas no fluxo de informações entre a atenção primária e a regulação, indisponibilidade de leitos e grande demanda. Os autores também descrevem os fatores facilitadores para a regulação, entre eles estão a melhoria na atenção primária e incrementos de recursos financeiros para a saúde e reestruturação e reorganização dos procedimentos internos de regulação para garantir acesso e equidade, e tornar a rede de saúde resolutiva e humanizada, constituindo uma potência de fomentar a avaliação para a tomada de decisão (BASTOS *et al.*; 2020).

Dessa forma a regulação dos fluxos assistenciais se torna uma ferramenta fundamental para lidar com o problema das filas de espera para

acesso à Atenção Ambulatorial Especializada, funcionando como um observatório da rede de atenção à saúde e como uma ferramenta para gestão do sistema de saúde, fazendo interface com todos os serviços, incluindo a Atenção Primária à Saúde. Portanto a regulação de fluxos assistenciais promove a otimização da jornada do paciente dentro do sistema de saúde, visando que ele seja atendido no nível adequado e no tempo necessário, promovendo mais eficiência e qualidade nos cuidados de saúde.

A organização de fluxos assistenciais constitui um eixo fundamental para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois define o percurso que o usuário realiza entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ao estruturar esses caminhos, busca-se assegurar que a integralidade e a continuidade do cuidado sejam garantidas, evitando fragmentação e tornando o acesso mais equânime e racional. No marco normativo brasileiro, esse conceito é estabelecido pela Portaria nº 4.279/2010, que reconhece a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos assistenciais. Mais do que uma diretriz técnica, a organização de fluxos no SUS expressa uma escolha política: priorizar o cuidado integral, articulado e centrado no cidadão.

As portas de entrada ao sistema são majoritariamente representadas pela APS, que concentra a função de acolher, avaliar, estratificar risco e iniciar a condução clínica. Esse protagonismo da APS é reforçado por políticas nacionais e por evidências que demonstram que sistemas baseados em atenção primária forte apresentam maior efetividade clínica, menores custos e maior satisfação dos usuários. No entanto, no contexto brasileiro, a insuficiência de cobertura, a variação na qualidade das equipes e a heterogeneidade da infraestrutura ainda limitam esse potencial. A literatura nacional aponta que, quando a APS assume de fato o papel ordenador, há racionalização no uso de serviços especializados e fortalecimento da continuidade do cuidado (MELO et al., 2021).

Os critérios de encaminhamento constituem o segundo pilar da organização dos fluxos. Eles são fundamentais para evitar tanto a sobrecarga dos serviços especializados quanto a perda de oportunidades de diagnóstico precoce. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas elaborados em diferentes estados e municípios têm buscado padronizar os pedidos de consultas e exames, reduzindo a variabilidade entre profissionais e promovendo maior

equidade. Sousa et al. (2019), em revisão integrativa sobre regulação no Brasil, demonstram que a ausência de protocolos claros ainda é um dos principais fatores que explicam encaminhamentos desnecessários e filas excessivas. Nesse sentido, a padronização do encaminhamento não apenas aumenta a pertinência dos pedidos, mas também fortalece a integração entre os níveis assistenciais.

As regras de prioridade são operacionalizadas pelas Centrais de Regulação, que classificam solicitações com base em critérios de risco clínico, urgência e vulnerabilidade social. Esse processo tem papel duplo: organiza a fila de acesso de forma mais justa e otimiza a utilização de recursos escassos. Experiências estaduais ilustram avanços nessa área, como a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), em São Paulo, que introduziu maior transparência na distribuição de vagas, ou o uso de plataformas informatizadas no Paraná e na Bahia, que permitem classificar demandas em tempo real (ALVES et al., 2019). Ainda assim, estudos apontam que, apesar dos avanços tecnológicos, a ausência de critérios clínicos universais e a pressão política sobre as vagas são obstáculos recorrentes para a efetividade da regulação no Brasil.

A contrarreferência é considerada um dos maiores desafios da rede e, ao mesmo tempo, um dos componentes mais negligenciados na prática cotidiana. Pacientes encaminhados à atenção secundária ou terciária frequentemente retornam à APS sem registro adequado da conduta adotada ou sem plano terapêutico definido, o que compromete a continuidade do cuidado. Essa falha acentua a fragmentação e enfraquece o papel ordenador da APS. Cecílio e Carapinheiro (2020) chamam atenção para a necessidade de fluxos de devolutiva obrigatória como estratégia para equilibrar a centralidade excessiva da atenção especializada. Municípios que implementaram protocolos de contra referência obrigatória ou integração entre sistemas informatizados mostram ganhos concretos em resolutividade e redução de encaminhamentos repetidos.

A comunicação entre serviços sustenta todo o processo de organização de fluxos. No Brasil, instrumentos como o Sistema de Regulação (SISREG), o e-SUS AB e sistemas próprios de alguns estados (como o CROSS) têm possibilitado maior rastreabilidade do percurso do paciente, ampliando a integração entre os níveis de atenção. Contudo, a literatura

aponta que limitações tecnológicas, baixa interoperabilidade e carência de qualificação profissional ainda reduzem a efetividade desses sistemas (MACHADO et al., 2018). A comunicação entre níveis não deve restringir-se ao agendamento: ela precisa assegurar feedback clínico, compartilhamento de informações essenciais e monitoramento contínuo de indicadores de acesso.

Embora a literatura internacional forneça evidências sobre os benefícios de modelos de gatekeeping e ferramentas digitais de eReferral na organização de fluxos (BLANK et al., 2014; AZAMAR-ALONSO et al., 2019), tais estratégias precisam ser adaptadas à realidade brasileira. O SUS, ao se fundamentar em universalidade, equidade e integralidade, apresenta desafios específicos, como desigualdades regionais, subfinanciamento histórico e sobrecarga da atenção especializada. Por isso, qualquer inovação tecnológica ou organizacional deve dialogar com esses contextos e ser acompanhada de políticas de financiamento, valorização profissional e fortalecimento da APS.

Em síntese, a organização dos fluxos assistenciais no SUS é construída a partir da articulação entre portas de entrada definidas, critérios de encaminhamento claros, regras de prioridade justas, contra referência efetiva e comunicação eficiente entre serviços. Esses elementos, integrados a protocolos clínicos, tecnologia de informação e processos de gestão, traduzem em prática os princípios constitucionais do sistema. Mais do que um arranjo técnico, organizar fluxos assistenciais é um compromisso com a equidade e com a vida das pessoas, exigindo não apenas normativas, mas também investimentos concretos, capacidade de gestão e engajamento ético dos profissionais de saúde.

## CONSIDERAÇÕES

A análise das interfaces entre a Atenção Primária, a Atenção Especializada e a regulação dos fluxos assistenciais demonstram que o SUS, embora enfrente barreiras estruturais, regionais e organizacionais, apresenta um potencial ímpar de cuidado integral e centralizado no cidadão. O fortalecimento da coordenação pela APS, a consolidação de mecanismos de referência e contrarreferência, o investimento em tecnologia da informação e a expansão do acesso aos serviços especializados caracterizam estratégias

essenciais para diminuir desigualdades e promover maior efetividade. Muito mais do que aprimorar processos de gestão, trata-se de reafirmar um compromisso ético e social com a vida, reconhecendo cada usuário não como um número em filas ou sistemas, mas como pessoas dotadas de direitos. Assim, a organização dos fluxos assistenciais precisa ser vista como um movimento contínuo de aperfeiçoamento, no qual técnica e humanidade caminham lado a lado,

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; et al. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3813-3824, 2017.

ALVES, C. K. A. et al. A regulação em saúde no SUS: desafios para a integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2137-2146, 2019.

AZAMAR-ALONSO, A. et al. Electronic referral systems in health care: a scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, v. 129, p. 75-84, 2019.

BARBOSA, Deise Santana de Jesus; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Os atores da regulação assistencial no SUS: quem regula a rede?. *Saúde em Debate*. v. 45, n. 129, abr/jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112903>

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues; BARBOSA, Maria Alves; ROSSO, Claci Fátima Weirich; et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. v. 54, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>

BLANK, L. et al. Referral interventions from primary to specialist care: a systematic review of international evidence. *British Journal of General Practice*, v. 64, n. 629, p. e765-e774, 2014.

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. Disponível em: <https://is.gd/Nuwkjf>. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da Assistência à saúde — NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <https://is.gd/SvS6AL>. Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://is.gd/Xhqlm>. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010. Disponível em: <https://is.gd/d8EQLW>. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação: redes de atenção à saúde. Módulo 4. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <https://is.gd/4emBwm>. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Aprova normas para organização da atenção à saúde no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, 2022. Disponível em: <https://is.gd/WJ0J9E>. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Dispõe sobre regulação e organização de fluxos assistenciais na atenção especializada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Importância do SISREG enquanto ferramenta de gestão facilitadora do acesso à marcação de consultas especializadas. João Pessoa: HUIB/UFCG, 2020. Disponível em: <https://is.gd/JmQmkT>. Acesso em: 21 set. 2025.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G. Regulação em saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. Saúde e Sociedade, v. 29, n. 3, p. e190553, 2020.

DAMIANI, G.; et al. Patients' perspectives on the medical primary-secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. BMJ Open, v. 5, n. 10, e008708, 2015.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, p. 131–139, jan./fev. 2013. Disponível em: <https://is.gd/UfcNDi>. Acesso em: 28 set. 2025.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. O papel da regulação do acesso em sistemas universais de saúde: lições para o SUS. Saúde em Debate, v. 42, n. esp. 1, p. 224–238, 2018.

MELO, E. A. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a APS nas políticas nacionais do SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 1, p. e310109, 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <https://is.gd/x9Mp8Z>. Acesso em: 28 set. 2025.



MENDES, L. S.; ALMEIDA, P. F. Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms? *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 121, 2020.

MORAES, L. F. et al. Acesso e equidade na atenção à saúde de alta complexidade no SUS. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 11, p. e1230, 2019.

Disponível em: <https://is.gd/pZBzX3>Acesso em: 21 set. 2025.

OLIVEIRA, T. M.; et al. A interface entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada em cenário de descentralização de cuidados em HIV/Aids. *Saúde em Debate*, Brasília, v. 44, n. 126, p. 40-55, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Global Monitoring Report. Genebra: OMS, 2019.

SMITH, S. M.; et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *BMJ Open*, v. 7, n. 4, e012497, 2017.

SILVA, L. E. A.; et al. Coordination of care and longitudinality in primary health care in the Brazilian Amazon. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 121, 2020.

SOUSA, I. M. C. et al. Regulação em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 247-260, 2019.

VIANA, A. L. D.; SILVA, L. B. Acesso à atenção especializada no SUS: uma análise da regulação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 51, p. 647-660, 2014. Disponível em: <https://is.gd/bVCZXs>. Acesso em: 21 set. 2025.

# A TRAVESSIA DO CAPS DE SERVIÇO SINGULAR PARA MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: UMA CARTOGRAFIA DO CAMPO DE BATALHA DE UMA REVOLUÇÃO PARADIGMÁTICA

Bernardino Pereira Lopes Neto<sup>1</sup>  
Camila Cristina de Oliveira Rodrigues<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica se integra no contexto de um movimento social mais amplo, que foi o movimento da reforma sanitária e é considerada, por Desviat (1999), um dos mais promissores processos de crítica e transformação no campo da saúde mental e da psiquiatria mundial.

Paulo Amarante entende a reforma psiquiátrica como um processo de transição paradigmática. Por paradigma, o autor parte da noção de realizações científicas que apresentam problemas e soluções para determinada realidade. Nesse sentido, é fundamental reconhecer que o movimento da reforma psiquiátrica se construiu em um campo de batalhas que vai muito além da simples queda dos muros dos hospitais (Amarante, 2003).

Assim, esse movimento parece sintetizar fatos e ações às vezes contraditórios: os movimentos de crítica e/ou superação do modelo assistencial asilar iniciado no pós-guerra; o desenvolvimento da indústria farmacêutica a partir da década de 1950; as legitimações da Declaração de Caracas, em 1990, na América Latina; a mudança da sociedade disciplinar para a sociedade de controle; a expansão do liberalismo e enxugamento do Estado, entre outros.

---

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (FIOCRUZ). Psicólogo. Trabalhador do CAPS de Barretos/SP. CV: <http://lattes.cnpq.br/1146434056758413>

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia (UNESP e Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Psicóloga. Trabalhadora do SUS Campinas/SP. Docente (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/9211629143042899>

No Brasil, podemos destacar alguns marcos importantes que legitimam a reforma, tais como: a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental no Rio de Janeiro em 1978, a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luís da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, em 1987, o Congresso de Bauru, que instituiu o Dia Nacional da Luta antimanicomial e cunhou o lema *por uma sociedade sem manicômio*, também em 1987, a intervenção histórica da Casa de Saúde Anchieta e criação dos NAPS em Santos, em 1989, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, o projeto de lei Paulo Delgado, de 1989 e as portarias nº 189/1991, nº 224/1992 e nº 336/ 2002, além da criação das associações de usuários familiares e amigos em todo país.

Apesar das conquistas citadas apontarem para uma mudança no campo da saúde mental, temos que admitir que o paradigma hospitalocêntrico ainda é dominante e, às vezes, parece ganhar fôlego com pesquisas e financiamentos patrocinados pela indústria médica e farmacêutica, que tentam simplificar a complexidade do existir humano.

Desse campo de tensões e batalhas, entre outras coisas, nasceu o CAPS, que, originalmente, foi um serviço experimental, criado com o objetivo de buscar uma “atenção integral a pessoas com graves acentuamentos psíquicos em estrutura intermediária, entre a hospitalização psiquiátrica e a vida comunitária” (Coordenadoria de Saúde Mental — SES/SP, 1987, p. 01).

Cabe destacar que inicialmente o CAPS não tinha a pretensão de servir como modelo de saúde mental. Apesar de ter conseguido reduzir consideravelmente a frequência de internação de seus usuários, o CAPS não tinha como objetivo ser um serviço substitutivo, tampouco almejava superar o saber psiquiátrico. Esse serviço foi inventado com o intuito de promover mudanças singelas no campo da saúde mental de seu território.

Por outro lado, em Santos, os NAPSs se constituíram em uma rede de serviços territorializada, inspirada na experiência de Trieste, e, como tal, priorizaram trabalhos que produzissem marcas na cultura e no imaginário social sobre a loucura. Os santistas defendiam a ideia que qualquer serviço criado para ser intermediário, com o intuito de minar de forma gradual o manicômio, correria sério risco de ser incorporado ao manicômio (Barros, 1994).

Como se pode acompanhar por meio de uma análise de documentos, sobretudo após a publicação da portaria 336/2002, o “modelo CAPS” passou por um processo de institucionalização nacional, sendo implementado em todo país (Brasil, 2002). Desde então, esse modelo vem sendo reproduzido, muitas vezes esvaziado de sentido, singularidade e história, fato que pode contribuir com a atual tensão entre o instituinte e o instituído e com a fragmentação do cuidado em saúde mental que se preconizava integral e multiprofissional (Campos, 2001).

Assim, o CAPS, foi um serviço que originalmente nasceu para combater a estigmatização, cronificação e institucionalização das pessoas, engendradas no interior das práticas psiquiátricas, mas tem se apresentado, em muitos contextos, como um espaço que sofre e reproduz os problemas que se propôs a tratar.

Nesse sentido, acredita-se que é preciso se atentar para como se apresentam, ou se representam as instituições e os modelos de cuidado depois de mais de duas décadas de reforma psiquiátrica, para refletir sobre como é possível se relacionar com elas. Por essa razão, este capítulo propõe uma discussão sobre o CAPS e sua realidade complexa, tensa e ainda em construção cuja expectativa é a superação do paradigma asilar no Brasil.

Cabe ressaltar que por paradigma asilar (também conhecido como paradigma hospitalocêntrico e manicomial), entende-se a doença mental a partir de causas predominantemente biológicas, sendo a estratégia de intervenção, o isolamento e as terapias medicamentosas, por meio de supressão dos sintomas. A instituição, historicamente responsável pelas práticas manicomiais, é o hospital psiquiátrico. Esse modo de racionalidade moderno do qual faz parte a psiquiatria clássica, cujas tecnologias são o método, a neutralidade e a busca por uma verdade que seja universal, têm originado práticas sociais como exclusão, violência e intolerância (Costa-Rosa, 1999).

Assim, acreditamos que ao cartografar alguns movimentos dos trabalhadores de saúde mental, tentando conhecer como eles representam e avaliam suas ações cotidianas, quais suas referências (como foram produzidos), angústias e suas vivências, podemos compreender melhor esses novos serviços.

## DESENVOLVIMENTO

Atualmente, estamos passando por um momento de transição paradigmática, em que o paradigma asilar instituído e o paradigma do modo de atenção psicossocial instituinte coexistem e coabitam lugares, momentos institucionais, equipes e, sobretudo, nossas condutas.

Nesse contexto, os serviços apresentam condutas ora mais manicomiais, ora mais psicossociais, isso varia, evidentemente, de acordo com a tomada de posicionamento de cada equipe e profissional, as condições econômicas, políticas, culturais e sociais do tempo e lugar no qual o serviço está situado.

Sentado em sua cadeira em frente a um usuário do serviço, o profissional que ali se coloca a escutar sintomas, demandas e pedidos de um dado sofrimento psíquico, muitas vezes pode ser atravessado pela inércia do instituído e se esquecer de que tudo isso se configura num processo de saúde/doença, produto de uma dada conjuntura sócio-histórica, que não pode ser naturalizada.

Por isso, o questionamento de nossas práticas como profissionais da saúde mental possibilita que se chegue à noção de que o fato de não sabermos a história do campo em que atuamos pode nos levar a repetir práticas anacrônicas que já deveriam estar superadas.

Também não seriam raras as vezes em que, na ânsia de dar respostas imediatas e padronizadas ao cotidiano, muitas vezes angustiante, os profissionais acabam por reconhecer, a posteriori, que o manicômio também pode existir dentro deles mesmos, como uma espécie de resto de um paradigma secular.

Um exemplo comum, pode ser observado em muitas reuniões de equipe, onde, em momentos de tensão, os profissionais demonstram não saberem ou duvidarem dos reais objetivos do CAPS. Em muitos cenários de práticas, colhe-se relatos de conflitos, ambiguidades, queixas que se relacionam com a falta de capacitação e acolhimento entre os profissionais. Além disso, muitas equipes referem ainda que não se sentem seguras e habilitadas para enfrentar os desafios cotidianos emergentes do trabalho em saúde mental em espaço aberto.

Em muitos casos, tais expressões vêm sendo respondidas por meio da produção de cartilhas e manuais que, embora possam servir de suporte pedagógico, não conseguem atingir os processos clínicos, correndo o risco de serem replicados de forma padronizada e descontextualizada.

Por isso, compreende-se a necessidade de que o processo de produção das práticas em saúde mental sejam articuladas no coletivo, a fim de que se possa ampliar a capacidade de análise e potencializar a capacidade criativa das equipes. De acordo com Yasui:

As questões não se referem mais ao que é difícil falar ou fazer, mas ao que é possível realizar nessa aventura misteriosa que é trabalhar com a loucura, com a dimensão humana que nos obriga a criar a cada encontro com o usuário, a estar atento ao inusitado, ao inesperado, ao sem sentido, pois é aí que pode surgir uma verdade singular. Aprendemos a ousar, a correr o risco. Somos um equipamento terapêutico múltiplo e diversificado. Mas, muitas vezes tudo isso não é suficiente. Continuamos insatisfeitos, mas não paralisados (Yasui, 1989, p. 59).

Faz-se necessário transformar em potência o sofrimento de quem está na prática, pois os trabalhadores de saúde mental são as pessoas que de fato dão o tom dos novos serviços preconizados pela reforma psiquiátrica.

As equipes de saúde mental, que têm como proposta de trabalho a recepção-acolhimento-escuta-cuidado da existência sofrimento do usuário, devem, no mínimo, ser receptivas, acolhedoras, atenciosas e cuidadosas entre os próprios membros da equipe. Como problematiza Rauter (2000):

Em que mundo queremos nos inserir e inserir nossos pacientes ou ‘usuários psiquiátricos’? Responder a essa questão é muito importante: será que queremos nos inserir ou nos adaptar pura e simplesmente ao mundo em que vivemos hoje? Do ponto de vista do fortalecimento e da expansão da vida, o que obteremos com esse tipo de adaptação? (Rauter, 2000, p. 268).

No CAPS, espera-se que a equipe tenha autonomia e recursos, para articular conjuntamente com os usuários e o território, os projetos terapêuticos singulares possíveis. Assim, o presente trabalho se embasa em uma cartografia traçada pela bibliografia de alguns trabalhadores

e equipes, possibilitando alguns pontos de reflexões importantes para pensar o serviço e seu futuro.

Acredita-se que trabalhar na saúde mental é fazer mosaicos, portanto, devemos perder o medo de errar e arriscar o pensamento nos limites do não saber, pois o desconhecido é percurso obrigatório de qualquer evolução do pensamento. Como Bachelard nos alerta: “se numa experiência não apostamos a razão, essa experiência não vale a pena ser tentada”.

O CAPS é um serviço que nasceu e se encontra no campo de batalha de uma revolução paradigmática e seus idealizadores sempre alertaram para o risco da sua padronização. Nesse sentido, é o desejo de conhecer o que é um CAPS e quais características o CAPS necessita ter para ser considerado bom que move os serviços e as equipes na produção de formas de cuidado em liberdade e bons encontros com a loucura.

A despeito das cartilhas, manuais e legislações em saúde mental, que em muitos cenários acabam levando a certos ordenamentos, as representações e produções de sentidos dos trabalhadores de saúde mental sobre o CAPS e suas práticas podem ser reconhecidos na conexão com as **marcas** que esses serviços assumem na vida dos usuários, familiares, comunidade e dos seus profissionais. Assim, o CAPS deve ser explicado a partir de tudo “aquilo que dá sentido, valor, como aquilo que se arrisca e inventa novos modos de vida” (Alarcon, 2000, p. 35).

Em outras palavras, a proposta é se desviar do instituído, do protocolo, para tornar possível a construção de outros saberes, outras formas de compreensão da realidade. Como nos propõe Carvalho e Amarante (1996), “a potencialização das práticas de um **olhar — caleidoscópico** como atitude importante na leitura da realidade”. (Carvalho & Amarante, 1996, p. 76).

Acreditamos que o cerne do cuidado que o CAPS deve produzir está no desenvolvimento do protagonismo, no oferecimento do cuidado aos cuidadores e no fortalecimento das equipes. Como reforça Goldberg (1996):

Depois de quase 10 anos do início das atividades do CAPS junto aos pacientes, pode-se dizer que o projeto passou por muitas modificações, e que a possibilidade deste redirecionamento constante de perspectiva acabou por se tornar uma característica do trabalho (Goldberg, 1996, p. 37).

Nesse sentido, entende-se que a potência desse serviço, portanto, estaria na sua capacidade de se metamorfosear para poder se relacionar com a diferença, que não deve cessar de se diferir, a partir da invenção de outros lugares sociais para loucura. Assim, a capacidade de transformação deveria ser a principal característica do CAPS e seu objetivo deveria ser a busca de um pleno encontro com a diferença.

## CONSIDERAÇÕES

Para concluir, cabe lembrar que atualmente, a saúde não deve mais ser entendida como ausência de sintoma, conseguida numa concepção de causa/efeito, mas sim como qualidade de vida. Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização passa por um momento de reconstrução da complexidade do seu próprio objeto de intervenção. Assim, no modelo de Atenção Psicossocial a ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’.

Este projeto de invenção da saúde precisa de trabalhadores protagonistas que tenham condições de se implicarem em uma práxis voltada para uma produção de conhecimentos mais construcionista que considera complexidade do objeto, a fim de detectar quais os novos conceitos e práticas estão sendo produzidos nesses serviços.

Além disso, recomenda-se que as equipes dos CAPS se ocupem da tarefa de se atentar para as diferenças que já vem se materializando no cotidiano das suas práticas, tentando ainda identificar suas fontes de produção. Outra proposta é investir na construção de instrumentos fluídos e abrangentes de avaliação, incluindo a voz dos usuários, familiares e comunidade.

A partir do presente trabalho verificamos que o CAPS tem consolidado seu papel no processo da reforma psiquiátrica brasileira, porém é relevante ressaltar que outras formas de acolhimento em saúde mental não devem ser desconsideradas e negligenciadas.

É preciso se manter alerta e crítico a toda e qualquer tipo de estratégia de cuidado, inclusive o modelo CAPS, que se volte para movimentos que preconizam meras reordenações psicossociais, pois se essas hipóteses se confirmarem, provavelmente a desinstitucionalização do CAPS, ou daquilo em que ele pode vir a se tornar, seja o próximo passo da Reforma Psiquiátrica.



## REFERÊNCIAS

- ALARCÓN, S. Aos homens de boa vontade: estudos sobre a sujeição e singularidade. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 41-52. (Coleção Loucura & Civilização).
- AMARANTE, P. A clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. et al (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, 2003. p. 45-65.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 709-717, jul./set. 1995.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A construção de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, 2001.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Área Técnica de Saúde Mental. *Manual para Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria/SNAS nº 189*, de 19 de novembro de 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria/SNAS nº 224*, de 29 de janeiro de 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria/SNAS nº 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002.
- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.
- CARVALHO, A. L.; AMARANTE, P. Avaliação dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. In: *Saúde em Debate*, Londrina, PR, 1996. p. 74-82.
- CARVALHO, A. M. T. O sujeito nas encruzilhadas da saúde: um discurso sobre o processo de construção de sentido e de conhecimento sobre sofrimento difuso e realização do ser no âmbito das religiões afro-brasileiras e sua importância para o campo da saúde coletiva. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- CARVALHO, A. M. T.; AMARANTE, P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 41-52. (Coleção Loucura & Civilização).
- CASTEL, R. *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987. p. 15.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Caracas*, 1990.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL — SES/SP. *O centro de atenção psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira (CAPS): projeto de implantação*. São Paulo: SES/SP, 1987.

COSTA-ROSA, A. Modo psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva. *Vertentes*, UNESP-Assis, n. 5, p. 5-11, 1999.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-169.

DELLACQUA, G. et al. Resposta à crise. In: DELGADO, J. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Autor, 1992. p. 53-79.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. In: KAËS, R. et al. (Org.). *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GALLETTI, M. C. Uma parte da rede... “Os centros de convivência e cooperativas em São Paulo”. In: FERNANDES, M. I. et al. (Org.). *Tecendo a rede da saúde mental em São Paulo*. Taubaté: Cabral Ed. Universitária, 1999.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. (Org.). *A reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 33-47.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Bertrand Brasil, 1986.

JUSTO, J. S. Saúde mental em trânsito: loucura e a condição de itinerância na sociedade contemporânea. In: BOARINI, M. L. (Org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Editora Eduem, 2000.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, C. (Org.). *Representação e complexidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 69-77.

PELBART, P. P. *A Nau do Tempo Rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

PITTA, A. Sobre uma política de saúde mental. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1984.

MARAZINA, I. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETTI, A. et al. *Saúde e loucura*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 69-74.

NICÁCIO, M. F. de S. O processo de transformação em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaíos: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 267-277.

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SOALHEIROS, N. I. Intenção da assistência: uma orientação ética para a clínica em saúde mental na rede pública. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

YASUI, S. CAPS: Aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. et al. *Saúde e loucura*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 47-59.

# DA COERÇÃO AO CUIDADO: O DESAFIO DE UMA PRÁTICA HUMANIZADA

Camila Esteves Cambaúva<sup>1</sup>

Gilmar Galdino da Silva<sup>2</sup>

Thays Arantes Cardoso<sup>3</sup>

Manoel Antonio Junior<sup>4</sup>

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

Atuar na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é, em grande parte, caminhar ao lado de histórias atravessadas pela dor, pela exclusão e pela violência — por vezes produzida nos próprios espaços destinados ao cuidado. Dentro dessa rede, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupam um lugar central enquanto serviços substitutivos em saúde mental, criados para superar a lógica manicomial e construir outras formas de acolhimento e tratamento. No entanto, mesmo nesses espaços, ainda convivemos com práticas que repetem velhas estruturas: a medicalização excessiva, a supressão de direitos e as múltiplas expressões da violência institucional, que atravessam não apenas os usuários, mas também os trabalhadores que sustentam o cotidiano desses serviços.

Temas como as relações de poder, os atravessamentos subjetivos e as condições precárias de vida exigem dos profissionais uma escuta ética, capaz de sustentar o cuidado em liberdade, mesmo em contextos adversos.

---

<sup>1</sup>Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UNAR). Psicóloga (FHO). Trabalhadora do CAPS IJ Rio Claro/SP e Psicóloga Clínica. CV: <http://lattes.cnpq.br/3582720902689294>

<sup>2</sup>Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UNAR). Psicólogo Ometto (FHO). Trabalhador do SUAS Piracicaba/SP. CV: <http://lattes.cnpq.br/2267967828813496>

<sup>3</sup>Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UNAR). Psicóloga (FHO). Trabalhadora do CAPS III Rio Claro/SP. CV: <http://lattes.cnpq.br/650439448394809>

<sup>4</sup>Psicólogo (FHO). Trabalhador do CAPS Santa Gertrudes/SP e Psicólogo Clínico.

CV: <http://lattes.cnpq.br/2454508527380717>

<sup>5</sup>Doutora em Psicologia (UNESP e Universitat Autònoma de Barcelona). Psicóloga. Docente (SLMANDIC). Trabalhadora do SUS Campinas/ SP. CV: <https://lattes.cnpq.br/9211629143042899>

Este trabalho parte das tensões vividas no cotidiano dos CAPS, onde práticas que deveriam garantir liberdade e dignidade ainda se veem atravessadas por lógicas coercitivas. Esses impasses colocam em risco direitos básicos e desafiam a construção de vínculos sustentados pela autonomia do usuário.

## DESENVOLVIMENTO

Este trabalho não resulta de um estudo de caso formal ou de coleta sistemática de dados, mas de vivências cotidianas de trabalhadores da RAPS. São experiências atravessadas por indignação diante de práticas coercitivas e pela luta por um cuidado que seja singular, inclusivo e em liberdade. Ao trazer à luz essas situações para reflexão, busca-se sustentar a construção de uma clínica comprometida com os direitos e com a dignidade dos usuários.

A realidade dos CAPS, e de outros serviços da RAPS, é marcada por situações em que os trabalhadores se veem diante de dilemas éticos: como manejar o cuidado quando o usuário recusa a medicação? Como sustentar o vínculo quando o cotidiano é atravessado por situações de violência, uso problemático de substâncias, conflitos familiares, exclusão social e a experiência de ouvir vozes?

Diante dessas situações, como recusas de tratamento ou comportamentos considerados de risco, recorre-se com frequência à coerção como resposta rápida e pragmática. Seja pela administração forçada de medicamentos ou por intervenções pouco dialogadas, o que se observa é a permanência de práticas que, mesmo em serviços substitutivos, ainda carregam traços da lógica manicomial.

Essas práticas de coerção assumem diferentes formas, tais como contenções físicas e químicas, administração forçada de medicamentos, altas realizadas sem diálogo efetivo (as chamadas ‘altas à revelia’) ou mesmo intervenções de caráter punitivo. Tais condutas, embora muitas vezes justificadas como medidas de segurança, acabam por reforçar a lógica tutelar e comprometem a construção de vínculos baseados na confiança e na emancipação. Essa tensão entre cuidado e controle atravessa o cotidiano das equipes, evidenciando como o trabalho em saúde mental é permeado por disputas de valores, concepções clínicas e dilemas éticos.

Nesse cenário, a medicalização assume papel central. Mais do que o simples ato de medicar, trata-se de um fenômeno polissêmico que converte experiências indesejáveis ou perturbadoras em “objetos da saúde”. Nesse movimento, aspectos originalmente sociais, morais ou políticos passam a ser interpretados e tratados sob um viés estritamente médico (Freitas; Amarante, 2017). Assim, compreende-se como certas práticas em saúde mental acabam reduzindo a complexidade do sofrimento humano à lógica biomédica, reforçando mecanismos de tutela e produzindo silenciamentos.

O impacto dos psicofármacos sobre corpos e subjetividades ilustra bem esse processo. Antipsicóticos, por exemplo, podem provocar efeitos colaterais relevantes, que não raramente são vividos e narrados de forma singular pelos usuários. Quando essas experiências não encontram espaço de diálogo, reforça-se o distanciamento entre equipe e paciente, e o tratamento tende a ser percebido como imposição, em vez de como construção compartilhada. Por isso, recomenda-se rotina de avaliação de efeitos indesejáveis, pactuação de metas terapêuticas e registro compartilhado (ex.: plano medicamentoso na pasta clínica do PTS).

Dessa forma, a discussão sobre medicalização não pode restringir-se ao uso de medicamentos, mas deve ser entendida como um processo mais amplo, de ordem cultural, política e econômica, que redefine experiências humanas em termos médicos. Como destacam Freitas e Amarante (2017), trata-se de um fenômeno biopolítico sustentado pela aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, que incide diretamente sobre os modos de viver e de interpretar o sofrimento psíquico. Reconhecer essa dimensão mais ampla é fundamental para problematizar a reprodução de práticas que silenciam a subjetividade dos usuários, limitando o cuidado ao campo biomédico e protocolar.

O que está em jogo, portanto, ultrapassa a eficácia de um medicamento ou a adesão a um protocolo: trata-se da própria possibilidade de produzir cuidado em liberdade. Quando o usuário não participa das decisões sobre seu tratamento, instala-se uma dinâmica de silenciamento que fragiliza o vínculo terapêutico e compromete o protagonismo do sujeito em seu processo de cuidado.

## Articulações teóricas: passos e percalços rumo à produção do cuidado centrado no usuário

As cenas vivenciadas por pessoas em processo de cuidado em serviços de saúde mental revelam dilemas que também se expressam em outros contextos de atenção à saúde, ainda que com outras formas de manifestação. Em meio a essas práticas, é possível identificar situações que violam direitos, atingindo tanto usuários quanto trabalhadores.

No intuito de refletir sobre caminhos possíveis para lidar com os dilemas cotidianos, recorreremos às discussões de Franco (2017), que problematiza os limites e as potencialidades da atuação do trabalhador em saúde. O autor argumenta que o trabalhador da saúde mental pode “tudo”. Sob essa perspectiva, a potência do trabalho em saúde mental é indeterminada: pode tanto reduzir-se a protocolos e rotinas burocráticas quanto abrir espaço para práticas que sustentem liberdade e vínculos.

Como se pode notar, essa realidade está atravessada pelos pressupostos éticos e políticos dos trabalhadores e pode direcionar o trabalho para caminhos opostos, dependendo dos princípios norteadores utilizados como balizas de trabalho. Diante disso, infere-se que as práticas de saúde mental não se pautam em valores unívocos, sendo importante pontuar que tais posicionamentos pactuam com elementos teóricos e práticos distintos.

Há aqueles que, de acordo com Lima (2019), pactuam com valores conquistados inicialmente pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, os quais se expandiram posteriormente para o Movimento de Luta Antimanicomial. Esses movimentos, que começaram como iniciativas sociais, eventualmente passaram a ocupar um papel de política oficial do Estado brasileiro por meio do processo da Reforma Psiquiátrica. Esse processo refere-se a um longo percurso de transformações que valorizam o cuidado em liberdade, no território e de forma respeitosa e humanizada. Essa postura intervém de forma micropolítica sobre as relações de trabalho, permitindo e valorizando que o trabalhador imprima sua singularidade e sua subjetividade no processo de trabalho.

Apesar do avanço da Reforma Psiquiátrica, há também posicionamentos contrários aos seus valores, como os movimentos de contra reforma. No entanto, a negação e negligência dos direitos de cuidado não são exclusivas desses movimentos; essas práticas também ocorrem

frequentemente dentro de serviços que afirmam seguir os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Entre as diversas discussões relevantes nesse contexto, destaca-se a importância do reconhecimento e respeito aos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. Compreende-se que o direito dos usuários em situações de sofrimento psíquico é crucial para repensar e reformular as práticas de cuidado oferecidas a eles.

Uma iniciativa que aponta nessa direção é a pesquisa da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que explora como os pacientes lidam com o uso de medicamentos psiquiátricos e levanta questões sobre o poder de decisão desses usuários em relação à sua própria medicação. Essa pesquisa destaca que muitos profissionais de saúde não estão cientes dos direitos dos usuários, o que sugere uma lacuna importante no conhecimento e na prática profissional. Portanto, reconhecer e garantir esse direito é essencial para promover uma abordagem mais centrada na autonomia e na corresponsabilidade (Emerich; Campos; Passos, 2014). Contudo, apesar da relevância desse tema, nota-se que ele ainda é pouco abordado tanto na literatura científica quanto na prática dos profissionais de saúde mental.

Muitos usuários enfrentam desafios intensos, relacionados tanto ao uso problemático de substâncias quanto a quadros psicóticos, experiências como ouvir vozes e contextos familiares complexos. Nessas circunstâncias, não é raro que seus direitos e seu protagonismo sejam desconsiderados, sobretudo quando experiências subjetivas, como ouvir vozes, são constantemente vistas como sintomas a serem medicados ou corrigidos, e a recusa ao tratamento medicamentoso é respondida com práticas de coerção. Esse tipo de condução desrespeitosa coloca os usuários em situações de privação da capacidade de decisão sobre o próprio cuidado, reproduzindo as chamadas “práticas totais”, que exercem formas de controle e silenciamento semelhantes às instituições manicomiais (Emerich; Campos; Passos, 2014).

### **Propostas de ação: do protagonismo do usuário à supervisão institucional**

Se os dilemas do cotidiano nos mostram o quanto a coerção ainda atravessa os serviços, também revelam a potência de outras possibilidades. A partir dessa crítica à medicalização, propomos algumas direções de ação que podem sustentar práticas éticas e humanizadas no interior da RAPS.



Como discutido por Emerich, Campos e Passos (2014), muitos profissionais de saúde desconhecem os direitos dos usuários do sistema de saúde, apesar de ser um conhecimento essencial na área. Soma-se a isso a resistência em refletir sobre o tema e o fato de que, em diversos municípios, trabalhadores são alocados em serviços como os CAPS sem formação específica ou mesmo sem desejo de atuar nessa área, o que contribui para a pouca disposição em debater os direitos dos usuários. Nesse cenário, ganham relevância propostas de ação que incentivem o protagonismo dos usuários em seus processos de cuidado.

Uma dessas propostas consiste em abrir espaços para que os usuários compreendam e discutam o uso das medicações, já que muitos ainda se sentem pouco apropriados dessa parte do tratamento e tendem a acreditar que não têm escolha nem opinião quanto ao tratamento medicamentoso. Essa percepção é, em parte, reforçada pelo próprio modo como muitos profissionais conduzem a prática, desviando-se de um dos princípios centrais dos CAPS: a promoção da autonomia dos usuários do SUS. Como instrumento disparador, pode-se utilizar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011) em atividades coletivas de leitura e debate, estimulando dúvidas e reflexões que funcionem como ponto de partida para processos de sensibilização. O objetivo é que os usuários conheçam e reivindiquem seus direitos, especialmente em relação a tratamentos tradicionalmente vistos como obrigatórios.

Embora simples, esse tipo de prática pode ter impacto significativo, pois contribui para que os usuários reconheçam seu protagonismo dentro do próprio tratamento. Nessa mesma direção, outra frente possível é a discussão do Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando aquilo que cada pessoa entende como viável em sua trajetória. O PTS é um dispositivo que, quando construído de forma compartilhada, possibilita a invenção de práticas que ultrapassam a padronização institucional. Contudo, como observam Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira e Gomes (2017), em muitos serviços sua construção “limita-se à oferta do cardápio de ações disponíveis no serviço. Assim, é o usuário que se adequa ao que o serviço tem a oferecer, e não o contrário” (p. 380).

Para que o PTS cumpra seu papel emancipatório, é necessário que ele considere o território existencial do usuário, suas redes vivas de

apoio e as potencialidades que cada contexto oferece. Nesse sentido, mais do que planejar intervenções clínicas, trata-se de favorecer processos de subjetivação, ampliando as possibilidades de circulação e participação social dos sujeitos.

Além dessas práticas voltadas à autonomia no cuidado, outro caminho que se apresenta são os grupos para usuários que têm a experiência de ouvir vozes. Esses grupos buscam devolver ao usuário o protagonismo de falar sobre sua experiência de ouvir vozes e sobre como deseja lidar com isso. O Hearing Voices Movement (HVM) — Movimento Internacional dos Ouvidores de Vozes — teve origem na década de 80 através da colaboração entre o psiquiatra holandês Marius Romme, sua paciente Patsy Hage e a pesquisadora Sandra Escher (Kantorski; Andrade; Cardano, 2017). Composto por ouvintes, familiares e pesquisadores, o movimento busca questionar e reformular abordagens biomédicas tradicionais sobre a experiência de ouvir vozes, promovendo estruturas de enfrentamento, redefinindo relações de poder e conhecimento, e defendendo os direitos dos que ouvem vozes, destacando-se pela criação de grupos de suporte em pares.

Contrariando a medicalização que as silencia, o objetivo dos Ouvidores de Vozes é que, por meio de trocas de experiências, reflexões e processos de identificação, sejam tecidas novas relações com essas vozes, construindo, de forma autônoma e também coletiva, estratégias que possibilitem o enfrentamento dos sofrimentos que muitas vezes as acompanham (Trevisan; Baroni, 2020). Nesse cenário, as vozes são compreendidas como parte da vida e não como sintomas a serem silenciados, ignorados ou medicalizados.

De modo complementar, para que seja promovido o protagonismo dos usuários nos serviços de saúde, a assembleia se mostra como espaço essencial. Nela, são tomadas decisões a respeito de regras, combinados, atividades de interesse, participações em eventos, necessidades e vontades do grupo, festas e comemorações, bem como a construção, no coletivo com a equipe, com os usuários na posição de agentes de mudança naquele serviço (Junqueira; Carniel; Mantovani, 2015).

Por fim, além do trabalho direto com usuários, é fundamental que esses temas também sejam levados para as supervisões institucionais. Discutir e problematizar com as equipes a respeito dos direitos dos

usuários contribui para que os serviços se tornem espaços de promoção de cidadania, rompendo com ideias manicomiais e práticas violadoras de direitos. Nesse aspecto, Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira e Gomes (2017) ressaltam que a educação permanente em saúde deve ser entendida como um dispositivo fundamental para promover processos contínuos de ressignificação e de análise crítica no trabalho das equipes, favorecendo a criação de novas práticas.

A supervisão clínico-institucional, como apontam Oliveira e Passos (2012), pode operar em dupla direção: ativando os profissionais de maneira criativa e dinâmica e envolvendo usuários, trabalhadores e gestores na construção do cuidado. Desse modo, atua de forma transversal, articulando saúde mental, saúde coletiva, clínica e política, criando redes de conversação e ampliando a conectividade entre todos os atores implicados. Trata-se de um dispositivo potente de análise ética e de invenção clínica, capaz de sustentar práticas que considerem a complexidade das necessidades e subjetividades dos usuários, indo além do tratamento medicamentoso e das ofertas tradicionais. Assim, tanto o PTS quanto a supervisão se configuram como espaços para deslocar práticas ainda marcadas por tutelas institucionais, em direção a um cuidado territorializado, participativo e emancipador.

## CONSIDERAÇÕES

Nos serviços de saúde mental, ainda é possível identificar situações em que práticas institucionais acabam produzindo violências simbólicas e restrições de direitos, afetando tanto usuários quanto profissionais. Essa realidade evidencia a necessidade de construir abordagens de cuidado que ultrapassem a lógica da medicalização e do controle, valorizando estratégias que promovam autonomia e cidadania.

As reflexões teóricas nesse campo reforçam a importância de reconhecer e respeitar os direitos dos usuários, promovendo uma atenção centrada no sujeito capaz de estimular seu protagonismo nos processos de cuidado. Por conseguinte, iniciativas como a realização de grupos e debates sobre direitos, bem como a inclusão desses temas nas supervisões institucionais, configuram-se como práticas que fortalecem o cuidado humanizado, a escuta qualificada e a construção de vínculos terapêuticos.

O PTS também se apresenta como um dispositivo fundamental nesse processo, pois permite que o planejamento do cuidado seja elaborado de forma coletiva, contemplando as necessidades, desejos e possibilidades de cada usuário. Para que cumpra seu papel emancipador, o PTS precisa ir além da simples adequação às ofertas institucionais, reconhecendo o território existencial e as redes de apoio de cada sujeito, de modo a favorecer sua circulação social e sua participação cidadã.

Nesse contexto, a supervisão clínico-institucional emerge como uma ferramenta promissora, que não se limita à normatização de condutas, mas favorece a criação de redes de apoio e a articulação entre diferentes atores envolvidos no processo de cuidado. Trata-se de um dispositivo que possibilita a produção compartilhada de saúde e subjetividade, considerando as especificidades e necessidades singulares de cada usuário.

Em síntese, tais reflexões apontam para a necessidade de transformações nos modos de cuidado em saúde mental. Colocar os direitos, autonomia e protagonismo no centro da clínica implica uma mudança efetiva nas práticas: da coerção para o cuidado em liberdade, da tutela para a corresponsabilização. É nesse movimento que a RAPS pode afirmar-se como política antimanicomial e de fato humanizada.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://is.gd/GROs6a>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onoko; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos centros de (CAPS). **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, dez. 2014. Disponível em: <https://is.gd/OctqxL>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; SAMPAIO, Juliana; SOUZA, Adelle Conceição do Nascimento; OLIVEIRA, Dilma Lucena de; GOMES, Luciano Bezerra. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, jun. 2017. Disponível em: <https://is.gd/OW1FMi>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- FRANCO, Tulio Batista. **Gestão do trabalho em Saúde Mental**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2017. Disponível em: <https://is.gd/GXRbTT>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2017.

JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina; MANTOVANI, Alexandre. As assembléias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPs. **Vínculo**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015. Disponível em: <https://is.gd/Fs2Gn7>. Acesso em: 26 ago. 2025.

KANTORSKI, Luciane Prado; ANDRADE, Ana Paula Müller de; CARDANO, Mario. Estratégias, expertise e experiências de ouvir vozes: entrevista com Cristina Contini. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação [Internet]**, v. 21, n. 63, p. 1039-1048, 2017. Disponível em: <https://is.gd/sN6N7w>. Acesso em: 27 ago. 2025.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, e290101, 2019. Disponível em: <https://is.gd/Haq7kZ>. Acesso em: 27 ago. 2025.

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo; PASSOS, Eduardo. Efeitos transversais na supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. Temático, p. 171-187, 2012. Disponível em: <https://is.gd/pqxeB5>. Acesso em: 27 ago. 2025.

TREVISAN, Juliana Valeri Simão; BARONI, Daiana Paula Milani. Uma análise de um grupo de ouvidores de vozes enquanto movimento social e potência política. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, p. 70-81, out. 2020. Disponível em: <https://is.gd/mtWExz>. Acesso em: 27 ago. 2025.

# **LINHA DE CUIDADO DA CEFALÉIA NO SUS: TRIAGEM INTELIGENTE, IMAGEM RESPONSÁVEL E MANEJO ESCALONADO DA APS À ALTA COMPLEXIDADE**

Rogério Luiz Aires Lima<sup>1</sup>

Luiz Fernando Kunii<sup>2</sup>

Maria Carla Vieira Pinho<sup>3</sup>

Ana Júlia Sabec Baraviera<sup>4</sup>

Matheus Daher Nabut<sup>5</sup>

Deborah Moreira Felix<sup>6</sup>

## **INTRODUÇÃO**

Cefaléia corresponde a uma dor em qualquer ponto da cabeça sendo altamente prevalente na prática médica e acomete aproximadamente 90% da pessoas (GBD, 2016). Tal prevalência e importância da doença sobrepõe a capacidade de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que é a porta de entrada no sistema de saúde, Pronto Atendimento (PA) bem como em serviços secundários e terciários causando um tempo de espera acima do razoável.

Outros desafios encontrados no serviço público de saúde são excesso de exames de imagem em casos de baixa complexidade, analgesia ineficaz ou baseada em medicamentos ineficientes e pouca integração entre os diversos níveis de assistência, o que gera um custo elevado para todo o sistema público de saúde, tornado a previsibilidade orçamentária e uso

---

<sup>1</sup>Doutor em Ciências da Saúde (IAMSPE — SP). Doutor em Patologia Ambiental e Experimental (UNIP). Médico Neurocirurgião. Coordenador da Medicina (PUC-PR). CV: <https://is.gd/C988SS>

<sup>2</sup>Mestrado em Ciências da Saúde (PUC-PR). Médico Nefrologista, Docente (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/0581783118101875>

<sup>3</sup>Doutora em Educação, Cultura e História da Arte (MACKENZIE). Enfermeira. Docente (UEL). CV: <http://lattes.cnpq.br/2681535839164713>

<sup>4</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/7857935474624027>

<sup>5</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/7171200881653678>

<sup>6</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/3783822825268574>

racional de recursos um modo ainda mais complicado para a tão sobrecarregada gestão (BIGAL et. al., 1999).

A cefaléia pode ser caracterizada em quatro subtipos principais, segundo a *International Classification of Headache Disorders, 3rd edition* (ICHD-3) publicado em 2018 em enxaqueca, cefaléia tipo tensional, cefaléia tipo trigeminal e outros tipos de cefaléia primária (IHS, 2018). Para o diagnóstico de enxaqueca é necessário ter duração de 4 a 72 horas, com duas das seguintes características (unilateral, pulsátil, intensidade moderada a grave, agravamento com atividades físicas), com pelo menos um dos seguintes sintomas (náuseas e/ou vômitos, fotofobia e fonofobia) (HOVAGUIMIAN et al., 2022). A cefaléia tensional pode ser episódica ou crônica, e geralmente está associada a períodos de estresse e tensão, podendo ser bilateral, pulsátil, leve a moderada, com resposta a analgésicos simples, acupuntura, relaxamento, terapia cognitivo comportamental (ONAN et al., 2023). A cefaléia tipo trigeminal geralmente é dor unilateral, facial, duração de segundos a 2 minutos, de intensidade severa, como um choque (LAMBRU et. al., 2021).

A atenção primária em saúde (APS), enquanto porta de entrada para o serviço público e muitas vezes para o atendimento da cefaléia, precisa estar apoiada por mecanismos claros de referência e contrarreferência, que garantam acesso oportuno ao especialista apenas nos casos necessários, evitando a sobrecarga dos serviços terciários. Esse processo requer protocolos unificados, ferramentas de telessaúde para suporte diagnóstico e regulação efetiva do acesso, otimizando recursos e melhorando a experiência do usuário (BRASIL, 2022; ASSUNÇÃO et al., 2017).

A porta de entrada no serviço público é a Atenção Primária e, de acordo com a complexidade da sua doença, o paciente vai sendo conduzido a níveis superiores. No modelo atual existe pouca integração entre os diferentes níveis de saúde cada nível agindo como se fosse uma unidade independente. Iniciativas com o SUS-AB, que visa informatizar e reestruturar os registros de informações da Atenção Básica, utilizando o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), podem colaborar com a integração do sistema, não necessitando, por exemplo, repetir exames que foram realizados a poucas horas (BRASIL. 2010; BRASIL, 2023).

Este capítulo espera reduzir exames desnecessários, internações evitáveis e tempo de permanência em urgência, além de aumentar a resoluibilidade da APS e a satisfação do usuário. Ao final, discutimos barreiras (recursos, capacitação, regulação, cultura de dor), riscos (iatrogenias, abuso de medicação) e estratégias de mitigação (educação, auditoria de uso de imagem, apoio à decisão, cuidado colaborativo). O capítulo dialoga com outros temas da coletânea (gestão, inovação, formação em serviço), oferecendo um guia prático e mensurável para gestores, docentes e profissionais da rede SUS.

## MÉTODOS E ESCOPO DA PROPOSTA

Protocolos estruturados para o atendimento da cefaléia já existem em alguns municípios (PORTO ALEGRE, 2015). A vantagem associada a estes protocolos é que eles direcionam o atendimento para tornar as consultas mais dinâmicas, além de selecionar melhor os pacientes e incluí-los segundo critérios de gravidade, tornando a decisão terapêutica mais adequada e precisa. Isto evita internações e exames desnecessários, otimizando o uso de recursos e deixando o atendimento público mais sustentável.

Mas para atingir estes objetivos, uma capacitação adequada dos profissionais do Atendimento Primário e Saúde (APS) é mandatória. Com a aquisição do conhecimento, os profissionais de saúde se tornam mais confiantes na condução das cefaleias mais prevalentes, racionalizando o uso de exames e encaminhamentos para especialistas. A clareza, eficiência, acolhimento e resolutividade deixam o paciente mais seguro e confiante no sistema em que ele está inserido (ASSUNÇÃO et al., 2017).

A triagem deve ser conduzida por meio de uma anamnese detalhada, capaz de identificar as características de cada sinal e sintoma, permitindo formular a hipótese diagnóstica mais provável. Em um primeiro momento, é fundamental diferenciar as cefaleias primárias das cefaleias secundárias, o que orienta a conduta clínica de forma mais segura e eficaz. O exame físico desempenha papel fundamental na avaliação da cefaleia. Deve incluir o exame neurológico completo, fundoscopia para pesquisa de papiledema, avaliação de sinais vitais entre outros (ANARTE-LAZO et al., 2021; DONOHOE, 2012).



Com a melhor hipótese diagnóstica, pode ser administrado os medicamentos mais eficazes para a abordagem da dor a ser tratada, podendo ser utilizado o protocolo institucional ou segundo as melhores práticas previstas em *guidelines* (ASHINA, 2020; MEMBRILLA et al., 2024).

No momento em que é diagnosticada uma cefaleia primária, o médico assistente da APS pode conduzir o caso clínico diagnosticado sem a necessidade de exame de imagem, pois não há benefício do uso rotineiro deste (ASADOLLAHI et. al., 2022; WANG et al., 2019). A realização de exames pode gerar ansiedade, custos adicionais, exposição desnecessária à radiação, além de aumentar a possibilidade de potencializar investigações e intervenções sem fundamentos na literatura (CAMARGO et. al., 2022; PEKTEZEL et al., 2020).

Para o tratamento farmacológico agudo para os casos de cefaléia primária, os medicamentos que podem ser utilizados de primeira linha são os analgésicos, os anti-inflamatórios (MAYANS et al., 2018; ROBBINS, 2021). Em caso de tratamento enxaqueca moderada, grave ou complicada, os triptanos podem ser considerados, devendo ser evitados os opióides, barbitúricos, entre outros, devido o risco de abuso ou cronificação (PREUSS, 2025). Após o tratamento em UPA ou UBS, o tratamento profilático pode ser requerido como uma forma de dar continuidade ao tratamento e evitar um regresso precoce à unidade de saúde. São indicações para isto a frequência e gravidade das crises (como exemplo, quatro dias de cefaléia por mês ou mais de três dias de crise com incapacidade); indivíduos com resposta insatisfatória contra indicação ou uso excessivo de analgésicos; *migraine subtypes* (enxaqueca hemiplégica, com aura do tronco encefálico, aura prolongada (maior que 60 minutos) (DODICK, 2018), sendo parte do tratamento além da medicação a escolha do profissional, a mudança no estilo de vida e tratamento dos fatores de risco modificáveis (MORELAND et al., 2025).

Algumas escalas podem ajudar o médico da APS a conduzir melhor o paciente com “*red flags*”, como o SNOOP10. Ela é um acrônimo para (VIEIRA et al., 2022):

- S** (*systemic symptoms* – sintomas sistêmicos – perda de peso ou febre)
- N** (*neurologic symptoms* – sintomas neurológicos – alteração do estado mental, fraqueza)

- O** (*onset* – início dos sintomas – repentina ou insidiosa)
- O** (*older age* – idade maior que 50 anos)
- P** (*pattern change* – piora com posição, manobra de Valsalva)

A presença de 1 critério já é suficiente para identificar o paciente a uma investigação mais profunda, sendo ela com exames laboratoriais, de imagem ou até mesmo liquor. Após este momento, ou o paciente é encaminhado para o Pronto Socorro para internação ou para o especialista via ambulatorial, o que suplanta o escopo deste capítulo.

Uma forma de analisar, efetividade e protagonismo e resolutividade seria através do tempo médio entre chegada, atendimento, medicação, alta e retorno não planejado nas primeiras 72 horas, bem como na intensidade da dor no momento da chegada e na dispensa do paciente, associado ao grau de satisfação (ACIHER et al., 2012; AILANI et al., 2021; GARCÍA-AZORIN et al., 2018).

Mesmo com todo o destaque dado à doença, algumas limitações podem ser encontradas na condução dos casos de cefaléia na APS, tais como a limitação de tempo no atendimento ao paciente e priorização de comorbidades dificulta uma avaliação detalhada e o seguimento adequado (CALLEN et al., 2024), dificuldades na obtenção da história clínica clara, sendo muitas vezes incompletas ou baixa alfabetização em saúde ou múltiplas queixas (PASCUAL et al., 2020), escassez de recursos, baixa familiaridade dos profissionais com diretrizes e inovações (KIARASHI et al., 2021), estigma e barreiras culturais (VGONTZAS et al., 2022).

Para que este projeto tenha sucesso, a atuação das autoridades competentes na gestão de saúde é fundamental para aprimorar o tratamento da doença, conforme evidenciado em modelos nacionais e internacionais (BRASCHINSKY et al., 2016; BRASCHINSKY et al., 2018; STEINER et al., 2021). Uma conduta eficiente nos casos de cefaléia colabora na sustentabilidade dos serviços de saúde através do uso racional de medicamentos, exames de imagem e recursos em geral, reservando o encaminhamento de especialista para casos realmente necessários. Um investimento inicial é obrigatório, mas com certeza, a longo prazo, a economia e satisfação do usuário é certa.

## REFERÊNCIAS

- AICHER B, PEIL H, PEIL B, DIENER HC. Responsiveness of efficacy endpoints in clinical trials with over the counter analgesics for headache. *Cephalgia*. 2012 Oct;32(13):953-62. doi: 10.1177/0333102412452047.
- AILANI J, BURCH RC, ROBBINS MS; Board of Directors of the American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*. 2021 Jul;61(7):1021-1039. doi: 10.1111/head.14153.
- ASADOLLAHI S, YOUSEM DM, NADGIR R. Neuroimaging of Headache: Indications and Controversies. *Neurol Clin*. 2022 Aug;40(3):471-489. DOI: 10.1016/j.ncl.2022.02.001.
- ASHINA M. Migraine. *N Engl J Med*. 2020 Nov 5;383(19):1866-1876. doi: 10.1056/NEJMr1915327.
- ANARTE-LAZO E, CARVALHO GF, SCHWARZ A, LUEDTKE K, FALLA D. Differentiating migraine, cervicogenic headache and asymptomatic individuals based on physical examination findings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021 Sep 3;22(1):755. doi: 10.1186/s12891-021-04595-w.
- ASSUMPÇÃO MG, CASTRO GL, SPERANDIO RA, HOLLAND LMG, RIGONATI LCJ, CRUZ CGM, BOSI NA, HAZIOT MEJ, SPROVIERI SRS. Protocolo de padronização do atendimento de cefaleias no serviço de emergência de um hospital geral terciário. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2017;62(2):102-6.
- BIGAL ME; BORDINI CA & SPECIALI JG. Procedures for acute headache treatment in na emergency room. *Medicina, Ribeirão Preto*, 32: 486-491, oct./dec. 1999.
- BRASCHINSKY, M., HALDRE, S., KALS, M. Structured education can improve primary-care management of headache: the first empirical evidence, from a controlled interventional study. *J Headache Pain* 17 (24), 2016. <https://is.gd/zlNPju>
- BRASCHINSKY M, HALDRE S, KALS M, ARGE M, SAAR B, NIIBEK M, KATSARAVA Z, STEINER TJ. Structured education to improve primary-care management of headache: how long do the benefits last? A follow-up observational study. *Eur J Neurol*. 2018 Mar;25(3):497-502. doi: 10.1111/ene.13524.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. <https://is.gd/J8L51y>. Acesso em 22 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política de saúde, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) no Brasil. <https://is.gd/cqgLOL>. Acesso em: 22 set. 2025.
- CALLEN E, CLAY T, ALAI J, CRAWFORD P, VISCONTI A, NEDERVELD A, CRUZ I, PEREZ B, ROPER KL, OSER TK, SAINT LAURENT ML, JABBARPOUR Y. Migraine

care practices in primary care: results from a national US survey. *Fam Pract.* 2024 Jun 12;41(3):277-282. doi: 10.1093/fampra/cmadv054.

CAMARGO A, KANEKAR S. Neuroimaging in Pediatric Headache. *Neurol Clin.* 2022 Aug;40(3):679-698. doi: 10.1016/j.ncl.2022.02.007.

DODICK DW. Migraine. *Lancet.* 2018 Mar 31;391(10127):1315-1330. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30478-1.

DONOHUE CD. The role of the physical examination in the evaluation of headache. *Med Clin North Am.* 2013 Mar;97(2):197-216. doi: 10.1016/j.mcna.2012.12.010.

García-Azorin D, Yamani N, Messina LM, Peeters I, Ferrili M, Ovchinnikov D, Speranza ML, Marini V, Negro A, Benemei S, Barloese M; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). A PRISMA-compliant systematic review of the endpoints employed to evaluate symptomatic treatments for primary headaches. *J Headache Pain.* 2018 Sep 21;19(1):90. doi: 10.1186/s10194-018-0920-9. Erratum in: *J Headache Pain.* 2019 Feb 13;20(1):14. doi: 10.1186/s10194-019-0967-2.

GBD 2016 Headache Collaborators. *Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study* 2016. *Lancet Neurol.* 2018 Nov;17(11):954-976. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30322-3. Erratum in: *Lancet Neurol.* 2021 Dec;20(12):e7. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00380-X.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202.

HOVAGUIMIAN A, ROTH J. Management of chronic migraine. *BMJ.* 2022 Oct 10;379:e067670. doi: 10.1136/bmj-2021-067670.

KIARASHI J, VANDERPLUYM J, SZPERKA CL, TURNER S, MINEN MT, BRONER S, ROSS AC, WAGSTAFF AE, ANTO M, MARZOUK M, MONTEITH TS, ROSEN N, MANRRIQUEZ SL, SENG E, FINKEL A, CHARLESTON L 4TH. Factors Associated With, and Mitigation Strategies for, Health Care Disparities Faced by Patients With Headache Disorders. *Neurology.* 2021 Aug 10;97(6):280-289. doi: 10.1212/WNL.00000000000012261.

LAMBROU G, ZAKRZEWSKA J, MATHARU M. Trigeminal neuralgia: a practical guide. *Pract Neurol.* 2021 Oct;21(5):392-402. doi: 10.1136/practneurol-2020-002782.

MAYANS L, WALLING A. Acute Migraine Headache: Treatment Strategies. *Am Fam Physician.* 2018 Feb 15;97(4):243-251.

MEMBRILLA JA, ALPUENTE A, GÓMEZ-DABO L, RAÚL GY, MARÍÑO E, DÍAZ-DE-TERÁN J, POZO ROSICH P. "Code Headache": Development of a protocol for optimizing headache management in the emergency room. *Eur J Neurol.* 2024 Dec;31(12):e16484. doi: 10.1111/ene.16484.

MORELAND P, GAFFNEY B, LANHAM JS. Migraine Headache Prophylaxis. *Am Fam Physician.* 2025 May;111(5):443-450.

ONAN D, YOUNIS S, WELLSGATNIK WD, FARHAM F, ANDRUŠKEVIČIUS S, ABASHIDZE A, JUSUPOVA A, ROMANENKO Y, GROSU O, MOLDOKULOVA MZ, MURSALOVA U, SAIDKHODJAEVA S, MARTELLETTI P, ASHINA S. Debate: differences and similarities between tension-type headache and migraine. *J Headache Pain*. 2023 Jul 21;24(1):92. doi: 10.1186/s10194-023-01614-0.

PASCUAL J, POZO-ROSICH P, CARRILLO I, RODRÍGUEZ-JUSTO S, JIMÉNEZ-HERNÁNDEZ D, LAYOS-ROMERO A, BAILÓN-SANTAMARÍA C, TORRES A, MARTÍNEZ-GARCÍA A, IGNACIO E, MIRA JJ. Proposal of a clinical care pathway for quality and safe management of headache patients: a consensus study report. *BMJ Open*. 2020 Oct 30;10(10):e037190. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037190.

PEKTEZEL MY, KONUSKAN B, SONMEZ FM, OGUZ KK, ANLAR B. Pediatric headache and neuroimaging: experience of two tertiary centers. *Childs Nerv Syst*. 2020 Jan;36(1):173-177. doi: 10.1007/s00381-019-04411-w.

PORTO ALEGRE, 2015. RESOLUÇÃO Nº 174/15 – CIB/RS. <https://is.gd/PVIBZz>. Acesso: 10 set. 2025.

PREUSS CV, KALAVA A, KING KC. Prescription of Controlled Substances: Benefits and Risks. 2025 Jul 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

ROBBINS MS. Diagnosis and Management of Headache: A Review. *JAMA*. 2021 May 11;325(18):1874-1885. doi: 10.1001/jama.2021.1640.

STEINER TJ, JENSEN R, KATSARAVA Z, STOVNER LJ, ULUDUZ D, ADARMOUCH L, AL JUMAH M, AL KHATHAAMI AM, ASHINA M, BRASCHINSKY M, BRONER S, ELIASSON JH, GIL-GOUVEIA R, GÓMEZ-GALVÁN JB, GUDMUNDSSON LS, HEREKAR AA, KAWATU N, KISSANI N, KULKARNI GB, LEBEDEVA ER, LEONARDI M, LINDE M, LUVSANNOROV O, MAIGA Y, MILANOV I, MITSIKOSTAS DD, MUSAYEV T, OLESEN J, OSIPOVA V, PAEMELEIRE K, PERES MFP, QUISPE G, RAO GN, RISAL A, DE LA TORRE ER, SAYLOR D, TOGHA M, YU SY, ZEBENIGUS M, ZEWDE YZ, ZIDVERC-TRAJKOVIĆ J, TINELLI M; LIFTING The Burden: the Global Campaign against Headache. Structured headache services as the solution to the ill-health burden of headache: 1. Rationale and description. *J Headache Pain*. 2021 Jul 21;22(1):78. doi: 10.1186/s10194-021-01265-z.

VGONTZAS A, LODER E. Addressing inequities in headache care by embedding services in a community health center in Boston, MA. *Headache*. 2022. Nov;62(10):1416-1418. doi: 10.1111/head.14408.

VIERA AJ, ANTONO B. Acute Headache in Adults: A Diagnostic Approach. *Am Fam Physician*. 2022 Sep;106(3):260-268.0.

WANG R, LIU R, DONG Z, SU H, AO R, LIU Y, WANG Y, MA L, YU S. Unnecessary Neuroimaging for Patients With Primary Headaches. *Headache*. 2019 Jan;59(1):63-68. doi: 10.1111/head.13397.

# O IMPACTO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA SAÚDE DA MULHER E SEUS EFEITOS TÓXICOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Guilherme Barreto Di Domênico<sup>1</sup>

Márcio Cristiano de Melo<sup>2</sup>

Lia Maristela da Silva Jacob<sup>3</sup>

Naila Albertina de Oliveira<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

As plantas medicinais têm sido utilizadas desde tempos ancestrais como uma fonte primária de tratamento para diversas enfermidades, permeando as práticas de saúde em diversas culturas ao redor do mundo (ALBUQUERQUE; HANAZAKI, 2006). O conhecimento sobre as propriedades terapêuticas das plantas é transmitido através de gerações, consolidando-se como um importante componente do patrimônio cultural e da medicina tradicional (ELISABETSKY, 1991). Essa rica herança, no entanto, exige uma análise criteriosa para garantir a segurança e a eficácia de seu uso.

No contexto da saúde da mulher, as plantas medicinais desempenham um papel significativo, sendo frequentemente utilizadas para o alívio de sintomas relacionados ao ciclo menstrual, gravidez, pós-parto e menopausa (SIMÕES et al., 2017). Essa busca por alternativas naturais reflete uma crescente preocupação com os efeitos colaterais dos medicamentos sintéticos e uma valorização de abordagens mais holísticas para o bem-estar (WHO, 2013). Contudo, é crucial reconhecer que “natural” não é sinônimo de “seguro”.

Apesar dos benefícios potenciais, algumas plantas medicinais podem apresentar riscos à saúde, devido à presença de substâncias tóxicas que, em determinadas doses ou condições de uso, podem causar efeitos adversos

<sup>1</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/1335721685796148>

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>

<sup>3</sup> Pós-doutora em Saúde Pública (ISPUP). Doutora em Ciências da Saúde (UNICAMP). Docente (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/6108519374402561>

<sup>4</sup> Doutorado em Ciências da Engenharia de Alimentos (USP). Professora (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/0716354382309034>

significativos (ERNST, 2002). A toxicidade das plantas pode variar dependendo de fatores como a espécie, a parte da planta utilizada, a forma de preparo, a dose, a idade e o estado de saúde da usuária (GUPTA, 2011). Por isso, a identificação e o conhecimento dos riscos associados são essenciais.

A automedicação com plantas medicinais, muitas vezes baseada em informações populares ou em fontes não confiáveis, pode levar a consequências graves, como reações alérgicas, interações medicamentosas, danos a órgãos e até mesmo a morte (HUFFORD, 2003). Mulheres grávidas, lactantes e aquelas com condições médicas preexistentes são particularmente vulneráveis aos efeitos tóxicos das plantas (FOSTER, 1991). Nestes casos, a prudência e a orientação profissional são indispensáveis.

A falta de regulamentação e controle de qualidade na produção e comercialização de plantas medicinais também contribui para aumentar os riscos (CALIXTO, 2000). A contaminação por pesticidas, metais pesados, micro-organismos e outras substâncias tóxicas pode comprometer a segurança dos produtos, mesmo quando a planta em si não apresenta toxicidade inerente (BLUMENTHAL, 1998). Essa realidade demanda a implementação de medidas rigorosas para garantir a qualidade e a autenticidade das plantas medicinais.

Além disso, a identificação incorreta das plantas é um problema comum, especialmente quando se trata de espécies semelhantes ou de nomes populares que variam regionalmente (VEIGA JÚNIOR, 2005). A utilização da planta errada pode resultar em ineficácia terapêutica ou, pior, em efeitos tóxicos inesperados (COWAN, 1999). A necessidade de conhecimento botânico preciso e de métodos de identificação confiáveis é, portanto, crucial.

Diante desse cenário, o presente capítulo tem como objetivo fornecer uma visão abrangente sobre as plantas medicinais com efeitos tóxicos na saúde da mulher, destacando os principais riscos, as precauções necessárias e as recomendações para um uso seguro e consciente (IZQUIERDO et al., 2018). Através da análise de estudos científicos e da revisão de dados etnobotânicos, busca-se contribuir para a disseminação de informações precisas e para a promoção de práticas de saúde responsáveis.

Ao abordar este tema complexo e multifacetado, espera-se fomentar o diálogo entre os conhecimentos tradicionais e a ciência, incentivando a colaboração entre profissionais de saúde, pesquisadores e comunidades locais, em busca de alternativas terapêuticas seguras, eficazes e acessíveis

para todas as mulheres (NASCIMENTO et al., 2020). A valorização do conhecimento tradicional deve ser acompanhada de rigor científico para garantir a segurança no uso das plantas medicinais.

## DESENVOLVIMENTO

A metodologia da revisão integrativa se subdivide em 6 fases, a saber: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (Botelho; De Almeida Cunha; Macedo, 2011; Santos; Pimenta; Nobre, 2007). Estas fases por si permitem melhor visualização do conteúdo disponível, conduzindo o pesquisador ao seu objetivo, confirmando ou refutando sua hipótese (Botelho; De Almeida Cunha; Macedo, 2011; Santos; Pimenta; Nobre, 2007).

Na elaboração da pergunta de pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO, que consiste em: (P) paciente/ população alvo; (I) intervenção usada; (C) comparação entre os tipos de intervenção ou grupos; (O) resultados esperados. A estratégia PICO possibilita a identificação dos descritores (DeCS) e que auxiliam na localização de pesquisas relevantes para a revisão nas bases de dados.

Dessa forma foi definida a seguinte questão de pesquisa: “Quais plantas medicinais apresentam toxicidade na saúde da mulher?” Ainda nesse contexto a estratégia do acrônimo PICO foi utilizada para construir o problema de pesquisa, em que o P (paciente) é mulher, o I (intervenção) corresponde às plantas medicinais e o CO (comparação e “outcomes” desfecho) se caracteriza como a toxicidade na saúde da mulher.

Para conduzir a pesquisa, optou-se em fazer o levantamento do material bibliográfico através de fontes de busca de bases de dados eletrônicos. O tema escolhido para essa revisão ainda é muito escasso, por isso, optou-se por utilizar a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o objetivo de fornecer uma investigação com maior alcance de produções científicas sobre esta temática, para isso foram combinados por meio da equação booleana os seguintes marcadores (fitoterápicos) AND (saúde da mulher) AND (medicina), nos meses de dezembro de 2023 à abril de 2024. Frente ao exposto, este estudo foi norteado pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais plantas medicinais que apresentam toxicidade na saúde da mulher?



Como critério de exclusão, foram excluídos os artigos repetidos; fora do período; fora da língua portuguesa e inglesa; tese, dissertação, editorial, revisão, manual e artigos fora da temática proposta. O corte temporal escolhido foi: dezembro de 2023-abril de 2024, com vistas a analisar a produção a respeito da temática dentro do cenário atual de acordo com os dados analisados. O método de inclusão dos estudos foi sistematizado através da metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Assim, foram lidos os títulos e os resumos dos artigos encontrados e analisados, para escolher quais fariam parte dessa pesquisa.

Em caso de dúvidas, os artigos passaram por uma segunda fase, que se caracterizou pela leitura completa, com a intenção de confirmar a pertinência à questão de pesquisa e, em caso positivo, retirar os dados relevantes. Além do mais, na fase 3 foram conferidos os resultados e solucionaram-se as discordâncias. Após as buscas foram selecionados 21 artigos que correspondem aos critérios exigidos. Vale ressaltar que alguns artigos aparecem em diferentes bancos de dados.

Apesar de seus usos tradicionais, o confrei contém alcaloides pirrolizidínicos (APs), substâncias hepatotóxicas que representam um risco significativo para a saúde, especialmente para as mulheres (Roeder, 1999). A ingestão de confrei, seja através de chás, cápsulas ou outros preparados, pode levar a danos hepáticos graves, incluindo a doença veno-oclusiva (DVO), que pode ser fatal (Ridker et al., 1985). A exposição transplacentária aos APs também representa um risco para o feto, e a amamentação pode transferir essas substâncias tóxicas para o lactente (Weston et al., 1987). Devido a esses riscos, agências regulatórias de diversos países, como a FDA (Food and Drug Administration) nos Estados Unidos, desaconselham o uso interno do confrei (FDA, 2001). Mesmo o uso tópico deve ser feito com extrema cautela e sob orientação médica, considerando os riscos potenciais de absorção dos APs pela pele.

O estudo de Bussmann e Glenn (2010) evidencia a riqueza do conhecimento tradicional em relação ao uso de plantas medicinais no norte do Peru para tratar problemas reprodutivos e de saúde feminina. A documentação de 105 espécies de plantas utilizadas para esses fins destaca a importância da etnobotânica na preservação e valorização de saberes ancestrais que podem oferecer alternativas terapêuticas complementares ou mesmo inovadoras (Albuquerque & Hanazaki, 2006). Esse conheci-

mento, transmitido oralmente através de gerações, representa um recurso valioso para a saúde das comunidades locais, especialmente em áreas onde o acesso à medicina convencional é limitado (Elisabetsky, 1991).

Os resultados do estudo de Bussmann e Glenn (2010) têm implicações significativas para a saúde pública e a conservação da biodiversidade. Ao identificar as plantas mais utilizadas para problemas reprodutivos e de saúde feminina, o artigo fornece informações cruciais para a realização de estudos fitoquímicos e farmacológicos que podem validar a eficácia e a segurança dessas plantas (Cowan, 1999). Além disso, o conhecimento sobre as espécies vegetais utilizadas pelas comunidades locais pode contribuir para a criação de programas de manejo sustentável e conservação, visando a proteção desses recursos naturais e a garantia de seu uso contínuo pelas futuras gerações (Veiga Júnior, 2005). No entanto, é fundamental que esses esforços de valorização do conhecimento tradicional sejam acompanhados de medidas para garantir a segurança das usuárias, alertando sobre os riscos potenciais e incentivando o uso responsável das plantas medicinais (Ernst, 2002).

A arruda ( *Ruta graveolens* ) é uma planta amplamente utilizada na medicina tradicional, especialmente em culturas latino-americanas, para diversos fins relacionados à saúde da mulher (Germano, 2018). Tradicionalmente, as mulheres utilizam a arruda para induzir a menstruação, em casos de atrasos menstruais ou amenorreia, buscando regularizar o ciclo menstrual (Akhtar et al., 2014). Além disso, a arruda é historicamente empregada como abortivo, com o objetivo de interromper gestações indesejadas, refletindo uma prática arriscada e, em muitos contextos, ilegal (Penna et al., 2001). Outros usos tradicionais incluem o alívio de cólicas menstruais e o tratamento de problemas uterinos.

Apesar de seus usos tradicionais, a arruda apresenta um alto risco de toxicidade, especialmente para a saúde da mulher (Olukoya et al., 1993). A planta contém substâncias como a rutina, furocumarinas e quinonas, que podem causar efeitos adversos graves (Duke, 1985). O uso da arruda pode levar a irritações na pele, fotossensibilidade, problemas gastrointestinais, danos renais e hepáticos, além de afetar o sistema nervoso (Frohne & Pfänder, 2005). Em gestantes, a arruda é particularmente perigosa, pois pode provocar aborto espontâneo devido às suas propriedades abortivas e aos seus efeitos tóxicos sobre o útero (Lewis & Elvin-Lewis, 2003). Portanto, o uso da arruda exige extrema cautela e a orientação de um profissional de saúde qualificado é indispensável para evitar complicações graves.

O confrei (*Symphytum officinale*) é uma planta perene que tem sido tradicionalmente utilizada em diversas culturas para tratar uma variedade de condições de saúde, incluindo aquelas específicas do universo feminino (Ernst, 2002). Na saúde da mulher, o confrei era empregado topicamente para acelerar a cicatrização de feridas pós-parto, aliviar inflamações e tratar problemas de pele, como eczemas e úlceras varicosas, comuns durante a gravidez (Bensky et al., 2004). Além disso, algumas tradições populares indicavam o confrei para aliviar dores musculares e articulares, que podem ser exacerbadas por alterações hormonais e pelo aumento de peso durante a gestação (Mills & Bone, 2000).

O estudo de Da Mata et al. (2012) destaca o papel central das mulheres Wajápi do Amapá, Brasil, na manutenção e transmissão do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais. Ao atuarem como principais detentoras desse saber, as mulheres Wajápi garantem a continuidade das práticas de cuidado e saúde dentro da comunidade (Albuquerque & Hana-zaki, 2006). Sua participação ativa na coleta, preparação e administração das plantas medicinais reflete um profundo conhecimento sobre as propriedades terapêuticas e os usos adequados de cada espécie, demonstrando a importância do empoderamento feminino na preservação da cultura e na promoção da saúde (Elisabetsky, 1991).

O estudo realizado em Cuité-PB por Medeiros et al. (2013) revela uma preocupante prevalência do uso de plantas medicinais potencialmente nocivas durante a gestação. A identificação de que 25% das gestantes atendidas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) utilizaram alguma planta medicinal contraindicada durante a gravidez, destaca a necessidade urgente de intervenções educativas e de conscientização sobre os riscos associados à automedicação com plantas (Ernst, 2002). A falta de informação e o acesso facilitado a essas plantas, muitas vezes consideradas “naturais” e, portanto, inofensivas, podem levar a consequências graves para a saúde materna e fetal (Hufford, 2003).

O estudo de Peng et al. (2014), utilizando dados do Australian Longitudinal Study on Women's Health, revela a prevalência significativa do uso de medicinas complementares e alternativas (MCA) entre mulheres na menopausa. A constatação de que 39% das mulheres na menopausa consultaram profissionais de MCA e 75% utilizaram CAM autoprescritas, demonstra a busca por alternativas para o alívio dos sintomas menopáusicos que vão além das terapias convencionais (Ernst, 2002). Essa busca pode refletir uma

insatisfação com os tratamentos tradicionais ou uma valorização de abordagens mais holísticas e personalizadas para o cuidado da saúde (WHO, 2013).

As implicações importantes para a saúde pública e a prática clínica sobre plantas medicinais da menopausa, evidenciando a necessidade de que os profissionais de saúde estejam preparados para discutir abertamente com suas pacientes sobre o uso de MCA na menopausa (Calixto, 2000). É fundamental que os médicos e outros profissionais de saúde conheçam os potenciais benefícios e riscos das diferentes terapias complementares e alternativas, a fim de fornecer informações precisas e orientações adequadas (Simões et al., 2017). Além disso, é importante investir na realização de pesquisas que avaliem a eficácia e a segurança das MCA na menopausa, visando a criação de protocolos de cuidado baseados em evidências científicas e a promoção do uso responsável dessas terapias (Hufford, 2003).

O estudo de Nergard et al. (2015) oferece uma visão valiosa sobre as atitudes e o uso de plantas medicinais durante a gravidez entre mulheres que frequentam centros de saúde em três regiões do Mali, na África Ocidental. A alta prevalência do uso de plantas medicinais, com quase 80% das mulheres relatando o uso durante a gravidez, reflete a importância da medicina tradicional para a saúde materna nesse contexto (Albuquerque & Hanazaki, 2006). Essa prática pode estar relacionada à acessibilidade, aos custos mais baixos e à crença na eficácia das plantas medicinais, bem como à influência de tradições culturais e familiares (Elisabetsky, 1991).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção de um diálogo intercultural entre profissionais de saúde e mulheres em todos os ciclos de vida, aliada à realização de pesquisas que avaliem a segurança e a eficácia das plantas medicinais, é essencial para garantir um cuidado à saúde da mulher que seja culturalmente sensível, baseado em evidências científicas e que promova o bem-estar das mulheres em todos os ciclos de vida e o núcleo familiar.

## REFERÊNCIAS

Abdollahi F, Yazdani Chareti J. The relationship between women's characteristics and herbal medicines use during pregnancy. *Women Health*. 2019;59(6):579-590.

- ALBUQUERQUE, U. P.; HANAZAKI, N. As pesquisas etnobotânicas em unidades de conservação. In: ALBUQUERQUE, U. P.; LUCENA, R. F.; AGRA, M. F. (Org.). *Atualidades em Etnobotânica e Etnozoologia*. Recife: NUPEEA, 2006. p. 23-44.
- Alqethami A, Aldhebiani AY, Teixidor-Toneu I. Medicinal plants used in Jeddah, Saudi Arabia: A gender perspective. *J Ethnopharmacol*. 2020;257:112899.
- BLUMENTHAL, M. (Ed.). *The Complete German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicines*. Austin: American Botanical Council, 1998.
- CALIXTO, J. B. Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 33, n. 5, p. 579-589, 2000.
- Cabada-Aguirre P, López López AM, Mendoza KCO, Garay Buenrostro KD, Luna-Vital DA, Mahady GB. Mexican traditional medicines for women's reproductive health. *Sci Rep*. 2023;13(1):2807.
- Cocconi DC. A estratégia de saúde da família na Biblioteca Virtual em Saúde: uma pesquisa bibliográfica. 2010.
- COWAN, M. M. Plant products as antimicrobial agents. *Clinical Microbiology Reviews*, v. 12, n. 4, p. 564-582, 1999.
- da Mata NDS, de Sousa RS, Perazzo FF, Carvalho JCT. The participation of Wajápi women from the State of Amapá (Brazil) in the traditional use of medicinal plants—a case study. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2012;8:1-9.
- ELISABETSKY, E. Socio-economic factors influencing the use of medicinal plants in Amazonia. *Acta Amazonica*, v. 21, p. 177-196, 1991.
- ERNST, E. Herbal medications for common ailments in the elderly. *Drugs & Aging*, v. 19, n. 10, p. 733-744, 2002.
- FOSTER, S. *Herbal Renaissance*. Layton: Gibbs Smith, 1991.
- Frawley J, Adams J, Steel A, Broom A, Gallois C, Sibbritt D. Women's use and self-prescription of herbal medicine during pregnancy: an examination of 1,835 pregnant women. *Womens Health Issues*. 2015;25(4):396-402.
- GUPTA, A. K. *Herbal Drug Regulatory Affairs: US, European and Asian Regulations*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2011.
- HUFFORD, D. J. Herbal medicine and the elderly: potential for adverse interactions. *Geriatrics*, v. 58, n. 5, p. 32-37, 2003.
- IZQUIERDO, Y. P.; ACOSTA, L. C.; MARRERO, D. L. Plantas medicinales de uso popular en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, v. 23, n. 3, p. 1-15, 2018.
- NASCIMENTO, V. T.; ARAÚJO, E. L.; ALBUQUERQUE, U. P. Does the level of informant's urbanization predict their knowledge of plants and animals? *PLoS One*, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2020.
- SIMÕES, C. M. O. et al. *Farmacognosia: da planta ao medicamento*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- VEIGA JÚNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na população de Porto Alegre, RS, Brasil. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 15, n. 2, p. 179-182, 2005.
- WHO. *Traditional medicine*. Geneva: World Health Organization, 2013.

# **AVALIAÇÃO DE INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Aline Marques Perez da Rocha<sup>1</sup>  
Elizabeth Regina de Melo Cabral<sup>2</sup>  
Márcio Cristiano de Melo<sup>3</sup>

## **INTRODUÇÃO**

Conforme o relatório Dawson, um dos pioneiros na conceituação da Atenção Primária a Saúde (APS), esse sistema tem por pilares a regionalização e a hierarquização, sendo desenvolvido em um território definido. A Declaração de Alma-Ata, consolida tal concepção, se referindo aos cuidados primários como essenciais, ressaltando a universalidade, a participação social e o custo financeiro adequado. (LAVRAS C, 2011).

No âmbito brasileiro, a APS exerce papel de destaque no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista a ampla cobertura que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) alcançou nas nos municípios nas diversas regiões do país. O resultado é a expansão da disponibilidade de serviços de saúde para a população com impactos positivos como a queda nos índices de mortalidade infantil e a diminuição de internações por causas sensíveis à atenção primária (FACCHINI LA et al., 2018).

Uma forma de avaliar o acesso e a eficácia da atenção básica no país é através das estatísticas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Esse indicador corresponde aos agravos à saúde que podem ter as taxas de hospitalização reduzidas por meio de ações desenvolvidas em um menor nível de complexidade (ALFRADIQUE ME et al., 2009).

---

<sup>1</sup> Medicina (SLMA). CV: <http://lattes.cnpq.br/6685510747566952>

<sup>2</sup> Medicina (FMS). CV: <http://lattes.cnpq.br/5591159255101931>

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS60>

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem a agravos de curso prolongado com grande impacto econômico para a sociedade. Estão incluídas nesse conceito as doenças cardiocirculatórias, as doenças do aparelho respiratório e a diabetes sendo a predominante carga de doença e óbitos no cenário brasileiro (FIGUEIREDO AEB et al., 2021).

Sendo assim, o objetivo desse trabalho esse trabalho foi de avaliar as internações por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária. Ele justifica-se pela relevância econômica e social do tema e pela necessidade da adoção de estratégias para fortalecer a atenção primária de forma a ampliar seu acesso e resolutividade.

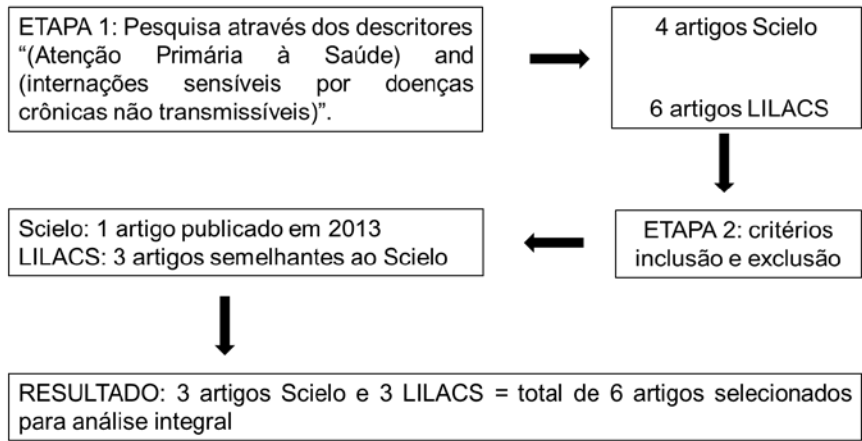
## DESENVOLVIMENTO

O presente estudo tratou-se de uma revisão integrativa de literatura cujo levantamento bibliográfico se deu em janeiro de 2023, através das plataformas SciELO e LILACS. Os descritores definidos por meio de consulta ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: “(atenção primária à saúde) and (internações sensíveis por doenças crônicas não transmissíveis)”.

Inicialmente, foi realizada uma busca em base de dados através dos descritores que deveriam estar presentes nos títulos ou no resumo dos artigos encontrados. Além disso, os artigos precisavam estar disponíveis na íntegra de forma gratuita. Posteriormente, foram excluídos os artigos que possuíam data de publicação anterior a 2017 e aqueles com dupla entrada na base de dados. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão e que não foram excluídos foram lidos integralmente e analisados, a fim de assegurar a qualidade da metodologia e integrar a revisão de literatura.

Por meio da busca nas bases de dados utilizando os descritores foram encontrados quatro artigos na Scielo e seis artigos na plataforma LILACS. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para análise integral seis artigos. A figura 1 especifica cada etapa e seus respectivos resultados.

FIGURA 1: Processo de seleção



Fonte: Os autores, 2025.

A tabela 1 a seguir resume a análise dos artigos que foram analisados integralmente.

TABELA 1: Análise e seus resultados

Autores; Ano de publicação	Delineamento e amostra	Principais resultados
BORGES MM et al., 2023	Estudo de custo de doença, abordagem de microcusteio. Estudo ecológico, hospital filantrópico de porte médio, de 2015 a 2019.	As internações de mulheres predominaram com média de idade de 76,9 anos, embora os homens tenham apresentado um maior tempo de internação. A principal causa de internação foi insuficiência cardíaca. Com um custo estimado em 3 milhões, ressalta-se a necessidade de maior investimento na atenção básica.
MAGALHÃES ALA et al., 2017	Estudo ecológico, utilizando informações das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Avaliou-se as ICSAP nos 7 Distritos Sanitários (DS) de Goiânia, no período de 2008 a 2013.	A taxa de ICSAP, foi em média de 155,5 por 10.000 habitantes, sendo o maior valor encontrado no Distrito Sul e o menor no Sudoeste. As DCNT tiveram destaque na população adulta e a insuficiência cardíaca apresentou as maiores taxas em todos os distritos na população acima dos 60 anos de idade. Dessa forma a variabilidade na ocorrência de ICSAP correlaciona-se com deficiências no acesso à atenção básica.



Autores; Ano de publicação	Delineamento e amostra	Principais resultados
MEDEIROS CRG et al., 2018	Estudo ecológico retrospectivo, utilizando dados secundários do Departamento de Informática do SUS (Datasus). Avaliando a relação entre as internações/óbitos de pessoas com idades entre 20 e 79 anos com a cobertura da ESF, entre 2001 e 2010.	De todas as mortes, 41,30% foram óbitos evitáveis em decorrência das DCNTs. As causas mais relevantes foram: câncer, infarto/angina, hemorragia intracerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e aterosclerose. Demonstrou-se que óbitos e internações são inversamente proporcionais ao acesso à ESF, corroborando a necessidade de ampliar o acesso à atenção básica e fomentar a promoção à saúde.
MELLO JM, et al., 2017	Estudo epidemiológico ecológico de série temporal. A fonte de informações foi o Sistema de Informações Hospitalares, TABNET* do Departamento de Informática do SUS, referentes ao período de 2000 a 2011.	A hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes mellitus (DM), as doenças cerebrovasculares (DCbV) e a insuficiência cardíaca foram responsáveis por 13% de todas as internações, sendo que a maior frequência ocorre no sexo feminino, com exceção das doenças cerebrovasculares. A ampliação do acesso à APS está relacionada a um decréscimo nas internações por causas sensíveis à atenção primária.
PEREIRA EB et al., 2020	Estudo ecológico, coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados se referem às capitais dos estados da região Nordeste, entre 2004 e 2009.	As capitais com maior acesso à atenção básica foram Aracaju e Teresina. Entretanto, essa capital junto com João Pessoa apresentaram os maiores índices de internações por causas sensíveis. O artigo ressalta que a associação de tais eventos não foi possível pelas limitações da metodologia.

Autores; Ano de publicação	Delineamento e amostra	Principais resultados
PEREIRA HNS et al., 2021	Estudo ecológico, dados obtidos a partir da Autorização de Internação Hospitalar entre 2015 e 2018.	As internações por DCNT caíram de 1461 em 2017 para 1270 em 2018, podendo se associar ao aumento da cobertura da ESF de 28,31% para 30,84% no mesmo período. Além disso há uma correlação inversamente proporcional entre renda per capita e internações, pois uma maior renda está associada a menores taxas de hospitalização. Nesse sentido, as questões econômicas impactam expressivamente no processo saúde doença.

Fonte: Os autores, 2025.

Na atualidade, as DCNTs assumiram papel de destaque no âmbito epidemiológico sendo importante causa de hospitalizações e mortes, consideradas evitáveis (MEDEIROS CRG et al., 2018). Nesse cenário, a atenção básica assume papel de destaque, haja vista sua capacidade de evitar o desenvolvimento desses agravos através de estratégias de prevenção (MELLO JM et al., 2017).

Os resultados demonstraram que o acesso à atenção básica é um importante fator para reduzir as hospitalizações e o impacto econômico por complicações das DCNTs. Entretanto, existem outros fatores que também influenciam as internações e não são diretamente avaliados pelas ICSAP, dentre eles as condições socioeconômicas e a individualidade de resposta de um paciente a um agravo (MAGALHÃES ALA, 2017).

As maiores causas de hospitalização elencadas foram: Insuficiência cardíaca (IC), diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo que a HAS era preditor das despesas financeiras das internações. Nesse contexto também está inserida a elevada prevalência de doença cerebrovascular (MELLO JM et al., 2017). Apesar da ocorrência em frequência expressiva nas causas de internações, as DCNTs apresentaram redução na mortalidade, sobretudo por doenças cardiovasculares e estabilidade na mortalidade por neoplasias e diabetes (MEDEIROS CRG et al., 2018). Destaca-se também que as internações por doenças cardiovasculares são mais comuns na população acima de 60 anos (MAGALHÃES ALA, 2017).

Diante desse contexto, é válido ressaltar que a transição demográfica, resultado do aumento da longevidade populacional, impacta na prevalência de DCNTs, necessitando de medidas específicas para o manejo do quadro (MEDEIROS CRG et al., 2018). Estima-se que a população idosa necessitará cada vez mais de cuidados hospitalares, fato que gerará importante custo financeiro e afetará negativamente a qualidade de vida dos pacientes e pessoas próximas. Assim, cuidados domiciliares, autocuidado e plano especializado são fundamentais para evitar reinternações (BORGES MM et al., 2023).

No tocante à distribuição de internações e óbitos por sexo, as hospitalizações clínicas são mais frequentes na população feminina, entretanto, a taxa de mortalidade é menor nesse grupo, fato que pode ser explicado pela tendência cultural de as mulheres terem mais cuidados com a saúde (BORGES MM et al., 2023). . Esse fato vai ao encontro da situação de entrada do público masculino no sistema de saúde por níveis de maior complexidade, aumentando tanto as despesas quanto a morbidade, uma vez que foi demonstrado a maior vulnerabilidade dos homens às doenças crônicas e sua mortalidade mais precoce quando comparada à das mulheres (MELLO JM, et al., 2017).

A desigualdade econômica é um importante fator que influencia as taxas de ICSAP. A relação entre a renda per capita e a chance de internação são inversamente proporcionais, uma vez que há um impacto das condições socioeconômicas na saúde da população. A falta de recursos financeiros além de limitar o valor destinado à compra de medicamentos e à alimentação, pode comprometer a saúde mental, haja vista que pode gerar preocupação e estresse. Além disso, menores níveis de instrução educacional e moradia em bairros periféricos também estão relacionados a maiores taxas de incidência de DCNTs (PEREIRA HNS et al., 2021).

Entretanto, essa não é uma realidade homogênea em todo o país, existindo divergências locorregionais. Um exemplo disso são as capitais Teresina e João Pessoa nas quais as taxas de internações por causas sensíveis são maiores a despeito da ampla cobertura da atenção primária. Tal fator demonstra que é necessário resolutividade e efetividade no cuidado, o que é alcançado quando o vínculo com o usuário é estabelecido e quando não se aplica o modelo biologicista (PEREIRA HNS et al., 2021).

Nesse sentido, a qualificação da atenção primária no tocante à melhoria contínua da prevenção e promoção à saúde é essencial, uma vez que a ampliação do seu acesso teve impacto positivo no cuidado dos pacientes com DCNTs (MEDEIROS CRG et al., 2018). Sendo assim, a revisão do processo de funcionamento da atenção básica e a implementação de políticas intersetoriais são caminhos para ampliar a efetividade do sistema (MAGALHÃES ALA et al., 2017).

## CONSIDERAÇÕES

Com base em todos os artigos analisados, conclui-se que a atenção básica tem papel essencial na diminuição da morbidade e mortalidade por DCNTs. Porém, o acesso à APS não é o único fator que impacta nas ICSAP, havendo papel de destaque também para as condições socioeconômicas e a efetividade do sistema de saúde nas ações de prevenção. Dessa forma, é preciso investir na atenção primária e garantir sua efetividade pela revisão de processos e adoção de políticas intersetoriais, a fim de reduzir tanto as hospitalizações quanto a mortalidade por DCNTs.

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE ME, Bonolo P de F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP — Brasil).** Cad Saúde Pública [Internet]. 2009Jun;25(Cad. Saúde Pública, 2009 25(6)). Disponível em: <https://is.gd/szYXbo>
- ARAUJO Wrm, Queiroz Rc De S, Rocha Tah, Silva Nc Da, Thumé E, Tomasi E, et al. **Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions.** Rev Saúde Pública [Internet]. 2017;51(Rev. Saúde Pública, 2017 51):75. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007033>.
- BORGES MM, Custódio LA, Cavalcante D de FB, Pereira AC, Carregaro RL. **Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos.** Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023Jan;28(Ciênc. saúde coletiva, 2023 28(1)). Disponível em: <https://is.gd/HyNiZx>.
- FACCHINI LA, Tomasi E e Diléllo AS. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas.** Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 16 Janeiro 2023], pp. 208-223. Disponível em: <https://is.gd/pQ42Y0>. ISSN 2358-2898. <https://is.gd/zgiYSl>.
- FIGUEIREDO AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. **Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes.** Ciênc saúde coletiva

[Internet]. 2021Jan;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(1)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.

LAVRAS C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade [online]. 2011, v. 20, n. 4 [Acessado 16 Janeiro 2023], pp. 867-874. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Epub 12 Dez 2011. ISSN 1984-0470. <https://is.gd/aQ8PSE>.

MAGALHÃES ALA, Morais OL de. **Desigualdades intraurbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil**. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017Jun;22(Ciênc. saúde coletiva, 2017 22(6)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.16632016>.

MEDEIROS CRG, Koetz LCE, Grave MTQ, Raupp LM, Salvadori M, Freitag AL. **Estratégia saúde da família e morbimortalidade por doenças crônicas evitáveis em pequenos municípios**. Rev. baiana saúde pública; 42(1): v42.n1.a2589, 12 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660>.

MELLO JM, Borges PK de O, Muller EV, Grden CRB, Pinheiro FK, Borges WS. **Hospitalizations for ambulatory care sensitive noncommunicable diseases of the circulatory system**. Texto contexto — enferm [Internet]. 2017;26(Texto contexto — enferm., 2017 26(1)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003390015>.

PEREIRA EB, Hora PS da, Rocha AS, Miranda SS. **Relação entre a cobertura de atenção básica das capitais do Nordeste e taxas de internações por causas sensíveis à saúde**. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v. 19, n. 1, p. 95-99, jan./abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v1i1.32305>.

PEREIRA HNS, Moschini LE, Uehara CSA. **Influência dos indicadores econômicos na distribuição espacial de internações relacionadas as doenças crônicas não transmissíveis**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2021; 29:e58644. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.58644>.

RODRIGUES MM, Alvarez AM, Rauch KC. **Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária**. Rev bras epidemiol [Internet]. 2019;22(Rev. bras. epidemiol., 2019 22):e190010. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010>.

SANTOS VCF dos, Kalsing A, Ruiz ENF, Roese A, Gerhardt TE. **Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS**. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013Sep;34(Rev. Gaúcha Enferm., 2013 34(3)). Disponível em: <https://is.gd/6q1dRC>.

SOUZA LA De, Rafael R De MR, Moura ATMS De, Neto M. **Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário**. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2018;39(Rev. Gaúcha Enferm., 2018 39):e2017-0067. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0067>

Nota: capítulo apresentado e resumo publicado em anais do VI Seminário de Iniciação Científica de Araras, SEMICA, no ano de 2024.

# TENDÊNCIAS E DESIGUALDADES NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE TIREOIDITE DE HASHIMOTO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA GLOBAL (2000–2024)

Ana Raquel da Silva Rios Matos<sup>1</sup>

Bárbara Fernandes Baraldi<sup>2</sup>

Carina Calió Sanches<sup>3</sup>

Marlon Cosme Gonçalves Ferreira<sup>4</sup>

Naila Albertina de Oliveira<sup>5</sup>

Márcio Cristiano de Melo<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

O hipotireoidismo é uma deficiência na produção e liberação dos hormônios tireoidianos, resultando em quadros de diminuição de processos metabólicos no organismo. A produção dos hormônios tireoidianos começa com o transporte do iodo do sangue para as células foliculares da glândula, a entrada para o meio intracelular é realizada pelo co-transportador, que co-transporta um íon iodeto junto com dois íons sódio através da membrana basolateral (plasma) para a célula. O hipotireoidismo pode ser classificado em primário (por mau funcionamento da tireoide), secundário (relacionado a hipófise, por deficiência de tireotrofina ou TSH) e terciária (por deficiência hipotalâmica do hormônio liberador da tireotrofina ou TRH). O hipotireoidismo primário (HTP) é uma doença muito prevalente em todo o mundo e responde a 95% do total dos casos de hipotireoidismo (Cardoso, Zanini e Jose, 2014; Setian, 2007).

---

<sup>1</sup> Medicina (SLMA). CV: <https://lattes.cnpq.br/3434349232630345>

<sup>2</sup> Medicina (SLMA). CV: <http://lattes.cnpq.br/5779999799564764>

<sup>3</sup> Medicina (SLMA). CV: <http://lattes.cnpq.br/4166437294461560>

<sup>4</sup> Medicina (SLMA). CV: <http://lattes.cnpq.br/2499779085087346>

<sup>5</sup> Doutorado em Ciências da Engenharia de Alimentos (USP). Professora (SLMANDIC).

CV: <http://lattes.cnpq.br/0716354382309034>

<sup>6</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>

A tireoidite de Hashimoto é um exemplo de HT adquirido primário, acometendo principalmente crianças e adolescentes. A tireoidite de Hashimoto é uma doença autoimune linfocitária, que ocorre em decorrência da incapacidade dos linfócitos Treg (Linfócitos T Reguladores) reconhecerem a própria célula, sem esse processo, inicia-se autodestruição do parênquima celular e um processo inflamatório contra ela. Com a inativação do Treg, tem-se o aumento do linfócito TCD8, que são citotóxicos e podem destruir as células foliculares da tireoide. Além disso, tem ativação dos linfócitos TCD4, iniciando o processo inflamatório com ativação de macrófago M1, causando também morte celular (Marques et al., 2002).

Além dos fatores genéticos relacionados a doenças autoimunes, também foi observado que em alguns casos, a obesidade era um fator de predisposição ao hipotireoidismo. A obesidade é um processo inflamatório crônico de baixo grau, assim, as citocinas e outros marcadores inflamatórios produzidos pela sobrecarga do tecido adiposo, como a interleucina-1 (IL-1), IL-6 e o fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa), estarão aumentados. Estas citocinas inflamatórias aumentadas podem inibir a expressão de mRNA do co-transportador sódio/iodeto e, em seguida, influenciar a atividade de captação de iodeto pelas células da tireoide humana, diminuindo assim a produção de tiroxina e triiodotironina. Essas citocinas também podem induzir vasodilatação e elevação da permeabilidade dos vasos sanguíneos da glândula tireoide, trazendo alterações morfológicas e funcionais na tireoide (Biondi, 2010).

Este estudo teve como objetivo revisar quantitativamente a literatura sobre a Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes com foco na bibliometria das publicações.

## MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliométrica com o objetivo de conhecer o quantitativo das publicações globais a respeito de Hipotireoidismo Adquirido na Infância e Adolescência: Tireoidite de Hashimoto. A pesquisa foi conduzida entre agosto de 2024 e julho de 2025, por meio de consulta às bases bibliográficas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (<http://lilacs.bvsalud.org>), MEDLINE via PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (<https://bvsalud.org/>).

Utilizou-se a expressão booleana AND, cruzando-se sempre o primeiro descritor (Hipotireoidismo) com um dentre os seguintes (Hashimoto and crianças). A pesquisa foi realizada em inglês em todas as bases de dados. Somente nas bases LILACS e BVS, a busca foi realizada também em português, considerando que essas bases apresentam resultados de artigos publicados nesses idiomas.

Foram analisadas as publicações do período de 2000 a 2024 que apresentavam texto integral on-line, redigidas em português ou inglês e que abordavam o tema da pesquisa. Foram excluídos os artigos incompletos com acesso apenas ao resumo, além de teses, dissertações e cartas ao editor. Após a exclusão das duplicações, os resumos foram lidos pelos revisores de forma independente. Quando considerados adequados ao tema, os artigos compuseram o banco de dados para análise. As eventuais discordâncias quanto à inclusão ou exclusão dos artigos foram resolvidas pelo pesquisador principal.

Foi estimada a variação anual percentual (*Annual Percentual Change*, APC), que indicou variações positivas ou negativas nas publicações ao longo da série temporal estudada, por meio de regressão segmentada (RS), capaz de identificar pontos significativos de mudança e suavizar os pontos de inflexão entre os anos do período de 2000 a 2023. Foram ajustados sucessivos segmentos de reta conectados entre si por esses pontos de mudança. O programa Joinpoint executou a regressão linear segmentada para estimar a APC e identificar pontos de inflexão em que houve modificação da tendência. Modelos sucessivos foram ajustados, considerando diferentes números de pontos de modificação, desde zero (quando a tendência é representada por um único segmento de reta) até o número máximo de possibilidades identificadas pelo software, conforme a quantidade de observações. O modelo escolhido foi aquele com o maior número de pontos de inflexão e que manteve significância estatística ( $p < 0,05$ ). Foram calculados intervalos de confiança de 95% para a APC.

A análise dos trabalhos considerou as métricas relacionadas ao país de publicação e aos principais achados. Foram utilizados os softwares *Excel® da Microsoft Office*, *Joinpoint* versão 5.0.1 (*Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, Rockville, MD, EUA*) e *EndNote Web*. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Este estudo se enquadra nas exceções previstas pela Resolução CNS nº 510/2016, por tratar-se de pesquisa exclusivamente baseada em dados secun-



dários de domínio público, sem envolvimento direto com seres humanos, o que dispensa a necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

Dos 200 artigos analisados, observou-se ampla diversidade na origem das publicações, com predominância de países do hemisfério norte e de alta renda. Os Estados Unidos foram responsáveis por 53 publicações, o que representa 26,50% do total da amostra, consolidando-se como o país com maior produção científica sobre o tema. Em seguida, destacam-se o Reino Unido, com 38 publicações (19,0%), e a Suíça, com 18 artigos (9,0%). Itália (8,50%) e Alemanha (5,50%) também figuram entre os países com maior contribuição (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição da produção científica sobre Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes por país de publicação (2000–2024).

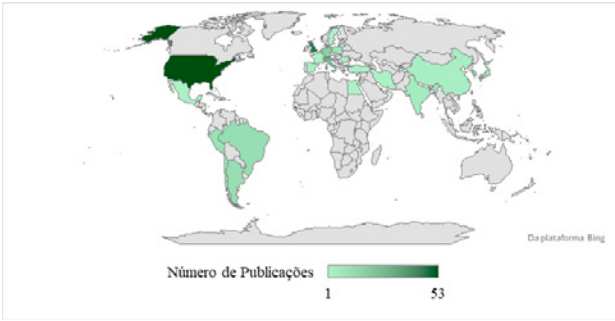
Países	N	%
Estados Unidos	53	26.5
Reino Unido	38	19,0
Suíça	18	9,0
Itália	17	8.5
Alemanha	11	5.5
Coreia do Sul	9	4.5
Argentina	7	3.5
Brasil	7	3.5
Países Baixos	6	3,0
Peru	6	3,0
Polônia	5	2.5
Chile	4	2,0
Índia	3	1.5
China	2	1,0
Espanha	2	1,0
Japão	2	1,0
Bósnia e Herzegovina	1	0.5

Países	N	%
Egito	1	0.5
França	1	0.5
Irã	1	0.5
Lituânia	1	0.5
México	1	0.5
Romênia	1	0.5
Suécia	1	0.5
Turquia	1	0.5
Uganda	1	0.5
Total	200	100,0

Fonte: Criado pelos autores

Países da América Latina, como Brasil e Argentina, apresentaram participações modestas, com 3,50% cada. Outras contribuições pontuais foram identificadas em países como Coreia do Sul (4,50%), Países Baixos (3,0%), Peru (3,0%), Polônia (2,5%) e Chile (2,0%). Já países como Bósnia e Herzegovina, Egito, França, Irã, Romênia, Suécia, Turquia, Uganda, Lituânia e México apresentaram apenas um artigo publicado, correspondendo individualmente a 0,50% da produção (Figura 1).

**Figura 1** – Distribuição geográfica da produção científica sobre Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes por país de publicação (2000–2024).



A partir de 2016, nota-se uma aceleração acentuada, concentrando 67,5% de todos os artigos, com destaque para os anos de 2023 (10,5%), 2022 (8,5%), 2021 (8,0%) e 2018 (8,0%), que representam os maiores picos de produção.

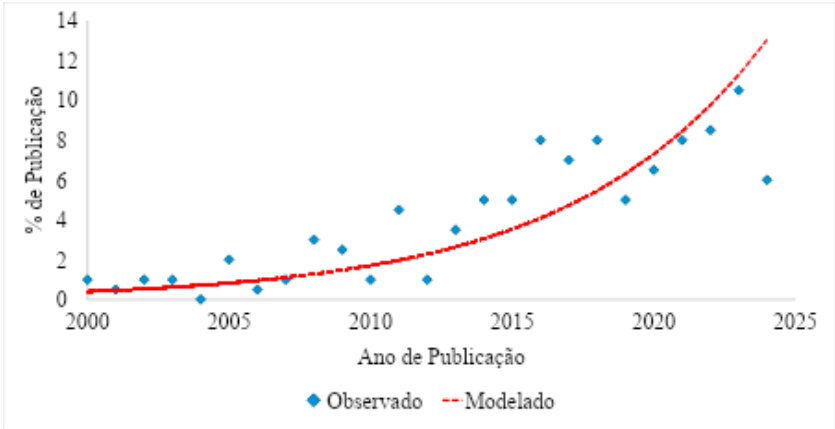
**Tabela 2** – Distribuição anual da produção científica sobre Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes (2000–2024).0

ANO	N	%
2000	2	1.0
2001	1	0.5
2002	2	1.0
2003	2	1.0
2004	0	0.0
2005	4	2.0
2006	1	0.5
2007	2	1.0
2008	6	3.0
2009	5	2.5
2010	2	1.0
2011	9	4.5
2012	2	1.0
2013	7	3.5
2014	10	5.0
2015	10	5.0
2016	16	8.0
2017	14	7.0
2018	16	8.0
2019	10	5.0
2020	13	6.5
2021	16	8.0
2022	17	8.5
2023	21	10.5
2024	12	6.0
Total	200	100.0

Fonte: Criado pelos autores

A avaliação da tendência temporal da produção científica sobre Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes, entre os anos de 2000 e 2024, revelou uma trajetória de crescimento exponencial. A análise por regressão segmentada identificou um único segmento significativo, com Variação Percentual Anual (*Annual Percent Change – APC*) de 15,62% (IC95%: 6,29 – 25,96;  $p=0,002$ ), indicando um crescimento médio anual robusto e estatisticamente significativo da produção científica no período analisado (Figura 2).

**Figura 2** – Evolução temporal da produção científica sobre Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes de acordo com Regressão Segmentada Join Point entre 2000 e 2024.



Análise JoinPoint			
Período	APC	IC 95%	p-valor
2000 a 2024	15,62*	6,29 - 25,96	0.002

Em relação aos periódicos, a dispersão da produção científica ocorreu em 107 revistas distintas, sendo que cinco delas concentraram 23% do total de publicações. A revista *Frontiers in Endocrinology* com 12 artigos (6,0%), seguida por *Italian Journal of Pediatrics* com 11 (5,5%) e *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism* com 10 (5,0%). Outras revistas de destaque incluem *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology* (3,5%) e *Archivos Argentinos de Pediatría* (3,0%). A diversidade de periódicos evidencia o caráter multidisciplinar do tema, abrangendo tanto a

endocrinologia quanto a pediatria clínica e a saúde pública. Além disso, a presença de periódicos latino-americanos entre os mais produtivos, como Archivos Argentinos de Pediatría e Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, reforça a contribuição regional para o avanço do conhecimento científico sobre o hipotireoidismo adquirido na infância e adolescência.

**Tabela 3** – Frequência de periódicos científicos com mais publicações sobre Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes (2000–2024)\*

Periódico	N	%
Frontiers in endocrinology	12	6.00
Italian journal of pediatrics	11	5.50
Journal of pediatric endocrinology & metabolism	10	5.00
Journal of clinical research in pediatric endocrinology	7	3.50
Archivos argentinos de pediatria	6	3.00
Medicine	6	3.00
Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia	5	2.50
Acta biomedica	4	2.00
Thyroid : official journal of the American Thyroid Association	4	2.00
Autoimmunity	3	1.50
Chinese Journal of Pediatrics	3	1.50
European journal of endocrinology	3	1.50
Hormones: international journal of endocrinology and metabolism	3	1.50
International journal of environmental research and public health	3	1.50
La Pediatria medica e chirurgica	3	1.50
Demais Revistas	117	58.50
Total	200	100.00

Fonte: Criado pelos autores

\*Apresentado os 15 primeiros periódicos com mais publicações de um total de 107.

## CONSIDERAÇÕES

A análise bibliométrica evidencia panorama assimétrico na produção científica sobre Tireoidite de Hashimoto em crianças e adolescentes, com forte concentração em países do hemisfério norte, sobretudo Estados Unidos, Reino Unido e Suíça. Essa distribuição reflete a geopolítica do conhecimento em saúde, na qual países com maior PIB e políticas consolidadas de fomento concentram recursos, redes de colaboração e centros de excelência, enquanto o subfinanciamento crônico em nações de baixa e média renda limita a resposta científica a problemas locais (Brown; Cueto; Fee, 2006; Ingenhoff et al., 2025). Essa lacuna compromete a diversidade de evidências e gera waste in research, ao negligenciar contextos com determinantes ambientais, genéticos e socioeconômicos específicos. Por isso, são necessárias políticas de internacionalização e incentivo à colaboração científica entre países de diferentes níveis de desenvolvimento (Chalmers; Glasziou, 2016; Malekzadeh et al., 2020).

Ainda que pontuais, os estudos provenientes de outras regiões indicam interesse crescente pelo hipotireoidismo adquirido na infância, reforçando a importância de ampliar investimentos em pesquisa em áreas menos representadas, como América Latina, Ásia e África. A ausência de dados locais compromete a formulação de políticas adaptadas, perpetuando desigualdades no diagnóstico precoce e no tratamento (Ingenhoff et al., 2025; Abimbola et al., 2021). A curva temporal revela crescimento sustentado da produção nas últimas décadas, com aceleração após 2016, indicando amadurecimento da agenda em endocrinologia pediátrica autoimune. A robustez estatística ( $p = 0,002$ ) e a magnitude do crescimento médio anual ( $APC = 15,62\%$ ) evidenciam a consolidação do tema na agenda científica internacional, criando oportunidade para atualização de diretrizes clínicas e fortalecimento da formação profissional (Cappa; Bizzarri; Crea, 2010; Gold, 2009; Reed; Bryce; Machen, 2018).

Esse avanço relaciona-se à evolução dos métodos diagnósticos, como dosagem ultra-sensível de TSH, detecção de autoanticorpos e maior acesso à ultrassonografia cervical, que permitem diagnósticos mais precoces (Biondi; Cooper, 2008). Associados à formação contínua e à expansão da atenção primária, tais avanços aumentam notificações e estimulam pesquisas clínicas e epidemiológicas (Starfield; Shi; Macinko, 2005; World Health Organization, 2019), subsidiando políticas públicas de rastreamento e manejo precoce,

com impacto positivo na qualidade de vida e no desempenho cognitivo infantil (Delange, 2000; Oxman et al., 2009; Reed; Bryce; Machen, 2018).

A dispersão das publicações em mais de uma centena de periódicos confirma o caráter interdisciplinar do tema, que envolve pediatria, endocrinologia, imunologia e saúde pública (Vinadé Chagas et al., 2025). Essa diversidade, somada à presença ainda modesta de periódicos latino-americanos, reforça a necessidade de fortalecer a produção científica regional como estratégia para reduzir assimetrias epistêmicas e formular diretrizes mais adequadas às realidades socioculturais locais (Ianni, 2021; Price, 2021; Almeida et al., 2023). Embora cinco revistas concentrem 23% dos artigos — como *Frontiers in Endocrinology* e *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism* —, indicando um núcleo editorial consolidado, a ampla circulação do tema em diferentes veículos demonstra sua transversalidade (Price, 2021; Zacca-González et al., 2014; Perez-Brumer; Hill; Parker, 2024).

Este estudo apresenta limitações, como a exclusão de bases relevantes (Scopus, Web of Science), a possível perda de variações terminológicas e o foco em aspectos quantitativos sem avaliação metodológica ou de impacto científico. A predominância de publicações do hemisfério norte reflete desigualdades estruturais que influenciam a visibilidade do conhecimento.

Em síntese, a produção científica sobre hipotireoidismo adquirido em crianças e adolescentes, com ênfase na Tireoidite de Hashimoto, mostra tendência crescente e significativa, concentrada em países do norte global e em periódicos especializados. A análise confirma amadurecimento da agenda, mas também ressalta a necessidade de ampliar a representatividade geográfica e interdisciplinar, incentivando a participação latino-americana e fortalecendo políticas de fomento local. Esses esforços são fundamentais para promover equidade epistêmica, qualificar evidências e orientar práticas clínicas e políticas públicas adaptadas às especificidades regionais, contribuindo para o rastreamento, diagnóstico precoce e manejo integrado do hipotireoidismo autoimune pediátrico.

## REFERÊNCIAS

ABIMBOLA, S. et al. Addressing power asymmetries in global health: imperatives in the wake of the COVID-19 pandemic. *PLoS Medicine*, v. 18, n. 4, p. e1003604, 2021. doi: 10.1371/journal.pmed.1003604.

ALMEIDA, L. A. et al. The contribution of interdisciplinarity to the development of competencies for work-related mental health in primary health care. *Organizações & Sociedade*, v. 30, n. 107, p. 641-669, 2023. Disponível em: <https://is.gd/ejULKi>.

BIONDI, B. Thyroid and obesity: an intriguing relationship. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 95, n. 8, p. 3614-3617, 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem>. Acesso em: 15 maio 2024.

BIONDI, B.; COOPER, D. S. The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. *Endocrine Reviews*, v. 29, n. 1, p. 76-131, 2008. doi: 10.1210/er.2006-0043.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *American Journal of Public Health*, v. 96, n. 1, p. 62-72, 2006. doi: 10.2105/AJPH.2004.050831.

CAPPA, M.; BIZZARRI, C.; CREA, F. Autoimmune thyroid diseases in children. *Journal of Thyroid Research*, v. 2011, p. 675703, 2010. doi: 10.4061/2011/675703.

CARDOSO, L. F.; ZANINI, M.; JOSE, F. The multiple effects of thyroid disorders on bone and mineral metabolism. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 58, n. 5, p. 452-463, 2014. Disponível em: <https://is.gd/6Uwdpt>.

CHALMERS, I.; GLASZIOU, P. Systematic reviews and research waste. *The Lancet*, v. 387, n. 10014, p. 122-123, 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01353-7.

DELANGE, F. The role of iodine in brain development. *Proceedings of the Nutrition Society*, v. 59, n. 1, p. 75-79, 2000. doi: 10.1017/s0029665100000094.

GOLD, M. Pathways to the use of health services research in policy. *Health Services Research*, v. 44, n. 4, p. 1111-1136, 2009. doi: 10.1111/j.1475-6773.2009.00958.x.

IANNI, A. M. Z. Saúde coletiva e historicidade do conhecimento: teoria, interdisciplinaridade e o sujeito contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 12, p. e00227521, 2021. doi: 10.1590/0102-311X00227521.

INGENHOFF, R. et al. Stronger together: advancing equity in global health research partnerships. *BMJ Global Health*, v. 10, p. e019601, 2025. doi: 10.1136/bmjgh-2024-019601.

MALEKZADEH, A. et al. Strengthening research capacity in LMICs to address the global NCD burden. *Global Health Action*, v. 13, n. 1, p. 1846904, 2020. doi: 10.1080/16549716.2020.1846904.

MARQUES, D. V. et al. Tireoidite de Hashimoto na infância e na adolescência: estudo retrospectivo de 43 casos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 46, n. 2, p. 150-154, 2002. Disponível em: <https://is.gd/kryqLE>.

OXMAN, A. D. et al. SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP) 1: what is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and Systems*, v. 7, supl. 1, p. S1, 2009. doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-S1.



PEREZ-BRUMER, A.; HILL, D.; PARKER, R. Latin America at the margins? Implications of the geographic and epistemic narrowing of 'global' health. *Global Public Health*, v. 19, n. 1, p. 2295443, 2024. doi: 10.1080/17441692.2023.2295443.

PRICE, L. Interdisciplinarity, health and well-being. *Journal of Critical Realism*, v. 20, n. 5, p. 449-457, 2021. doi: 10.1080/14767430.2021.1999721.

REED, M. S.; BRYCE, R.; MACHEN, R. Pathways to policy impact: a new approach for planning and evidencing research impact. *Evidence & Policy*, v. 14, n. 3, p. 431-458, 2018. doi: 10.1332/174426418X15326967547242.

REED, M. S.; BRYCE, R.; MACHEN, R. Pathways to policy impact: a new approach for planning and evidencing research impact. *Evidence & Policy*, v. 14, n. 3, p. 431-458, 2018. Disponível em: <https://is.gd/fHSeow>.

SETIAN, N. Hipotireoidismo na criança: diagnóstico e tratamento. *Jornal de Pediatria*, v. 83, n. 5, supl., p. S209-S216, 2007. Disponível em: <https://is.gd/gKfgp8>

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

VINADÉ CHAGAS, M. E. et al. The evolution of digital health: a global, Latin American, and Brazilian bibliometric analysis. *Frontiers in Digital Health*, v. 7, p. 1582719, 2025. doi: 10.3389/fdgth.2025.1582719.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: WHO, 2019.

ZACCA-GONZÁLEZ, G. et al. Bibliometric analysis of regional Latin America's scientific output in public health through SCImago Journal & Country Rank. *BMC Public Health*, v. 14, p. 632, 2014. doi: 10.1186/1471-2458-14-632.

# PNEUMOCONIOSES NO BRASIL ENTRE 2006 E 2024: PADRÕES REGIONAIS, OCUPACIONAIS E DESFECHOS CLÍNICOS

Gabriela Xavier Mancini<sup>1</sup>

Filipe Barbosa<sup>2</sup>

Isabela Cristina da Silva Brigo<sup>3</sup>

Isabella Pais da Costa Silva<sup>4</sup>

Isadora Almeida Moreira<sup>5</sup>

Márcio Cristiano de Melo<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

As pneumoconioses são definidas como um conjunto de doenças heterogêneas e ocupacionais, ou seja, fruto do trabalho do indivíduo e correlacionadas com ele, que afeta o interstício pulmonar e são causadas pela inalação de poeira e minerais, principalmente sílica, asbesto, berílio e partículas de carvão. Essa enfermidade é decorrente de inflamação e fibrose pulmonar decorrentes da intensa inalação dessas substâncias (Qi et al., 2021).

Pneumoconioses são resultados de grande exposição a partículas pequenas ou compostos inalatórios em ambiente laboral, principalmente em trabalhos manuais com condições precárias. Trabalhadores de minas, indústrias, fabricação, áreas rurais, construção, produção de eletrônicos, encanação, trens, navios, aeroespaciais e nanotecnologia são os que estão condecorados com o maior risco de adquirir esta condição (Hua, Cool e Green, 2023). São excluídas das pneumoconioses as alterações neoplásicas e doenças obstrutivas como asma, bronquite e enfisema, de forma a categorizar as moléstias como fibrogênicas e não fibrogênicas, relacionando com a capacidade da poeira de produzir ou não fibrose. As pneumoconioses não

---

<sup>1</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/0348127949387287>

<sup>2</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <https://lattes.cnpq.br/4119441927549015>

<sup>3</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/8139079430672900>

<sup>4</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/7201458609337076>

<sup>5</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/8755037746583657>

<sup>6</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>

fibrogênicas são ocasionadas por inalação de poeiras metálicas partindo de fumos metálicos e poeiras de sais inorgânicos, e as fibrogênicas são geradas pela inalação de sílica, asbesto, carvão (Capitani e Algranti, 2006).

A discussão sobre as pneumoconioses em território brasileiro é importante para a descoberta de novas tecnologias e tratamentos para os portadores da doença, além de propagarem informação e conscientização sobre a prevenção de tais doenças. O presente estudo tem como função auxiliar neste mérito, servindo como fonte de busca e referência para o estudo e criação de novos instrumentos para pneumoconioses no Brasil.

O objetivo do trabalho é descrever a prevalência de pneumoconioses no Brasil, interpretando a presença de casos nas regiões que compõem o território desde 2006 até 2024.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo ecológico, de natureza descritiva e abordagem quantitativa, fundamentado na análise de dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acessados por meio da plataforma TABNET/DATASUS, do Ministério da Saúde. A pesquisa teve como objetivo descrever a prevalência e a distribuição dos casos de pneumoconioses notificados no Brasil entre os anos de 2006 e 2024, com foco nas variações regionais e nas características sociodemográficas, ocupacionais e clínicas dos indivíduos acometidos.

As variáveis analisadas foram: região geográfica, sexo, raça/cor, faixa etária, escolaridade, ocupação, tipo de exposição etiológica (sílica, asbesto, carvão, entre outras) e evolução clínica do caso (cura, incapacidade, óbito etc.). Os dados foram extraídos diretamente dos registros consolidados disponíveis na plataforma online do DATASUS, garantindo representatividade nacional e abrangência temporal.

A análise concentrou-se na frequência absoluta e relativa das notificações, estratificadas por regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e por grupos de interesse epidemiológico. Foram calculadas proporções por categoria de variável, com destaque para os grupos mais prevalentes. A distribuição temporal foi examinada por meio da contagem anual de casos, permitindo identificar tendências e possíveis flutuações na vigilância e notificação ao longo dos anos.

A interpretação dos resultados buscou identificar padrões epidemiológicos consistentes com a literatura científica e refletir sobre os determinantes sociais, laborais e ambientais que influenciam a distribuição das pneumoconioses no Brasil. As análises foram organizadas em tabelas, com abordagem estatística descritiva, sem aplicação de testes inferenciais, dada a natureza exploratória da pesquisa.

Por se tratar de dados agregados, públicos e anonimizados, disponíveis em domínio aberto, o estudo está dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A análise dos dados notificados ao SINAN no período de 2006 a 2024 permite uma caracterização epidemiológica abrangente dos casos de pneumoconioses no Brasil. Os resultados foram organizados segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais e clínicas, com o objetivo de descrever os padrões de distribuição da doença no tempo e no espaço. As informações estão estratificadas por região geográfica, sexo, raça/cor, ocupação, escolaridade, faixa etária e tipo de exposição, evidenciando a carga desigual da doença entre subgrupos populacionais. Observou-se concentração de casos em regiões com maior atividade extrativa e industrial, especialmente no Sudeste, além de predomínio entre homens adultos, com baixa escolaridade e inserção em ocupações de alto risco. Essa distribuição reforça o caráter ocupacional das pneumoconioses e aponta para iniquidades estruturais relacionadas às condições de trabalho, acesso à vigilância em saúde e efetividade das ações preventivas.

Observa-se predominância expressiva do sexo masculino nos registros de pneumoconiose (95,6%;  $n = 6.198$ ), especialmente na região Sudeste, que concentra 76,0% dos casos entre homens ( $n = 4.710$ ). O sexo feminino representou apenas 4,4% do total ( $n = 287$ ), o que pode refletir desigualdades ocupacionais no acesso e exposição aos ambientes de risco, além de possíveis subnotificações ou barreiras de acesso ao diagnóstico em mulheres (Tabela 1).

A maioria dos casos de pneumoconiose foi notificada entre indivíduos brancos (27,3%;  $n = 1.769$ ) e pardos (18,1%;  $n = 1.174$ ), com um percentual elevado de dados ignorados ou em branco (49,07%;  $n = 3.182$ ), o que com-

promete parcialmente a análise da variável. A maior parte dos registros da raça branca concentrou-se no Sudeste (n = 1.001) e Sul (n = 639). Esse padrão pode estar relacionado tanto à distribuição da força de trabalho quanto à qualidade dos registros nas regiões mais industrializadas (Tabela 1).

Na Tabela 1, a maior proporção de casos foi observada entre trabalhadores com baixa escolaridade, sobretudo entre os que possuem até a 4ª série incompleta do ensino fundamental (n = 725; 11,18%), com destaque para o Sudeste (n = 443). Indivíduos com ensino superior incompleto ou completo foram os menos afetados (n = 14 e n = 31, respectivamente), reforçando a associação entre baixa escolaridade, maior exposição ocupacional e vulnerabilidade à doença. Contudo, a alta proporção de dados ignorados ou em branco (58,63%) representa uma limitação importante para a análise desse indicador.

A faixa etária mais acometida foi a de 50 a 59 anos (28,23%; n = 1.831), seguida pela de 60 a 69 anos (22,79%; n = 1.478) e 40 a 49 anos (18,92%; n = 1.227), com concentração expressiva dos casos no Sudeste em todas as faixas etárias. Esses achados sugerem longa latência das pneumoconioses e diagnósticos em estágios mais avançados da vida laboral ou já em período pós-atividade, reforçando a necessidade de vigilância longitudinal e rastreamento precoce (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos casos de pneumoconioses relacionadas ao trabalho em valor absoluto e percentual de acordo com variáveis sociodemográficas por regiões brasileiras no período de 2006 a 2024.

	N		NE		SE		S		CO		Total	
<b>Sexo</b>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	77	84.6	506	92.0	4710	96.7	750	92.7	155	95.1	6198	95.6
Feminino	14	15.4	44	8.0	162	3.3	59	7.3	8	4.9	287	4.4
<b>Raça / Cor</b>												
Ign/Branco	4	4.4	98	17.8	2967	60.9	43	5.3	71	43.6	3182	49.1
Branca	7	7.7	94	17.1	1001	20.5	639	79.0	28	17.2	1769	27.3
Preta	7	7.7	36	6.5	243	5.0	32	4.0	16	9.8	334	5.2
Amarela	1	1.1	2	0.4	13	0.3	7	0.9	-	-	23	0.4

	N		NE		SE		S		CO		Total	
Parda	71	78.0	319	58.0	648	13.3	88	10.9	48	29.4	1174	18.1
Indígena	1	1.1	1	0.2	1	0.0	-	-	-	-	3	0.0
<b>Faixa Etária anos</b>												
Menor 1	-	-	4	0.7	18	0.4	3	0.4	1	0.6	26	0.4
1 a 4	-	-	-	-	1	0.0	1	0.1	-	-	2	0.0
10 a 14	-	-	-	-	1	0.0	1	0.1	-	-	2	0.0
15 a 19	3	3.3	-	-	2	0.0	-	-	-	-	5	0.1
20 a 29	11	12.1	28	5.1	90	1.8	30	3.7	7	4.3	166	2.6
30 a 39	16	17.6	82	14.9	354	7.3	85	10.5	42	25.8	579	8.9
40 a 49	30	33.0	107	19.5	846	17.4	200	24.7	44	27.0	1227	18.9
50 a 59	18	19.8	130	23.6	1412	29.0	233	28.8	38	23.3	1831	28.2
60 a 69	4	4.4	83	15.1	1224	25.1	146	18.0	21	12.9	1478	22.8
70 a 79	6	6.6	79	14.4	689	14.1	91	11.2	8	4.9	873	13.5
80 e mais	3	3.3	37	6.7	235	4.8	19	2.3	2	1.2	296	4.6
<b>Escolaridade</b>												
Analfabeto	6	6.6	46	8.4	87	1.8	15	1.9	5	3.1	159	2.5
1ª a 4ª inc do EF	17	18.7	89	16.2	443	9.1	158	19.5	18	11.0	725	11.2
4ª com do EF	5	5.5	47	8.5	271	5.6	82	10.1	7	4.3	412	6.4
5ª a 8ª inc do EF	10	11.0	65	11.8	281	5.8	186	23.0	10	6.1	552	8.5
EF completo	4	4.4	41	7.5	186	3.8	55	6.8	5	3.1	291	4.5
EM incompleto	4	4.4	17	3.1	77	1.6	37	4.6	1	0.6	136	2.1
EM completo	18	19.8	45	8.2	194	4.0	68	8.4	10	6.1	335	5.2
ES incompleta	2	2.2	2	0.4	7	0.1	3	0.4	-	-	14	0.2
ES completa	3	3.3	4	0.7	14	0.3	6	0.7	4	2.5	31	0.5
Não se aplica	-	-	4	0.7	19	0.4	4	0.5	1	0.6	28	0.4
Ign/Branco	22	24.2	190	34.5	3293	67.6	195	24.1	102	62.6	3802	58.6

	N		NE		SE		S		CO		Total	
<b>Total</b>	91	100.0	550	100.0	4872	100.0	809	100.0	163	100.0	6485	100.0

Fonte: DATASUS/TABNET/SINAN (Brasil, 2025)

Regiões: Norte (N), Nordeste (NE), Sudeste (SE), Sul (Sul) e Centro-Oeste (Co).

Ensino Fundamental (EF), Ensino Médio (EM) e Ensino Superior (ES).

Os dados da Tabela 2 revelam predominância dos casos de pneumoconiose na região Sudeste, que concentrou 70,3% (n = 4.558) das notificações no período, contrastando com a baixa incidência na região Norte (1,4%; n = 91). O ano de 2017 se destacou com o maior número de notificações totais (n = 918), sendo o Sudeste responsável por 737 casos nesse ano. A distribuição anual sugere variações marcantes na vigilância e registro da doença, com picos em 2008, 2011, 2017 e 2019.

**Tabela 2** — Distribuição dos casos de pneumoconioses relacionadas ao trabalho em valor absoluto e percentual por regiões brasileiras no período de 2006 a 2024.

	N		NE		SE		S		CO		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	-	-	2	0.2	3	0.1	-	-	1	0.6	6	0.1
2007	1	1.1	26	3.1	70	1.5	6	0.7	1	0.6	104	1.6
2008	4	4.4	154	18.3	560	12.3	30	3.6	2	1.2	750	11.6
2009	2	2.2	17	2.0	157	3.4	4	0.5	2	1.2	182	2.8
2010	2	2.2	36	4.3	141	3.1	23	2.8	3	1.7	205	3.2
2011	6	6.6	47	5.6	464	10.2	35	4.3	9	5.2	561	8.7
2012	2	2.2	30	3.6	166	3.6	23	2.8	2	1.2	223	3.4
2013	4	4.4	36	4.3	202	4.4	15	1.8	8	4.7	265	4.1
2014	9	9.9	23	2.7	164	3.6	12	1.5	20	11.6	228	3.5
2015	3	3.3	41	4.9	218	4.8	20	2.4	51	29.7	333	5.1
2016	3	3.3	30	3.6	163	3.6	35	4.3	6	3.5	237	3.7
2017	5	5.5	117	13.9	737	16.2	56	6.8	3	1.7	918	14.2
2018	3	3.3	26	3.1	366	8.0	63	7.7	16	9.3	474	7.3
2019	10	11.0	33	3.9	383	8.4	101	12.3	11	6.4	538	8.3

	N		NE		SE		S		CO		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2020	3	3.3	6	0.7	142	3.1	63	7.7	3	1.7	217	3.3
2021	8	8.8	51	6.1	72	1.6	53	6.4	3	1.7	187	2.9
2022	11	12.1	58	6.9	176	3.9	66	8.0	23	13.4	334	5.2
2023	6	6.6	51	6.1	198	4.3	118	14.3	4	2.3	377	5.8
2024	9	9.9	57	6.8	176	3.9	100	12.2	4	2.3	346	5.3
Total	91	100.0	841	100.0	4558	100.0	823	100.0	172	100.0	6485	100.0

Fonte: DATASUS/TABNET/SINAN (Brasil, 2025)

A exposição à sílica foi a principal causa identificada de pneumoconiose, representando 54,45% dos casos (n = 3.531), seguida pela exposição ao asbesto (34,97%; n = 2.268) e à poeira em geral (33,49%; n = 2.172). Dentre as dez principais ocupações, destaca-se a de mineiro, responsável por 14,02% dos casos (n = 909), com forte concentração na região Sudeste (n = 817). Também foram relevantes os casos entre trabalhadores da pré-fabricação de amianto (n = 661; 10,19%) e garimpeiros (n = 504; 7,77%), evidenciando o impacto de atividades extrativas e industriais na incidência de pneumoconioses. A presença significativa de aposentados/pensionistas (n = 429; 6,62%) sugere notificações tardias da doença, após afastamento laboral (Tabelas 3 e 4).

**Tabela 3** — Distribuição dos casos de pneumoconioses por tipo de exposição de acordo com sexo no período de 2006 a 2024.

Tipo de Exposição		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Poeira	Ign/branco	2781	44.9	130	45.3	2911	44.9
	Sim	2100	33.9	72	25.1	2172	33.5
	Não	1317	21.2	82	28.6	1402	21.6
Sílica	Ign/branco	1340	21.6	74	25.8	1414	21.8
	Sim	3492	56.3	39	13.6	3531	54.4
	Não	1366	22.0	174	60.6	1540	23.7



Tipo de Exposição		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Poeira de carvão	Ign/branco	2042	32.9	76	26.5	2118	32.7
	Sim	228	3.7	17	5.9	245	3.8
	Não	3928	63.4	194	67.6	4122	63.6
Metais duros	Ign/branco	2066	33.3	76	26.5	2142	33.0
	Sim	151	2.4	9	3.1	160	2.5
	Não	3981	64.2	202	70.4	4183	64.5
Berílio	Ign/branco	2104	33.9	77	26.8	2181	33.6
	Sim	28	0.5	1	0.3	29	0.4
	Não	4066	65.6	209	72.8	4275	65.9
Asbesto	Ign/branco	962	15.5	41	14.3	1005	15.5
	Sim	2169	35.0	99	34.5	2268	35.0
	Não	3067	49.5	147	51.2	3214	49.6
Poeira Mista	Ign/branco	2063	33.3	78	27.2	2141	33.0
	Sim	534	8.6	35	12.2	569	8.8
	Não	3601	58.1	174	60.6	3775	58.2
Poeiras abrasivas	Ign/branco	2066	33.3	76	26.5	2144	33.1
	Sim	324	5.2	32	11.1	356	5.5
	Não	3808	61.4	179	62.4	3987	61.5
Poeiras orgânicas	Ign/branco	2071	33.4	75	26.1	2145	33.1
	Sim	466	7.5	62	21.6	528	8.1
	Não	3662	59.1	150	52.3	3812	58.8
Fumo	Ign/branco	3015	48.6	102	35.5	3117	48.1
	Sim	684	11.0	28	9.8	712	11.0
	Não	1519	24.5	125	43.6	1644	25.4
	Ex-fumante	980	15.8	32	11.1	1012	15.6
Total		6198	100.0	287	100.0	6485	100.0

Fonte: DATASUS/TABNET/SINAN (Brasil, 2025)

Em relação à evolução dos casos, observa-se que a incapacidade permanente parcial foi o desfecho mais frequente (24,53%; n = 1.591), seguida por cura não confirmada (14,82%; n = 961) e óbito por doença relacionada ao trabalho (8,06%; n = 523). Casos ignorados ou em branco ainda compõem uma proporção relevante (32,43%; n = 2.103), o que compromete parte da análise de desfecho clínico. A elevada carga de incapacidades reforça a gravidade da doença e sua implicação direta na perda de capacidade laboral e qualidade de vida.

**Tabela 4** – Descrição das dez primeiras ocupações mais afetadas pelas pneumoconioses por regiões brasileiras no período de 2006 a 2024.

	N		NE		SE		S		CO		Total	
Ocupação	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aposen/ Pensionista	4	4.4	26	4.7	318	6.5	77	9.5	4	2.5	429	6.6
Pré-Fab Amianto	-	-	-	-	658	13.5	3	0.4	-	-	661	10.2
Ceramista	-	-	9	1.6	115	2.4	1	0.1	1	0.6	126	1.9
Servente Obras	-	-	13	2.4	316	6.5	10	1.2	-	-	339	5.2
Operador Martelete	-	-	8	1.5	109	2.2	1	0.1	1	0.6	119	1.8
Pedreiro	5	5.5	18	3.3	127	2.6	31	3.8	5	3.1	186	2.9
Cortador Pedras	-	-	2	0.4	162	3.3	5	0.6	2	1.2	171	2.6
Garimpeiro	15	16.5	64	11.6	100	2.1	243	30.0	82	50.3	504	7.8
Mineiro	1	1.1	75	13.6	817	16.8	12	1.5	4	2.5	909	14.0
Branco/ Ignorados	1	1.1	10	1.8	115	2.4	6	0.7	5	3.1	137	2.1
Demais Ocupações	65	71.4	325	59.1	2035	41.8	420	51.9	59	36.2	2904	44.8
<b>Evolução do Caso</b>												
Ign/Branco	22	24.2	99	18.0	1861	38.2	82	10.1	39	23.9	2103	32.4
Cura	10	11.0	10	1.8	23	0.5	12	1.5	4	2.5	59	0.9

	N		NE		SE		S		CO		Total	
Ocupação	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cura n conf	10	11.0	33	6.0	881	18.1	24	3.0	13	8.0	961	14.8
Incap Temp	11	12.1	90	16.4	167	3.4	53	6.6	12	7.4	333	5.1
Incap Perm Parc	8	8.8	158	28.7	953	19.6	435	53.8	37	22.7	1591	24.5
Incap Perm Tot	12	13.2	53	9.6	288	5.9	54	6.7	21	12.9	428	6.6
Óbito Doe Rel Trab	12	13.2	48	8.7	379	7.8	54	6.7	30	18.4	523	8.1
Óbito Out Causa	1	1.1	9	1.6	142	2.9	10	1.2	3	1.8	165	2.5
Outra	5	5.5	50	9.1	178	3.7	85	10.5	4	2.5	322	5.0
<b>Total</b>	91	100.0	550	100.0	4872	100.0	809	100.0	163	100.0	6485	100.0

Fonte: DATASUS/TABNET/SINAN (Brasil, 2025)

## DISCUSSÃO

Com base nos resultados obtidos, notou-se uma forte prevalência de pneumoconioses na população do sexo masculino, da raça/cor branca, da região Sudeste do Brasil, na faixa etária dos 50 aos 59 anos, com baixa escolaridade (1ª a 4ª série incompleta do EF), exposta à sílica e que exerce a ocupação de mineiro.

A patogênese da pneumoconiose associada ao carvão e à sílica mostrou-se como a principal causa das doenças pulmonares ocupacionais associada à poluição do ar advinda da acelerada industrialização e urbanização (Vanka et al., 2022), o que explica a prevalência dessas doenças na região Sudeste do Brasil, a mais industrializada desde o último censo em 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), correspondendo a aproximadamente 61% do Valor de Transformação Industrial (VTI), dando destaque para os estados de São Paulo e Minas Gerais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023), estados estes caracterizados historicamente pelo desenvolvimento notório das empresas construtoras e mineradoras respectivamente.

Analisa-se maior incidência de pneumoconioses em pessoas brancas, sendo 50,06% dos casos retratados no período estudado, não se possui

muitos estudos e dados sobre as diferenças que a doença pode causar em cada raça. Um estudo internacional atesta que Afro-Americanos possuem de 2 a 7 vezes mais chance de desenvolver silicose em comparação com brancos em mesma quantidade de exposição (Cohen, Patel e Green, 2008).

Há grande prevalência de pneumoconioses em mineiros, principalmente na região Sudeste, marcada também pela hegemonia destas doenças no grupo social de trabalhadores de elaboração de pré-fabricados (cimento amianto) (Carvalho et al., 2025).

A desigualdade entre os sexos é explicada pela primazia de acidentes de trabalho no Brasil no sexo masculino e suas características laborais, demonstrando o motivo da maior ocorrência de pneumoconioses em homens e em ocupações de trabalho braçal (Gomides, Abreu e Assunção, 2024).

O panorama das internações por pneumoconioses no Brasil tem como maior resultado as internações em mineiros (Castro, Gonçalves e Vicentin, 2007), justificando prevalência das doenças pulmonares nesse grupo laboral. Outrossim, fundamenta-se por meio dos resultados de acidentes de trabalho no território brasileiro a também predominância de pneumoconioses na construção civil (Gomides, Abreu e Assunção, 2024), defendendo a desigualdade no âmbito laboral e principalmente o porquê do grande número destas doenças em trabalhadores de elaboração de pré-fabricados.

A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e medidas de proteção aos trabalhadores, bem como a falta de fiscalização pública na aplicação das normas reguladoras nas ocupações de alto risco de exposição a fatores orgânicos e inorgânicos prejudiciais à saúde, resulta em maior prevalência de silicose no território brasileiro (Howlett, Szram e Feary, 2025).

A incidência de pneumoconioses se justifica pela baixa escolaridade, que está fortemente atrelada às condições de contratação na indústria da mineração e da construção civil. Essas indústrias com maior exposição à poeira apresentam um padrão de contratação que não exige a formalidade dos estudos e da graduação, mas a experiência com o trabalho realizado, contratando indivíduos, muitas vezes, sem o Ensino Médio completo. Porém, um estudo realizado fora dos Estados Unidos mostrou que a silicose também pode estar relacionada à conscientização em relação à doença e aos fatores de proteção, atingindo trabalhadores com menor educação formal (Birken et al., 2020).

A pneumoconiose parece apresentar caráter de exposição cumulativa, normalmente na ordem de anos e décadas, podendo ou não apresentar período de latência, justificando a maior prevalência em idades mais avançadas. Todavia, exposições agudas e de grande volume podem reduzir o período de acometimento da saúde, acometendo indivíduos mais jovens. Um estudo realizado nos Estados Unidos apresentou um jovem de 19 anos que evoluiu a óbito por grave exposição à sílica, mostrando certo grau de excepcionalidade para a silicose (Lewis et al., 2015).

A predominância da incapacidade permanente parcial como desfecho mais frequente (24,53%;  $n = 1.591$ ) entre os casos de pneumoconiose evidencia a cronicidade e o potencial incapacitante da doença, impactando diretamente a produtividade e a qualidade de vida dos trabalhadores acometidos. Estudos demonstram que esse tipo de desfecho está associado a elevada carga de anos vividos com incapacidade (YLDs), compondo parcela significativa dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) atribuídos à pneumoconiose em diversas regiões do mundo, especialmente em países com intensa atividade extrativa ou industrial (Liu et al., 2023; Qingsong et al., 2025).

Além disso, a ocorrência de cura não confirmada (14,82%) e de óbitos relacionados ao trabalho (8,06%) ressalta não apenas a progressão clínica da doença, mas também potenciais falhas nos sistemas de vigilância, diagnóstico e atenção integral à saúde do trabalhador (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023). A expressiva proporção de registros ignorados ou em branco (32,43%) compromete a análise epidemiológica e a tomada de decisão baseada em evidências, sendo apontada como uma fragilidade recorrente nos sistemas nacionais de informação em saúde, como o SINAN (Alvares et al., 2015). Frente a esse cenário, destaca-se a importância de estratégias articuladas que incluam diagnóstico precoce, vigilância contínua, políticas de prevenção de exposições ocupacionais e programas de reabilitação pulmonar, os quais têm demonstrado benefícios na melhora da função respiratória e da capacidade física em pacientes com pneumoconioses (Rochester et al., 2015).

## CONCLUSÃO

Em síntese, observa-se que a pneumoconiose mais prevalente no território brasileiro é a silicose, resultante da exposição prolongada à sílica no ambiente de trabalho, especialmente em atividades mineradoras. Essa

inalação contínua leva à fibrose pulmonar e ao desenvolvimento de doenças pulmonares de origem ocupacional. Os dados analisados apontam que os homens brancos, trabalhadores de minas na região Sudeste, constituem o grupo mais afetado, o que indica um conjunto de fatores predisponentes que favorecem a manifestação da doença.

Diante disso, esta pesquisa contribui significativamente para a compreensão dos principais determinantes epidemiológicos das pneumoconioses no Brasil. Ao identificar os perfis mais atingidos e os contextos laborais de maior risco, o estudo serve como base para a elaboração de estratégias de prevenção mais eficazes e direcionadas, fortalecendo o papel da vigilância em saúde do trabalhador.

Além disso, este trabalho se destaca ao enfrentar a lacuna existente na produção científica sobre pneumoconioses, ressaltando a urgência de aprofundar as investigações nesse campo. A escassez de dados e estudos consistentes sobre essas doenças evidencia a necessidade de investimentos em pesquisa, políticas públicas e intervenções regulatórias voltadas à melhoria das condições laborais.

Portanto, este estudo não apenas oferece um avanço para a epidemiologia ocupacional, como também propõe novas linhas de pesquisa voltadas à redução dos riscos e à promoção da saúde no ambiente de trabalho, especialmente entre os grupos mais vulneráveis. Tais contribuições podem fomentar campanhas de conscientização, reforçar a proteção legal dos trabalhadores e orientar decisões técnicas e políticas voltadas à prevenção efetiva das pneumoconioses no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ALVARES, J. K.; PINHEIRO, T. M. M.; SANTOS, A. F.; et al. Avaliação da completude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007–2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 123–136, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010010>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Base de dados do sistema de informações de agravos de notificação – SINAN**. Brasília: Ministério da Saúde.

CAPITANI, E. M. de; ALGRANTI, E. Outras pneumoconioses. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online], v. 32, supl. 8, p. S54–S59, maio 2006. DOI: <https://is.gd/ELxMIT>

CARVALHO, L. P. M.; SALEH NETO, C.; PISSOLATO, L.; et al. Pneumoconiose relacionada ao trabalho. **Lumen et Virtus**, v. 16, n. 46, p. 1675–1678, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/levv16n46-007>

- CASTRO, H. A.; GONÇALVES, K. S.; VICENTIN, G. Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1993-2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 3, p. 391–400, set. 2007. DOI: <https://is.gd/L3o8Bc>
- COHEN, R.; PATEL, A.; GREEN, F. Lung disease caused by exposure to coal mine and silica dust. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 29, n. 6, p. 651–661, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0028-1101275>
- GOMIDES, L. M.; ABREU, M. N. S.; ASSUNÇÃO, A. Á. Occupational inequalities and gender differences: work accidents, Brazil, 2019. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 58, n. 13, 2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005342>
- HOWLETT, P.; SZRAM, J.; FEARY, J. Occupational lung disease: what the general physician needs to know. **Clinical Medicine (London)**, 2 abr. 2025, p. 100305. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100305>
- HUA, J. T.; COOL, C. D.; GREEN, F. H. Y. Pathology and mineralogy of the pneumoconioses. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 44, n. 3, p. 327–339, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1764406>
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION – IHME. **Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results**. Seattle: IHME, University of Washington, 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Fabricação de produtos alimentícios foi a principal atividade industrial do país em 2022**. Rio de Janeiro: Agência de Notícias IBGE, 2023.
- LEWIS, C. C.; WEINER, B. J.; STANICK, C.; et al. Advancing implementation science through measure development and evaluation: a study protocol. **Implementation Science**, v. 10, p. 102, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0287-0>
- LIU, X.; JIANG, Q.; WU, P.; et al. Global incidence, prevalence and disease burden of silicosis: 30 years' overview and forecasted trends. **BMC Public Health**, v. 23, p. 1366, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16295-2>
- QI, X. M.; LUO, Y.; SONG, M. Y.; et al. Pneumoconiosis: current status and future prospects. **Chinese Medical Journal**, v. 134, n. 8, p. 898–907, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000001461>
- QINGSONG, M.; XIAO, R.; YANG, W.; et al. Global burden of pneumoconiosis attributable to occupational particulate matter, gasses, and fumes from 1990–2021 and forecasting the future trends: a population-based study. **Frontiers in Public Health**, v. 12, p. 1494942, 8 jan. 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1494942>
- ROCHESTER, C. L.; VOGIATZIS, I.; HOLLAND, A. E.; et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society policy statement: enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 192, n. 11, p. 1373–1386, 1 dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201510-1966ST>
- VANKA, K. S.; SHUKLA, S.; GOMEZ, H. M.; et al. Understanding the pathogenesis of occupational coal and silica dust-associated lung disease. **European Respiratory Review**, v. 31, n. 165, p. 210250, 2022. DOI: <https://is.gd/wZDOhP>

# DINÂMICA TEMPORAL DE TRIAGEM OFTALMOLÓGICA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL: REGISTROS AMBULATORIAIS NO SUS

Bárbara Fernandes Baraldi<sup>1</sup>

Marlon Cosme Gonçalves Ferreira<sup>2</sup>

Carina Calió Sanches<sup>3</sup>

Ana Raquel da Silva Rios Matos<sup>4</sup>

Elizabeth Regina de Melo Cabral<sup>5</sup>

Márcio Cristiano de Melo<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A saúde ocular é componente essencial do bem-estar humano, influenciando diretamente a qualidade de vida e a capacidade funcional. Os distúrbios de acuidade visual incluem miopia, hipermetropia e astigmatismo, condições refrativas comuns que afetam o desempenho diário (Guedes; Chaoubah, 2023). Além delas, doenças mais graves como glaucoma, catarata e degeneração macular representam importantes preocupações de saúde pública, com impacto direto sobre autonomia e funcionalidade, especialmente em populações envelhecidas (Guedes; Chaoubah, 2023; Swenor; Varadaraj; Lee, 2020; World Health Organization, 2019).

O atendimento ambulatorial em oftalmologia constitui estratégia fundamental para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de distúrbios visuais. Por meio de exames e avaliações regulares, esses serviços permitem identificar precocemente condições que poderiam evoluir para quadros incapacitantes, oferecendo intervenções terapêuticas adequadas e contribuindo para a redução da cegueira evitável (Fernandes; Franzoi;

---

<sup>1</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/5779999799564764>

<sup>2</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/2499779085087346>

<sup>3</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/4166437294461560>

<sup>4</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/3434349232630345>

<sup>5</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva (UNICAMP). CV: <http://lattes.cnpq.br/5591159255101931>

<sup>6</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>



Köptcke, 2022). Assim, clínicas e centros especializados assumem papel relevante na preservação da visão e na melhoria da qualidade de vida da população.

Apesar de sua relevância, persistem barreiras que dificultam o acesso aos serviços oftalmológicos. Entre elas, destacam-se fatores geográficos, como a distância até centros urbanos; socioeconômicos, incluindo limitações financeiras e culturais, relacionados ao desconhecimento da importância do cuidado preventivo ou a resistências baseadas em crenças (Flitcroft et al., 2023). Esses obstáculos resultam em atrasos diagnósticos e terapêuticos, agravando doenças oculares e aumentando o risco de deficiências permanentes, com impacto significativo sobre a funcionalidade visual e a qualidade de vida (Duarte, 2023).

Diante disso, políticas de saúde devem priorizar a ampliação do acesso aos serviços oftalmológicos como parte de uma estratégia integrada, voltada à equidade e à prevenção de incapacidades. Evidências apontam que intervenções em saúde ocular não apenas reduzem custos de longo prazo relacionados ao tratamento de doenças avançadas, mas também melhoram indicadores de qualidade de vida (Guedes; Chaoubah, 2023; Duarte, 2023).

O objetivo deste estudo foi descrever a dinâmica temporal do registro da produção ambulatorial no Sistema Único de Saúde a respeito de ações de promoção e prevenção em saúde, procedimentos com finalidade diagnóstica focando na triagem oftalmológica na região sudeste do Brasil, entre os anos 2008 e 2023.

## MÉTODO

Foi conduzido um estudo ecológico de série temporal que avaliou a produção ambulatorial do SUS referente a triagens oftalmológicas entre 2008 e 2023, considerando frequência anual e taxa por 100 mil habitantes, com dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Incluíram-se todos os registros do TabNet, analisando as variáveis: unidade da federação (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo), procedimento (triagem oftalmológica), grupo de procedimento (diagnóstico), complexidade (atenção básica, média, alta e não se aplica),

financiamento (PAB, assistência farmacêutica, FAEC, incentivo-MAC, MAC, vigilância e gestão), gestão (município pleno NOAS, estado pleno, estado convencional, NOB 96, pacto de gestão) e esfera administrativa (federal, estadual, municipal e privada).

As tendências foram estimadas por regressão segmentada (RS), com cálculo da variação percentual anual (APC) e da variação percentual anual média (AAPC), acompanhadas de intervalos de confiança de 95%. A RS ajustou segmentos conectados por pontos de inflexão, com verificação prévia de homocedasticidade, ausência de autocorrelação e normalidade dos resíduos. Utilizou-se o SPSS-22 para análise preliminar e o Joinpoint Regression Program versão 5.0.2 (National Cancer Institute, USA) para seleção automática dos pontos de mudança e cálculo dos parâmetros, aplicando-se teste qui-quadrado com correção de Yates e nível de significância de 5% (Surveillance Research Program, 2025).

As proporções foram calculadas considerando registros absolutos como numerador e o total do período como denominador. Para as taxas, utilizou-se a população residente por estado e ano como denominador. Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos elaborados no Excel Microsoft 365, destacando tendências temporais após remoção de variações aleatórias.

Por utilizar dados secundários de acesso público, sem identificação individual, o estudo foi dispensado de aprovação ética pelo Comitê de Ética da Faculdade São Leopoldo Mandic (protocolo 2024/0628), em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição absoluta e relativa dos profissionais de saúde envolvidos nos procedimentos ambulatoriais de triagem oftalmológica realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Sudeste do Brasil, no período de 2008 a 2024, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e a Unidade da Federação. No total, foram registrados 648.944 procedimentos com vínculos profissionais declarados, sendo São Paulo responsável por 42,45% do total regional ( $n = 275555$ ),

seguido por Minas Gerais ( $n = 261515$ ; 40,29%), Rio de Janeiro ( $n = 105271$ ; 16,22%) e Espírito Santo ( $n = 6603$ ; 1,02%).

A análise de tendência das taxas de triagem oftalmológica realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por 100 mil habitantes na Região Sudeste do Brasil, entre 2008 e 2024, revela comportamentos distintos entre os estados, conforme mostra a Tabela 2.

Na primeira fase da série (2008 a 2010/2011), todos os estados apresentaram crescimento acentuado e estatisticamente significativo das taxas. As maiores taxas de crescimento anual (APC) foram observadas no Rio de Janeiro (APC = 9.415,49%; IC95%: 777,60 – 70.671,32), São Paulo (1.583,98%; IC95%: 70,48 – 10.017,80), Minas Gerais (1.207,55%; IC95%: 370,98 – 7.040,56) e Espírito Santo (902,68%; IC95%: 550,12 – 3.192,98), todas com  $p$ -valor  $< 0,001$ . Essa fase coincide com a incorporação progressiva da triagem oftalmológica ao rol de procedimentos ambulatoriais registrados no SIA/SUS e com o fortalecimento da atenção básica em diversos municípios (Tabela 2).

No período subsequente, observou-se heterogeneidade nos comportamentos estaduais. Em Minas Gerais, após o pico inicial, houve tendência de queda estatisticamente não significativa de 9,12% ao ano entre 2011 e 2024 ( $p = 0,128$ ). No Espírito Santo, a trajetória foi segmentada em três fases: crescimento de 24,63% ao ano entre 2011 e 2017 ( $p = 0,133$ ), seguido de uma acentuada redução entre 2017 e 2020 (APC = -75,96%;  $p < 0,001$ ), e nova retomada ascendente no período recente (APC = 123,81%; IC95%: 83,07 – 501,01;  $p < 0,001$ ). No Rio de Janeiro, após crescimento explosivo até 2010, houve uma queda não significativa de -12,58% ao ano entre 2010 e 2015 ( $p = 0,073$ ). Já em São Paulo, a taxa manteve-se estável no período de 2010 a 2024, com variação de 10,40% ao ano ( $p = 0,445$ ), sem significância estatística (Tabela 2).

Para o conjunto da Região Sudeste, a análise aponta um padrão inicial de expansão muito expressiva entre 2008 e 2010 (APC = 4.002,73%; IC95%: 718,62 – 26.700,15;  $p < 0,001$ ), seguida por uma fase de crescimento moderado entre 2010 e 2014 (APC = 27,22%;  $p = 0,021$ ) e posterior queda significativa entre 2014 e 2024 (APC = -14,29%;  $p = 0,009$ ), sugerindo um esgotamento ou reestruturação da política de

triagem oftalmológica no período recente. A variação anual percentual média (AAPC) foi estatisticamente significativa e positiva em todos os estados e para a região como um todo, com destaque para Espírito Santo (AAPC = 56,66%), Rio de Janeiro (57,11%), São Paulo (55,20%), Minas Gerais (49,84%) e Sudeste (53,44%), todas com  $p$ -valor  $< 0,01$ . Esses resultados evidenciam, em termos médios, a expansão da oferta de triagens oftalmológicas no período analisado, embora com inflexões relevantes a partir de 2014 (Tabela 2).

Entre os profissionais mais frequentemente associados à produção ambulatorial de triagem oftalmológica destacam-se: Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) ( $n = 143178$ ; 22,06%); Enfermeiros não vinculados à ESF ( $n = 146420$ ; 22,56%); Médicos oftalmologistas ( $n = 91077$ ; 14,03%); Técnicos de enfermagem ( $n = 97351$ ; 15,00%) e Agentes comunitários de saúde ( $n = 69396$ ; 10,69%). Observa-se que São Paulo concentra a maior parte dos técnicos de enfermagem ( $n = 83279$ ; 30,22% do estado) e médicos oftalmologistas ( $n = 27295$ ; 9,91%), enquanto Minas Gerais apresenta uma presença expressiva de médicos oftalmologistas ( $n = 48776$ ; 18,65%) e enfermeiros da ESF ( $n = 69882$ ; 26,72%). O Espírito Santo, embora com menor volume absoluto de registros, possui uma proporção relativamente elevada de profissionais da ESF, com destaque para enfermeiros (38,19%) e assistentes sociais (7,77%). Profissionais menos frequentes, com distribuição pontual, incluem visitantes sanitários, médicos residentes, profissionais de educação física na saúde, biomédicos, e outras categorias especializadas como médico mastologista, cardiologista, infectologista e ortopedista, que somados representam menos de 1% dos vínculos regionais (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

A ampliação da oferta de triagens oftalmológicas no SUS, especialmente na Região Sudeste, reflete mudanças estruturais nas políticas públicas de saúde visual nas últimas décadas. O crescimento inicial coincide com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidação da Política Nacional de Atenção Básica e incorporação progressiva da saúde ocular como prioridade em vigilância e prevenção de agravos (Portes, 2012; Brasil, 2012a). A padronização da triagem nos sistemas de informação a partir de

2008 reforçou o compromisso do Brasil com a Visão 2020 e a agenda da OMS, voltada ao fortalecimento da atenção primária em países de renda média e baixa (Becker; Cortela; Miura, 2019; Brasil, 2013; World Health Organization, 2019).

A concentração dos procedimentos em São Paulo e Minas Gerais relaciona-se à maior capacidade instalada, à organização das redes regionais e a investimentos históricos em atenção ambulatorial especializada, incluindo logística de transporte e regulação de vagas (Brasil, 2013; Guedes; Chaoubah, 2023; Castagno; Fassa; Silva, 2009). Em contrapartida, a baixa participação do Espírito Santo indica desigualdades na organização da saúde ocular, já relatadas em análises sobre a fragmentação da atenção especializada (Lima; Baptista; Vargas, 2017). A composição profissional evidencia o protagonismo da APS, com destaque para enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde, fundamentais para rastreamento territorializado, especialmente diante da concentração de oftalmologistas em grandes centros urbanos (Brasil, 2013; Carvalho; Diniz; Lacerda, 2012). No Espírito Santo, a centralidade dos enfermeiros e assistentes sociais sugere integração da triagem à ESF e ênfase na abordagem ampliada do cuidado (Fernandes; Köptcke, 2021; Kantorski; Jardim; Pereira, 2009; Vieira; Melo; Soares, 2023). A presença pontual de ortoptistas ou infectologistas reflete escassez de especialistas e atuação em níveis secundários e terciários.

O rápido crescimento entre 2008 e 2011 decorre da incorporação do procedimento ao SIA/SUS, expansão da ESF e estímulos a ações programáticas em saúde visual voltadas a escolares, idosos e trabalhadores (Brasil, 2013). Nesse período, políticas de incentivo, como o Programa Mais Saúde e a ampliação do financiamento da Atenção Básica, somaram-se à consolidação do SIA/SUS, que reduziu subnotificação e fortaleceu o monitoramento (Pimentel; Buchweitz; Campos, 2023; Miranda; Mendes; Silva, 2017; Mitros; Rocha; Costa, 2023; Lima; Giovanella; Fausto, 2018). Após essa fase inicial, a heterogeneidade estadual evidenciou diferentes capacidades de organização regional. Em Minas Gerais, a queda pode refletir esgotamento da capacidade instalada e priorização de procedimentos terapêuticos (Viana; Bousquat; Melo, 2018). No Espírito Santo, oscilações se associam a descontinuidades na contratualização com prestadores e limitações de gestão (Tesser; Poli,

2017). No Rio de Janeiro, retração após 2010 pode decorrer de instabilidades político-administrativas e dificuldades na articulação entre níveis de atenção (Pereira; Lima; Machado, 2018; Silva; Gomes, 2013). Em São Paulo, a estabilidade indica consolidação de redes regionalizadas e políticas de regulação (Duarte; Pessoto; Guimarães, 2015; Paschoalotto; Passado; Oliveira, 2018).

O padrão agregado da Região Sudeste revela o ciclo típico de programas de triagem: expansão inicial, estabilização e declínio subsequente, relacionado a cortes orçamentários e mudanças no financiamento, como a transição do FAEC para o MAC (Fernandes; Franzoi; Köptcke, 2022; Fernandes; Köptcke, 2021; Mendes, 2012). A partir de 2015, o cenário foi agravado pelo congelamento de recursos da Emenda Constitucional 95/2016, repercutindo na retração das ações programáticas (Castro; Massuda; Almeida, 2019). Esse padrão regional reflete a dependência da saúde ocular da vontade política e da capacidade organizacional local, evidenciando a necessidade de revalorização da triagem como estratégia estruturante de prevenção de incapacidades visuais em um país marcado pela desigualdade de acesso (Leasher; Lansingh; Flaxman, 2014).

A análise da variação percentual anual média (AAPC) confirma crescimento sustentado entre 2008 e 2024, mesmo com oscilações estaduais, o que evidencia impacto positivo acumulado das ações de saúde ocular (Fernandes; Franzoi; Köptcke, 2022; Brasil, 2016). Esse padrão é coerente com avaliações longitudinais da atenção especializada no SUS, que mostram avanços até meados da década de 2010, seguidos por oscilações relacionadas a mudanças no financiamento (Lima; Carvalho; Coeli, 2018; Paim, 2018). Apesar das quedas recentes, os ganhos acumulados não foram anulados, reforçando a importância da institucionalização de políticas permanentes, integradas à vigilância e com suporte territorial (World Health Organization, 2019; Zhang; Cotch; Ryskulova, 2012).

**Tabela 1** – Distribuição dos procedimentos ambulatoriais de triagem oftalmológica realizados no Sistema Único de Saúde, segundo variáveis institucionais, de gestão e financiamento, Região Sudeste, 2008–2024.

Grupo procedimento	MG		ES		RJ		SP		Sudeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Proced finalidade diag	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Procedimento	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Triagem Oftalmológica	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Complexidade	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Atenção Básica	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Financiamento	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Atenção Básica (PAB)	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Gestão	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Município Pleno NOAS	10	0.00	735	11.13	15386	14.62	1383	0.50	17514	2.70
Estado Pleno	10	0.00	-	-	1831	1.74	-	-	1841	0.28
Município Pleno AB	27733	10.60	-	-	376	0.36	-	-	28109	4.33
NOAS	233762	89.39	5868	88.87	87678	83.29	274172	99.50	60148	9.27
Pacto de Gestão	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Esfera Jurídica	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0
Administração Pública	166925	63.83	6128	92.81	59434	56.46	229658	83.42	462345	71.25
Entidades Empresariais	-	-	-	-	2	0.00	43	0.02	45	0.01
Entid s/ Fins Lucrativos	57	0.02	-	-	153	0.15	497	0.18	6557	1.01
Não especific/ignorado	94533	36.15	475	7.19	44305	42.09	40684	14.76	179997	27.74
Total	261515	100.00	6603	100.00	105271	100.00	275555	100.00	648944	100.0

Fonte: Ministério da Saúde — Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

**Tabela 2** – Regressão segmentada (Joinpoint Regression), variação anual percentual (APC) e variação anual percentual média (AAPC) das taxas de triagem oftalmológica realizados no Sistema Único de Saúde por 100 mil habitantes, Região Sudeste, 2008 a 2024.

	Período	APC	IC 95%	p-valor	AAPC	IC 95%	p-valor
MG	2008 a 2011	1207,55*	370,98 – 7040,56	<0,001	49,84*	33,34 – 71,89	<0,001
	2011 a 2024	-9,12	-21,26 – 3,09	0,128			
ES	2008 a 2011	902,68*	550,12 – 3192,98	<0,001	56,66*	45,41 – 65,15	<0,001
	2011 a 2017	24,63	-16,78 – 44,73	0,133			
	2017 a 2020	-75,96*	-83,43 – -56,51	<0,001			
	2020 a 2024	123,81*	83,07 – 501,01	<0,001			
RJ	2008 a 2010	9415,49*	777,60 – 70671,32	<0,001	57,11*	32,91 – 96,59	<0,001
	2010 a 2015	-12,58	-28,13 – 1,14	0,073			
SP	2008 a 2010	1583,96*	70,48 – 10017,80	<0,001	55,20*	20,96 – 90,09	0,010
	2010 a 2024	10,40	-29,98 – 28,06	0,445			
Sudeste	2008 a 2010	4002,73*	718,62 – 26700,15	<0,001	53,44*	25,75 – 92,87	<0,001
	2010 a 2014	27,22*	2,20 – 57,87	0,021			
	2014 a 2024	-14,29*	-62,36 – -4,78	0,009			

\* Indica que o AAPC é significativamente diferente de zero no nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

**Tabela 3** – Composição dos profissionais de saúde registrados na produção ambulatorial de triagem oftalmológica no SUS, segundo CBO e Unidade Federativa, Região Sudeste, 2008–2024.

Profissional - CBO	MG		ES		RJ		SP		Sudeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	7321	2.80	220	3.33	25213	23.95	47777	17.34	146420	22.56
Enfermeiro ESF	74815	28.61	2886	43.71	22367	21.25	48621	17.64	148689	22.91
Técnico enfermagem	10686	4.09	95	1.44	3291	3.13	83279	30.22	97351	15.00
Médico oftalmologista	48776	18.65	1081	16.37	13925	13.23	27295	9.91	91077	14.03
Agente comun saúde	24793	9.48	16	0.24	30209	28.70	14378	5.22	69396	10.69
Auxiliar enfermagem	8354	3.19	3	0.05	1588	1.51	24367	8.84	34312	5.29
Técnico enferm ESF	329	0.13	56	0.85	701	0.67	12452	4.52	16499	2.54
Auxiliar enferm ESF	1211	0.46	673	10.19	97	0.09	13888	5.04	15869	2.45
Médico ESF	6774	0.59	178	11.04	455	0.76	1185	9.56	12543	1.93
Médico pediatra	3728	1.43	-	-	2798	2.66	106	0.04	6632	1.02
Dentista ESF	3341	1.28	1	0.02	2	0.00	153	0.06	3497	0.54
Psicólogo clínico	646	0.25	594	9.00	11	0.01	101	0.04	1352	0.21
Nutricionista	850	0.33	-	-	323	0.31	-	-	1173	0.18
Médico clínico	82	0.03	6	0.09	8	0.01	979	0.36	1075	0.17
Fonoaudiólogo geral	311	0.12	92	1.39	131	0.12	188	0.07	722	0.11
Assistente social	76	0.03	513	7.77	-	-	9	0.00	598	0.09
Fisioterapeuta geral	312	0.12	-	-	1	0.00	1	0.00	314	0.05
Agente saúde pública	2	0.00	-	-	-	-	305	0.11	307	0.05
Médico radiologista	-	-	-	-	-	-	209	0.08	209	0.03
Educador Físico saúde	41	0.02	123	1.86	-	-	-	-	164	0.03
Aux saúde bucal ESF	28	0.01	-	-	-	-	95	0.03	123	0.02
Visitador sanitário	117	0.04	-	-	-	-	-	-	117	0.02
Médico cirurgião geral	-	-	-	-	74	0.07	31	0.01	105	0.02
Médico residente	-	-	54	0.82	4	0.00	2	0.00	60	0.01
Médico gastro	-	-	-	-	56	0.05	-	-	56	0.01
Médico otorrino	-	-	-	-	52	0.05	4	0.00	56	0.01
Médico gineco/obstetra	-	-	-	-	11	0.01	41	0.01	52	0.01
Terapeuta ocupacional	28	0.01	-	-	-	-	4	0.00	32	0.00
Médico generalista	-	-	-	-	-	-	31	0.01	31	0.00
Enf estratégia ACS	-	-	-	-	-	-	30	0.01	30	0.00
Médico cardiologista	16	0.01	-	-	1	0.00	2	0.00	19	0.00
Téc saúde bucal ESF	15	0.01	-	-	1	0.00	-	-	16	0.00
Farmacêutico	-	-	11	0.17	-	-	-	-	11	0.00
Téc em saúde bucal	11	0.00	-	-	-	-	-	-	11	0.00
Dentista - clínico geral	-	-	1	0.02	-	-	4	0.00	5	0.00
Enfermeiro do trabalho	-	-	-	-	-	-	2	0.00	2	0.00
Médico geriatria	-	-	-	-	-	-	2	0.00	2	0.00
Aux em saúde bucal	2	0.00	-	-	-	-	-	-	2	0.00
Atend enfermagem	-	-	-	-	-	-	2	0.00	2	0.00
Biomédico	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Dentista/odontoped	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Farmacêutico clínico	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Enfermeiro obstétrico	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Ortopista	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Médico infectologista	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Médico neurologista	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Médico psiquiatra	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Médico anestesia	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Médico cir vascular	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Médico cirurgião ped	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00
Médico mastologista	-	-	-	-	-	-	1	0.00	1	0.00

Fonte: Ministério da Saúde — Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)



Entre as limitações, destacam-se a dependência de dados secundários do SIA/SUS, sujeitos a variações de completude e inconsistências na vinculação profissional; a exclusão da rede privada e conveniada; e as restrições metodológicas da regressão segmentada, que identifica tendências, mas não os fatores contextuais subjacentes.

## CONSIDERAÇÕES

Em síntese, os achados mostram avanço expressivo das triagens oftalmológicas no SUS na Região Sudeste entre 2008 e 2024, impulsionado por políticas de fortalecimento da APS e da vigilância em saúde, mas também revelam desafios na manutenção da regularidade após 2014. Recomenda-se reforçar a integração da saúde ocular na atenção básica, investir em recursos humanos, ampliar a oferta regionalizada e adotar estratégias como teleoftalmologia e regulação assistencial. A institucionalização de programas de triagem, com financiamento estável e monitoramento contínuo, pode reduzir desigualdades e prevenir incapacidades evitáveis.

## REFERÊNCIAS

- BECKER, T. O. F.; CORTELA, D. C. B.; MIURA, H.; MATSUHARA, M. L. Avaliação da acuidade visual em escolares do ensino fundamental. *Revista Brasileira de Oftalmologia* [Internet], v. 78, n. 1, p. 37–41, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20190008>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CARVALHO, R. S.; DINIZ, A. S.; LACERDA, F. M.; MELLO, P. A. A. Gross Domestic Product (GDP) per capita and geographical distribution of ophthalmologists in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* [Internet], v. 75, n. 6, p. 407–11, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492012000600007>.
- CASTAGNO, V. D.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C.; CARRET, M. L. V. Carência de atenção à saúde ocular no setor público: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 10, p. 2260–72, 2009.
- CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345–56, 27 jul. 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).

DUARTE, C. I. M. S. Visão funcional e sua importância na autonomia do paciente. *Revista Brasileira de Oftalmologia* [Internet], v. 82, e0049, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37039/1982.8551.20230049>.

DUARTE, L. S.; PESSOTO, U. C.; GUIMARÃES, R. B.; HEIMANN, L. S.; CARVALHEIRO, J. R.; CORTIZO, C. T. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade* [Internet], v. 24, n. 2, p. 472–85, abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>.

FERNANDES, L. A.; FRANZOI, M. A. H.; KÖPTCKE, L. S. A saúde ocular e o Programa Saúde na Escola: uma pesquisa documental. *Saúde em Debate* [Internet], v. 46, spe3, p. 213–26, nov. 2022. Disponível em: <https://is.gd/nVMhqx>.

FERNANDES, L. A.; KÖPTCKE, L. S. Análise da ação de saúde ocular do Programa Saúde na Escola no Brasil de 2014 a 2019: um estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet], v. 30, n. 2, e2020339, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200008>.

FLITCROFT, I.; AINSWORTH, J.; CHIA, A.; COTTER, S.; HARB, E.; JIN, Z. B. et al. IMI-Management and Investigation of High Myopia in Infants and Young Children. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, v. 64, n. 6, p. 3, 1 maio 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37126360/>.

GUEDES, R. A. P.; CHAUBAH, A. Percepção dos cuidados e atenção com a saúde ocular da população brasileira. *Revista Brasileira de Oftalmologia* [Internet], v. 82, e0055, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37039/1982.8551.20230055>.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; PEREIRA, D. B.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet], v. 30, n. 4, p. 594–601, out. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400003>.

LEASHER, J. L.; LANSINGH, V.; FLAXMAN, S. R.; JONAS, J. B.; KEEFFE, J.; NAIDOO, K. et al. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990–2010. *British Journal of Ophthalmology*, v. 98, n. 5, p. 619–28, maio 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2013-304013>.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* [Internet], v. 42, spe1, p. 52–66, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet], v. 34, n. 7, e00117118, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00117118>.

LIMA, N. C.; BAPTISTA, T. W. F.; VARGAS, E. P. Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [Internet], v. 21, n. 62, p. 615–27, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0642>.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. The challenge of organizing a universal and efficient National Health System in the Brazilian federal pact. *Saúde e Sociedade* [Internet], v. 26, n. 2, p. 329–35, 2017. Disponível em: <https://is.gd/ZQpcjZ>

- MITROS, V. M. S.; ROCHA, R. N.; COSTA, N. G. S.; SILVA, M. R. F.; MOTA, M. V.; ARAÚJO, C. E. L. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. *Saúde em Debate* [Internet], v. 47, n. 138, p. 444–61, jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313806>.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], v. 23, n. 6, p. 1723–8, jun. 2018. Disponível em: <https://is.gd/GPeX6V>.
- PASCHOALOTTO, M. A. C.; PASSADO, J. L.; OLIVEIRA, L. R.; LOPES, J. E. F.; DANTAS, M.; PASSADO, C. S. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. *Saúde e Sociedade* [Internet], v. 27, n. 1, p. 80–93, 2018. Disponível em: <https://is.gd/p2Si44>.
- PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], v. 23, n. 7, p. 2239–52, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08922018>.
- PIMENTEL, F. G.; BUCHWEITZ, C.; CAMPOS, R. T. O.; HALLAL, P. C.; MASSUDA, A.; KIELING, C. Realising the future: Health challenges and achievements in Brazil. *SSM – Mental Health*, v. 4, p. 100250, 2023. Disponível em: <https://is.gd/UTV4Ou>.
- PORTES, A. J. F. Oftalmologia e atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Oftalmologia* [Internet], v. 71, n. 6, p. 351–2, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-72802012000600001>.
- SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saúde e Sociedade* [Internet], v. 22, n. 4, p. 1106–16, out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400013>.
- SURVEILLANCE RESEARCH PROGRAM. Joinpoint Regression Software, Version 5.4.0 – April 2025. Bethesda: National Cancer Institute, 2025. Disponível em: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint>.
- SWENOR, B.; VARADARAJ, V.; LEE, M. J.; WHITSON, H.; RAMULU, P. World Health Report on Vision: Aging Implications for Global Vision and Eye Health. *Innovation in Aging*, v. 4, supl. 1, p. 807–8, 2020. Disponível em: <https://is.gd/7sCKcq>.
- TESSER, C. D.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], v. 22, n. 3, p. 941–51, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>.
- VIANA, A. L. A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A. D.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], v. 23, n. 6, p. 1791–8, jun. 2018. Disponível em: <https://is.gd/O0wRgt>.
- VIEIRA, A. C. S.; MELO, D. C. S.; SOARES, R. C. Crise sanitária e atenção primária: a atuação de assistentes sociais nos territórios. *Revista Katálysis* [Internet], v. 26, n. 1, p. 128–38, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e89976>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on vision. Geneva: WHO, 2019.
- ZHANG, X.; COTCH, M. F.; RYSKULOVA, A.; PRIMO, S. A.; NAIR, P.; CHOU, C. F. et al. Vision health disparities in the United States by race/ethnicity, education, and economic status: findings from two nationally representative surveys. *American Journal of Ophthalmology*, v. 154, n. 6, supl., p. S53–62.e1, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2011.08.045>.

# PARALISIA CEREBRAL E HOSPITALIZAÇÕES NO SUS: VARIAÇÃO TEMPORAL DA MORBIDADE E TAXAS DE INTERNAÇÃO

Carina Calió Sanches<sup>1</sup>

Ana Raquel da Silva Rios Matos<sup>2</sup>

Bárbara Fernandes Baraldi<sup>3</sup>

Marlon Cosme Gonçalves Ferreira<sup>4</sup>

Naila Albertina de Oliveira<sup>5</sup>

Márcio Cristiano de Melo<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) constitui uma patologia caracterizada por um conjunto de alterações persistentes na postura e na coordenação motora. Essas alterações decorrem de uma encefalopatia não progressiva, isto é, uma lesão cerebral estática que acomete o cérebro em desenvolvimento durante os estágios pré-natais, perinatais ou pós-natais. Tais lesões podem ocorrer em locais singulares ou múltiplos do tecido cerebral imaturo. A natureza e a extensão das lesões cerebrais são determinantes para a diversidade dos comprometimentos neuromotores observados nos indivíduos afetados. Frequentemente, a severidade desses comprometimentos está correlacionada tanto com a gravidade das sequelas neurológicas quanto com a idade de manifestação clínica na criança (Rosa et al., 2008; Assis-Madeira et al., 2013; Mancini; Schaper; Figueiredo, 2004).

Ao longo das últimas décadas, particularmente em virtude do desenvolvimento e expansão do cinema e da literatura, a visibilidade de certas condições médicas têm sido consideravelmente aumentadas ao serem

<sup>1</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/4166437294461560>

<sup>2</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <https://lattes.cnpq.br/3434349232630345>

<sup>3</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/5779999799564764>

<sup>4</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/2499779085087346>

<sup>5</sup> Doutorado em Ciências da Engenharia de Alimentos (USP). Professora (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/FkcFZf>

<sup>6</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS60>

incorporadas em diversas formas de expressões artísticas, como séries televisivas, documentários, obras literárias, entre outros. Contudo, é importante notar que, em várias instâncias, tais condições são retratadas de forma pouco fidedigna, frequentemente recorrendo à dramatização excessiva que pode não apenas deturpar a realidade da doença, mas também contribuir para a perpetuação de preconceitos contra os indivíduos acometidos. Por outro lado, quando a representação artística aborda de maneira precisa e sensível as dinâmicas familiares, os desafios dos tratamentos e as barreiras cotidianas enfrentadas pelos pacientes, ela tem um potencial significativo para humanizar e sensibilizar o público. Esta abordagem mais realista e empática pode ser um vetor crucial para a promoção da aceitação social e a redução do estigma associado à condição retratada, facilitando assim um entendimento mais profundo e compreensivo por parte da sociedade (Collado-Vazquez; Carrillo, 2008; Souza, 2023).

Nos Estados Unidos, a incidência de paralisia cerebral (PC) tem sido documentada variando entre 1,5 e 5,9 casos por 1.000 nascidos vivos. Similarmente, no contexto brasileiro, estima-se que aproximadamente 7 em cada 1.000 neonatos sejam diagnosticados com esta condição. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a prevalência elevada de PC pode estar intrinsecamente ligada a uma série de fatores adversos gestacionais e pós-natais. Entre esses fatores, destacam-se complicações no período gestacional, condições de nutrição materna e infantil, bem como a qualidade e a adequação do atendimento médico e hospitalar, que podem ser insuficientes frente à crescente demanda por serviços especializados, especialmente para crianças que nascem prematuramente (Brasil, 2013). De fato, o nascimento pré-termo, que se destaca como uma das causas primárias da paralisia cerebral, está implicado em aproximadamente 30% dos casos de nascimentos no país. Portanto, um entendimento aprofundado dessas variáveis é crucial para melhorar as estratégias de prevenção, diagnóstico e intervenção para a paralisia cerebral em ambientes com recursos limitados (Lima et al., 2021).

O trabalho teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da morbidade hospitalar do Sistema Único de Saúde relacionado com as internações por paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas de acordo com as regiões e unidades da federação brasileira.

## MÉTODO

Realizou-se um estudo ecológico de série temporal que avaliou a frequência de morbidade hospitalar do SUS relacionada às internações por paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas, segundo ano de internação e taxa de Internação Hospitalar por 100 mil habitantes, utilizando-se dados de assistência à saúde do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Como critério de inclusão, utilizaram-se todas as internações por causas relacionadas à temática entre os anos de 2008 e 2023. Foram analisadas as seguintes variáveis constantes na busca do TabNet: sexo (masculino e feminino); faixa etária em anos (1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 e mais); raça/cor autodeclarada (branca, preta, parda, sem informação) e regiões/unidades da federação brasileira.

Estimaram-se a variação anual percentual e a variação anual percentual média (Annual Percentual Change – APC; Average Annual Percentual Change – AAPC), que demonstraram variações positivas ou negativas das frequências e taxas durante a série temporal, por meio de uma regressão segmentada (RS), verificando pontos importantes de mudança. Ajustaram-se sucessivos segmentos da reta conectados entre si por esses pontos de mudança. Para isso, realizaram-se testes para confirmar se os dados possuíam pressuposições de confiabilidade para o uso da RS, verificando-se: 1º) a homocedasticidade (variância constante das incidências em observações temporais distintas); 2º) a autocorrelação (ausência de relação entre valores ordenados no tempo ou espaço); 3º) a normalidade dos resíduos dos modelos mais adequados para os ajustes (quando os dados seguiam distribuição normal). Para tais análises utilizou-se o software SPSS-22.

O número de pontos necessários para o ajuste de cada segmento foi selecionado automaticamente pela configuração padrão do programa (sem a transformação logarítmica da variável resposta) Joinpoint Regression Program, versão 5.0.2, fornecido pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos (National Cancer Institute, 2017; Martinez-Beneito; García-Donato; Salmerón, 2011). Calcularam-se intervalos de confiança de 95% para a APC e estimaram-se as variações percentuais anuais obtidas na

RS com os respectivos intervalos de confiança de 95% e teste qui-quadrado com correção de Yates (considerando 5% de significância).

O cálculo das proporções de morbidade hospitalar relacionadas às internações por paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas considerou os registros absolutos das internações anuais como numerador e o total de internações no período estudado como denominador. Para as taxas de internação hospitalar utilizou-se o total de internações como numerador e a população residente em cada ano como denominador.

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos, com as tendências das proporções e das taxas. Essa análise removeu variações aleatórias e evidenciou os componentes de tendência e ciclo, ponderando igualmente todas as observações passadas. Para tanto, utilizou-se o software Excel via Microsoft 365 para Windows.

O estudo obteve dispensa de aprovação em Comitê de Ética da Faculdade São Leopoldo Mandic (protocolo 2024/0627), por tratar-se de pesquisa com dados secundários sem identificação pessoal, de livre acesso e disponíveis em plataforma ministerial pública, respaldado pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Foram registradas 158.036 internações hospitalares por paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas (CID-10: G80–G83) no Brasil, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). A Tabela 1 apresenta a distribuição absoluta e proporcional dessas internações segundo região brasileira, sexo, raça/cor, faixa etária, caráter e regime de atendimento. Observou-se expressiva heterogeneidade regional e importantes lacunas de informação, especialmente nas variáveis relacionadas à raça/cor e ao regime de atendimento. Já a Tabela 2 sintetizou os resultados da análise de tendência temporal por regressão segmentada (Joinpoint), evidenciando padrões distintos de crescimento, estabilidade ou declínio das taxas de internação por 100 mil habitantes entre as diferentes regiões do país.

Entre 2008 e 2024, observou-se predomínio de internações por paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas no sexo masculino em

todas as regiões do Brasil. A maior proporção foi registrada na região Centro-Oeste (65,8%), seguida pelo Nordeste (64,4%) e Sudeste (62,6%). No total nacional, homens representaram 63,7% das internações, evidenciando uma tendência consistente de maior acometimento ou busca por hospitalização nessa população. Houve variação na distribuição por raça/cor entre as regiões. No Sul, 70% das internações foram de pessoas brancas, seguido pelo Sudeste (34,7%). Em contrapartida, a população parda predominou no Norte (70,2%) e apresentou proporções elevadas no Centro-Oeste (12%) e Sudeste (22,2%). Observa-se importante subnotificação da variável, com 59% dos registros classificados como “sem informação”, atingindo patamares críticos no Nordeste (80,5%) e Centro-Oeste (81,6%), o que limita a análise aprofundada da desigualdade racial.

A distribuição etária indica dois picos distintos: um grupo pediátrico (5 a 14 anos) e outro composto por adultos jovens (20 a 39 anos). No Sudeste, as internações se concentraram entre 20 a 39 anos, enquanto no Norte e Sul houve maior proporção entre crianças de 5 a 14 anos. No Brasil, destaca-se a faixa de 20 a 29 anos (16,6%) como a mais representativa, seguida por 30 a 39 anos (14,1%) e 5 a 9 anos (11,3%). Observa-se ainda participação relevante de idosos ( $\geq 60$  anos), totalizando 5,1% das internações nacionais.

No cenário nacional, predominaram os atendimentos eletivos (83,4%), com maior concentração no Nordeste (89,1%) e Sudeste (84,7%). A região Norte apresentou a maior proporção relativa de atendimentos por urgência (55,6%), seguida pelo Centro-Oeste (15,3%) e Sul (47,0%). Apenas cinco casos foram registrados como relacionados a acidentes de trânsito ou lesões por agentes químicos/físicos, todos com ocorrência residual. Mais da metade dos registros nacionais estavam classificados como “ignorado” (51,5%), dificultando inferências robustas sobre a segmentação público-privada. Ainda assim, observa-se que as regiões Sudeste (15,8%) e Norte (26,3%) apresentaram maiores proporções de internações pelo SUS, enquanto o setor privado concentrou os atendimentos no Nordeste (47,2%) e Centro-Oeste (48,3%).

A análise de tendência das taxas de internações hospitalares por 100 mil habitantes revelou padrões distintos entre as regiões. No Brasil como um todo, a série histórica foi marcada por um crescimento inicial entre



2008 e 2016 ( $APC = 4,21\%$ ;  $p = 0,002$ ), seguido por queda acentuada até 2020 ( $APC = -14,51\%$ ;  $p = 0,002$ ) e posterior recuperação entre 2020 e 2024 ( $APC = 8,66\%$ ;  $p = 0,013$ ). Destaca-se a região Norte, cuja AAPC foi de 7,63% no período total, com crescimento expressivo após 2020 ( $APC = 19,23\%$ ). O Nordeste apresentou flutuações significativas, com crescimento entre 2008 e 2014, queda até 2020, e nova elevação a partir de então, resultando em AAPC positiva (1,46%;  $p = 0,03$ ).

Já o Sudeste e o Centro-Oeste não apresentaram tendências estatisticamente significativas ao longo da série. Em contrapartida, o Sul demonstrou comportamento oscilatório, com aumento abrupto entre 2011 e 2014 ( $APC = 40,28\%$ ;  $p < 0,001$ ), queda até 2020, e posterior retomada de crescimento. A Figura 1 ilustra graficamente essas inflexões, com destaque para as curvas acentuadas nas regiões Norte e Sul, corroborando os resultados da regressão segmentada e sugerindo possíveis influências externas (ex.: políticas de acesso, mudanças demográficas, pandemia) sobre os padrões observados.

## DISCUSSÃO

A análise das internações hospitalares por paralisia cerebral (PC) e outras síndromes paralíticas no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2008 e 2024, revelou padrões epidemiológicos compatíveis com achados nacionais e internacionais, refletindo as desigualdades regionais e estruturais do sistema de saúde brasileiro. Os dados evidenciaram um predomínio de internações entre indivíduos do sexo masculino (63,9%), achado coerente com estudos prévios que indicam maior suscetibilidade dos meninos a lesões neurológicas no período perinatal, o que os torna mais vulneráveis à PC (Leonardo et al., 2024; Baltieri; Wajnsztejn, 2023).

No que se refere à distribuição etária, a concentração das internações nas faixas de 1 a 4 anos e de 50 anos ou mais confirma a natureza bimodal da carga hospitalar por PC. Nos primeiros anos de vida, as internações geralmente estão associadas à fase diagnóstica, início da reabilitação e controle de comorbidades, enquanto nos adultos e idosos podem refletir agravamento funcional e complicações secundárias crônicas (Peixoto et al., 2020; Oliveira; Costa, 2024).

Regionalmente, as maiores frequências foram observadas nas Regiões Sudeste e Nordeste, o que pode ser parcialmente explicado pelo maior número absoluto de habitantes e maior densidade de unidades hospitalares nestas regiões (Brasil, 2020). Contudo, estudos como o de Baltieri e Wajnsztein (2023) indicam que o aumento de internações no Norte e Centro-Oeste nos últimos anos também pode refletir a expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde e melhoria na capacidade diagnóstica e de notificação nessas regiões.

A distribuição por raça/cor apresenta importante viés de informação, com mais de 50% dos registros sem preenchimento adequado, limitando análises mais precisas sobre equidade racial no acesso aos serviços. No entanto, entre os dados válidos, indivíduos pardos e brancos foram os mais representativos, o que é consistente com a composição populacional brasileira e com os achados de estudos regionais (Peixoto et al., 2020). A ausência de dados padronizados quanto à raça/cor ainda representa um desafio para políticas públicas voltadas à equidade, como pontuado por Forthun et al. (2018), que relacionam desigualdades socioeconômicas com maior risco de desenvolvimento de PC.

Quanto ao regime de internação, a expressiva proporção de registros ignorados (51%) dificulta a avaliação da distribuição entre os setores público e privado. Entretanto, dados do Ministério da Saúde (2020) mostram que o SUS ainda é responsável pela maior parte das internações relacionadas à PC no Brasil, especialmente entre as populações mais vulneráveis. Oliveira e Costa (2024) também apontam que essas internações geram custos significativos para o sistema público, principalmente em casos com maior grau de dependência funcional.

A análise temporal revelou que, em nível nacional, as taxas de internação por paralisia cerebral e síndromes paralíticas apresentaram um comportamento bifásico entre 2008 e 2024: crescimento significativo até 2016 ( $APC = 4,21\%$ ;  $p = 0,002$ ), seguido de queda expressiva de 2016 a 2020 ( $APC = -14,51\%$ ;  $p = 0,002$ ), e retomada ascendente em 2020–2024 ( $APC = 8,66\%$ ;  $p = 0,013$ ). Esse padrão de reversão temporal é comparável ao observado em estudos de tuberculose e outros agravos no Brasil, nos quais políticas públicas, alterações demográficas e eventos

externos (como pandemias) impactaram significativamente as tendências observadas (Brasil, 2019; Leonardo et al., 2024).

Especificamente na região Norte, a regressão segmentada indicou forte aumento de 19,23% ao ano nos últimos quatro anos (2020–2024;  $p < 0,001$ ), resultando numa AAPC geral positiva (7,63%;  $p < 0,001$ ). Tal elevação pode refletir melhoras no acesso hospitalar, ampliação dos serviços de reabilitação ou aumento real da incidência — fenômenos também atribuídos a infraestruturas em desenvolvimento e expansão do SIH/SUS em localidades historicamente subatendidas (Mota & Bousquat, 2023).

No Nordeste, destaca-se um crescimento inicial vigoroso (APC = 11,17%;  $p < 0,001$ ), seguido por declínio (APC = -13,68%;  $p < 0,001$ ) e nova inflexão positiva após 2020 (APC = 12,80%;  $p = 0,002$ ), resultando em AAPC positivo (1,46%;  $p = 0,03$ ). Tais oscilações são sintomáticas de contextos regionais de intensa dinamização assistencial, frequentemente associados a programas locais de atenção à saúde infantil e expansão da rede hospitalar, como observado em políticas implementadas no Nordeste durante a última década (Gubert et al, 2021).

Nas regiões Sul e Sudeste, não foram observadas tendências consolidadas, apesar dos momentos pontuais de elevação no Sul (2011–2014; APC = 40,28%;  $p < 0,001$ ) e retração posterior. Esse padrão pode estar associado a ações intermitentes de vigilância, protocolos clínicos e reduções pontuais em demanda ou capacidade hospitalar, conforme apontado em estudos que analisam a fragmentação da atenção especializada e a sazonalidade de internações neurológicas no Brasil (Moreira et al, 2021).

O padrão regional segmentado ressalta a importância de análises temporais que reconhecem múltiplos pontos de inflexão, conforme defendido pela metodologia Joinpoint, especialmente em contextos heterogêneos como o brasileiro. Esses resultados demandam interpretação cuidadosa das mudanças estruturais, políticas de saúde e eventos disruptivos (como a pandemia de COVID-19), os quais podem ter influenciado padrões de cuidado e capacidade de internação ao longo do tempo (Antunes & Cardoso, 2015).

O perfil funcional das pessoas com paralisia cerebral internadas no Brasil ainda é pouco descrito nos bancos de dados oficiais. Vasconcelos et al. (2024), por exemplo, destacam que a maioria das crianças com PC no Brasil apresenta comprometimento motor bilateral moderado a grave

(GMFCS níveis III-V), o que implica maior demanda por cuidados contínuos e, potencialmente, maior frequência de internações (Dias et al, 2010; Oliveira et al, 2021).

Dessa forma, os dados analisados indicam que, apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência no Brasil, ainda há desafios importantes no que diz respeito à equidade de acesso, na qualidade das informações hospitalares e na articulação entre os níveis de atenção à saúde, o qual é proporcionado ao indivíduo.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu descrever o perfil epidemiológico das internações hospitalares por paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas no Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando importantes aspectos clínicos, demográficos e estruturais da morbidade associada a essas condições. Observou-se predominância de internações entre indivíduos do sexo masculino e nas faixas etárias extremas, particularmente entre crianças de 1 a 4 anos e adultos acima dos 50 anos, indicando a necessidade de estratégias diferenciadas de atenção para esses grupos populacionais.

As disparidades regionais identificadas, com maiores concentrações de internações nas Regiões Sudeste e Nordeste, e o crescimento recente nas Regiões Norte e Centro-Oeste, reforçam a influência de fatores como densidade populacional, capacidade instalada e acesso aos serviços de saúde. A elevada proporção de registros incompletos em variáveis como raça/cor e regime de internação evidencia fragilidades na qualidade dos dados secundários disponíveis, limitando análises mais aprofundadas sobre equidade e padrões assistenciais. A tendência temporal apontou oscilações significativas ao longo do período estudado, com crescimento nas internações até 2015 e redução acentuada após 2020, possivelmente relacionada ao fortalecimento da atenção primária, reorganização da rede assistencial e impactos indiretos da pandemia de COVID-19.

Diante disso, destaca-se a importância do aprimoramento dos registros de informações hospitalares, da ampliação das ações de prevenção perinatal e do fortalecimento das políticas de reabilitação precoce. Tais medidas são fundamentais para a redução da morbimortalidade associada à paralisia cerebral no Brasil e para garantir um cuidado integral e equitativo às pessoas com deficiência neuromotora no contexto do SUS.

**Tabela 1** – Distribuição absoluta e proporção de internações hospitalares por paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas, segundo região brasileira e variáveis sociodemográficas e assistenciais, Brasil, 2008–2024.

	N		NE		SE		S		CO		Total	
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masc	1402	60,6	26706	64,4	40596	62,6	5757	60,3	26236	65,8	100697	63,7
Fem	912	39,4	14762	35,6	24234	37,4	3788	39,7	13643	34,2	57339	36,3
Raça/Cor												
Branca	91	3,9	1219	2,9	22521	34,7	6685	70,0	1948	4,9	32464	20,5
Preta	22	1,0	745	1,8	2807	4,3	191	2,0	291	0,7	4056	2,6
Parda	1624	70,2	595	1,4	14361	22,2	534	5,6	4803	12,0	27272	17,3
Amarela	28	1,2	182	0,4	411	0,6	51	0,5	265	0,7	937	0,6
Indígena	22	1,0	5	0,0	14	0,0	5	0,1	19	0,0	65	0,0
Sem informação	527	22,8	33367	80,5	24716	38,1	2079	21,8	32553	81,6	93242	59,0
Faixa Etária em anos												
< 1	233	10,1	613	1,5	717	1,1	322	3,4	194	0,5	2079	1,3
1 a 4	356	15,4	3963	9,6	387	0,6	714	7,5	1007	2,5	991	0,6
5 a 9	490	21,2	5499	13,3	7636	11,8	1511	15,8	2729	6,8	17865	11,3
10 a 14	340	14,7	4473	10,8	7315	11,3	1343	14,1	3195	8,0	16666	10,5
15 a 19	165	7,1	3475	8,4	576	0,9	850	8,9	3515	8,8	13765	8,7
20 a 29	198	8,6	7007	16,9	10034	15,5	973	10,2	81	0,2	26312	16,6
30 a 39	143	6,2	6244	15,1	8296	12,8	785	8,2	6843	17,2	22311	14,1
40 a 49	132	5,7	4448	10,7	7014	10,8	819	8,6	5265	13,2	17678	11,2
50 a 59	121	5,2	3075	7,4	6216	9,6	874	9,2	4392	11,0	14678	9,3
60 a 69	74	3,2	1754	4,2	4766	7,4	704	7,4	2952	7,4	1025	0,6
70 a 79	44	1,9	706	1,7	2416	3,7	420	4,4	136	0,3	4946	3,1
≥ 80	18	0,8	211	0,5	790	1,2	230	2,4	327	0,8	1576	1,0
Caráter de <u>Atend</u>												
Eletivo	1027	44,4	36951	89,1	54903	84,7	5058	53,0	3379	8,5	131729	83,4
Urgência	1287	55,6	4517	10,9	9926	15,3	4482	47,0	6089	15,3	26301	16,6
Acid <u>trans</u>	-	-	-	-	1	0,0	4	0,0	-	-	5	0,0
<u>Les. env. quím. fís.</u>	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	1	0,0
Regime de <u>Atend</u>												
Público	608	26,3	1846	4,5	10234	15,8	129	1,4	224	0,6	16218	10,3
Privado	89	3,8	19562	47,2	1879	2,9	2724	28,5	19261	48,3	60426	38,2
Ignorado	1617	69,9	2006	4,8	35806	55,2	5531	57,9	18378	46,1	81392	51,5
Total	2314	100,0	41468	100,0	64830	100,0	9545	100,0	39879	100,0	158036	100,0

Fonte: Ministério da Saúde — Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

\* Outros tipos de acidente de trânsito; outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos.

**Tabela 2** – Regressão segmentada (Joinpoint Regression), variação anual percentual (APC) e variação anual percentual média (AAPC) das taxas de internações

hospitalares por paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas por 100 mil habitantes, segundo região brasileira, Brasil 2008 a 2024.

	Período	APC	IC 95%	p-valor	AAPC	IC 95%	p-valor
N	2008 a 2020	4,02	-4,41 – 6,19	0,103	7,63*	5,36 – 9,335	< 0,001
	2020 a 2024	19,23*	8,51 – 43,87	< 0,001			
NE	2008 a 2014	11,17*	6,90 – 16,54	< 0,001	1,46*	0,16 – 2,84	0,03
	2014 a 2020	-13,68*	-20,87 – -9,74	< 0,001			
	2020 a 2024	12,80*	4,80 – 27,44	0,002			
SE	2008 a 2024	-1,92	-11,83 – 8,95	0,729	-	-	-
	2008 a 2011	2,56	-10,63 – 10,22	0,612	3,84*	2,51 – 5,19	< 0,001
S	2011 a 2014	40,28*	26,18 – 49,37	< 0,001			
	2014 a 2020	-12,03*	-17,58 – -9,09	< 0,001			
	2020 a 2024	7,31*	0,57 – 19,70	0,036			
CO	2008 a 2024	-7,27	-24,49 – 9,27	0,364	-	-	-
	2008 a 2016	4,21*	1,82 – 7,62	0,002	0,22	-0,95 – 1,47	0,555
Brasil	2016 a 2020	-14,51*	-21,76 – -8,51	0,002			
	2020 a 2024	8,66*	1,81 – 26,25	0,013			

Fonte: Calculado pelos autores

\*Indica que a APC e a AAPC é significativamente diferente de zero no nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 3, p. 565–576, jul. 2015.

ASSIS-MADEIRA, E. A. et al. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de níveis socioeconômicos alto e baixo. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 31, p. 51-57, 2013.

BALTIERI, S.; WAJNSZTEJN, R. Impact of Health Access on Hospitalization of Children and Youth with Cerebral Palsy and Paralytic Syndromes in Brazilian Regions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 19, p. 5678, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da criança e do adolescente: epidemiologia, doenças infecciosas e parasitárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

COLLADO-VAZQUEZ, S.; CARRILLO, J. M. Cerebral palsy in literature, cinema and television. *Revista Neurología*, 2008. (Tradução livre do espanhol).

DIAS, A. C. B. et al. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 17, n. 3, p. 225–229, jul. 2010.

FORTHUN, I. et al. Parental socioeconomic status and risk of cerebral palsy: evidence from two Nordic cohorts. *International Journal of Epidemiology*, v. 47, n. 4, p. 1298–1306, 2018.

GUBERT, F. DO A. et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil em estados da região Nordeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1757–1766, maio 2021.

LEONARDO, G. et al. Incidência de infantes internados com diagnóstico de paralisia cerebral no Brasil (2017–2023). *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 5456–5465, 2024.

LIMA, M. B. S. et al. Características clínico-sociodemográficas de crianças com paralisia cerebral em cidades paraenses. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 13, n. 4, p. 77–89, dez. 2021.

MANCINI, M.; SCHAPER, C.; FIGUEIREDO, E. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 8, 2004.

MARTINEZ-BENEITO, M. A.; GARCÍA-DONATO, G.; SALMERÓN, D. Bayesian jointpoint regression model with unknown number of break-points. *The Annals of Applied Statistics*, v. 5, n. 3, p. 2150–2168, 2011.

MOREIRA, D. G. et al. What can be expected to be seen in a Neurology ward? Eleven-year experience in a Brazilian university hospital. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 79, n. 6, p. 478–482, jun. 2021.

MOTA, P. H. DOS S.; BOUSQUAT, A. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 2, p. e220608pt, 2023.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Statistical Research and Applications Program. Joinpoint Regression Program. Version 5.0.2. Bethesda: National Cancer Institute, June 2017.

OLIVEIRA, A. L.; COSTA, I. R. Epidemiological and financial aspects of hospitalizations for cerebral palsy in Brazil. *Journal of Global Infectious Diseases*, v. 16, issue 10, article 14010, 2024.

OLIVEIRA, P. C. et al. Perfil das crianças com paralisia cerebral atendidas na clínica escola de fisioterapia da universidade de marília / profile of children with cerebral palsy answered in clinical physical therapy school marília university. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 21465–21472, 2021.

PEIXOTO, M. V. da S. et al. Características epidemiológicas da paralisia cerebral em crianças e adolescentes em uma capital do nordeste brasileiro. *Fisioterapia em Movimento*, v. 27, n. 4, p. 405–412, 2020. <https://is.gd/d6GDzb>.

ROSA, G. K. B. et al. Desenvolvimento motor de criança com paralisia cerebral: avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 14, p. 163–176, 2008.

SOUZA, T. R. P. Parálisis cerebral infantil: la importancia del tratamiento multiprofesional e interdisciplinar. *Revista REASE*, 28 set. 2023.

VASCONCELOS, F. P. et al. Functioning profile and related impairments of children and adolescents with cerebral palsy in Brazil: PartiCipa Brazil study. *BMC Pediatrics*, v. 24, Article 719, 2024.

# DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS: REFLEXÕES SOBRE A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA, EQUIDADE, ACESSIBILIDADE, DESAFIOS FRENTE ÀS MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICAS

Geovana Mendes Sena<sup>1</sup>

Leticia de Melo Santos Andrade<sup>2</sup>

Maria Luisa Junker Oliveira de Azeredo<sup>3</sup>

Maryana Paiva Santana<sup>4</sup>

Rogério Luiz Aires Lima<sup>5</sup>

Maria Carla Vieira Pinho<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

Instituído pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como um marco histórico na efetivação do direito universal à saúde em um país profundamente desigual. Fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, enfrenta desde sua criação um crônico subfinanciamento, agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que restringiu a expansão dos gastos públicos e limitou a implementação de políticas e serviços essenciais. Além das restrições financeiras, persistem desafios relacionados à gestão, à descentralização e à coordenação federativa, exigindo maior integração entre União, estados e municípios. Experiências como a regionalização da atenção no Ceará demonstram que a racionalização de recursos e o fortalecimento da atenção primária ampliam a resolutividade e reduzem custos. A incorporação de

<sup>1</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/4674456902927155>

<sup>2</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/5666257868893038>

<sup>3</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/5971071187274892>

<sup>4</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/6559773374634715>

<sup>5</sup> Doutor em Ciências da Saúde (IAMSPE — SP). Doutor em Patologia Ambiental e Experimental (UNIP). Médico Neurocirurgião. Coordenador da Medicina (PUC-PR). CV: <https://is.gd/C988SS>

<sup>6</sup> Doutora em Educação, Cultura e História da Arte (MACKENZIE). Enfermeira. Docente (UEL). CV: <http://lattes.cnpq.br/2681535839164713>



inovações tecnológicas, como a telessaúde, também se mostra relevante para a ampliação do acesso, embora ainda dependa da superação das desigualdades digitais e da capacitação de profissionais e usuários.

A equidade permanece como eixo estruturante do sistema, visto que as condições socioeconômicas, culturais e territoriais influenciam fortemente tanto os padrões de adoecimento quanto o acesso aos serviços de saúde, tornando indispensável o enfrentamento de barreiras financeiras, organizacionais e culturais para assegurar um cuidado integral e centrado nas necessidades da população. Diante das transições demográfica, epidemiológica e ambiental, marcadas pelo envelhecimento populacional, pela crescente carga de doenças crônicas, pela persistência de agravos infecciosos e pelos efeitos das mudanças climáticas, torna-se imperativo fortalecer a vigilância em saúde e a atenção primária como pilares de sustentabilidade do sistema. O futuro do SUS depende de financiamento estável e equitativo, do aprimoramento da governança federativa, da incorporação responsável de tecnologias, do enfrentamento das desigualdades e da efetiva participação social, exigindo não apenas ajustes técnicos, mas decisões políticas comprometidas com a saúde como direito universal e com a consolidação do SUS como instrumento de equidade, justiça social e bem-estar coletivo.

## **FINANCIAMENTO PÚBLICO: SUBFINANCIAMENTO HISTÓRICO E PERSPECTIVAS DE NOVOS MODELOS**

Desde sua criação em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como o maior sistema público universal da América Latina e um marco na efetivação do direito à saúde no Brasil. A Constituição Federal reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, instituindo um modelo baseado na universalidade, integralidade e equidade. Contudo, desde o início de sua trajetória, o SUS tem sido marcado por um subfinanciamento histórico, reflexo da distância entre as demandas crescentes da população e os recursos efetivamente destinados ao setor. Esse cenário se torna ainda mais evidente diante do envelhecimento demográfico, do avanço das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e das desigualdades regionais, que impõem barreiras concretas ao acesso. Pesquisas clássicas de saúde coletiva, como a revisão de Paim et al. (2015) e o estudo de Mendes (2013), já evidenciaram que, embora a Estratégia

Saúde da Família (ESF) tenha promovido avanços expressivos na atenção primária, persistem lacunas que sobrecarregam os serviços de média e alta complexidade.

O problema do financiamento é um dos eixos mais críticos para a sustentabilidade do SUS. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o teto de gastos, limitou por duas décadas a expansão dos investimentos em saúde, comprometendo a capacidade de resposta do sistema diante do crescimento das necessidades sociais. Para além da escassez de recursos, persiste uma distribuição desigual, com municípios de menor porte e regiões mais pobres enfrentando grandes dificuldades para garantir serviços básicos (CONASS, 2018). Nesse contexto, observa-se que o fortalecimento da atenção primária é estratégico: dados do Ministério da Saúde mostram que municípios com alta cobertura da ESF apresentam taxas significativamente menores de internações por condições sensíveis à atenção básica, o que reduz custos e melhora a qualidade do cuidado (BRASIL, 2021).

Além do financiamento, a gestão e a eficiência administrativa constituem pilares essenciais para a sustentabilidade do sistema. A descentralização, prevista desde a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), buscou conferir maior autonomia a estados e municípios, permitindo adequação às realidades locais. Contudo, sua efetividade depende da existência de pactuações interfederativas claras. Instrumentos como os Planos de Saúde e os Relatórios de Gestão cumprem papel fundamental ao definir prioridades e assegurar a transparência do gasto público. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por sua vez, consolidou-se como espaço de negociação entre os entes federativos, sendo responsável por alinhar diretrizes e integrar políticas em escala nacional. Experiências estaduais, como a do Ceará, onde a regionalização e a expansão da ESF alcançaram patamares elevados, demonstram que pactuações bem estruturadas podem fortalecer a eficiência e a coordenação dos serviços (VIANA; MACHADO; IBÁÑEZ, 2015).

Outro aspecto decisivo para o futuro do SUS é a incorporação responsável da inovação tecnológica. A pandemia de COVID-19 acelerou a expansão da telessaúde, com a realização de milhões de consultas remotas entre 2020 e 2022 (CGI.br, 2021). Essa modalidade demonstrou

potencial para ampliar o acesso, reduzir custos logísticos e apoiar equipes em regiões remotas. Estudos apontam que programas estruturados de telessaúde contribuem para a redução de internações por condições evitáveis e aumentam a resolutividade da atenção primária (BRASIL, 2022). Entretanto, os benefícios dessa inovação não são automáticos: a desigualdade de infraestrutura digital ainda limita sua implementação em municípios de pequeno porte, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Soma-se a isso a necessidade de capacitação de profissionais e de alfabetização digital da população, sem as quais a telessaúde corre o risco de aprofundar desigualdades já existentes.

Exemplos internacionais ajudam a iluminar caminhos possíveis. O Canadá consolidou políticas de telemedicina para regiões rurais e isoladas, assegurando acesso a especialistas em áreas distantes. Na Espanha, programas de telemonitoramento de pacientes crônicos reduziram custos hospitalares e melhoraram a qualidade de vida dos usuários. Já a Austrália, devido à sua vasta extensão territorial e baixa densidade populacional, transformou a telessaúde em eixo central da atenção primária (MACINKO; HARRIS, 2012). Esses exemplos demonstram que a tecnologia pode fortalecer sistemas públicos universais, desde que articulada a políticas consistentes e a financiamento sustentável.

A sustentabilidade do SUS, porém, não depende apenas de inovações tecnológicas. A dimensão político-institucional é igualmente decisiva. O sistema enfrenta constantemente pressões de crises econômicas e mudanças de governo, que podem fragilizar a continuidade das políticas públicas. Nesse sentido, o fortalecimento dos marcos legais e o protagonismo do controle social, exercido pelas Conferências Nacionais e pelos Conselhos de Saúde, são fundamentais para preservar os princípios constitucionais do SUS (PAIM et al., 2015). Além disso, a qualificação contínua de gestores e profissionais é indispensável para que o sistema seja capaz de responder tanto a emergências sanitárias quanto às transformações demográficas.

Em síntese, a sustentabilidade do SUS exige mais do que ajustes técnicos e administrativos: requer decisões políticas corajosas, investimentos estáveis e uma articulação entre inovação tecnológica e inclusão social. O fortalecimento da atenção primária, a ampliação do financiamento público, a cooperação federativa e a participação ativa da sociedade são elementos

interdependentes para garantir a continuidade do sistema. O SUS, ao longo de mais de três décadas, demonstrou resiliência e capacidade de adaptação. No entanto, diante dos desafios do século XXI, será imprescindível combinar compromisso político e inovação permanente para assegurar que o direito à saúde siga sendo efetivado para toda a população brasileira.

## **EQUIDADE, ACESSIBILIDADE E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

O contexto de vulnerabilidade social influencia diretamente o processo de adoecimento, por estar relacionado às condições socioeconômicas, acesso a emprego, educação, renda, informação e serviços de saúde. Esses determinantes sociais afetam a incidência de doenças e os índices de morbimortalidade. Desde a definição da OMS em 1946, compreende-se que saúde vai além da ausência de enfermidades, abrangendo bem-estar físico, mental e social, especialmente relevante para populações em maior vulnerabilidade (LOPES; SOARES, 2023).

No Brasil, a Constituição de 1988 consolidou a saúde como direito universal e dever do Estado, porém desigualdades de acesso persistem, evidenciando a necessidade da equidade, que busca atender de forma diferenciada as demandas de grupos sociais desiguais (OLIVEIRA; MIRANDA; SANTIAGO, 2020). Nesse contexto, o SUS tem como um de seus principais objetivos reduzir desigualdades por meio da ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016).

A equidade implica reconhecer que indivíduos em condições distintas necessitam de respostas diferenciadas. Isso exige alocação estratégica de recursos, priorizando populações mais vulneráveis e garantindo gestão ética, planejada e transparente. Tal prática fortalece a efetividade das políticas públicas e a sustentabilidade do sistema (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016).

Outro desafio refere-se às barreiras culturais e linguísticas, que podem prejudicar a comunicação entre profissionais e pacientes. A prática médica deve considerar valores, crenças e tradições locais, adotando uma abordagem centrada no indivíduo e desenvolvendo competências comunicativas que promovam cuidado inclusivo (REIS et al., 2024).

Assim, a equidade em saúde constitui princípio ético e parâmetro moral que orienta gestores a considerar condições sociais, econômicas e culturais no planejamento das políticas, reforçando a justiça distributiva e a garantia efetiva do direito à saúde (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016).

Quanto ao acesso, as barreiras que dificultam a utilização dos serviços de saúde são múltiplas, sendo a disponibilidade de serviços e de recursos humanos considerada a mais relevante. No entanto, a simples existência desses recursos não garante que a população consiga acessá-los, uma vez que diversas dificuldades podem impedir o uso dos serviços, como obstáculos geográficos, econômicos, organizacionais, epidemiológicos, informacionais e culturais. Tais barreiras refletem características da oferta de serviços que, de maneira integrada, restringem a capacidade dos indivíduos de utilizá-los. Além disso, critérios de repasse financeiro ou epidemiológicos muitas vezes servem apenas como fundamentos para negociações políticas, representando interesses de gestores e, sobretudo, das pessoas e grupos impactados pelas políticas de saúde (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016).

O acesso aos serviços pode ser compreendido a partir de três dimensões principais: disponibilidade, capacidade de pagamento e aceitabilidade, sendo a informação um elemento transversal que permite que os indivíduos tomem decisões fundamentadas sobre a utilização dos serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

As barreiras geográficas referem-se às dificuldades impostas pelo espaço físico e pelas distâncias entre usuários e serviços de saúde. Quanto maior a distância, maior o esforço e o custo de deslocamento, o que pode desestimular a utilização, especialmente por indivíduos de baixa renda que não conseguem arcar com os custos de transporte ou tempo gasto. Barreiras financeiras dizem respeito a custos diretos ou indiretos associados ao cuidado, incluindo consultas, exames, medicamentos e transporte. Esses custos afetam principalmente os mais pobres, podendo reduzir a utilização dos serviços e aumentar desigualdades sociais. As barreiras organizacionais estão relacionadas à forma como os serviços de saúde são estruturados e geridos. Isso inclui horários de funcionamento, tempo de espera, tipo e disponibilidade de profissionais, medidas de acolhimento, humanização e qualidade técnica do cuidado. Serviços bem-organizados, programas de

atenção primária e o uso regular do mesmo serviço ou profissional tendem a facilitar o acesso e reduzir desigualdades. Barreiras informacionais dizem respeito à disponibilidade e compreensão das informações sobre serviços, doenças e alternativas terapêuticas. O nível de escolaridade, capital cultural e acesso a meios de comunicação influenciam a capacidade das pessoas de entender e utilizar essas informações, impactando diretamente o acesso. Barreiras culturais e epidemiológicas, por sua vez, podem envolver crenças, valores e hábitos de saúde, bem como a percepção de risco e vulnerabilidade, que influenciam a decisão de buscar atendimento (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Compreender essas barreiras evidencia que a disponibilidade de serviços por si só não garante seu uso. É preciso enfrentá-las de forma integrada para reduzir desigualdades e ampliar a equidade, alinhando-se ao princípio da integralidade, que orienta a atenção à saúde de maneira ampla, contínua e coordenada, garantindo cuidado completo e articulado.

A integralidade constitui um dos princípios doutrinários do SUS, articulando ações voltadas à saúde como direito e como serviço público. Sua origem está vinculada ao Movimento da Reforma Sanitária, nas décadas de 1970 e 1980, que reuniu lutas sociais por melhores condições de vida, trabalho e formulação de políticas específicas de atenção. Apesar de essencial, esse princípio é frequentemente menos perceptível no percurso histórico do sistema quando comparado a outros avanços, como a descentralização e o fortalecimento do controle social (MACHADO; et al 2007)

O acesso universal, por exemplo, já não se limita aos antigos vínculos previdenciários, mas ainda persiste um conjunto de barreiras sociais e estruturais que impede muitos cidadãos de usufruírem plenamente dos serviços de saúde. A integralidade, nesse sentido, envolve não apenas a garantia de acesso, mas também a qualidade da atenção, que deve reconhecer o paciente em sua totalidade e não apenas em seus aspectos biológicos. Expressa-se no encontro entre médico e usuário, no esforço de captar necessidades explícitas e implícitas, no acolhimento ao sofrimento e na adoção prudente de medidas preventivas (PINHEIRO, 2009).

Assim, a integralidade não se limita ao acesso aos serviços, mas traduz-se em uma prática de cuidado que valoriza o ser humano em sua totalidade, reconhecendo suas necessidades de forma ampla e responsável.

Mais do que ampliar o uso de recursos, esse princípio busca promover uma atenção equilibrada, capaz de oferecer respostas adequadas sem transformar a saúde em mero consumo ou em forma de controle sobre os corpos.

## **DESAFIOS FUTUROS: DEMOGRAFIA, AMBIENTE E EPIDEMIOLOGIA**

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, reconhecido por oferecer acesso universal e integral à saúde pública, enfrenta obstáculos complexos que moldam sua atuação futura. Essa realidade é evidenciada pelas desigualdades regionais e sociais presentes ao longo de todo território brasileiro, expondo o cenário desafiante gerados pelo acesso díspar a bens essenciais como moradia, educação, saneamento e, principalmente, aos próprios serviços de saúde (Martins et al., 2021). Tais disparidades têm impactado diretamente os indicadores de morbimortalidade e requerem um olhar atento e planos de ação coordenados.

É válido ressaltar que o Brasil está inserido em um processo acelerado de transição demográfica e epidemiológica. Nesse contexto, o perfil de saúde da população tem passado por uma mudança, marcado pelo aumento da expectativa de vida, redução das doenças infecciosas e aumento das taxas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essa realidade é comprovada pelo aumento de doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes como as causas de óbito e incapacidade mais relevantes atualmente, sobretudo entre a população idosa (Da Silva et al., 2023).

Com o envelhecimento acelerado da população, tem sido imposto ao SUS a súbita necessidade de adaptação de seu modelo de cuidado à saúde, com o foco mais expressivo em ações de prevenção, rastreamento e reabilitação (Da Silva et al., 2023). Entretanto a coexistência de múltiplos estágios de transição epidemiológica no território brasileiro surgem como obstáculos no planejamento em saúde, uma vez que esses precisam considerar a persistência de doenças transmissíveis em paralelo ao aumento de DCNT na população (Martins et al., 2021; Mendes et al., 2004).

Além das transformações demográficas e epidemiológicas, o SUS também precisa se organizar para combater os crescentes desafios ambientais e climáticos e suas implicações na saúde pública. Isso se deve ao fato de

que as mudanças climáticas têm o elevado potencial de alterar o comportamento e a vulnerabilidade populacional, por meio de eventos climáticos extremos como secas e inundações (Moreira et al., 2025). A problemática dessa realidade é evidenciada nas consequências descritas socialmente, como o aumento dos índices de doenças ocupacionais e a potencialização da insegurança alimentar e nutricional (Moreira et al., 2025).

Diante desse cenário, o desafio inerente enfrentado pelo SUS é a consolidação de práticas adaptativas, como a agroecologia e vigilância popular em saúde, como estratégia de controle dos impactos ambientais e climáticos na saúde coletiva (Moreira et al., 2025).

A vigilância em saúde emerge como um pilar crucial para o combate a obstáculos enraizados no cuidado à saúde. Desse modo, o monitoramento da efetividade das ações de saúde pública, com enfoque na vigilância epidemiológica, se mostra fundamental para que os novos desafios impostos pelas mudanças no perfil de morbimortalidade sejam superáveis no território brasileiro. Assim, para que esse enfrentamento ocorra, é indispensável que haja uma melhora na qualificação dos métodos e análises sobre a situação de saúde em vigor no SUS (Martins et al., 2021; Mendes et al., 2004).

Em uma perspectiva futura, cabe ao Sistema Único de Saúde reorganizar suas ações para que um investimento em sistemas de informação e monitoramento da equidade seja viável, permitindo o fortalecimento da atenção primária e estimulação de pesquisa e inovação. Dessa forma, medidas cruciais, como financiamento público, ações intersetoriais e melhoria da qualidade e segurança, se levantam como formas de superação dos obstáculos inerentes no cuidado coletivo (Victora et al., 2011).

Iniciativas já vigentes como a Estratégia Saúde da Família, o controle de doenças imunopreveníveis e o acesso universal a medicamentos e vacinas, são exemplos claros da capacidade de inovação e progressão do SUS. No entanto, a preservação dos princípios doutrinários, como a participação social, a universalidade e integralidade, expressas por meio atos de prevenção e promoção à saúde, também são vitais para a manutenção da base do cuidado e fortalecer o monitoramento de doenças emergentes (Victora et al., 2011).



Em suma, os desafios demográficos, epidemiológicos e ambientais enfrentados pelo SUS exigem uma adaptação e vigilância contínua. Logo, ações intersetoriais, investimento em inovação, a implementação tecnológica pode ser medidas usadas para garantir a saúde como direito universal ao longo do território nacional (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2022; Victora et al., 2011).

## CONSIDERAÇÕES

Diante do cenário apresentado, torna-se evidente que historicamente o Sistema Único de Saúde (SUS) se firmou como um dos maiores projetos de inclusão social já implementados no território nacional, permitindo a institucionalização da saúde como um direito universal. Esse sistema, apesar de enfrentar significativos desafios quanto ao financiamento, à gestão e às desigualdades regionais, possui uma notável capacidade de reestruturação, adaptação e avanço, sobretudo na atenção básica.

Ainda assim, para que o SUS continue progredindo frente aos desafios atuais e futuros, moldados pela transição demográfica, epidemiológica e ambiental, torna-se indispensável a garantia do financiamento adequado, bem como a distribuição equitativa desses recursos, o fortalecimento da gestão e do investimento na incorporação tecnológica no setor. Tais elementos, se corretamente articulados, visando a intersetorialidade, transparência e engajamento social, deixaram de ser apenas planos de diretrizes baseados nos princípios formadores do SUS (integralidade, universalidade e justiça social), mas serão parâmetros concretos nos guias práticos da aplicação da saúde coletiva.

Sendo assim, para que o SUS continue atuando como essa garantia do acesso à saúde frente aos desafios apresentados no cenário moderno de transição, as decisões políticas e a criação de metas adaptativas precisam estar alinhadas e comprometidas com o bem-estar coletivo. Logo, a combinação entre inovação tecnológica, sustentabilidade e inclusão social atua não somente reafirmando o sistema como um modelo de proteção social, mas consolida-o como um instrumento ímpar para promoção da cidadania, equidade e democracia brasileira.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Inovação institucional — Agência Nacional de Vigilância Sanitária — Anvisa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2021: uma análise da situação de saúde e da pandemia da COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Telessaúde no Brasil: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CGI.br – Comitê Gestor da Internet no Brasil. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2020. São Paulo: CGI.br, 2021.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Brasília: CONASS, 2018.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira; OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna de. Equidade em saúde como marco ético da bioética. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 431-441, 2016.

DA SILVA, Alanna Gomes *et al.* Temporal trends of morbidities, and risk and protective factors for noncommunicable diseases in elderly residents in Brazilian capitals. Revista Brasileira de Epidemiologia (Brazilian Journal of Epidemiology), v. 26, n. Suppl 1, p. e230009, 2023.

LOPES, Maiara Oliveira; SOARES, Themis Cristina Mesquita. Perfil de vulnerabilidade diante das desigualdades sociais e seu impacto na saúde: uma revisão sistemática. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, v. 18, n. 53, p. 1-10, dez. 2023.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *The New England Journal of Medicine*, v. 366, n. 4, p. 299-305, 2012.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007.

MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas *et al.* [Transition of morbidity and mortality in Brazil: a challenge on the thirtieth anniversary of the SUS]. Ciência & saúde coletiva, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, 2021.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: OPAS, 2013.

MENDES, Joyce *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004.

MOREIRA, Maria de Fátima Ramos *et al.* Mudanças climáticas e suas implicações para a saúde de trabalhadores e trabalhadoras, produção agrícola e ambiente. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 50, p. eddsst5, 2025.

OLIVEIRA, Mateus José Garcia de; MIRANDA, Nei Vinicius Hércules Rodrigues; SANTIAGO, Daniela Emilena. As desigualdades sociais como dificultadores do acesso à saúde pública: um estudo teórico. *Intr@ciência – Revista Científica*, Guarujá, v. 20, dez. 2020.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2015.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

REIS, Bianca Mayana Ribeiro; ROCHA, Gisele Barbosa; SALGADO, Maria Clara dos Santos; VIEIRA, Raíssa Gabriele da Cruz; GAMA, Sabrina de Oliveira; SANTOS, Sabrina Larissa Ferreira dos; ARAÚJO, Sarah Mendes da Silva; LIMA, Maria Mônica Machado de Aguiar; LIMA, Yara Macambira Santana; VALENTIM, Livia de Aguiar. Desafios e caminhos para a equidade em saúde na atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Santarém, v. 24, n. 8, e14473, 2024.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 183-206. VIANA, A. L. d'Á.; MACHADO, C. V.; IBÁÑEZ, N. Descentralização e regionalização da saúde no Brasil (1990-2015). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1749-1762, 2015.

VICTORA, C. G. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, v. 377, n. 9782, p. 2042–2053, 11 jun. 2011.

# GESTÃO DO SUS: UM DESAFIO CONTÍNUO

Ágata Guerra Fraga Souza<sup>1</sup>  
Amanda Guerra Fraga Souza<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é hoje o maior sistema de saúde do mundo e o responsável por algumas das maiores políticas públicas de saúde existentes, atendendo mais de 70% de brasileiros que dependem exclusivamente de serviços públicos de saúde, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE, 2020). Este sistema foi idealizado como uma forma de concretizar a concepção de saúde como um direito básico de todos os indivíduos, que deve ser garantida de forma equânime e universal.

O surgimento do SUS se deu no contexto da Redemocratização pós Ditadura Militar e através da promulgação da Constituição Federal de 1988, momento em que se fez possível a proposição de uma nova forma de organizar a oferta de saúde no Brasil, com um sistema complexo de serviços e instituições de saúde interligados (MORAES et al, 2024). O objetivo comum de todos esses agentes de saúde era bastante claro: garantir saúde como um direito de todos e dever do Estado, como consta no artigo 196 da Constituição brasileira (BRASIL, 1998).

Essa concepção veio como resultado da Reforma Sanitária Brasileira, um movimento político-social que aconteceu entre os anos de 1970 e 1990, em que movimentos sociais, intelectuais sanitaristas e trabalhadores da saúde iniciaram discussões robustas sobre a democratização da saúde no Brasil. Esse movimento se deu como uma resposta a um momento em que a saúde era privilégio das elites e dos trabalhadores formalmente registrados e associados à previdência social, com uma lógica de assistência médica-hospitalar fragmentada e curativa (MORAES et al, 2024).

---

<sup>1</sup> vEspecializanda em Saúde Coletiva e Atenção Primária (USP). Enfermeira. CV: <https://is.gd/kY45U8>

<sup>2</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/5539374216282546>

Foi através da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986, que a Reforma Sanitária atingiu um novo patamar: englobou de fato a participação popular como um dos pilares da construção de um novo modelo de saúde. Com a participação de diversos atores da sociedade civil, três grandes temas foram debatidos — Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. O relatório final da 8ª CNS foi o documento que culminou no capítulo de saúde da Constituição de 1988, evidenciando o marco histórico que foi este evento (ROSÁRIO; BATISTA; MATTA, 2020).

Foi ainda durante a 8ª CNS que foi consolidado um novo conceito de saúde no contexto brasileiro, conceito esse que vinha sendo discutido amplamente no cenário global em documentos como a Declaração de Alma-Ata, de 1978 e a Carta de Ottawa, de 1986. A ideia de que saúde é o resultado de todas as condições de vida que permeiam um indivíduo, como renda, habitação, alimentação, trabalho, lazer, entre outros e que, para sua garantia, necessitava-se de intervenções de diversos setores de saúde se tornava cada vez mais forte (OMS, 1978; 1986).

Considerando esse contexto, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, foi a materialização desses ideais na Constituição Federal, uma vez que regulamentou os aspectos de promoção, prevenção e recuperação de saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no que seria o Sistema Único de Saúde do Brasil (BRASIL, 1990).

Assim, nasce o SUS, um sistema de acesso gratuito a serviços de saúde de todos os níveis de complexidade, desde a Atenção Primária à Saúde à Atenção Especializada e de alta densidade tecnológica, baseado nos princípios doutrinários da Equidade, Universalidade e Integralidade e nos princípios organizativos de Descentralização, Regionalização e Hierarquização, Participação Popular e Controle Social, Resolutividade e Complementariedade do Setor Privado.

## GOVERNANÇA

O Sistema Único de Saúde, como consta na Lei 8.080 de 1990 é um sistema público, administrado pelo Estado (representado pelos três níveis de governo — federal, estadual e municipal) e baseado na gestão compar-

tilhada e participativa, uma vez que tem como compromisso promover ambientes democráticos e representativos de tomadas de decisão. Para isso, a gestão dentro do SUS acontece em diferentes espaços de pactuação e com diversos atores da sociedade, garantindo a descentralização das decisões e compartilhando a gestão, o planejamento e o financiamento do sistema, levando em conta o modelo de federalismo cooperativo em que está inserido (ALMEIDA, 2023).

Nesse sentido, faz-se importante ressaltar que a governança é definida pela pactuação das diretrizes e ações institucionais de um sistema, em espaços de deliberação colegiados, que garantam decisões que articulem os interesses dos vários entes sociais envolvidos. Conjuntamente, a gestão é caracterizada pela organização, controle e avaliação dos serviços de saúde, monitoramento dos contextos de saúde da população, gerenciamento dos recursos financeiros e articulação de políticas públicas, realizada em espaços de tomada de decisão. Tanto a governança quanto a gestão em saúde devem acontecer de forma integrada e colaborativa para que os objetivos sejam de fato alcançados (PERNAMBUCO, 2024).

No contexto do SUS, a governança e a gestão compartilhada são praticadas em espaços como as Comissões e os Conselhos de Saúde, em que estão representados pelo menos três grupos sociais: gestores, trabalhadores e usuários do SUS e é organizada pelas instituições públicas dos três níveis, sendo elas Ministério da Saúde no nível federal, Secretarias Estaduais de Saúde no nível estadual e Secretarias Municipais de Saúde no nível municipal. Esses espaços garantem que as decisões não sejam centralizadas e hierarquizadas e reforçam o princípio de Controle Social do SUS (PERNAMBUCO, 2024).

Para que essa gestão do SUS consiga contemplar todas as dimensões de deliberação, coordenação e execução, além dos fóruns deliberativos citados acima, que garantem a participação social, as pactuações também precisam ser feitas entre o SUS enquanto sistema nacional e os prestadores de serviços, entre eles o setor privado, por meio de contratos que garantem a disponibilidade de recursos e serviços que mantém o sistema como um todo. A capacidade de dialogar com o setor privado também compõe a governança e gestão eficiente do SUS, de modo a priorizar as necessidades em saúde da população (COELHO; FLEURY; RIBEIRO, 2023).

Assim, para que seja realizada uma gestão e uma governança que cumpram os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, devem ser respeitados os pilares de transparência, participação, eficácia e coerência, com capacidade de transpôr as decisões coletivas para o âmbito local onde as pessoas de fato estão (PERNAMBUCO, 2024).

Logo, a governança no contexto do SUS não se restringe à ideia de administração pública; representa a forma de organizar a pactuação das necessidades coletivas, em que setores e instituições compartilham responsabilidades, recursos e poder de decisão. O Estado se capilariza nas suas diferentes representações e passa a atuar como um mediador, coordenando diferentes atores em parcerias, acordos e redes que são essenciais para garantir a manutenção do SUS.

## PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O planejamento em saúde é caracterizado por um processo sistêmico, dinâmico e permanente, com o objetivo de definir prioridades, metas e estratégias voltadas alguma ação, política ou protocolo de saúde, com vistas a melhoria das condições de vida da população. Esse processo busca assegurar o acesso equitativo, universal e integral a serviços de qualidade, seguindo os princípios doutrinários do SUS. Por meio de uma análise criteriosa das necessidades coletivas, planeja-se a alocação racional de recursos disponíveis e a implementação de ações fundamentadas em evidências científicas e articuladas às realidades locais (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013; CAPES, 2025).

Neste sentido, o planejamento em saúde deve ser compreendido como um instrumento contínuo de diagnóstico da realidade e proposição de alternativas para sua transformação, traçando os meios de viabilização e identificando as oportunidades para a execução das ações planejadas. O planejamento não é um ato isolado ou rígido; é necessário que seja construído em processo permanente e envolvente, visto que, provoca modificação em pessoas, tecnologia e sistemas (WISNIEWSKI; PUCHPON, 2018).

Assim, compreende-se que um bom planejamento em saúde requer flexibilidade e adaptação como pilares indispensáveis, uma vez que os cenários sofrem mudanças constantemente. Mudanças no contexto epidemiológico, nas condições de saúde da população, novas demandas de

serviços de saúde, alteração dos recursos disponíveis e implementação de novas tecnologias são exemplos de aspectos que impactam diretamente a forma como um planejamento será executado. Logo, para que as ações planejadas sejam executadas, o gestor precisa estar atento ao contexto em que está inserido e exercitar uma visão estratégica e crítica (TEIXEIRA, 2010).

Para execução deste planejamento, existem algumas ferramentas que conduzem o processo de acordo com os seus objetivos. Dessa forma, este planejamento pode ser realizado em dois formatos: o Normativo e o Situacional. O Planejamento Normativo se refere ao conjunto de ações necessárias para cumprir um objetivo fixado, impondo-se sobre a realidade uma norma de conduta coerente com os objetivos (RIEG et al., 2014).

Paralelamente, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) refere-se a uma metodologia de planejamento que se adapta a mudanças e considera o contexto de uma situação e seus atores, com trajetória flexível e sujeita a revisões de acordo com a circunstância, baseando-se no conhecimento da realidade (RIEG et al., 2014). O PES é organizado em 4 momentos, sendo eles:

**Momento Explicativo:** No quesito do planejamento em saúde, compreende-se como o problema e será a fase em que se constrói os diagnósticos, ou seja, a explanação dos problemas e análise de suas causas. É o levantamento, explicação e priorização dos problemas, sendo necessário realizar a análise da situação, ou seja, diagnóstico dessa situação. A identificação das causas deverá levar em consideração o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população. Por exemplo: Baixa cobertura vacinal, demora no atendimento, abandono de pré-natal, baixa adesão a programas de prevenção.

**Momento Normativo:** É quando definem-se objetivos, metas, atividades e recursos necessários de acordo com o problema. Assim, é possível a identificação das operações necessárias ao enfrentamento do problema. Por exemplo:



<b>Problema</b>	<b>Atores</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados</b>
Baixa cobertura vacinal	Profissionais de saúde	Educação em saúde	Cartazes, panfletos, posts	6 meses	Elevação da cobertura vacinal

Momento Estratégico: É quando se estabelece o curso da ação para superar os obstáculos, impõe um equilíbrio entre o que deve ser feito e o que pode ser feito. É formulado estratégia e a verificação da análise da viabilidade em níveis.

Por fim, Momento Tático/Operacional: É a implementação e monitoração das ações, de acordo com o que foi previamente planejado, com as adaptações necessárias ao contexto em que se encontra.

Logo, entendendo o PES como uma ferramenta potente de planejamento, compreende-se que o planejamento em saúde é um processo dinâmico e contínuo essencial para orientar ações e políticas que atendam às necessidades da população. A flexibilidade e adaptação às mudanças contextuais são pilares para a efetividade das estratégias adotadas e metodologias como o PES permitem alinhar objetivos, recursos e ações de forma estratégicas, promovendo melhorias concretas na saúde coletiva.

## FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento do SUS, assim como sua gestão, é tripartite; isto é, é compartilhado pelos três níveis de governo. Dessa forma, federação, estados e municípios contribuem para a manutenção de recursos e serviços do SUS, através do seu recolhimento de tributos, caracterizados pelos impostos, taxas e contribuições. Este financiamento, desde a sua concepção, sofreu muitas alterações no modo como os entes federativos distribuem as porcentagens de contribuição; foi através da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 que foram descritos explicitamente como cada nível de governo deveria participar no provimento do SUS, com os valores mínimos que deveriam ser investidos (BRASIL, 2000)

No ano de 2016, com a Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), foi instituído um congelamento do crescimento das despesas públicas por um período de 20 anos, que teve um reflexo direto no financiamento

do SUS, uma vez que houve uma redução gradual do recurso destinado à saúde. Essa EC foi revogada em 2022, por meio da Emenda Constitucional nº 126 (BRASIL, 2022), mas os impactos do subfinanciamento deixaram sequelas importantes na concretização do SUS.

Hoje, o que está em vigor no campo do financiamento do SUS é a Lei Complementar 141 de 2012, que discorre sobre os gastos com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), estabelecendo os valores mínimos que devem ser investidos pela União, estados e municípios, assim como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas do setor saúde, com o objetivo de garantir que haja um recurso mínimo disponível e que as transações sejam transparentes e rastreáveis (BRASIL, 2012).

De acordo com essa disposição, é determinado que os municípios devem contribuir com, no mínimo, 15% da sua receita em ASPS os estados devem contribuir com, no mínimo 12% da sua receita e a União deve contribuir com, no mínimo 15% da sua Receita Corrente Líquida (RCL), esta última disposta pela EC nº 86 de 2015 (BRASIL, 2015).

A União realiza o repasse desses recursos para os estados e municípios por meio de dois blocos de financiamento: o Bloco de Manutenção, que é destinado aos serviços de saúde já implantados e o Bloco de Investimento, que tem como objetivo a expansão da rede, por meio de reformas, obras ou aquisição de novos materiais. Os estados e municípios têm autonomia para gerir como estes recursos serão aplicados, desde que estejam dentro da determinação geral dos blocos e o repasse é realizado na modalidade Fundo a Fundo, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (PARANÁ, 2023).

Outra forma de recebimento de recursos bastante expressiva atualmente são as Emendas Parlamentares, que estão previstas como uma forma de provimento de recursos para a saúde pela União. As EP são verbas advindas do orçamento público federal e destinadas para usos específicos dos serviços de saúde, direcionadas por deputados ou senadores. O uso das EP deve ser analisado de forma crítica, uma vez que podem facilitar a destinação de recursos para ações específicas locais, mas também podem diminuir o investimento da União em programas e políticas públicas nacionais, que dependem da verba federal (PARANÁ, 2023).

Compreende-se, portanto, com a exposição acima, que para a consolidação do SUS, muitos mecanismos de transferência de verba precisam

estar fortemente articulados e os três entes do governo — União, estados e municípios — precisam estar alinhados na forma como os recursos serão geridos.

## **DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE**

A garantia do direito à saúde enquanto princípio constitucional no Brasil exige uma estrutura organizacional complexa e robusta, capaz de articular diferentes níveis de atenção, escalas federativas e recursos técnicos, humanos e financeiros em proporção adequada. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas dificuldades persistem no objetivo de conciliar universalidade, integralidade e equidade, bem como em assegurar resolutividade e eficiência dos serviços prestados (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Entre os principais desafios destacam-se o subfinanciamento contínuo, a fragmentação dos níveis de atenção, falhas nos processos de regulação e referência, bem como a insuficiência de recursos tecnológicos e de informação para embasar decisões de gestão (CAVALCANTI; CRUZ; PADILHA, 2018).

Nesse sentido, em contextos emergenciais como a pandemia de COVID-19, foram evidenciadas fragilidades estruturais na Atenção Primária, na vigilância em saúde e na organização territorializada dos serviços, por exemplo, o que reforça a importância e urgência de fortalecer mecanismos de integração, governança local e gestão (GIOVANELLA et al., 2022).

Ainda, a organização da oferta dos serviços de saúde em redes regionalizadas continua sendo um dos maiores desafios do sistema de saúde brasileiro. Além de uma questão técnica de gestão, trata-se de um ponto que envolve diretamente a vida dos indivíduos, que ainda enfrentam barreiras no acesso a consultas, exames e procedimentos. A limitação da disponibilidade do Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e as longas filas para atendimentos especializados e cirurgias eletivas exemplificam a distância entre o que está previsto nos princípios do SUS e a experiência cotidiana de quem busca cuidado (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013).

Nesse sentido, entende-se que a descentralização da gestão em saúde, pensada como estratégia para aproximar as decisões das necessidades locais, acabou trazendo também novas dificuldades. O fortalecimento do papel dos municípios muitas vezes resultou na diminuição do protagonismo dos estados, o que dificultou a consolidação de regiões de saúde integradas e, consequentemente, a efetividade da integralidade do atendimento. Nesse cenário, um sistema estruturado em redes de atenção ideal precisa ser representado em práticas que assegurem a continuidade do cuidado e a equidade no acesso (REIS et al., 2017).

Entre os principais desafios do SUS no campo da gestão, destaca-se a necessidade de superar o modelo centrado apenas na oferta de serviços e avançar para um modelo voltado à gestão da saúde da população. Esse desafio a ser superado é essencial para que o sistema não se limite à resposta de demandas imediatas, mas consiga planejar ações que promovam cuidado contínuo e integral.

Outro ponto importante é a transição de uma governança hierárquica para uma governança em rede, capaz de manejar diferentes atores e níveis do sistema. No entanto, o desconhecimento dessa diferença fundamental tem feito com que muitas propostas de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ainda se apoiem em estruturas hierárquicas, incompatíveis com a lógica e os princípios da governança em redes (BRASIL, 2018).

Diante desse cenário, fica evidente que os desafios de gestão, financiamento e organização do SUS ultrapassam questões somente administrativas, envolvendo também dimensões políticas, sociais e estruturais que impactam diretamente na garantia do direito à saúde no Brasil. A superação desses desafios da organização dos sistemas de saúde não demanda apenas o fortalecimento das redes regionalizadas e da governança em saúde, mas também a consolidação de um modelo que coloque como prioridade a integralidade, a equidade e a resolutividade no cuidado.

## CONSIDERAÇÕES

Considerando toda a discussão posta, compreende-se que desde a sua concepção até os dias atuais, o SUS representa um marco histórico de conquista social e política, que garante acesso a serviços de saúde a milhões de brasileiros e regulamenta o campo da saúde de todo o país. Entretanto,

ainda existem muitos desafios e barreiras que impedem que o SUS alcance todo o seu potencial, como o subfinanciamento, a dificuldade de gestão de um sistema universal e a disputa de interesses entre os atores da sociedade.

Nesse sentido, para que os ideais do SUS sejam preservados e que sua gestão seja efetiva, reforça-se a importância de construção coletiva das ações em saúde, com uma visão estratégica e adaptada aos diferentes contextos em que as políticas públicas de saúde são implementadas.

Tendo em vista que a gestão é o instrumento fortalecedor da organização, planejamento, administração do financiamento e governança, compreende-se que é através dela que será possível a melhoria da qualidade do atendimento e otimização e a implementação mais eficiente dos recursos no SUS.

Através de um planejamento adequado e dinâmico e sustentado por um financiamento compartilhado e que tenha o SUS como prioridade, é possível se aproximar cada vez mais do sistema idealizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lourdes Lemos. Governança no SUS. *Conass Debate*, n. 6, p. 1–14, mar. 2023. Disponível em: <https://is.gd/XIuc1o>. Acesso em: 1 out. 2025.

ANDRADE, Mônica Viegas et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: NEGRI, João Alberto Di; ARAÚJO, Bruno César Pino Oliveira de; BACELETTE, Ricardo Ginicolo (orgs.). *Desafios da nação: artigos de apoio*. v. 2. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2018. p. 359–380. Disponível em: <https://is.gd/zFqLnQ>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Constituição Federal (Artigos 196 a 200) – Seção II: Da Saúde. Disponível em: <https://is.gd/fYL1n7>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. *Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: <https://is.gd/laBYty>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. *Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 mar. 2015. Disponível em: <https://is.gd/A7M9BB>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. *Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras*

- providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: <https://is.gd/RdaQTO>. Acesso em: 1 out. 2025.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 19 de julho de 2022. *Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2022. Disponível em: <https://is.gd/XUkvAI>. Acesso em: 1 out. 2025.
- BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão dos Recursos da Saúde: Fundo de Saúde*. Oliveira Junior, et al. (orgs.). Brasília: FNS, [s.d.]. Disponível em: <https://is.gd/85jwZt>. Acesso em: 1 out. 2025.
- BRASIL. Lei n. 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://is.gd/SBJBUT>. Acesso em: 1 out. 2025.
- BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. *Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [...]*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <https://is.gd/68T6MS>. Acesso em: 1 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Desafios do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CAPES. *Planejamento Estratégico: Acesso à informação – Ações e Programas*. Brasília: CAPES, 2025. Disponível em: <https://is.gd/I9Mbbm>. Acesso em: 30 set. 2025.
- CAVALCANTI, R. P.; CRUZ, D. F. da; PADILHA, W. W. Desafios da regulação assistencial na organização do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 2, p. 181-188, 2018.
- COELHO, Vera Schattan P.; FLEURY, Sonia; RIBEIRO, José Mendes. Governança e coordenação no SUS: aprendendo com a pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, supl. 4, p. 927-936, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023284.12402023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.12402023>. Acesso em: 2 out. 2025.
- CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ (COSEMS/PR). *Financiamento do SUS*. Curitiba: COSEMS/PR, 2023. Disponível em: <https://is.gd/sn3r0U>. Acesso em: 2 out. 2025.
- GIOVANELLA, L. et al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de COVID-19 no SUS. In: *COVID-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.
- IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://is.gd/3HYdyc>. Acesso em: 1 out. 2025.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde & Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

MORAES, E. de; OLIVEIRA, R. D. S.; CASTRO, P. M. M.; CORRÊA, K. C.; OLIVEIRA, C. A. Building the right to health: The history and milestones of the Unified Health System in Brazil. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 12, e211131247941, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i12.47941. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/47941/37725>. Acesso em: 1 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Carta de Ottawa: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, 1986. Disponível em: <https://is.gd/cgiZAK>. Acesso em: 1 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 12 set. 1978. Disponível em: <https://is.gd/rFX1W0>. Acesso em: 1 out. 2025.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. *Governança no SUS: livro didático do curso autoinstrucional*. Pernambuco, 2024.

REIS, C. O. M. et al. Desafios para a regionalização da saúde no Brasil: avanços e entraves. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1257-1266, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28362016>.

RIEG, Denise Luciana; SCRAMIM, Fernando Cezar Leandro; RAIMUNDO, Danilo de Oliveira; ZAU, Viviane Cavalcante; CALAZANS, Wilson Roberto. Aplicação de procedimentos do planejamento estratégico situacional (PES) para estruturação de problemas no âmbito empresarial: estudos de casos múltiplos. *Gestão & Produção*, v. 21, n. 2, p. 417-431, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-530X203>. Disponível em: <https://is.gd/NK9sTK>. Acesso em: 2 out. 2025.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. de F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 124, p. 17–31, jan. 2020.

SANTOS, A. M.; SANTOS, F. P.; BORGES, D. F. A regulação em saúde: uma discussão sobre o seu papel na integralidade do cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3237-3246, 2013. DOI: <https://is.gd/Z8ggmp> TEIXEIRA, Carmen. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

WISNIEWSKI, Melissa Michelle; PUCHPON, Jociane. *Planejamento estratégico na Atenção Primária em Saúde – APS*. Brasília: Conasems, 2018. Disponível em: <https://is.gd/fVISIN>. Acesso em: 2 out. 2025.

# VIGILÂNCIA EM SAÚDE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA, AMBIENTAL, SAÚDE DO TRABALHADOR E USO DE DADOS SECUNDÁRIOS PARA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Ana Luiza Andreaci<sup>1</sup>  
Luiza Frederico Makita<sup>2</sup>  
Giovana Shimabuku Silvestre<sup>3</sup>  
Fernanda Taborda Rocha<sup>4</sup>  
Rogério Luiz Aires Lima<sup>5</sup>  
Maria Carla Vieira Pinho<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde no Brasil consolidou-se como um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por monitorar, prevenir e controlar doenças, agravos e fatores de risco à saúde da população. Desde a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica pela Lei n.º 6.259/1975 (BRASIL, 1975) e a posterior regulamentação trazida pela Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990), o país avançou na construção de políticas públicas voltadas à proteção e promoção da saúde coletiva.

A Vigilância em Saúde abrange diferentes eixos que se complementam. A vigilância epidemiológica atua no monitoramento e na resposta a doenças e agravos de interesse à saúde pública (BRASIL, 2002; SANAR, 2024). Já a vigilância sanitária exerce um papel regulatório e preventivo, controlando riscos associados a produtos, serviços e ambientes de interesse

<sup>1</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/0934538904304163>

<sup>2</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/9583089597818978>

<sup>3</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/5459839409398589>

<sup>4</sup> Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/0890498599727050>

<sup>5</sup> Doutor em Ciências da Saúde (IAMSPE — SP). Doutor em Patologia Ambiental e Experimental (UNIP). Médico Neurocirurgião. Coordenador da Medicina (PUC-PR). CV: <https://is.gd/C988SS>

<sup>6</sup> Doutora em Educação, Cultura e História da Arte (MACKENZIE). Enfermeira. Docente (UEL). CV: <http://lattes.cnpq.br/2681535839164713>



à saúde (ANVISA, 2015; ROUQUAYROL; GURGEL, 2021). A vigilância ambiental, por sua vez, busca compreender e intervir nos determinantes ambientais que impactam a saúde, articulando-se também com a saúde do trabalhador (BRASIL, 2004; BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; OPAS, 2021). Além da utilização estratégica de dados secundários para subsidiar análises e decisões em saúde. Essas dimensões, embora distintas, dialogam entre si, compondo um sistema integrado capaz de identificar riscos, detectar precocemente agravos e implementar medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2002; ANVISA, 2015; ROUQUAYROL; GURGEL, 2021).

A relevância do tema se justifica pelos inúmeros desafios que ainda se impõem à saúde coletiva brasileira, como a subnotificação de casos, a resistência antimicrobiana, a fragmentação de informações e a necessidade de maior integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde (SANAR, 2024; VASCONCELOS BEZERRA, 2017; HURTADO et al., 2022). Além disso, o contexto contemporâneo, marcado pela emergência de novas doenças, pressões ambientais e transformações no mundo do trabalho, evidencia a importância da vigilância como ferramenta essencial para sistemas de saúde resilientes e eficazes (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; OPAS, 2021).

Assim, a Vigilância em Saúde constitui um componente essencial da saúde coletiva no Brasil, integrando diferentes áreas de atuação e enfrentando desafios permanentes, como a subnotificação, a fragmentação das informações e as transformações do mundo contemporâneo. O presente artigo tem como objetivo discutir os principais eixos da Vigilância em Saúde — vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e uso de dados secundários, destacando seus avanços, funções e limitações no contexto do SUS.

## **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, formalizado pela Lei 6.259, de 1975 que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências (BRASIL, 1975). Segundo a Lei 7.880, de 1990 entende-se por vigilância epidemiológica um “conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer

mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

É um sistema complexo e abrangente, que monitora, investiga e controla doenças e agravos de interesse à saúde pública, promovendo o planejamento e execução de ações de prevenção e controle de doenças. O Ministério da Saúde é o principal responsável pela coordenação da Vigilância Epidemiológica no Brasil, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, que estabelece diretrizes, normas e estratégias para sua execução, além disso, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde desempenham um papel fundamental na operacionalização das ações de vigilância, adaptando-as à realidade local e garantindo sua integração com outros programas de saúde (SANAR, 2024).

A vigilância epidemiológica fornece orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos, sendo um importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas. Suas principais funções são: coleta de dados, processamento dos dados coletados, análise e interpretação dos dados processados, recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas, promoção das ações de prevenção e controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, e divulgação de informações pertinentes (BRASIL, 2002).

Um dos pontos centrais do processo da vigilância epidemiológica é a notificação compulsória, que consiste na comunicação obrigatória da ocorrência de determinadas doenças e agravos à autoridade sanitária, garantido agilidade das ações de controle e permitindo o acompanhamento sistemático da situação de saúde da população. A notificação deve ser realizada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação — Sinan que é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória como dengue, Covid-19, febre amarela, sífilis, tétano, HIV, tuberculose, leishmaniose entre outras doenças (BRASIL, 2025).

A vigilância epidemiológica é essencial pois fornece subsídios técnicos e científicos para a tomada de decisões na saúde pública, porém ainda

apresenta alguns desafios como: subnotificação de casos, complexidade na identificação de novos agentes etiológicos, resistência antimicrobiana, e falta de integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde (SANAR, 2024).

Conclui-se que, a vigilância epidemiológica desempenha um papel fundamental na promoção da saúde pública, sendo essencial na detecção precoce de surtos, no monitoramento contínuo das condições de saúde da população e na implementação de ações preventivas e corretivas. Por meio de uma coleta sistemática e análise de dados, ela permite respostas rápidas e baseadas em evidências, minimizando os impactos de doenças transmissíveis e não transmissíveis, sendo uma estratégia contínua e dinâmica, essencial para a construção de sistemas de saúde resilientes e eficazes, capazes de enfrentar os desafios da saúde pública.

## VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A vigilância sanitária é um eixo fundamental da vigilância em saúde no Brasil, integra o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas para a proteção e a promoção da saúde da população. A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) consolidaram essa função como responsabilidade do Estado, reconhecendo que a saúde é um direito de todos e um dever coletivo. (ANVISA, 2015).

Ao contrário da área clínica, onde o foco de atuação é a assistência à saúde, centrada no cuidado ao paciente, a função e o dever da vigilância sanitária, é atuar de forma preventiva e regulatória, com o objetivo de intervir nos riscos relacionados à produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde e de interesse à saúde, visando prevenir, reduzir ou eliminá-los.

No cotidiano, isso se reflete em um conjunto de ações, desenvolvida por agentes públicos legalmente empossados a quem são conferidos as prerrogativas e os direitos de poder de polícia administrativa, designados como autoridade sanitária. Dentre algumas ações desenvolvidas pela vigilância sanitária, destaca-se as inspeções sanitárias em empresas fabricantes, distribuidores e comércio varejista de medicamentos, dispositivos médicos, saneantes e cosméticos, hospitais, UBS, laboratórios, restaurantes, bares, lanchonetes, entre outros. Além de inspeções, também é função

da vigilância sanitária, realizar ações educativas a população e ao setor regulado, elaboração de normas e monitoramento de surtos alimentares e de infecções relacionadas à assistência à saúde,

Trata-se de um campo que exige amplo conhecimento técnico, capacidade de regulação e diálogo com a sociedade (CECÍLIO; MERHY, 2003). Para a Medicina de Família e Comunidade, compreender a lógica e os mecanismos da vigilância sanitária é fundamental, pois muitas situações enfrentadas na Atenção Primária em Saúde estão diretamente relacionadas às práticas de prevenção de riscos e de promoção de ambientes seguros para viver e cuidar (ROUQUAYROL; GURGEL, 2021).

Dentre as áreas de abrangência citadas anteriormente, destacamos algumas como por exemplo a de alimentos, o qual tem ampla magnitude, tendo em vista ser essencial a sobrevivência da população, independente de idade, classe social ou localização. A vigilância sanitária atua nesses serviços, garantindo a higiene, segurança e qualidade dos alimentos em todas as etapas da cadeia produtiva, prevenindo contaminações, intoxicações alimentares e doenças transmitidas por alimentos (como salmonelose ou botulismo). Suas ações vão desde inspeções regulares em restaurantes, padarias, bares, supermercados, açougues, frigoríficos, indústrias alimentícias e transportadoras até verificação de boas práticas de manipulação, armazenamento, refrigeração e rotulagem, além de análise de contaminantes (ex: metais pesados ou resíduos tóxicos). (BRASIL; ANVISA, 2002).

Outro setor essencial é o de produtos sujeitos à vigilância sanitária, dentre eles temos o de medicamentos e dispositivos médicos, utilizados de forma maciça pela população para prevenção, promoção e recuperação da saúde, falhas de qualidade, falsificações, uso inadequado podem causar efeitos graves, podendo causar impacto direto na saúde da população. Para evitar danos aos usuários, a vigilância sanitária desempenha função de autorização de funcionamento dessas empresas, registro dos produtos, análise de qualidade, monitoramento pós-comercialização e fiscalização de propagandas. Isso ocorre porque mesmo após o registro, os medicamentos e dispositivos médicos necessitam de monitoramento contínuo por meio da farmacovigilância e tecnovigilância, respectivamente, já que reações adversas podem surgir com o uso em larga escala, na fase de pós comercialização. Essa fiscalização também assegura acesso seguro, uso

racional e combate a práticas abusivas do mercado, equilibrando interesses econômicos e a proteção da saúde coletiva (ANVISA, 2015; BRASIL, 2010; ROUQUAYROL; GURGEL, 2021).

Importante ressaltar também nesse setor, a regulação de produtos cosméticos e saneantes, pelo fato de que os produtos podem conter substâncias químicas com potencial de causar reações adversas ou intoxicações quando utilizados de forma inadequada. Para evitar esse tipo de situação, o papel desempenhado pelas equipes de fiscalização é controlar a composição, os processos de fabricação e a rotulagem desses produtos, além de inspecionar indústrias e pontos de venda. Essa supervisão busca prevenir o uso de substâncias nocivas e garantir que apenas itens seguros e eficazes sejam disponibilizados ao consumidor. Dessa forma, o trabalho da vigilância nessa área vai além do controle de qualidade, abrangendo também a proteção do usuário e da coletividade frente aos riscos invisíveis desses produtos de uso cotidiano (CECÍLIO; MERHY, 2003; ROUQUAYROL; GURGEL, 2021).

Por último, ressaltamos o papel fundamental da vigilância sanitária nos serviços de saúde, o qual é determinante para assegurar a qualidade da assistência prestada e reduzir riscos associados ao cuidado. Uma das mais importantes tarefas executadas nesses locais são inspeções de hospitais, clínicas, laboratórios e unidades básicas, avaliando desde a infraestrutura, documentação e processos administrativos até práticas de biossegurança, controle de infecções, descarte de resíduos, capacitação e responsabilidades técnicas. Essa regulação protege tanto pacientes quanto trabalhadores da saúde, além de promover maior transparência e segurança nos processos assistenciais. Nesse sentido, a vigilância sanitária atua como um pilar da qualidade dos serviços, garantindo condições adequadas para o cuidado integral da população (ANVISA, 2015; BRASIL, 2010).

Contudo, a vigilância sanitária apesar da importância estratégica, enfrenta muitos desafios e empasses no Brasil. Entre esses problemas, persistem sobretudo a insuficiência de recursos humanos e financeiros; muitos municípios têm equipes de vigilância sanitária pequenas, sobrecarregadas e sem a qualificação contínua necessária. Isso limita a capacidade de fiscalização e monitoramento (ROUQUAYROL; GURGEL, 2021). Ademais, também foi observado principalmente nos tempos atuais, a dificuldade de acompanhar a complexidade e avanço do mercado regu-

lado, tecnológico e a diversificação de produtos (novos medicamentos, biotecnologias, cosméticos avançados, alimentos processados).

Conclui-se então, que, a vigilância sanitária constitui um eixo estratégico do Sistema Único de Saúde ao atuar de forma preventiva, regulatória e educativa na proteção da saúde coletiva. Seu campo de ação, que vai desde alimentos e medicamentos até serviços de saúde, cosméticos e ambientes de interesse sanitário, mostra a amplitude e a complexidade desse setor. Mais do que fiscalizar, a vigilância sanitária promove segurança, qualidade e equidade, equilibrando interesses sociais, econômicos e ambientais em favor do bem-estar da população. Para a Medicina de Família e Comunidade, compreender e dialogar com essa esfera é essencial, já que muitas situações cotidianas da Atenção Primária estão diretamente ligadas à redução de riscos e à promoção de ambientes seguros para viver e cuidar. Assim, a vigilância sanitária reafirma-se não apenas como instrumento técnico de controle, mas como política pública fundamental para garantir o direito à saúde no Brasil (BRASIL, 2010; ROUQUAYROL; GURGEL, 2021; ANVISA, 2015).

## **VIGILÂNCIA AMBIENTAL**

A consolidação da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil foi um progresso importante na percepção de que o processo saúde-doença vai além do atendimento individual e é fortemente influenciado pelas relações humanas com o meio ambiente. No mesmo ano de 1990, a Lei n.º 8.080 ressaltou a relevância de levar em conta os fatores ambientais como determinantes da saúde, incorporando-os à estrutura legal do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 1.172, de 2004, estabeleceu a Política Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (PNVSA), oficializando um conjunto de medidas destinadas ao monitoramento, avaliação e controle de riscos ambientais à saúde (BRASIL, 2004).

Nesse cenário, a vigilância ambiental em saúde se estabelece como uma abordagem fundamental para entender e lidar com os fatores ambientais que afetam a saúde das populações. Sua atuação inclui o monitoramento contínuo de elementos físicos, químicos e biológicos, o que permite detectar precocemente situações de risco, como contaminação de fontes de água, poluição do ar, degradação do solo e presença de vetores relevantes

para a epidemiologia. Ao integrar dados ambientais e de saúde, a vigilância ambiental potencializa a habilidade do Sistema Único de Saúde em planejar e implementar estratégias de prevenção e controle mais eficientes. Assim, torna-se um elemento fundamental da saúde pública, fomentando a integração entre ciência, gestão pública e envolvimento social para assegurar o direito à saúde (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

A incorporação da vigilância ambiental em saúde à vigilância em saúde do trabalhador fortaleceu sua consolidação no SUS, expandindo o escopo das ações ao levar em conta, de maneira integrada, as exposições ambientais e ocupacionais. Além de melhorar o monitoramento de recursos naturais e contaminantes, essa articulação também incluiu a identificação de riscos associados às condições de trabalho e aos processos produtivos. Como resultado, os sistemas de vigilância começaram a incluir uma perspectiva mais ampla dos fatores que influenciam a saúde, o que facilita a criação de políticas públicas mais integradas e eficientes, capazes de lidar com as realidades locais de forma intersetorial (OPAS, 2021).

Nesse contexto ampliado, uma das principais funções da vigilância ambiental em saúde é sua habilidade de educar e prevenir. A efetividade desse processo não se baseia apenas na supervisão técnica dos riscos, mas também na transmissão de informações claras e compreensíveis para a sociedade. Ao divulgar informações sobre os riscos ambientais e ocupacionais, a vigilância melhora a consciência social, estimula mudanças de comportamento e encoraja a implementação de medidas preventivas. Portanto, é essencial estabelecer uma conexão entre vigilância, educação e promoção da saúde para que as pessoas entendam os riscos aos quais estão expostas e se envolvam ativamente nas estratégias de mitigação e controle (RSD JOURNAL, 2022).

Embora tenha havido progressos institucionais e a consolidação de marcos legais na vigilância ambiental, persistem obstáculos estruturais que comprometem sua eficácia. A fragmentação das informações, a falta de uma infraestrutura tecnológica adequada e os desafios na coordenação entre setores e níveis de gestão são alguns dos principais obstáculos. Além disso, há a constante falta de investimentos que assegurem a continuidade das iniciativas e a necessidade de expandir o diálogo com a sociedade civil, fazendo com que a participação da comunidade seja um elemento fundamental nos

processos de prevenção e controle. Esses pontos destacam que, apesar de já ser uma política pública consolidada, a vigilância ambiental ainda precisa ser fortalecida para se tornar mais eficaz (VASCONCELOS BEZERRA, 2017).

Desse modo, a Vigilância em Saúde Ambiental deve ser compreendida como uma área em contínua construção e atualização. Sua importância vai além da mera prevenção de doenças, atingindo aspectos estratégicos para o desenvolvimento sustentável, diminuição das desigualdades e promoção da saúde coletiva em um cenário global de crescente pressão sobre os ecossistemas. Ao disponibilizar informações técnicas e científicas que apoiam a criação de políticas públicas, esse setor não só reforça a habilidade do SUS em lidar com emergências ambientais, como também fortalece sua missão de assegurar condições de vida dignas para a população. Assim, é uma estratégia essencial para o século XXI, em um mundo que lida com desafios cada vez mais intrincados resultantes da interação entre saúde, sociedade e meio ambiente.

## SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador constitui-se em um campo estratégico da saúde pública e parte da Saúde Coletiva, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância de riscos relacionados ao trabalho. No Brasil, além da Saúde Coletiva, integra o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Essa área reconhece o trabalho como determinante social da saúde, defendendo atenção integral a todos os trabalhadores, independentemente da natureza do vínculo empregatício ou da formalidade da ocupação (“Saúde do Trabalhador — Ministério da Saúde”, [S.d.]).

A institucionalização da Saúde do Trabalhador no Brasil consolidou-se com a Constituição Federal de 1988, quando a saúde passou a ser considerada um direito universal, e com a Lei nº 8.080/1990, que atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de executar ações de vigilância, prevenção e assistência relacionadas ao trabalho. Os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) foram criados nesse contexto, constituindo marcos importantes para a vigilância e o cuidado integral (MINAYO GOMEZ; DE VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).



O percurso histórico desse campo foi fortemente influenciado pela Medicina Social latino-americana, pela experiência operária italiana e pelo pensamento crítico que introduziu o conceito de “processo de trabalho” como categoria central para compreender a relação saúde-doença. Essa perspectiva superou a lógica unicausal da medicina do trabalho e a visão mecanicista da saúde ocupacional, ampliando a análise para os determinantes sociais, econômicos e políticos que permeiam a vida laboral (MINAYO GOMEZ; DE VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Apesar dos avanços em multiprofissionalidade e intersetorialidade, as políticas brasileiras em Saúde do Trabalhador apresentam contradições históricas. Entre elas, destacam-se a fragmentação entre ações de vigilância e assistência, a predominância de instrumentos normativos sobre práticas efetivamente transformadoras e as dificuldades de articulação intersetorial. Essas limitações somadas ao crescimento da informalidade e a precarização do trabalho, ampliam a vulnerabilidade dos trabalhadores e dificultam a cobertura integral das ações do SUS, comprometendo a capacidade de oferecer respostas efetivas diante de riscos emergentes (HURTADO *et al.*, 2022).

Na contemporaneidade, observa-se que pautas relacionadas à saúde mental têm ganhado crescente destaque na sociedade. Estudos apontam prevalência significativa de sintomas de ansiedade, depressão e exaustão entre trabalhadores da saúde, intensificada durante a pandemia de COVID-19. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde revelou que 53,9% dos trabalhadores enfrentam altas demandas físicas e 35,2% estão expostos a demandas psicossociais no trabalho, associadas a condições como dor lombar crônica, depressão e distúrbios musculoesqueléticos, além de fatores ocupacionais como múltiplos vínculos e jornadas extensas. Essas exigências elevadas contribuem para o esgotamento físico e psicológico e reforçam a necessidade de políticas públicas urgentes voltadas à prevenção de exposições ocupacionais negativas e à promoção da saúde no trabalho (DE FREITAS *et al.*, 2021).

No Brasil, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) constitui um eixo fundamental de atuação do SUS, abrangendo ações de identificação, monitoramento e enfrentamento de riscos em ambientes e processos de trabalho. Essa vigilância deve considerar não apenas os agravos clássicos, como acidentes e intoxicações, mas também questões ligadas aos riscos organizacionais, ambientais e psicossociais, incluindo o

trabalho precoce, a informalidade e os impactos do adoecimento mental (“Saúde do Trabalhador — Ministério da Saúde”, [S.d.]).

Em síntese, a Saúde do Trabalhador no Brasil alcançou avanços expressivos ao longo de sua trajetória, consolidando-se como política pública no SUS e articulando-se com princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Contudo, permanece o desafio de superar contradições estruturais, ampliar a efetividade da vigilância e enfrentar riscos emergentes, sobretudo aqueles relacionados à saúde mental. O fortalecimento da intersectorialidade, a produção de dados robustos e a valorização do protagonismo dos trabalhadores são caminhos centrais para a consolidação dessa política em um cenário de constantes transformações do mundo do trabalho.

## USO DE DADOS SECUNDÁRIOS PARA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

A partir da consolidação dos sistemas de informação em saúde nas últimas décadas, o uso de dados secundários em saúde tornou-se muito importante no Brasil. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS (SIA/SIH-SUS) são alguns dos principais sistemas que oferecem suporte fundamental para o acompanhamento da condição de saúde da população brasileira (BRASIL, 2008).

Segundo a Lei nº 8.080/1990, a organização dos serviços de saúde deve ser pautada na produção, análise e divulgação de informações, sendo estas fundamentais para o planejamento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 1990). Nesse contexto, os dados secundários constituem-se em registros previamente coletados para fins administrativos ou clínicos, mas que podem ser utilizados para análises epidemiológicas, permitindo a identificação de padrões, tendências e desigualdades em saúde (MAIA et al., 2020).

De acordo com a Lei n.º 8.080/1990, a organização dos serviços de saúde deve ser baseada na produção, análise e divulgação de informações, as quais são essenciais para o planejamento e a avaliação das ações de saúde (BRASIL, 1990). Nesse cenário, os dados secundários são registros coletados anteriormente para propósitos administrativos ou clínicos, porém

podem ser empregados em análises epidemiológicas, possibilitando a detecção de padrões, tendências e desigualdades na saúde (MAIA et al., 2020).

No entanto, há limitações a serem levadas em conta, como a subnotificação, a inconsistência ou falta de completude dos registros e a variação na qualidade da informação entre as diversas regiões do país. Essas restrições demandam cuidado metodológico e a aplicação de técnicas apropriadas para o tratamento e validação de dados, a fim de garantir análises mais seguras (MAIA et al., 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde coordena os sistemas de informação em saúde por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Esse departamento oferece bases de dados públicas que podem ser acessadas pela plataforma TABNET. Esse acesso tem auxiliado no fortalecimento dos estudos epidemiológicos e na democratização das informações de saúde (BRASIL, 2021).

Conclui-se que o uso de dados secundários é uma ferramenta estratégica tanto para a vigilância em saúde quanto para a produção científica em epidemiologia, pois contribui para expandir o entendimento sobre os fatores que determinam e condicionam a saúde. Embora haja desafios quanto à qualidade da informação, a utilização desses dados é fundamental para a criação, o acompanhamento e a análise de políticas públicas, além de permitir respostas mais ágeis e eficazes às demandas da saúde coletiva.

## CONSIDERAÇÕES

A Vigilância em Saúde consolidou-se como um eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel essencial no monitoramento, prevenção e controle de agravos e fatores de risco que afetam a população brasileira. A análise dos diferentes eixos evidencia que cada dimensão, embora possua especificidades próprias, atua de maneira integrada e interdependente, fortalecendo a capacidade do sistema de saúde em dar respostas rápidas e eficazes a situações emergenciais e estruturais.

A vigilância epidemiológica mostra-se indispensável no enfrentamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis, com destaque para a importância da notificação compulsória e dos sistemas de informação, que subsidiam decisões técnicas e políticas. Já a vigilância sanitária se revela como ferramenta regulatória e preventiva fundamental, assegurando qua-

lidade e segurança em produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde. A vigilância ambiental amplia o olhar para os determinantes ecológicos e sociais do processo saúde-doença, destacando-se como eixo estratégico frente às mudanças climáticas e aos impactos da degradação ambiental. A saúde do trabalhador, por sua vez, reafirma o caráter social e coletivo do SUS, incorporando a centralidade do trabalho como determinante em saúde e exigindo estratégias que contemplem tanto riscos clássicos quanto os emergentes, sobretudo os de natureza psicossocial. Por fim, o uso de dados secundários tem se mostrado um instrumento essencial para análises epidemiológicas qualificadas, mesmo diante das limitações de qualidade e completude das informações, contribuindo para a democratização do conhecimento e para o fortalecimento das políticas públicas.

Apesar dos avanços, o trabalho evidencia desafios persistentes: a subnotificação, a fragmentação de dados, a insuficiência de recursos humanos e financeiros, a precarização das condições de trabalho e a necessidade de maior integração entre os diferentes eixos e setores da saúde. Tais obstáculos refletem desigualdades históricas e estruturais do sistema de saúde brasileiro e exigem esforços contínuos de qualificação, financiamento, inovação tecnológica e participação social.

Portanto, a Vigilância em Saúde deve ser compreendida como um processo dinâmico, multidimensional e em constante atualização, cuja efetividade depende da articulação intersetorial, do fortalecimento das redes de informação e da ampliação da capacidade de resposta frente às demandas contemporâneas. Mais do que um conjunto de práticas técnicas, trata-se de uma política pública estratégica para assegurar o direito à saúde, reduzir desigualdades e promover sistemas de saúde resilientes, preparados para enfrentar os desafios do presente e do futuro.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Curso básico em vigilância sanitária. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2015.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, 2006.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

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, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Tecnologia da Informação a serviço do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025.

BRASIL; ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de vigilância sanitária. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde / ANVISA, 2002.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. O SUS e a vigilância sanitária. São Paulo: Hucitec, 2003.

DE FREITAS, Patrícia Pinheiro et al. Health and work in Brazil: Physical and psychosocial demands. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 9, 2021.

HURTADO, Sandra Lorena Beltran 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.

MAIA, A. G. et al. Uso de dados secundários para análise em saúde: potencialidades e desafios. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 8, p. e00081920, 2020.

MINAYO GOMEZ, Carlos; DE VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. A brief history of worker's health in Brazil's unified health system: Progress and challenges. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, 1 jun. 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Vigilância Ambiental em Saúde e do Trabalhador no SUS. Relatório técnico. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2021.

PINTO, L. F.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. Sistemas de informação em saúde no Brasil: avanços, perspectivas e desafios. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, supl. 1, p. e200011, 2020.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. H. (org.). Epidemiologia & saúde. 9. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2021.

RSD JOURNAL. Vigilância ambiental em saúde: veiculação das ações de prevenção e promoção da saúde. Research, Society and Development, v. 11, n. 10, e247111022752, 2022.

SANAR. Vigilância epidemiológica: definição, objetivo e função. 22 fev. 2024. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador.

VASCONCELOS BEZERRA, Ana Lúcia. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. Saúde e Sociedade, v. 26, supl. 1, p. 73-84, 2017.

# BIOSSEGURANÇA E VIGILÂNCIA AMBIENTAL NO SUS: UMA ABORDAGEM UNIVERSITÁRIA SOBRE CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA EM AMBIENTES EDUCACIONAIS

Marlon Cosme Gonçalves Ferreira<sup>1</sup>

Cezanne de Almeida e Barbosa<sup>2</sup>

Jaqueline de Paula Araújo<sup>3</sup>

Geisiany Maria de Queiroz<sup>4</sup>

Márcio Cristiano de Melo<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

A biossegurança, surgida no Brasil somente nos anos 1980, consolidou-se como um conjunto de medidas e protocolos destinados a prevenir e gerenciar os riscos em atividades de produção, ensino e pesquisa, especialmente em laboratórios e ambientes clínico-educacionais (TEIXEIRA e VALLE, 2010). Seu propósito vai além da proteção imediata de trabalhadores, estudantes e pacientes, alcançando também a integridade ambiental e a qualidade de vida. Ao disseminar essas diretrizes, o Sistema Único de Saúde (SUS) capacita profissionais e estudantes a aplicarem conhecimentos de forma segura e eficaz ao longo de toda a carreira, fortalecendo a cultura de prevenção e segurança na atenção à saúde. No contexto do SUS, a biossegurança assume caráter transversal, permeando diferentes níveis de atenção, da atenção básica aos hospitais de média e alta complexidade, e setores como vigilância sanitária, laboratórios e unidades de ensino (BRASIL, 2010). Isso porque fatores como a persistência de microrganismos em superfícies e a escolha inapropriada de técnicas de higienização podem comprometer diretamente a saúde coletiva.

<sup>1</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/2499779085087346>

<sup>2</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/7512325701020355>

<sup>3</sup> Especializanda em Imagenologia (UNINTER). Analista de Laboratório (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/4535257046636642>

<sup>4</sup> Doutorado em Ciências Farmacêuticas (UNESP). Docente (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/NdSnfh>

<sup>5</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>

Neste sentido, gestores e profissionais de diferentes setores precisam adotar práticas antissépticas adequadas, tanto em espaços públicos quanto privados, garantindo acesso ao cuidado seguro e promovendo prevenção eficiente. Para que a biossegurança realmente seja um eixo transversal no SUS, é essencial que existam políticas, infraestrutura adequada e capacitação contínua (BRASIL, 2010).

A institucionalização de comissões de biossegurança e a regulamentação da Norma Reguladora NR-32 no âmbito do Ministério da Saúde e Trabalho são exemplos de avanços normativos que dão base à implementação dessas práticas. No contexto do SUS, a NR-32 é um instrumento normativo essencial que sustenta a implementação da biossegurança como eixo transversal, padronizando e orientando condutas seguras em todas as esferas da rede pública de saúde; fortalecendo a prevenção de acidentes ocupacionais, contaminações cruzadas e infecções hospitalares e promovendo ambientes de trabalho mais seguros, beneficiando tanto os trabalhadores quanto os usuários do SUS (BRASIL, 2022).

Contudo, ainda há desafios, pois a disseminação do conhecimento em relação aos cuidados de biossegurança é desigual, faltam profissionais qualificados e há carência de recursos em regiões menos assistidas. Superar esses obstáculos significa fortalecer o SUS com uma abordagem preventiva, reduzindo infecções, riscos ocupacionais e descartes inadequados, promovendo saúde de forma ética, eficaz e sustentável.

Compreender o problema da contaminação microbiológica em ambientes coletivos, especialmente em Instituições de Ensino Superior (IES), é essencial para reconhecer os riscos que isso representa à saúde pública. A circulação intensa de pessoas e o compartilhamento frequente de objetos, como carteiras e bebedouros, favorecem a disseminação de microrganismos por meio dos chamados fômites (LIMA et al., 2016). Esses elementos inanimados servem como veículos de transmissão de agentes patogênicos, entre eles bactérias e fungos, que podem desencadear surtos de doenças infecciosas em comunidades inteiras. Em ambientes universitários, onde há grande rotatividade de estudantes e profissionais da saúde que também frequentam hospitais, esse risco é ampliado devido à possibilidade de contaminação cruzada entre contextos clínicos e acadêmicos (MORAIS *et al.*, 2010).

Neste cenário, a vigilância sanitária e ambiental dentro das instituições educacionais se torna um pilar fundamental da biossegurança, uma vez que ela atua não apenas na identificação e controle de riscos biológicos, mas também na implementação de políticas institucionais que promovam ambientes seguros e saudáveis. Além disso, a vigilância pode englobar ações sistemáticas de inspeção, monitoramento microbiológico de superfícies, capacitação contínua de funcionários e estudantes, além da estruturação de protocolos de limpeza e desinfecção (FERREIRA *et al.*, 2015; ABREU, 2016). Tais práticas são cruciais para evitar que instituições de ensino, especialmente as ligadas à área da saúde, se tornem focos de transmissão de microrganismos potencialmente perigosos, como *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii* e *Enterobacter aerogenes*, frequentemente encontrados em ambientes hospitalares e que também podem ser isolados em faculdades de Medicina (ABREU, 2016; PONTES e TEIXEIRA, 2019).

Além disso, estudos demonstram que a presença de bactérias Gram-positivas, muitas vezes associadas à microbiota humana, é comum em locais de convívio coletivo como bibliotecas e restaurantes universitários. Apesar de algumas dessas bactérias serem consideradas comensais, elas podem agir como patógenos oportunistas em indivíduos imunocomprometidos (BRIGHT, BOONE e GERBA, 2010; ABREU, 2016; LIMA *et al.*, 2016). Assim, práticas educativas voltadas à conscientização sobre higiene das mãos, uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), e desinfecção de superfícies não devem ser exclusividade do meio hospitalar, mas precisam ser incorporadas de forma transversal ao cotidiano das instituições de ensino. Isso fortalece uma cultura de prevenção e segurança que extrapola os muros acadêmicos, contribuindo de forma direta para a promoção da saúde pública (FONSECA *et al.*, 2016; NUNES *et al.*, 2018).

A contaminação microbiológica em ambientes educacionais coletivos representa um risco significativo à saúde pública. Um estudo realizado em escolas norte-americanas mostrou que torneiras, teclados, maçanetas e bebedouros estavam amplamente contaminados por vírus como o Influenza A e o Norovírus, com taxas de detecção de até 50% e 22%, respectivamente. Isso reforça que, mesmo fora do ambiente hospitalar, a higienização adequada



de superfícies compartilhadas é essencial para reduzir a disseminação de agentes infecciosos (BRIGHT, BOONE e GERBA, 2010).

Nos ambientes de saúde, patógenos como *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* e *Enterococcus faecalis* demonstraram capacidade de sobrevivência prolongada em superfícies, especialmente quando presentes fluidos orgânicos (NEELY e MALEY, 2000; FERREIRA *et al.*, 2015). A permanência desses microrganismos em objetos inanimados amplia os riscos de contaminação cruzada, sobretudo em contextos nos quais estudantes e profissionais de saúde circulam entre hospitais e universidades. Por isso, torna-se essencial a adoção de estratégias de biossegurança e monitoramento microbiológico também em ambientes acadêmicos.

Diante disso, é indispensável o fortalecimento da vigilância sanitária e ambiental em universidades, por meio de protocolos de desinfecção, campanhas educativas e capacitação contínua de todos os envolvidos com a comunidade acadêmica.

É importante destacar ainda que essas instituições de ensino em saúde desempenham um papel central na produção de conhecimento sobre biossegurança, segurança do paciente e saúde coletiva. A implementação de programas nacionais, como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tem sido monitorada e avaliada em hospitais universitários, revelando a importância de a academia gerar evidências científicas sobre a cultura de segurança. Um estudo observacional realizado em três hospitais brasileiros demonstrou melhorias na cultura de segurança após ações sistemáticas de implementação do PNSP, o que reflete diretamente nos resultados da educação médica e na base de conhecimento nacional (ANDRADE *et al.*, 2022).

No âmbito da formação, essas IES são responsáveis por integrar a segurança do paciente ao currículo, promovendo uma abordagem interprofissional e transdisciplinar desde os primeiros períodos dos cursos. Relatos sobre o ensino da segurança do paciente evidenciam que em muitas instituições ainda há lacunas na inclusão explícita do tema nos planos de ensino, apesar de a temática ser abordada de forma implícita nas aulas (ANIZ *et al.*, 2022). Essa situação revela a necessidade de uma

abordagem mais estruturada e colaborativa, envolvendo múltiplas áreas do saber, para formar profissionais críticos e preparados para reportar e prevenir eventos adversos.

Além disso, a avaliação da cultura de segurança em hospitais universitários sinaliza fragilidades e oportunidades de intervenção. Em estudos conduzidos em instituições brasileiras, foi identificada uma cultura de segurança ainda incipiente, com baixo índice de relatos de eventos (GALVÃO *et al.*, 2018). Esses achados reforçam o papel dessas IES como agentes de mudança, capacitando futuros médicos para atuar em sistemas de saúde coletiva com foco na qualidade, comunicação efetiva e gestão segura dos processos assistenciais, dentre esses, os cuidados com biossegurança.

## 1. FUNDAMENTOS DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL NO SUS

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução CNS n.º 588/2018, define a vigilância em saúde ambiental como um conjunto de ações sistemáticas voltadas à identificação, análise e controle de fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que possam impactar a saúde humana, integrando-se com vigilâncias epidemiológica, sanitária e do trabalhador para promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2018). Segundo o Ministério da Saúde, essa vigilância envolve produção e interpretação de dados ambientais como subsídio para planejamento de ações de controle de riscos e prevenção de doenças relacionadas ao ambiente. O escopo da vigilância ambiental inclui monitoramento de água, ar, solo, substâncias químicas, fatores físicos e biológicos, além da análise de impactos e gestão de riscos em territórios vulneráveis (BRASIL, 2002).

Como no Brasil o arcabouço legal para biossegurança em ambientes coletivos, é estabelecido pela NR-32, que traz diretrizes de segurança biológica em serviços de saúde, envolvendo práticas preventivas, minimização ou eliminação de riscos em atividades de pesquisa, ensino, produção e assistência médica, a vigilância ambiental torna-se aliada direta desempenhando papel fundamental no controle de infecções ao identificar e mitigar fontes de contaminação ambiental, como água insalubre, vetores

ou qualidade do ar comprometida, o que reduz a ocorrência de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde pública (BRASIL, 2009).

Em espaços públicos e institucionais, essa vigilância fortalece ações intersetoriais de promoção da saúde, contribuindo para a prevenção de agravos associados ao ambiente urbano, e promovendo ambientes mais seguros e saudáveis para a coletividade. A PNVS enfatiza a integração da vigilância ambiental às estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de coleta contínua de dados, análise territorial, atuação laboratorial e comunicação com a comunidade (BRASIL, 2021).

## 2. A UNIVERSIDADE COMO ESPAÇO DE PESQUISA

As universidades, especialmente as instituições de ensino superior na área da saúde, desempenham papel essencial na articulação entre pesquisa, ensino, serviços e sociedade. A Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras ao desenvolver projetos voltados para o isolamento e identificação de microrganismos em ambientes institucionais, reforça sua função como produtora de conhecimento relevante em biossegurança e vigilância ambiental.

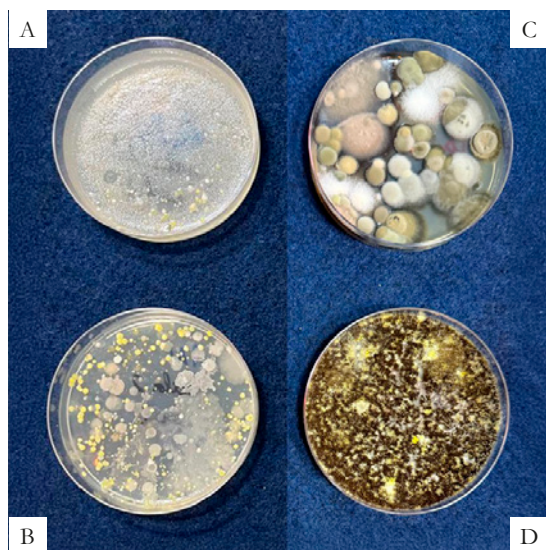
A atuação nesse campo permite não apenas a capacitação prática dos estudantes, mas também a produção de dados que subsidiam políticas de biossegurança e promoção da saúde. Nesse sentido, o ambiente acadêmico torna-se um espaço vivo de investigação, reflexão crítica e intervenção real sobre problemas de saúde pública e ocupacional.

O projeto intitulado “Avaliação de contaminação bacteriana e fúngica de mobiliário e ar-condicionado de uma faculdade no interior de São Paulo” exemplifica essa integração ao envolver estudantes e professores na coleta e análise de microrganismos presentes em superfícies de uso coletivo na instituição. Trata-se de uma iniciativa que conecta o ensino com a prestação de serviços relevantes à comunidade universitária, ao mesmo tempo em que produz conhecimento sobre os riscos microbiológicos em ambientes educacionais. Ao mapear potenciais fontes de contaminação em locais como salas de aula, biblioteca, restaurante e laboratórios, o projeto contribui para a implementação de medidas preventivas e para a conscientização sobre higiene, limpeza e segurança no espaço universitário.

O estudo de caráter descritivo-exploratório com abordagem qualitativa e análise experimental, foi realizado na Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic de Araras-SP. As amostras foram coletadas de superfícies de uso coletivo em ambientes diversos da instituição, como carteiras, aparelhos de ar-condicionado, mesas do refeitório, móveis da biblioteca, salas de simulação, bancadas laboratoriais e bebedouros. A coleta foi realizada em dias e locais alternados, em duplicatas, garantindo a randomização e padronização das superfícies, foram utilizados *swabs* estéreis umedecidos em solução fisiológica 0,9%. O material coletado foi semeado em condições assépticas, sob chama de bico de Bunsen, em placas de Petri contendo dois tipos de meio de cultura: Ágar Nutriente (NA), para o cultivo de bactérias e Ágar Sabouraud com cloranfenicol (SDA), voltado ao cultivo qualitativo de fungos. As placas de NA foram mantidas a  $35 \pm 2$  °C por 48 horas e de SDA foram incubadas a 28 °C por sete dias (GARCIA-CRUZ, AGUILAR e ARROYO-HELGUERA, 2012). A avaliação das placas considerou a presença ou ausência de crescimento macroscópico de colônias.

Embora os resultados ainda sejam parciais, o isolamento de incontáveis colônias bacterianas e fúngicas em algumas superfícies e equipamentos da faculdade revela um potencial risco de exposição, especialmente para indivíduos imunocomprometidos. O isolamento desses microrganismos em locais como carteiras e aparelhos de ar-condicionado (Figura 1) reforça a necessidade de medidas rigorosas de limpeza e ventilação, uma vez que essas superfícies podem atuar como reservatórios e vetores indiretos de patógenos.

**Figura 1:** Colônias bacterianas isoladas em Ágar Nutriente, em A: Carteira e B: Aparelho de ar-condicionado. Colônias fúngicas isoladas em Ágar Sabouraud com Cloranfenicol, em C: Carteira e D: Aparelho de ar-condicionado



Fonte: Arquivo próprio.

Do ponto de vista microbiológico, é sabido que os microrganismos são ubíquos. No entanto, sob a ótica da saúde coletiva, os dados obtidos ressaltam a importância da vigilância ambiental em instituições de ensino, uma vez que determinados microrganismos presentes no ambiente podem estar associados ao desenvolvimento de doenças respiratórias, dermatológicas ou infecções oportunistas (PANTHEE *et al.*, 2022; GE *et al.*, 2025). Nesse contexto, a análise qualitativa realizada neste estudo contribui não apenas para o mapeamento dos riscos microbiológicos, mas também para o desenvolvimento de protocolos de biossegurança e estratégias preventivas, que envolvam ações educativas, manutenção predial e práticas seguras no ambiente universitário. Etapas subsequentes do projeto visam à identificação presuntiva dos microrganismos isolados.

### 3. IMPLICAÇÕES EM BIOSSEGURANÇA E GESTÃO UNIVERSITÁRIA

Os resultados do estudo demonstram a persistência de contaminação bacteriana e fúngica em superfícies e sistemas de ar-condicionado, sugerindo a adoção de medidas de biossegurança institucionais. Em ambientes de ensino, o controle desses microrganismos torna-se crucial por sua capacidade de formar biofilmes, dispersar propágulos e contribuir para infecções, especialmente as oportunistas. Conforme identificado em clínicas universitárias de Odontopediatria, onde foram detectados *Aspergillus* e *Penicillium* no ar e superfícies (NUNES *et al.*, 2018). Além disso, estudos sobre aerossóis em clínicas universitárias destacam que a descontaminação regular de superfícies e a manutenção e limpeza dos sistemas de ventilação reduzem significativamente a carga microbiológica (SANTOS *et al.*, 2021).

Com base nos dados obtidos, sugere-se a implementação de estratégias de educação permanente focadas em biossegurança como treinamentos para limpeza corretiva de superfícies de alto contato, protocolos padronizados de higienização e monitoramento contínuo dos sistemas de climatização por equipes técnicas. Além de campanhas educativas que enfatizem a importância da higienização adequada das mãos. Do mesmo modo, ações informativas, futuramente desenvolvidas pela IES, podem fazer uso dos dados coletados para sensibilizar sobre os ambientes mais vulneráveis, fortalecendo a cultura institucional de prevenção. A adoção dessas medidas contribui não apenas para a segurança microbiológica, mas também para o cumprimento das responsabilidades ético-sociais previstas na Resolução CNS nº 569/2017, que orienta a formação de profissionais comprometidos com o SUS (COSTA e BARROZO, 2010; BRASIL, 2017).

A gestão universitária deve pautar-se nos princípios constitucionais do SUS, universalidade, integralidade e equidade, ao implementar práticas de biossegurança. A universalidade exige acesso igualitário a ambientes seguros para toda a comunidade acadêmica; a integralidade exige integração entre vigilância ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador; e a equidade demanda atenção redobrada aos fômites com maiores índices de contaminação, conforme demonstrado por este estudo. Tais diretrizes

estão em consonância com a Portaria GM nº 3.252/2009, que estrutura o SINVISA no SUS, incorporando a vigilância ambiental e do trabalhador em ações integradas (BRASIL, 2009). Dessa forma, a instituição assume papel ativo na promoção da saúde, mitigando riscos ocupacionais e ambientais.

#### 4. INOVAÇÃO E VIGILÂNCIA ATIVA NO COTIDIANO UNIVERSITÁRIO

O uso de culturas microbiológicas pode ser visto como uma forma de inovação em saúde pública. Embora a técnica seja básica, sua aplicação sistemática em ambientes universitários permite gerar dados relevantes sobre contaminação bacteriana e fúngica, servindo como subsídio para intervenções graduais e eficazes. Um estudo realizado em um hospital de ensino brasileiro identificou gêneros bacterianos potencialmente patogênicos como *Staphylococcus aureus* e *Klebsiella pneumoniae* em superfícies comuns, reforçando a utilidade dessas abordagens simples como base para práticas de controle sanitário e educação pública (FONSECA *et al.*, 2016). Essas evidências demonstram que tecnologias de baixo custo podem apoiar ganhos em vigilância e prevenção.

Aliado a isso, atividades de vigilância participativa, que envolvem a coleta de dados por parte dos próprios usuários ou comunidade, potencializa a vigilância ativa em ambientes coletivos. Essa abordagem pode ser adaptada ao contexto universitário, em que estudantes e funcionários, capacitados em noções básicas de microbiologia, participam ativamente da coleta de amostras, análise qualitativa e monitoramento contínuo de superfícies e ar-condicionado. Essa prática não apenas enriquece a vigilância local, mas também fortalece a formação científica crítica e a cultura de prevenção (WÓJCIK *et al.*, 2014; LEAL-NETO *et al.*, 2020).

Ao combinar tecnologia simples, como cultura microbiológica, com metodologia participativa e formação contínua, as instituições de ensino criam um ambiente propício à inovação social e educacional. Conforme observado em programas de *Citizen Science*, protocolos claros e treinamento adequado permitem que dados coletados por leigos tenham qualidade comparável à de cientistas (WÓJCIK *et al.*, 2014; LEAL-NETO *et al.*, 2020). No contexto universitário, isso poderia se traduzir em projetos de

vigilância ambiental interna, nos quais membros da comunidade acadêmica aprendem técnicas básicas, interpretam resultados e desenvolvem campanhas de higienização. Essa dinâmica promoveria autoeficácia, conscientização e responsabilização coletiva, alinhando-se aos objetivos da saúde pública e à cultura de biossegurança do SUS (COSTA e BARROZO, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância ambiental é um dos pilares fundamentais do SUS, embora sua atuação muitas vezes seja negligenciada em espaços não convencionais, como instituições de ensino superior, este estudo demonstra que ambientes acadêmicos, por sua alta circulação de pessoas e diversidade de usos, podem funcionar como potenciais focos de contaminação microbiológica, exigindo atenção constante da gestão institucional. A incorporação da vigilância ativa nesses locais sugere a necessidade de políticas preventivas que transcendam os limites tradicionais dos serviços de saúde, ampliando a visão do cuidado para todos os espaços coletivos frequentados pela população.

Nesse contexto, a articulação entre a universidade e o SUS representa uma estratégia potente para a consolidação de práticas de saúde baseadas em evidências. A pesquisa aplicada realizada no ambiente universitário não só contribui para a segurança sanitária local, como também oferece dados concretos para o aprimoramento das políticas públicas. A produção científica acadêmica, ao dialogar com os princípios do SUS, como a intersetorialidade, fortalece a formação técnica e ética dos futuros profissionais da saúde, promovendo uma visão ampliada e comprometida com a realidade social.

Por fim, estudos como este, que utilizam metodologias simples, replicáveis e de baixo custo, devem ser incentivados em outras instituições de ensino, públicas e privadas. Ao promover a aproximação entre teoria e prática, esses projetos desenvolvem competências críticas nos estudantes e ampliam a consciência coletiva sobre biossegurança, higiene e saúde ambiental. Mais do que um exercício acadêmico, trata-se de um investimento direto na formação cidadã e na qualificação de profissionais para um SUS mais resolutivo, inovador e sensível às reais necessidades da população.



## REFERÊNCIAS

ABREU, Jade Oliveira. Avaliação da qualidade microbiológica do ar interno em diferentes ambientes em um instituto de ensino e pesquisa. 2016. 64 f. Monografia (Graduação em Ciências Ambientais) – Instituto de Ciências do Mar, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

ANDRADE, L. E. L. de; SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J.; MELO, L. O. M. de; GAMA, Z. A. da S. Improvements in Patient Safety Structures and Culture following Implementation of a National Public Program: an observational study in three Brazilian hospitals. Portuguese Journal of Public Health, v. 40, n. 2, p. 81-90, jul. 2022.

ANIZ, K. N. et al. Are we teaching patient safety to our academics? The experience of a course in the countryside of São Paulo. International Journal for Innovation Education and Research, v. 8, n. 5, 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Estabelece princípios para a formação dos profissionais de saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Publicado no Diário Oficial da União em 15 jan. 2018. Disponível em: <https://is.gd/qeHyRx>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância ambiental em saúde. Brasília, DF: Funasa, out. 2002. 44 p. Disponível em: <https://is.gd/sXu8y3>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. Disponível em: <https://is.gd/2HZ7s9>. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 27, n. 3, p. 1–10, 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000300018. Disponível em: <https://is.gd/iF38xF>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Institui o subsistema de vigilância ambiental e do trabalhador no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2009. Revogada pela Portaria GM nº 1378, de 9 jul. 2013. Disponível em: <https://is.gd/J6Z93k>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p. Disponível em: <https://is.gd/y7Duqn>. Acesso em: 22 jul. 2025.

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. 40 p. Disponível em: <https://is.gd/xlIdPI>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2022. Disponível em: <https://is.gd/Gh28ot>. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://is.gd/1W2mzS>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRIGHT, K. R.; BOONE, S. A.; GERBA, C. P. Occurrence of bacteria and viruses on elementary classroom surfaces and the potential role of classroom hygiene in the spread of infectious diseases. *Journal of School Nursing*, Thousand Oaks, v. 26, n. 1, p. 33–41, 2010.

COSTA, M. A. F. da; BARROZO, M. F. Contribuições pedagógicas para a formação profissional em saúde: ensino de biossegurança. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1163-1168, 2010.

FERREIRA, E. A. et al. Avaliação da contaminação microbiana de superfícies inanimadas em unidade de internação hospitalar. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 5, n. 3, p. 1783–1793, 2015.

FONSECA, T. A. P. da et al. Diversity of Bacterial Communities on Four Frequently Used Surfaces in a Large Brazilian Teaching Hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 13, n. 2, 2016.

GALVÃO, T. F.; LOPES, M. C. C.; OLIVA, C. C. C.; ARAÚJO, M. E. de A.; SILVA, M. T. Cultura de segurança do paciente em hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e3014, 2018.

GARCIA-CRUZ, C. P.; AGUILAR, M. J. N.; ARROYO-HELGUERA, O. E. Fungal and bacterial contamination on indoor surfaces of a hospital in Mexico. *Jundishapur Journal of Microbiology*, v. 5, n. 3, p. 460–464, 2012.

GE, Y.; TANG, G.; FU, Y.; DENG, P.; YAO, R. The impact of environmental factors on respiratory tract microbiome and respiratory system diseases. *European Journal of Medical Research*, v. 30, n. 236, 2025.

LEAL- NETO, O. B. et al. Participatory Surveillance Based on Crowdsourcing During the Rio 2016 Olympic Games Using the Guardians of Health Platform: Descriptive Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, v. 6, n. 2, 2020.

LIMA, A. C. H. de et al. Análise da presença de microrganismos em superfícies distintas da Faculdade São Paulo de Rolim de Moura. *Revista Saberes*, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 45-53, 2016.

MORAIS, G. R. et al. Qualidade do ar interno em uma instituição de ensino superior brasileira. *Bioscience Journal*, Uberlândia, v. 26, n. 2, p. 305-310, 2010.

NEELY, A. N.; MALEY, M. P. Survival of Enterococci and Staphylococci on hospital fabrics and plastic. *Journal of Clinical Microbiology*, Washington, DC, v. 38, n. 2, p. 724-726, 2000.

NUNES, L. M.; VIANA, T. S.; SILVA, G. M. C.; BOTELHO, M. P. J.; CAPEL, L. M. M. Identification of the fungal population in air samples collected at Pediatric Dentistry teaching clinic. *Revista da ABENO*, Brasília, v. 18, n. 3, p. 84-92, 2018.

PANTHEE, B. et al. *Environmental and human microbiome for health*. *Life*, v. 12, n. 3, p. 456, 2022.

PONTES, F.; TEIXEIRA, D. C. Isolamento de microrganismos em bancada hospitalar de preparação de medicamentos. *Contexto & Saúde*, Ijuí, v. 19, n. 37, p. 29-37, 2019.

SANTOS, V. L. C. et al. Assessment of the contamination spread by bioaerosols during dental practice in a university clinic. *Revista de Saúde Pública Odontológica*, v. 18, n. 2, p. 4334-440, 2021.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (orgs.). *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 442 p. ISBN 978-85-7541-202-2. Disponível em: <https://ctbio.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/03/Biosseguranca-Uma-Abordagem-Multidisciplinar-na-WWW-Silvio-Valle.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2025.

WÓJCIK, O. P.; BROWNSTEIN, J. S.; CHUNARA, R.; JOHANSSON, M. A. Public health for the people: participatory infectious disease surveillance in the digital age. *Emerging Themes in Epidemiology*, v. 11, n. 7, 2014.

# A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO MÉDICA: CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO INTERIOR PAULISTA

Márcio Cristiano Melo<sup>1</sup>

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues<sup>2</sup>

Naila Albertina de Oliveira<sup>3</sup>

Ivana Daniela Cesar<sup>4</sup>

Ana Cristina Wiziack Zago Perroni<sup>5</sup>

Nathalia de Moraes Lebeis Nery<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A formação médica no Brasil atravessa um período de profundas transformações, especialmente após a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina, que enfatizam a necessidade de formar profissionais generalistas, críticos, reflexivos e comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desponta como um espaço essencial para o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais, éticas e cidadãs (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A extensão universitária, por sua vez, representa uma das dimensões indissociáveis do ensino superior brasileiro, ao lado do ensino e da pesquisa. Por meio dela, é possível aproximar a universidade das demandas sociais, promovendo o diálogo entre saberes e a construção coletiva de soluções para problemas concretos (Freire, 2001). Na graduação em Medicina, as atividades extensionistas desempenham papel estratégico ao conectar teoria e prática, permitindo que os estudantes compreendam a complexidade dos territórios e o papel social do profissional de saúde (Malheiros; Guimarães, 1998).

<sup>1</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>

<sup>2</sup> Doutorado em Psicologia e Sociedade (UNESP). Professora (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/24AAE1>

<sup>3</sup> Doutorado em Ciências da Engenharia de Alimentos (USP). Professora (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/0716354382309034>

<sup>4</sup> Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professora (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/TazQN8>

<sup>5</sup> Mestrado em Saúde Coletiva (SLMANDIC). Docente (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/cr5cVr>

<sup>6</sup> Doutorado em Clínica Médica (UNICAMP). Professora (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/xRe2fw>

Na Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras, a extensão universitária tem se consolidado como ferramenta pedagógica potente, com forte inserção na APS. São diversas as ações planejadas e executadas por discentes e docentes, que vão desde a promoção de feiras de saúde, campanhas educativas e oficinas lúdicas até projetos mais estruturados, como: MedLetras: Construindo Saberes Desde a Infância; Mulher em Foco: Promovendo Saúde na Comunidade; Conectados com Respeito; Triagem de Acuidade Visual em Escolares da Rede Pública de Araras; Um Dedo de Prosa: Escuta Ativa com Idosos Institucionalizados e Promoção do Bem-Estar Através do Acolhimento; Mãos que Cuidam: Promoção da Higiene no Ambiente Hospitalar.

Estas atividades envolvem etapas de planejamento, execução, sistematização e avaliação, sendo integradas a módulos curriculares como Atenção Primária à Saúde I a VI, Pesquisa e Inovação e Gestão, Habilidades Clínicas e Eixos Integradores. Este relato objetiva apresentar as experiências acumuladas em ações de extensão universitária desenvolvidas no âmbito da APS, discutindo suas contribuições à formação médica integral e comprometida com os princípios do SUS.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo qualitativo e descritivo, baseado na observação participante e na análise de registros reflexivos de estudantes de Medicina da Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras. A observação participante compreende a inserção do pesquisador no cotidiano dos sujeitos, interagindo com os discentes durante as práticas de extensão e partilhando das experiências nos territórios, a fim de compreender os sentidos atribuídos às vivências (Duarte, 2002).

Os cenários de prática foram variados, incluindo Unidades Básicas de Saúde, instituições de ensino fundamental, escolas municipais, instituições de longa permanência para idosos e o hospital-escola. As experiências ocorreram ao longo de três semestres letivos, entre os anos de 2023 e 2025, durante módulos curriculares como Atenção Primária à Saúde I a VI, Pesquisa, Inovação e Gestão, e Habilidades Clínicas II.

O principal instrumento de coleta de dados foi o diário de campo, pessoal e intransferível, preenchido por cerca de 180 estudantes partici-

pantes das ações. Ao final de cada vivência, os discentes participavam de rodas de conversa e momentos de *debriefing*, nos quais eram estimulados a refletir sobre: (1) a vivência do dia, (2) a relação das atividades com sua aprendizagem, (3) os pontos positivos e negativos da experiência e (4) a percepção sobre o impacto da ação na comunidade.

Para garantir o anonimato dos participantes, os registros foram identificados por codificação alfanumérica (E1, E2, ..., E180). Após coleta, os diários foram submetidos à leitura exaustiva e interpretativa, com identificação de unidades de registro e posterior categorização dos dados.

A técnica analítica utilizada foi a Análise de Conteúdo, conforme Bardin (1977), respeitando os procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição e interpretação de mensagens. As categorias emergentes foram organizadas com base na recorrência temática e na profundidade das reflexões discentes. Além dos diários de campo, foram utilizados como fontes complementares os portfólios das equipes, os materiais pedagógicos produzidos (cartilhas, jogos, apresentações), as atas de reuniões e as avaliações participativas das ações.

Por se tratar de um estudo qualitativo e descritivo, baseado em registros reflexivos de estudantes e em materiais pedagógicos produzidos no contexto acadêmico, sem envolvimento de informações pessoais identificáveis, o presente trabalho foi dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Tal dispensa está respaldada pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que isenta de apreciação ética pesquisas que utilizam exclusivamente dados de domínio público, registros institucionais ou atividades pedagógicas desenvolvidas no âmbito do processo formativo, desde que garantido o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Vivência da Realidade Social e dos Serviços

Os relatos discentes evidenciam a potência da inserção territorial como estratégia formativa na graduação médica. A surpresa diante das condições socioeconômicas enfrentadas pelas populações atendidas revela uma lacuna comum nos currículos tradicionais: a distância entre o saber biomédico e a realidade concreta dos determinantes sociais da saúde (DSS). A vivência extensionista, ao ocorrer diretamente em escolas públicas, unidades básicas de

saúde e domicílios de usuários, permite a materialização desses determinantes diante dos olhos dos estudantes, deslocando o foco da doença para o processo de adoecimento socialmente condicionado (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A percepção direta da vulnerabilidade – traduzida em moradias precárias, insegurança alimentar, dificuldade de acesso aos serviços e exposição a violências estruturais – mobiliza os alunos a um olhar ampliado, rompendo com a lógica exclusivamente clínica e individualizante (Cecílio, 2012). Trata-se de uma experiência formativa que favorece a construção de um ethos profissional comprometido com a equidade, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2014), mas que somente se concretiza quando a formação ocorre em diálogo com os territórios reais, e não em ambientes simulados ou distantes da complexidade social.

Além disso, as ações de extensão inseridas na APS funcionam como dispositivos pedagógicos que ativam o conceito de vulnerabilidade em suas múltiplas dimensões – individual, social e programática – conforme proposto por Ayres et al. (2006). Essa abordagem permite compreender que o cuidado em saúde exige, para além da técnica, o reconhecimento da interseção entre biografia e estrutura, e da potência transformadora do encontro entre sujeitos. Assim, a presença dos estudantes nos espaços comunitários representa mais que uma vivência pontual: é um exercício de escuta e alteridade que dá concretude ao compromisso social da universidade pública e à formação cidadã dos futuros médicos.

### **Sensibilização para os Determinantes Estruturais e o Papel Transformador do Médico**

As visitas domiciliares e rodas de conversa emergiram como dispositivos potentes de escuta ativa e aproximação com a realidade concreta das comunidades. Por meio dessas práticas, os estudantes entraram em contato direto com cenários marcados por negligência social, violência simbólica e material, além de graves carências estruturais – como ausência de saneamento básico, insegurança alimentar e descontinuidade de políticas públicas. Tais vivências geraram não apenas impacto emocional, mas também mobilizaram uma reflexão crítica sobre o lugar do médico no enfrentamento das iniquidades sociais.

Esse movimento está em consonância com a perspectiva da determinação social da saúde, que compreende que o processo de adoecimento

é historicamente produzido pelas desigualdades sociais e econômicas, e que a prática médica deve se articular ao projeto ético-político de transformação dessa realidade (Breilh, 2006; Ianni, 2004). Ao vivenciarem essas realidades, os estudantes são instados a ultrapassar o modelo tecnocrático de cuidado e a incorporar práticas que envolvam sensibilidade, escuta, empatia e ação intersetorial.

Nesse sentido, a formação médica inserida em territórios vulnerabilizados contribui para o reconhecimento da dimensão política do cuidado em saúde. As ações extensionistas — como as rodas de conversa com adolescentes sobre direitos sexuais e reprodutivos, ou o acompanhamento de idosos institucionalizados em situações de abandono — provocam deslocamentos epistemológicos que aproximam o estudante do que Freire (1996) denominava “compromisso com a transformação social por meio do diálogo”. Assim, a experiência formativa não apenas sensibiliza, mas também politiza o futuro médico, fortalecendo sua atuação como sujeito implicado com a justiça social e os princípios do SUS.

### **Desenvolvimento de Competências Humanas e Comunicacionais**

As ações extensionistas analisadas revelaram-se como importantes catalisadoras do desenvolvimento de competências relacionais, éticas e comunicacionais nos estudantes de Medicina. A prática da escuta qualificada, o uso de linguagem acessível e a construção de vínculo terapêutico deixaram de ser apenas conteúdos teóricos da grade curricular e passaram a ser vivenciados em situações reais, marcadas por complexidade, sofrimento social e diversidade de experiências.

Oficinas educativas sobre sexualidade, saúde mental e prevenção de violências — realizadas com crianças, adolescentes, mulheres e idosos em situação de vulnerabilidade — escancararam a necessidade de abordagens culturalmente sensíveis, fundamentadas no respeito às identidades de gênero, orientações sexuais, expressões culturais e modos de vida. Essa vivência prática de uma comunicação inclusiva e humanizada reafirma o que Gadotti (2000) e Ayres (2001) defendem como essencial ao cuidado em saúde: a escuta como prática ética e a comunicação como instrumento de reconhecimento e construção conjunta de sentido.

Estudantes destacaram, ainda, que o contato precoce com sujeitos historicamente silenciados — como gestantes em contextos de violência



obstétrica, adolescentes LGBTQIA+ e idosos institucionalizados — exigiu postura ética, empática e não normativa. A experiência contribuiu, portanto, para o amadurecimento das atitudes profissionais e para o fortalecimento do compromisso com o cuidado centrado na pessoa, ampliando a noção de competência clínica para além da técnica biomédica (Bedrikow; Campos, 2011).

Esse processo de formação vivencial, ao mobilizar o estudante diante da alteridade, favorece a constituição de um *ethos* médico mais atento à singularidade dos sujeitos e aos determinantes sociais que atravessam o cuidado. Conforme aponta Yogui, Magalhães e Bivanco-Lima (2024), a formação clínica centrada exclusivamente na racionalidade biomédica é insuficiente para responder às demandas do cuidado integral, sendo imprescindível a formação crítica, dialógica e sensível às subjetividades.

### **Integração entre Teoria e Prática**

As atividades extensionistas funcionaram como espaços privilegiados de articulação entre o conhecimento acadêmico e a realidade concreta dos serviços de saúde, permitindo aos discentes a vivência de competências clínicas e sociais de forma interligada. Disciplinas como Saúde da Mulher, Pediatria, Semiologia, Epidemiologia e Políticas Públicas foram frequentemente mobilizadas durante intervenções práticas como aferição de pressão arterial, rodas de educação em saúde, visitas domiciliares e simulações clínicas. Essa experiência interdisciplinar, ancorada na complexidade dos territórios e no cuidado centrado na pessoa, favorece uma aprendizagem significativa e transformadora (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Schott et al., 2023). Estudos apontam que o ensino em ambientes comunitários amplia o senso crítico dos futuros médicos, contribuindo para o desenvolvimento de competências para o cuidado longitudinal, a escuta ativa e a construção compartilhada de planos terapêuticos (Fassina; Mendes; Pezzato, 2021). Nessa perspectiva, a extensão universitária deixa de ser complementar e passa a ocupar papel estruturante na formação médica orientada pelos princípios do SUS.

### **Produção de Conhecimento e Protagonismo Discente**

Ao final das ações, os grupos elaboraram relatórios, apresentações, resumos expandidos e até submissões para congressos científicos. Essa vivência estimulou o pensamento científico, a análise crítica da realidade e o protagonismo estudantil na construção de soluções criativas para os desafios da APS. O exercício da autoria, quando mediado por situações reais

e complexas, fortalece a autonomia intelectual dos estudantes e os coloca como sujeitos ativos na produção de conhecimento, ultrapassando a lógica de reprodutibilidade do conteúdo teórico (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A construção de estratégias educativas, materiais didáticos e intervenções comunitárias durante as práticas extensionistas exemplifica a consolidação de um aprendizado significativo e contextualizado, favorecendo a articulação entre saberes técnico-científicos e saberes populares. Além disso, a extensão como prática investigativa e transformadora permite a experimentação de diferentes linguagens de comunicação científica, ampliando a capacidade de expressão, argumentação e defesa de ideias por parte dos discentes (Santana, 2021). Tais experiências reiteram o papel da universidade como espaço de formação cidadã, onde o conhecimento não apenas circula, mas também é produzido com e a partir da realidade.

### **Percepções discentes nas Atividades de Extensão**

Com base na análise dos registros dos diários de campo, rodas de conversa e portfólios estudantis, emergiram sete categorias principais que expressam as percepções dos estudantes quanto às ações de extensão: (1) aprendizado prático em saúde coletiva, (2) desenvolvimento de vínculo com a comunidade, (3) valorização da interprofissionalidade, (4) desafios de infraestrutura na APS, (5) impacto formativo da escuta ativa, (6) articulação entre teoria e prática, e (7) protagonismo estudantil.

As reflexões sobre o aprendizado prático e a integração com a comunidade foram as mais recorrentes, evidenciadas por expressões como: “sair do consultório e escutar as pessoas onde vivem foi transformador” (E32), e “a oficina lúdica de lavagem de mãos me ensinou mais sobre biossegurança do que muitas aulas” (E45). Essa percepção converge com o que descrevem Pereira et al. (2008), ao afirmarem que as experiências práticas proporcionam uma compreensão ampliada dos conteúdos abordados em sala e maior preparo para a atuação profissional.

A aquisição de habilidades técnicas e comunicacionais também foi amplamente referida. Discentes relataram o aprimoramento da escuta qualificada, da empatia e da linguagem acessível ao atuarem com idosos institucionalizados e crianças em idade escolar. Esse aspecto remete à concepção de relação médico-paciente como interação humana complexa, com dimensões éticas, estéticas e técnicas (Grosseman; Stoll, 2008).

Os estudantes também evidenciaram limitações estruturais nas unidades e escolas parceiras: falta de salas adequadas, materiais insuficientes e pouco tempo de integração com a equipe. Tais dificuldades, embora desafiadoras, foram reconhecidas como oportunidades para desenvolver resiliência, criatividade e senso de responsabilidade social. Como relatado por um discente: “mesmo sem recursos, vimos que é possível promover saúde com afeto e escuta” (E59), ecoando a crítica de Silva e Natal (2019) à necessidade de estrutura mínima para o bom acolhimento da formação em serviço.

A construção de vínculo com a comunidade foi referida como fator de encantamento e transformação pessoal. Alunos relataram sentir-se úteis ao orientar idosos, ao detectar dificuldades visuais em crianças ou ao produzir cartilhas educativas sobre consentimento e saúde sexual. Segundo Massote et al. (2011), a vivência na APS fortalece a compreensão do processo saúde-doença e do papel do médico no cuidado ampliado.

Por fim, destaca-se a importância atribuída à autoria discente no planejamento e na condução das ações. Os estudantes não foram apenas executores, mas agentes protagonistas do cuidado. Essa participação ativa foi reforçada pela produção de materiais, pela organização de oficinas e pelo contato direto com o território, aproximando a prática médica da realidade da população.

Esses achados demonstram que a extensão, ao articular ensino, serviço e comunidade, possibilita ao estudante de Medicina a vivência concreta de valores como alteridade, ética, corresponsabilidade e justiça social, pilares para uma formação comprometida com os princípios do SUS (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Freire, 2001).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências relatadas apontam que a extensão universitária, quando articulada à formação médica e aos princípios da APS, promove impactos significativos no desenvolvimento profissional e humano dos estudantes. Ao ocupar os territórios, dialogar com diferentes públicos e refletir sobre as condições de vida e cuidado, os futuros médicos tornam-se mais sensíveis, críticos e comprometidos com o SUS.

Concluimos que a inserção precoce e contínua dos alunos em práticas extensionistas fortalece a formação integral e amplia o sentido da atuação médica, consolidando a universidade como espaço de transformação social.

## REFERÊNCIA

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, n. 9, p. 73–92, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CUNHA, C. L. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. São Paulo: Loyola, 2006. p. 121–143.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <https://is.gd/DBtUqV>. Acesso em: 22 jun. 2025.
- BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. DE S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 6, p. 610–613, nov. 2011. Disponível em: <https://is.gd/TtnWw6>. Acesso em: 25 jun. 2025.
- BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, abr. 2007. Disponível em: <https://is.gd/JDr8Hb>. Acesso em: 25 jun. 2025.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc/Abrasco, 2012. p. 117–130.
- CECCIM, A. F.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Interface (Botucatu)*, v. 8, n. 14, p. 41–57, 2004. Disponível em: <https://is.gd/Ve9QLD>. Acesso em: 22 jun. 2025.
- DOMENE, S. M. Á. A escola como ambiente de promoção da saúde e educação nutricional. *Psicologia USP*, v. 19, n. 4, p. 505–517, out. 2008. Disponível em: <https://is.gd/KYlOxv>. Acesso em: 25 jun. 2025.
- DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, n. 24, p. 213–225, jul. 2004. Disponível em: <https://is.gd/jllwwS>. Acesso em: 25 jun. 2025.
- FASSINA, V.; MENDES, R.; PEZZATO, L. M. Formação médica na atenção primária à saúde: percepção de estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 3, p. e141, 2021. Disponível em: <https://is.gd/YsZqi7>. Acesso em: 25 jun. 2025.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

GADOTTI, M. *Pedagogia da práxis*. São Paulo: Cortez, 2000.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 301–308, 2008. Disponível em: <https://is.gd/FQKK9O>. Acesso em: 25 jun. 2025.

IANNI, O. *A sociedade global*. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

SANTANA, R. R. et al. Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. *Educação & Realidade*, v. 46, n. 2, p. e98702, 2021. Disponível em: <https://is.gd/10KVDG>. Acesso em: 25 jun. 2025.

MALHEIROS, R.; GUIMARÃES, R. G. M. Extensão Universitária e Formação Médica: Uma Análise da Experiência dos Bolsistas no Programa “Escola Cidadã”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 22, n. 2-3, p. 67–76, set. 1998. Disponível em: <https://is.gd/cQ5Gxn>. Acesso em: 25 jun. 2025.

MASSOTE, A. W. et al. Atenção Primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 4, p. 445–453, 2011. Disponível em: <https://is.gd/hqUOV7>. Acesso em: 25 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Determinants of health. In: *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: OMS, 2008. Disponível em: <https://is.gd/AAwogD>. Acesso em: 23 jun. 2025.

PEREIRA, D. B. et al. A importância das aulas práticas no processo de ensino-aprendizagem na graduação. *Anais do XII Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica*, 2008. Disponível em: <https://is.gd/Cx4zRk>. Acesso em: 25 jun. 2025.

SCHOTT, M. et al. Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Educ. Teoria Prática*, Rio Claro, v. 33, n. 66, e14, 2023. Disponível em: <https://is.gd/kfJbNs>. Acessos em: 23 jun. 2025. Epub 31-Dez-2023. <https://doi.org/10.18675/1981-8106.v33.n.66.s16670>.

SILVA, L. S.; NATAL, S. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DE DOIS PROGRAMAS PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, BRASIL. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 3, p. e0022050, 2019. Disponível em: <https://is.gd/RJdO4p>. Acesso em: 25 jun. 2025.

YOGUI, J. O. DOS S.; MAGALHÃES, T. M.; BIVANCO-LIMA, D. Ensinando o Método Clínico Centrado na Pessoa na graduação em Medicina: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 48, n. 4, p. e120, 2024. Disponível em: <https://is.gd/BMywe7>. Acesso em: 25 jun. 2025.

# FORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA ALÉM DAS UNIVERSIDADES: REFLEXÕES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E DO CURSO EMULTI EM FORMAÇÃO

Andre Eduardo Mei<sup>1</sup>

Ariana David Wenceslau<sup>2</sup>

Alice Mota Iassia<sup>3</sup>

Gabriela Eusébio de Andrade<sup>4</sup>

Hernane Guimarães dos Santos Junior<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

Dentre as muitas frentes possíveis de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), uma delas é a valorização e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS se constitui como um eixo estruturante do sistema, reunindo um conjunto de práticas que articulam cuidado, promoção da saúde e organização da rede. É rica em sentidos e responsabilidades, por operar como porta de entrada preferencial ao SUS e sustentar atributos essenciais como o primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade das ações. (Giovannella; Mendonça, 2012).

O fortalecimento da APS e, consequentemente, do SUS perpassa também questões relativas à formação para o trabalho em saúde. Trata-se de um campo amplo e complexo, marcado por tensões históricas e estruturais. Entre os principais entraves, destaca-se a ênfase ainda hegemônica

<sup>1</sup>Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Terapeuta ocupacional na Prefeitura Municipal de Campinas. CV: <http://lattes.cnpq.br/9987570685892557>

<sup>2</sup>Mestrado em Atenção Primária à Saúde. Dentista na Prefeitura Municipal de Campinas. CV: <http://lattes.cnpq.br/4179347119118224>

<sup>3</sup>Profissional de educação física. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Campinas. CV: <https://is.gd/A0OQGT>

<sup>4</sup>Mestranda no Prof-Saúde. Mestrado em Saúde da Família. Fisioterapeuta. — ILMD. Fiocruz Amazônia. CV: <https://lattes.cnpq.br/5045864748742107>

<sup>5</sup>Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública (FIOCRUZ). Epidemiologista, Docente (UFOPA). CV: <https://lattes.cnpq.br/2613678676803885>

no ensino de cuidados hospitalares em detrimento de cuidados na APS, bem como a distância entre as ofertas educacionais das universidades e as necessidades de saúde da população (Campos; Aguiar; Belisário, 2012), e uma tendência histórica de ofertas educacionais de cunho mais tecnicista, alheio e/ou pouco engajadas com questões caras ao SUS como gestão, controle social e autonomia do usuário (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Campos, Aguiar e Belisário (2012) apontam também para algumas iniciativas que buscam enfrentar o quadro de desafios supracitado. Os autores destacam a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, que esteve articulada diretamente com políticas de reformulação do ensino, visando especialmente o âmbito da graduação, e também políticas e estratégias de educação a profissionais já formados, que tem dentre seus exemplos o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e o Programa Nacional de Telessaúde.

Cabe lembrar que a Lei orgânica do SUS (Brasil, 1990) preconiza como atribuição do mesmo a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, o que leva ao entendimento do SUS enquanto protagonista e não mero espectador passivo e desengajado da formação em saúde ofertada pelas Instituições de Educação Superior (IES). Este papel é ainda reiterado no ano de 2004, com a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), definida como aprendizagem no trabalho e comprometida com a transformação das práticas de trabalho em saúde (Brasil, 2018).

Neste cenário, alguns fenômenos começam a se apresentar significativamente, instigando a produção de reflexões. Destacamos neste capítulo a existência de algumas ofertas de formação em saúde que não são propostas por universidades ou IES; trata-se de iniciativas onde a instituição proponente é alguma Secretaria Municipal, Estadual, ou o próprio Ministério da Saúde (MS) e também hospitais e outras instituições ligadas ao cuidado, podendo haver ou não uma parceria com alguma IES.

Burke (2012) aponta para o quanto o conhecimento, na história, se mostrou dinâmico e vinculado às tendências sociais e tecnológicas de cada época. O historiador também coloca que esse deslocamento da universidade enquanto único ponto de produção de conhecimento e formação

não é algo isolado e nem dos dias atuais. Refere que desde a segunda guerra mundial e a terceira revolução industrial, a ciência se aproximou das indústrias, a tal ponto que as mesmas passaram a criar laboratórios e produzir o próprio conhecimento, concorrendo com a produção de conhecimento das universidades.

As ofertas de formação fora do âmbito das IES são um fenômeno bastante significativo no universo das residências multiprofissionais ou em área profissional de saúde, por exemplo. Esta modalidade de formação é regulamentada há 20 anos no país, e abrange cursos de pós-graduação lato sensu caracterizados por ensino em serviço destinados às categorias profissionais que integram a área de saúde (exceto a categoria médica), com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos (Brasil, 2009).

Segundo a Coordenação Geral de Residências em Saúde (CGRES), ligada à SGTES, em 2023 havia um percentual de 13% de bolsas de residência multiprofissional financiadas por estados e municípios, 9% de bolsas financiadas por hospitais e outras instituições (que não se enquadram como IES), 26% de bolsas financiadas pelo Ministério da Educação (MEC — se referem a programas ofertados por IES) e 52% de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS). Dentro do percentual de bolsas do MS há de se considerar que existem programas ofertados por IES, onde MEC e MS realizam parceria, e também programas ofertados por secretarias municipais e estaduais. Ou seja, há uma parcela relevante de profissionais recebendo formação pós-graduada, inclusive na APS, por meio de instituições proponentes do SUS e não por IES (CGRES, 2023).

Cabe a ponderação que há muita heterogeneidade na construção desses programas e muitos dados a serem melhor estruturados e publicados. Programas de residência multiprofissional ofertados por IES invariavelmente estabelecerão parcerias com as secretarias para efetivar os campos de estágio. Há casos de programas ofertados por secretarias que realizam parcerias com IES para efetivarem os momentos teóricos do curso. E há casos onde as secretarias executam a prática e a teoria de forma completamente independente das IES.

Os efeitos desta diversidade de arranjos, contudo, ainda carecem de maiores investigações a respeito. Disso indagamos quais reflexões e lições tiramos das ofertas de formação para o trabalho em saúde no SUS



e na APS realizadas em instituições proponentes do SUS (ainda que em parcerias com IES). Quais serão os pontos fortes e fracos destas iniciativas? O que as IES têm a ensinar aos serviços e vice-versa?

Sem pretensões de esgotar este debate, apresentamos a seguir reflexões de duas formações para o trabalho em saúde na APS: o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas (SP), sem parceria com IES; e o Curso de Formação de Profissionais das eMulti, oferecido pelo MS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Esperamos que estas reflexões, em conjunto com outras, possam provocar insights e impulsionar estudos e investigações mais profundas e abrangentes.

## **O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA DA SMS DE CAMPINAS — ALGUMAS REFLEXÕES**

Criado em 2015, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, da Prefeitura Municipal de Campinas (PMC), é proposto e executado por sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O ingresso da primeira turma ocorreu em 2016 com três núcleos profissionais: Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição. Em 2020, as vagas são ampliadas nesses mesmos núcleos e em 2021 expandido também para outros núcleos profissionais, sendo incorporados Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Campinas, 2024). No ano de 2022, houve adesão do programa ao Exame Nacional de Residência (ENARE) para realização da seleção dos residentes.

Em termos de sua operação, das 60 horas semanais que o residente deve cumprir, 80% são destinadas às atividades práticas e teórico-práticas, e 20% às atividades teóricas. Estas últimas correspondem à realização da tutoria de núcleo e módulo técnico-teórico, para residentes do primeiro ano ou realização do trabalho de conclusão da residência, para residentes do segundo ano, sendo disponibilizadas 6 horas semanais para cada atividade (Campinas, 2024).

Sendo um Programa autogerido, onde a SMS é a instituição proponente e executora, as atividades supracitadas se desenvolvem por meio da facilitação

de servidores municipais que assumem as funções de tutor, sendo contemplados todos os núcleos profissionais e mais ligado às atividades teóricas e teórico-práticas; e preceptor, não necessariamente pautado pelos núcleos profissionais e mais ligado às atividades práticas. Estes servidores compõem o quadro docente do programa e são assessorados pelo Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), composto pela coordenação do programa e representantes da SMS, dos tutores e dos preceptores. (Campinas, 2024).

Dentre os pontos fortes do programa, destacamos primeiramente a diversidade dos profissionais, fruto não apenas das distintas profissões que o compõem, mas também da origem dos residentes. Uma vez que o ENARE é um exame nacional, existem profissionais de todo o Brasil contribuindo para a confluência de culturas, costumes, práticas de cuidado e saberes em saúde. Assim como a formação profissional diversa, também há profissionais de diferentes idades e experiências profissionais prévias, que promovem vantagem significativa de desenvolvimento profissional comparado a programas de residência através de IES que limitam a entrada ao programa de residência de acordo com o tempo de formação da graduação.

No cotidiano do serviço, ao compor as equipes de saúde da família (eSF), equipes de saúde bucal (eSB) e equipes multiprofissionais (eMulti) na APS, esse encontro de saberes propicia vivências significativas de trabalho colaborativo e trabalho interprofissional aos atores envolvidos. Os residentes são direcionados às eSF, eSB e eMulti em diversos locais do município, proporcionando ampla relação entre diferentes categorias profissionais e aprendendo na prática a trabalharem juntos de forma colaborativa e multiprofissional. As ações desenvolvidas contemplam as experiências dos profissionais concursados e a expertise dos residentes em processo de formação, proporcionando o desenvolvimento de práticas em saúde através do conhecimento empírico e científico.

Ademais, destacamos a vivência das necessidades reais de saúde da população que busca a APS, bem como a vivência do cuidado centrado no usuário considerando o contexto familiar, que contribui para o amadurecimento e progresso da teoria-prática do estudo-trabalho em serviço. Apesar de temporária, a relação residente-população é visivelmente potencializadora no cuidado em saúde, e traz sensibilidade e receptividade para a construção de vínculos sólidos com a própria eSF.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica é amplo e contempla o cuidado em saúde de toda a população, em todas as faixas etárias, em quaisquer condições socioeconômicas e de saúde. Logo, o profissional residente pode experimentar e ampliar o escopo de atuação desde a realização do pré natal a demandas de cuidados paliativos. Ainda, a execução prática da residência proporciona a interlocução com os serviços da rede de saúde do município, permitindo a compreensão dos desdobramentos e da continuidade das linhas de cuidado do usuário. Os encontros de matriciamento, reuniões intersetoriais e reuniões de equipe permitem o mapeamento e o reconhecimento da rede de forma complexa e singular.

Na perspectiva de tutores, o grau de autonomia vivenciado para organizar atividades pedagógicas é outro ponto de destaque. Não obstante, ainda que muitos tutores e preceptores tenham incipientes habilidades de docência, a mediação de aspectos práticos e tácitos do cuidado tende a ser realizada com grande naturalidade e organicidade, uma vez que necessariamente vivem simultaneamente a assistência.

Outro aspecto comemorado trata da rede de colaboração que tutores e preceptores frequentemente acionam, convidando para distintas atividades pedagógicas outros colegas, sejam tutores, preceptores, profissionais vinculados à APS (dentro e fora do município de Campinas) e de outros departamentos da SMS e outros setores da PMC. Tais momentos promovem trocas e valorização do saber deste profissional, que se sente reconhecido com o convite e participação.

Por outro lado, uma série de desafios são também destacados. Os tutores e preceptores assumem as tarefas de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das atividades pedagógicas envolvidas no programa, e observam fazê-lo sem um suporte acadêmico, e com retaguarda pedagógica insuficiente por parte do NDAE. A ausência de vínculos com uma IES acaba se desdobrando na pouca valorização de atividades ligadas à pesquisa no programa, bem como na maior dificuldade em qualificar e inovar algumas das ofertas pedagógicas.

Os tutores dividem a sua carga horária de forma que 12 horas semanais são reservadas para as tarefas pedagógicas supracitadas, o que é vivido como insuficiente, gerando frequentemente um extrapolamento de trabalho fora do horário. Cabe observar que esta prática de reserva de carga

horária para dedicação ao programa não é algo padrão, de forma que há programas onde não reservam nenhuma hora formal para execução da função de tutoria, aumentando a sobrecarga sentida.

Um aspecto significativamente preocupante é o da alocação e gestão do processo de trabalho dos residentes pautado na lógica do provimento ao invés da lógica da formação. Uma situação que ilustra o exposto é a alocação de residentes de uma determinada profissão exatamente em unidades onde não existe profissional contratado. O profissional residente é visto como o profissional efetivo desejado pela equipe há meses ou até anos, e assim acaba sendo desconsiderado o ensino como parte do seu processo formativo, e sendo super exigido no âmbito assistencial, sobrecarregado com a demanda reprimida. Acrescente a isto o fato que há ausência de preceptoria específica da profissão, aumentando a sensação de solidão deste residente na prática.

Outro fenômeno indesejado é o fato do residente se ver atuando num cenário onde a APS é prejudicada em seus atributos, e sem perspectiva de promover relevantes mudanças. Sente, portanto, que frequentemente aprende *o que não fazer* na APS, quando, por exemplo, gasta muito mais tempo cuidando de demandas espontâneas e deixa de lado a prática da promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos como preconiza a APS.

Finalmente, mas não menos importante, ressaltamos a fragilidade do vínculo de preceptores e tutores com a função no bojo das SMS. Ao contrário de uma IES, onde existe a docência enquanto atribuição e profissional docente enquanto cargo, nas SMS não há o cargo docente, e as atribuições dos cargos são voltadas à assistência. O exercício da preceptoria/tutoria constitui apenas uma função, logo, compromete a longitudinalidade da pessoa nesta atividade, prejudicando a manutenção da qualidade do processo ao longo do tempo.

## EMULTI EM FORMAÇÃO — ALGUMAS REFLEXÕES

Desde 2023, o Ministério da Saúde cuida da implementação das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde, conhecidas como eMulti. Parte do plano de ação desta implementação inclui a formação de profissionais e gestores para atuarem nesta perspectiva. A formação em questão, denominada *eMulti em Formação*, teve início em 2024, com a formação de 250 docentes de aprendizagem; e no ano de 2025 encontra-

-se em processo de formação de 6.250 profissionais, divididos em dois ciclos de um semestre com 3.125 profissionais. Trata-se de curso online de atualização, com momentos síncronos e assíncronos, e carga horária de 120 horas (Brasil, 2025; FIOCRUZ, 2025).

A operação desta formação foi realizada por meio de carta acordo assinada pelo Ministério da Saúde, pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), sendo a execução feita pela Escola Nacional de Saúde Pública (ESPN/Fiocruz) e pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Assim, trata-se de uma oferta de formação governamental, que contou com parcerias de Instituições formadoras, incluindo IES (Brasil, 2025).

Tanto os docentes de aprendizagem quanto os alunos inscritos deveriam atender um conjunto de pré-requisitos, e foram submetidos a processo seletivo. Os docentes de aprendizagem tinham como pré-requisitos ter experiência de assistência e/ou gestão na APS, e/ou de processos de ensino-aprendizagem (docência, tutoria, preceptoria, capacitações, apoiador institucional ou de grupos Balint Paideia, facilitador de educação permanente); ademais, a seleção de currículo valorizava também estes aspectos, não valorizando formações *stricto sensu* e publicações acadêmicas, dando o tom de um perfil desejado mais da prática que da academia (FIOCRUZ, 2024). Já os alunos tinham como pré-requisito para inscrição ter cadastro ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e ser trabalhador ou gestor na APS. (FIOCRUZ, 2025).

Os encontros síncronos semanais envolvem discussões de casos clínicos trazidos pelos alunos, a partir das suas vivências atuais na emulti, e também a discussão de conceitos e aportes teóricos oferecidos na bibliografia da semana. Os períodos assíncronos envolvem a leitura da bibliografia indicada e a elaboração de síntese reflexiva por escrito, a ser entregue ao final de cada módulo. Dentre os pontos fortes do curso, destacamos inicialmente a riqueza das discussões vivenciadas. A comunicação interprofissional, que de alguma forma se conecta, diverge ou converge na pluralidade de ideias e conhecimentos, oferece identificação, apoio mútuo e trocas.

No ponto de vista dos docentes de aprendizagem, embora seja importante pontuar que a formação contou com pontos positivos, como a bibliografia do curso, existe também uma percepção compartilhada entre

alguns docentes que o enquadramento fornecido para a prática produziu um duplo desencontro. Por um lado, houve uma padronização do curso em aspectos operacionais e metodológicos como formato dos encontros, mediação das discussões de caso, formato da avaliação, que limitou a autonomia dos docentes; e por outro lado, pouca padronização justamente dos momentos reservados para discussão de conceitos e aportes teóricos.

Considerando que os docentes tinham expertise mais da prática que da academia, esse ponto foi sentido como um desamparo para o exercício da função. Ademais, a oferta padronizada em larga escala não previu a diferença da conectividade à internet das diferentes regiões brasileiras. Assim, turmas onde o município contava com conectividade restrita acabaram sendo prejudicadas em sua plena participação nos encontros síncronos.

Na perspectiva dos alunos, houve a percepção nas discussões dos casos que há sempre algo que se aproxima da realidade conhecida, e há empatia pela dor daquele profissional que traz o caso, que muitas vezes se vê impotente diante da situação e descobre que não está só. Também houve a percepção que o curso acerta em compreender a realidade vivida, além de expandi-la. Na ótica dos alunos, o curso instrumentalizou para a valorização dos territórios e o que eles nos falam, como olhamos os municípios, quais equipamentos sociais podem ser utilizados como meios de promoção de saúde. Ademais, perceberam o quanto o curso promoveu melhora da prática assistencial e educativa no território em que atuam.

Outro destaque diz respeito ao acesso à formação. Alunos do interior do Amazonas trouxeram relatos de se sentirem isolados das formações acadêmicas, e a busca por ofertas de qualificações a distância é uma grande saída, uma vez que na capital se concentram as ofertas de formação. Esta logística até a capital implica em enfrentar estradas não asfaltadas, inviáveis para o tráfego no inverno amazônico. A opção das hidrovias ainda é um recurso, embora não seja priorizado, pois resulta em semanas de viagem, ou seja, há uma barreira enorme de acesso para quem vive na periferia amazônica.

## CONSIDERAÇÕES

As formações apresentadas ilustram e revelam inúmeros aspectos da complexidade envolvida na formação para a APS, especialmente quando propostas a partir dos próprios serviços de saúde. Ambas foram felizes

em aproximar os processos de aprendizado das reais necessidades de saúde da população, enfrentando um desafio há muito colocado no âmbito da formação profissional.

Nossa experiência tem evidenciado que a rigidez curricular e a centralização da aprendizagem nas IES muitas vezes não acompanham a complexidade dos territórios e a necessidade de formação em serviço. Assim, experiências descentralizadas – conduzidas por secretarias de saúde com ou sem parceria com IES – mostram-se potentes na produção de conhecimento aplicado, na valorização das práticas locais e no fortalecimento das redes de atenção à saúde com base nos princípios do SUS, sobretudo se pautadas na lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS) (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Essa potência observamos ainda mais evidente em contextos como o amazônico, onde distâncias geográficas extremas, diversidade étnico-cultural e desigualdade no acesso aos serviços públicos impõem desafios significativos. Nessas regiões, as ofertas formativas vinculadas a serviços locais de saúde ganham protagonismo, justamente por estarem mais próximas das realidades que os profissionais enfrentarão. Iniciativas como residências multiprofissionais oferecidas por secretarias de saúde e programas específicos de qualificação, como os destinados às eMulti, revelam-se experiências valiosas de formação territorializada, interprofissional e sensível às especificidades regionais (Garnelo et al., 2019).

Falkenber et al. (2014) reforçam que essas experiências formativas promovem o pensamento crítico e reflexivo, permitindo não apenas o reconhecimento da realidade, mas a proposição de ações transformadoras. Isto nos leva à reflexão que as ações de formação devem encontrar terreno fértil para germinar e florescer, o que significa que devem ser levadas a sério para além das paredes da SGTES e das coordenações dos programas de residência multiprofissional. Se queremos formar profissionais transformadores, devemos ter instituições e serviços abertos à transformação.

Dessa forma, há caminhos a serem percorridos que dizem respeito à efetivação das políticas públicas, para garantir suporte institucional, financiamento e avaliação das experiências formativas que emergem fora do espaço universitário tradicional. Há necessidade da valorização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como do

tema da formação chegar e sensibilizar os departamentos ligados à assistência. Do mesmo modo, há necessidade de celeridade na promulgação e implementação da Política Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (Brasil, 2024), uma vez que a mesma preconiza valorização essencial dos atores envolvidos.

A análise indica que não se trata de substituir um modelo por outro, mas sim de reconhecer a potência dos arranjos formativos híbridos e territorializados, que combinem o saber acadêmico com o saber da prática cotidiana do SUS. As universidades, longe de serem descartadas, devem ser convocadas a participar ativamente desse processo, oferecendo suporte didático-pedagógico, contribuindo na avaliação e no desenvolvimento de metodologias ativas, e estreitando as relações com os serviços de saúde por meio de espaços institucionais de integração ensino-serviço. Nesse sentido, Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016) advogam a favor do investimento em comissões de integração ensino-serviço, bem como na incorporação dos trabalhadores da rede no planejamento das atividades desenvolvidas pelas IES.

Por fim, conclui-se que o fortalecimento da APS passa, necessariamente, pela valorização de estratégias formativas situadas, sensíveis às realidades locais e pautadas em princípios ético-políticos do SUS. A aposta na formação crítica, interprofissional e transformadora, ainda que repleta de desafios, se mostra como um dos caminhos mais promissores para qualificar o cuidado em saúde e sustentar o direito à saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei 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). 1990, 20 set; seção 1:1-5.

Brasil. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2009, 13 set; seção 1:7.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria



de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde lança primeira publicação sobre equipes multiprofissionais na atenção primária do SUS. Disponível em: <https://is.gd/T2ngIr>, acessado em 17 maio 2025.

Brasil. Plataforma Brasil Participativo. Consulta pública Opine Aqui. Política Nacional de Residências em Saúde. Disponível em: <https://is.gd/OepbfK>, acessado em: 1 jun. 2025.

Burke, P. Cronologias do conhecimento. In: Burke, P. Uma história social do conhecimento — II: da Enciclopédia à Wikipédia. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 309-44.

Campinas. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Da Família: projeto pedagógico. Versão revisada e atualizada, aprovada pela COREMU em 16/02/2024. Disponível em: <https://is.gd/Kgj7y2>, acessado em: 1 jun. 2025.

Campos, F.E.; Aguiar, R.A.T.; Belisário, S.A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: In: Giovanella, L. et al (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 885-910.

Ceccim, R.B.; Feuerwerker, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

Coordenação Geral de Residências em Saúde (CGRES). Residências em Saúde: rumo a uma política pública em defesa do SUS. Apresentação no XIII Encontro Nacional de Residências em Saúde. Fortaleza, nov. 2023.

Falkenberg, M.B; Mendes, T.P.L; Moraes, E.P; Souza, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, N 19, Março de 2014.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Processo seletivo para docentes de aprendizagem para as equipes multiprofissionais da atenção primária à saúde no Brasil — 2024 — eMulti em FormAÇÃO: Curso para Docentes de Aprendizagem. Disponível em: <https://is.gd/jAnZ8P>, acessado em: 01 jun. 2025.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Processo seletivo para profissionais das equipes multiprofissionais no território nacional em formação: Curso de Formação dos Profissionais das eMulti 1ª edição — 2025. Disponível em: <https://is.gd/n7OuAw>, acessado em: 01 jun. 2025.

Garnelo, L.; Lima, J.G.; Rocha, E.S.C.; Herkrath F.J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate*, v. 42, n. Esp., p.81-99, 2018.

Giovanella, L.; Mendonça, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L. et al (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 493-546.

Vasconcelos, A.C.F., Stedefeldt, E., Frutuoso, M.F.P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface — comunicação, saúde, educação*, v.20, n.56, p.147-58, 2016.

# DILATANDO PASSADO E PRESENTE PARA CAMINHAR NO FUTURO: O QUE PRECISAMOS CONTAR A PARTIR DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CAMPINAS?

André Eduardo Mei<sup>1</sup>  
José Henrique da Silva Cunha<sup>2</sup>  
Fernanda Leandro Ribeiro<sup>3</sup>  
Maria de Lourdes Feriotti<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, nota-se um crescimento significativo de terapeutas ocupacionais na Atenção Primária à Saúde (APS), que pode ser atribuído, dentre outros fatores, ao aumento da interprofissionalidade na APS resultante dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, atualmente, das equipes multiprofissionais na Atenção Básica (eMulti). A ampliação das experiências de terapeutas ocupacionais na APS, em Campinas e em outros municípios do país, foi acompanhada por um aumento de relatos, estudos e pesquisas que buscaram situar, no âmbito teórico e prático, esse novo contexto para os campos de atuação da Terapia Ocupacional. (Mei, 2024).

Vários estudos devem ser mencionados para aprofundar detalhes da profissão nesse campo, uma vez que sistematizaram problemáticas e populações comumente atendidas, estratégias terapêuticas utilizadas, bem

---

<sup>1</sup>Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Terapeuta ocupacional na Prefeitura Municipal de Campinas. CV: <http://lattes.cnpq.br/9987570685892557>

<sup>2</sup>Doutor em Ciências (USP). Terapeuta ocupacional na Prefeitura Municipal de Campinas. CV: <http://lattes.cnpq.br/9199415011410247>

<sup>3</sup>Mestre em Ciências da Religião (PUC-SP). Terapeuta ocupacional na Prefeitura Municipal de Campinas. CV: <http://lattes.cnpq.br/9106037223701496>

<sup>4</sup>Mestre em Educação (PUC-CAMPINAS). Professora aposentada PUC-Campinas, Supervisora institucional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Coordenadora do G.E.I.T.O. (Grupo de Estudos Interdisciplinares em Terapia Ocupacional). CV: <https://lattes.cnpq.br/9279866578042009>

como principais potências e desafios encontrados (Silva; Oliver, 2019; 2020; Souza et al, 2021; Silva et al, 2021; Silva et al, 2024). Contudo, também é possível identificar que há potências ainda não suficientemente descritas na literatura, e que há um aprofundamento relativo à sua esfera conceitual, teórica e prática a ser desenvolvido.

Para Santos (2002), há uma racionalidade hegemônica presente na construção do conhecimento ocidental onde o todo tem primazia sobre as partes, a multiplicidade dos mundos é reduzida e o presente é contraído diante de um futuro incerto. Para o autor, é necessário dilatar o presente mostrando a heterogeneidade das partes, transformando ausências em presenças.

O presente capítulo se propõe a contribuir com o campo de conhecimentos da Terapia Ocupacional (TO) na APS, através de narrativas e reflexões ancoradas no tempo e no espaço. A abordagem territorializada não se pretende hermética, mas consciente da necessidade de mostrar a heterogeneidade das partes que compõem o todo, ampliando a compreensão da TO na APS como campo de conhecimento. Nessa perspectiva, busca-se dilatar passado e presente com memória e voz de terapeutas ocupacionais inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Campinas, que abrigou uma das experiências pioneiras da TO na APS, com intuito de vislumbrar caminhos possíveis e significativos para o futuro.

## **DILATANDO O PASSADO: A INSERÇÃO DA TO NA APS EM CAMPINAS**

O município de Campinas traz uma história singular sobre a construção da APS. Os cursos das áreas da Saúde das universidades locais (PUC-Campinas e Unicamp), tiveram um papel importante na construção das redes de atenção à saúde, alinhados aos movimentos populares e implicados com os princípios do SUS.

Desde o início da década de 1970, o Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária (LEMC), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, repensava o modelo de saúde e a formação médica para além dos aspectos biológicos e da centralidade na doença (Farias, 2015). A partir de 1977, o LEMC influenciou a expansão da rede municipal de postos de saúde na perspectiva da Medicina Comunitária, em contraposição ao modelo liberal-privatista previdenciário vigente na época.

Para Farias (2015), o modelo praticado em Campinas era até mais arrojado que o modelo de APS elaborado na Conferência de Cuidados Primários em Saúde promovida pela OMS em Alma-Ata de 1978, pois levava a sério determinantes sociais de saúde como trabalho, inserção de classes e condições socioeconômicas.

Concomitantemente, no campo da saúde mental, Galheigo (1997) alerta para o reconhecimento de uma influência significativa por parte da academia no fortalecimento de movimentos sociais que levaram a mudanças paradigmáticas, tais como o movimento antimanicomial, movimento dos trabalhadores, dos usuários da saúde ou dos serviços sociais, organização das comunidades de base e reestruturação das sociedades amigos de bairro. Neste âmbito, estes movimentos reivindicaram a desinstitucionalização e exerceram críticas à alienação política das terapias e à excessiva divisão do conhecimento.

O curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, implantado em 1977, elaborou reestruturações curriculares em 1982 e 1992, buscando alinhar seu Projeto Pedagógico aos novos paradigmas e práticas de saúde preconizados pelo SUS e às novas tendências locais e mundiais da Terapia Ocupacional. Dessas reestruturações curriculares, destacamos: maior equilíbrio entre disciplinas das áreas biológicas, sociais, psicológicas, filosóficas, clínicas e específicas, visando a integralidade da atenção à saúde, em contraponto ao modelo biomédico, ampliando a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e, mais especificamente, a análise da conjuntura da sociedade brasileira relativa ao perfil de produção e ocupação de diferentes indivíduos e seu impacto sobre a saúde. (Borini; Palm, 1997).

Através do desenvolvimento de práticas docente-assistenciais, teve influência significativa na ampliação do campo de trabalho para terapeutas ocupacionais na rede de saúde local, uma vez que, à época, era pequeno o número de cursos de graduação e de profissionais formados em Terapia Ocupacional, em todo o país. Mulati e Borini (1997) descrevem práticas desenvolvidas pela instituição em Centros de Saúde de Campinas, de 1980 a 1997, e nestas a atuação se dava prioritariamente por meio dos grupos comunitários: grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura, psicóticos, grupos de adolescentes com problemas de identidade, grupo de pais de crianças com deficiência e outros, de acordo com as demandas comunitárias e criatividade do profissional.

Na década de 1980, o investimento no modelo de medicina comunitária e na expansão da rede de postos de saúde, por meio da implantação e municipalização de serviços, não apenas se mantém, mas se intensifica, especialmente com a Secretaria Municipal de Saúde sob gestão dos sanitaristas Nelson Rodrigues dos Santos e Gastão Wagner de Souza Campos, este último ligado à Unicamp (Farias, 2015). Não obstante, o fim da década traz novos fôlegos, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, que consolidou a APS como porta de entrada preferencial dos usuários, norteadas pelos princípios da integralidade, equidade e universalidade do cuidado (Souza et al., 2021) e com o avanço da Reforma Psiquiátrica em Campinas, tendo como um de seus marcos o Seminário de Saúde Mental de 1989 (Farias, 2015; Lopes, 2015).

Segundo Lopes (2015), o evento deu o tom de como seria a atenção psicossocial nos anos seguintes, impulsionando a construção de uma rede com redução das internações em hospitais psiquiátricos e fechamento de dois ambulatorios de saúde mental. Foram ampliadas as equipes de saúde mental na APS e outros dispositivos começaram a ser implantados, ao longo da década de 1990, como: Hospital Dia, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência (CECO), leitos psiquiátricos em Hospital Geral.

A expansão da APS andou junto com a expansão da rede de atenção psicossocial e a TO passou a fazer parte disso, sendo incorporada nos até então denominados postos de saúde ou Centros de Saúde (CS), enquanto parte da *equipe de saúde mental*, especialmente a partir da premissa de enfatizar a vida diária de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. Essa ênfase destoa de outros municípios que tinham o profissional na APS, como São Paulo, Belo Horizonte (MG), Camaragibe (PE) e Sobral (CE), pois nestas localidades não estava dado o mesmo enfoque na saúde mental. Nesses municípios, os profissionais atuavam junto às outras populações, como as pessoas com deficiências (Rocha; Souza, 2011).

É importante destacar as influências de Gastão Wagner de Sousa Campos sobre o desenvolvimento da rede de saúde do município de Campinas, como pesquisador e também como secretário de Saúde em duas gestões, nos períodos de 1989-1991 e 2001-2003. Buscando superar a fragmentação do cuidado, a partir de suas experiências na cidade, formula os conceitos de “equipes de referência” e “apoio especializado matricial”, que fundamentam um novo arranjo organizacional para o processo de trabalho em saúde.

O novo modelo propõe a colaboração entre profissionais de diferentes especialidades e profissionais de referência da APS, promovendo troca de saberes para construção e acompanhamento de projetos terapêuticos compartilhados, e dessa forma, fortalecer a capacidade de cuidado das equipes de referência e aumentar a resolutividade da APS (Farias, 2015). Segundo Lopes (2015), algumas barreiras se colocaram na aplicação prática do apoio matricial em Campinas, sendo às vezes confundido, equivocadamente, como “aulas” e/ou “supervisão”. Refere, ainda, uma fragilidade de diretrizes claras sobre o processo de trabalho e funcionamento das equipes de saúde mental na APS, de forma que a atuação da TO na APS durante este período foi bastante diversa.

A gestão de 2001-2004 de Gastão Wagner foi marcada pela implantação do *Modelo Paidéia de Saúde da Família*, como diretriz para a APS do Município de Campinas. Alude a uma proposta de organização de trabalho e gestão de coletivos, que busca promover a participação ativa de todos os envolvidos para resolução de problemas e tomada de decisões, com análise crítica e ações propositivas, integrando as dimensões técnica, afetiva e política no processo de gestão (Campos, 2006).

É importante observar que os conceitos desenvolvidos por Gastão Wagner e seus colaboradores tiveram forte influência em todo o território nacional, assim como na formulação de políticas de Saúde para APS. Em 2003, ele deixou a SMS de Campinas, para assumir a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde até 2004. Para Almeida (2016), a presença do sanitarista no Ministério inspirou a construção de iniciativas de ampliação de distintas categorias profissionais na APS, como foi o caso do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A composição inicial do NASF já incluiu terapeutas ocupacionais, reiterou princípios e diretrizes caros à Saúde Coletiva, como humanização e promoção de saúde, e estabeleceu parâmetros de atuação, incluindo dimensionamento, e áreas de apoio (Brasil, 2008).

Dessa forma, terapeutas ocupacionais que atuavam no NASF em 2008 atendiam entre oito e vinte equipes de saúde da família, e nas distintas áreas de apoio, dentre elas a saúde mental, reabilitação, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Campinas não aderiu inicialmente ao NASF, de modo que os terapeutas ocupacionais permaneceram, nesta época, ligados às equipes de saúde mental na APS, ou ‘equipes ampliadas’ de APS, como se chamavam na época as equipes dos CS com clínicos gerais ou médicos de família, equipe de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe de Saúde Bucal (eSB) e equipe de saúde mental. Ademais, atuavam em um único CS, dessa forma dando apoio a menos equipes e a uma população menor, conseguindo realizar práticas mais intensivas e até individualizadas.

Em 2005, a cidade de Campinas observa troca de governo. Nota-se um desinvestimento e secundarização da APS no município, mesmo com o crescimento populacional maior que a cobertura das equipes. Prioriza-se a ampliação de pronto-atendimentos, maior contratação de clínicos, ginecologistas e pediatras, ao invés de médicos de família. O final de 2011 é ainda mais desanimador, com a crise e instabilidade política gerada pela cassação do prefeito e seu vice, havendo o presidente da câmara assumindo o cargo como interino. (Farias, 2015).

A mudança de governo em 2013 vem com marca distintamente neoliberal, que perdura até o presente e apresenta consonância com o que vinha sendo observado também nos cenários nacional e internacional. Farias (2015) aponta que, embora alguns elementos do *Modelo Paidéia de Saúde* estivessem presentes, como a figura dos apoiadores institucionais e a diretriz do matriciamento, estes foram se esvaziando do sentido original. Além disso, o autor aponta aceleração de processos de privatização, sob o argumento de maior eficiência e eficácia da gestão privada, e através da contratação de ONGs e OS para gerir alguns equipamentos da saúde.

O Serviço de Saúde Cândido Ferreira (SSCF), antigo sanatório que no ano de 1990 passou a ter relação de cogestão com a prefeitura e protagonizou o modelo de atenção psicossocial na cidade, através dos serviços substitutivos, em 2013 tem seu contrato de cogestão revisto e passou a ser tratado na forma de convênio, como outros entes privados. Essa mudança acarretou na demissão de vários funcionários, incluindo terapeutas ocupacionais contratados através do SSCF para Centros de Saúde (Lopes, 2015).

Em paralelo, no ano de 2011, no município de Campinas ocorreu um projeto piloto de NASF, realizado com três equipes, e em 2013 a SMS

aponta oficialmente o plano de implantação de NASF no município (Mei, 2017). Em 2014, existe contratação pelo concurso público de uma parte dos terapeutas ocupacionais demitidos em 2013 (Lopes, 2015), e alguns são alocados em mais de um CS, indicando lógica de dimensionamento mais alinhada ao NASF.

Os terapeutas ocupacionais do concurso chegam através de seleção menos enviesada à saúde mental, aventurando-se em outras linhas de cuidado, como reabilitação e atenção aos crônicos. Encontram muita dureza e resistência para integração nos CS, e até mesmo a atuação no âmbito da saúde mental era algo isolado das equipes, que pouco entendiam que as questões psicossociais faziam parte da APS.

Ainda era possível identificar que o conceito de apoio matricial na cidade parecia “esgarçado” e se materializava em distintas compreensões, equívocos e fantasias que se sobressaíram frente ao fortalecimento de uma clínica generalista e interdisciplinar (Mei, 2024).

Em 2015, após apenas uma das três equipes NASF inicialmente implantadas ter se sustentado, uma nova iniciativa é realizada, com mais cinco equipes. Tal iniciativa é acompanhada de investimentos como oficinas municipais para capacitação dos trabalhadores do NASF e CS apoiados acerca da política, e grupo condutor municipal com participação de trabalhadores. A proposta ganhou contornos até mais arrojados daqueles vislumbrados no cenário nacional a partir de 2016, uma vez que reiterou a ênfase na promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidados de abordagem territorial e coletiva (Mei, 2017).

No âmbito nacional, o NASF de 2016 a 2018 ganhou contornos mais alinhados à clínica individual e à secundarização do cuidado, por meio de medidas como: incentivo à ações de reabilitação da microcefalia na APS; mudança de nome, de Núcleo de Apoio à Saúde da Família para Núcleo Ampliado de Saúde da Família; sutil ênfase nos atendimentos individuais. No final de 2019, levou um duro golpe, sendo desfinanciado e tendo seu principal banco de dados, ligado ao Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso na Atenção Básica (PMAQ), descontinuado (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022).

O mesmo ano de 2019 seria marcado em Campinas por outros acontecimentos. Diante da perspectiva anunciada pela SMS de tornar



o NASF um projeto de cobertura municipal, a conferência municipal de saúde teve uma disputa acirrada entre a defesa pela convivência do NASF com o modelo de ‘equipes ampliadas’, pautada sobretudo na argumentação que a manutenção das equipes ampliadas resguardavam um dimensionamento mais interessante para as profissões nela contempladas (incluindo a Terapia Ocupacional); e a defesa do desmonte das equipes ampliadas para o funcionamento de eSF ‘clássica’ e o NASF, pautada na argumentação que o formato do NASF iria superar a fragmentação vista no modelos das equipes ampliadas. A perspectiva que previa a coexistência do NASF com as equipes ampliadas teve maior votação na plenária final (Campinas, 2019).

Ao final daquele ano, mesmo com desfinanciamento federal e o resultado da conferência, a SMS anuncia a implantação a partir de 2020 das equipes NASF em detrimento das equipes ampliadas (Campinas, 2021). As equipes foram compostas através do remanejamento de profissionais de equipes ampliadas para o NASF, o que implicou na realocação de terapeutas ocupacionais que atuavam em um CS para atuarem em dois três CS; bem como de profissionais oriundos de concurso público; e também com profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da SMS.

Para subsidiar esta implantação municipal, uma oficina de capacitação foi conduzida junto aos trabalhadores da APS e do NASF, e um documento orientador com papel e atribuições de cada profissão foi redigido em 2019, sendo posteriormente atualizado em 2024 (Campinas, 2024).

O refinanciamento da política do NASF em 2023, agora denominada de equipes multiprofissionais na Atenção Básica (eMulti), vem acompanhada de uma série de esperanças e preocupações, as quais são compartilhadas em Campinas. Dentre as últimas, Bispo e Almeida (2023) apontam que, similarmente ao NASF, as novas equipes multiprofissionais ainda carecem de uma identidade quanto ao seu espaço institucional e às atribuições no âmbito da APS.

Para ilustrar um pouco algumas dores e delícias do presente na realidade dos terapeutas ocupacionais da APS campineira, contaremos na seção seguinte o que não consta nos documentos orientadores e nem na literatura científica.

## DILATANDO O PRESENTE: O QUE NÓS PRECISAMOS CONTAR PARA ALÉM DO QUE ESTÁ NA LITERATURA?

Para alargar o presente, buscaremos desenvolver e ilustrar pontos não explorados, ou timidamente explorados pela literatura científica disponível, ampliando a compreensão sobre a Terapia Ocupacional na APS, bem como apresentar algumas problematizações que a atravessam e vão além, levantando um debate frutífero para o trabalho em saúde.

A primeira ideia a ser colocada no tabuleiro é o que estamos denominando *hermenêutica*. Sendo a APS o âmbito de práticas de primeiro contato, que enxerga o indivíduo como um todo, buscando compreender suas necessidades de forma sistêmica em sua família, território, contextos e problemáticas que devem acessar também outros níveis de atenção (Giovannella; Mendonça, 2012), a *hermenêutica* fundamenta essa compreensão complexa das necessidades.

Na prática, isso pode ser observado com frequência por meio do contato com os casos que chegam ao serviço com dados e informações insuficientes. Muitos fatos e narrativas estão chegando na equipe pela primeira vez. Em muitas ocasiões não há um pedido explícito de ajuda, não se sabe quase nada sobre a pessoa e seu passado, sequer informações médicas estão disponíveis, como laudos de exames e hipóteses diagnósticas. Mesmo quando existem essas informações, dificilmente existem referências sobre a vida ocupacional, denunciando a incipiência da interprofissionalidade.

Nota-se que a complexidade cresce na medida em que entendemos o compromisso com a integralidade, com a interdisciplinaridade, com a visão sistêmica e também com a longitudinalidade e a história de vida dos pacientes, pois é preciso se atentar a problemáticas diversas e ao ambiente, em sua multidimensionalidade, ao longo de todo o tempo. Dessa forma, a *hermenêutica* se constitui num processo dedicado de escuta, de coleta de dados objetivos e subjetivos, bem como na tradução destes, conjuntamente ao paciente, em informações sobre as necessidades de saúde em jogo. Implica em tempo na agenda para realizar avaliações na unidade e no ambiente da pessoa quando necessário, ter na sua “valise de avaliação” a escuta ativa, repertório cultural, e até mesmo conhecimento de instrumentos de avaliação validados, dentre outros elementos.

A *hermenêutica* se materializa no dia a dia quando, por exemplo, após ouvir uma pré-adolescente encaminhada para TO com a solicitação crua de “provável problema emocional, pois vem muito ao pronto atendimento com dores de barriga”, se constata evasão escolar, dificuldades de aprendizagem, violência doméstica intergeracional, abuso de álcool por parte de pai e de mãe, prejuízo do lazer e participação social, prejuízo no papel ocupacional de pré-adolescente. Ou ainda, quando, após atender conjuntamente com a pediatra, uma mãe que busca o Centro de Saúde para obter um laudo de autismo para o filho, foi possível compreender, com avaliações detalhadas de laudos e avaliações anteriores, com escuta e aplicação de instrumentos validados de triagem que a criança apresentava indícios de déficit intelectual limítrofe e não de autismo. No entanto, a mãe percebia que a escola anterior ofertava apoio, proporcionando adaptações para a aprendizagem, porém, a escola atual restringia esse apoio e adaptação aos alunos com autismo.

Outro aspecto a ser valorizado é o reconhecimento de que *a APS é o local privilegiado para entender e intervir nos contextos reais do desempenho ocupacional*. Cabral e Bregalda (2017) sinalizam o quanto as ações se fundamentam no contexto real de vida dos indivíduos, com intervenções realizadas na comunidade, no domicílio e em dispositivos sociais e comunitários. Ademais, as autoras pontuam que o terapeuta ocupacional busca compreender o território em sua totalidade, levando em conta suas dimensões físicas, culturais e sociais. Esse trabalho envolve o mapeamento de equipamentos públicos, a identificação de redes de apoio, a interação com lideranças locais e a análise dos determinantes sociais que influenciam os processos de adoecimento e cuidado.

Ilustrando o exposto a partir de nossas vivências nos territórios, notamos que muitos são os desafios para promover o engajamento ocupacional e a participação social de crianças. Observam-se que territórios mais vulneráveis possuem, concomitantemente, altas taxas de natalidade e escassez de espaços para a socialização e para o brincar, como praças e parques, além da escassez de atividades culturais e artísticas.

A rua, antigo espaço de encontro entre crianças e jovens, espaço de diversão e de brincar, tornou-se um espaço desprotegido. Nesse cenário, o forte apelo das telas tem encontrado ambiente propício para acirrar o isolamento social e o empobrecimento do brincar. Crianças ficam isoladas

em suas casas, os laços sociais se enfraquecem e o brincar deixa de ser algo interessante. Pais sobrecarregados cedem aos pedidos de seus filhos para o uso indiscriminado de telas. Esta parece ser uma opção para ter tempo de descanso e tempo para os afazeres domésticos.

Ainda sobre este ponto de debate, algo que é timidamente dito na literatura diz respeito ao desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária no contexto real dos pacientes. A observação do território e do ambiente doméstico é de grande ajuda na lida com idosos e pessoas com deficiência, por exemplo. Refletindo sobre nossas vivências, emergiram situações como a que sugerimos ao serviço de dispensação de cadeiras de rodas a dispensação de dispositivo com pneu maciço, ao invés de inflável, na troca da cadeira de uma paciente, compreendendo a dificuldade da família em manter os pneus inflados e realizar o longo trajeto em ruas de terra e irregulares que a paciente transitava. Outra situação emblemática consiste na visita domiciliar a um idoso de 90 anos que dizia tomar banho sozinho e sem ajuda, num banheiro sem barras de apoio, porém quando solicitamos que nos mostrasse como lavava os pés, o simulou saindo do box e apoiando o pé num instável vaso sanitário.

A vivência nos territórios e contextos reais dos indivíduos, também nos leva a problematizar a crença de que a APS seria um “não-lugar” para casos graves. Embora essa crença tenha como fundo de verdade o fato que a APS não resolverá todas as necessidades em saúde e problemáticas das pessoas e deve compor uma rede hierarquizada de cuidados (Giovannella; Mendonça, 2012), *a APS pode, e em algumas situações deve, ser o local também dos casos graves.*

Souza e Rocha (2021), por exemplo, trazem o quanto casos de crianças com deficiência de gravidade clínica podem usufruir de ações na APS para se integrar no território em que vivem, reiterando o modelo social de reabilitação que a TO defende. Não obstante, nossas vivências também apontam para o quanto a APS é também aquela que identifica e (re)insere na rede os casos graves “desgarrados” da mesma, ou por perderem seguimento, ou virem de outros municípios sem nunca terem propriamente se inserido na rede local. Nossas práticas na linha de cuidado da saúde mental, inclusive, revelam a ponte que fazemos na APS para que alguns casos que necessitam do CAPS, possam efetivamente ali se vincular, através

de discussões e atendimentos conjuntos com profissionais da instituição e, ainda, oferecer acompanhamentos terapêuticos para que o usuário conheça e acesse o serviço e outros espaços da comunidade.

Outro tópico de destaque se constitui no exercício da *clínica generalista*, uma vez que sua complexidade e o universo de fenômenos que a orbitam ainda são incipientemente aprofundados institucionalmente e na literatura. Primeiramente, a clínica generalista diz respeito àquela que considera a promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidados de menor complexidade a todas as linhas de cuidado e todas as faixas etárias de um dado território. Trata-se de uma clínica extremamente extensa e também complexa, sobretudo ao considerarmos seu caráter holístico, comunitário, longitudinal e que preza pela integração com a rede de saúde e intersetorial.

A amplitude da clínica e sua diversidade de possibilidades exigem a atenção do terapeuta ocupacional a vários temas simultaneamente, e produzem dores e delícias. O lado positivo é compreender que nas nossas vivências houve espaço para a quebra da monotonia, para riqueza de experiências e produção de vida.

Dentre muitos exemplos significativos, mencionamos a festa da ora-pro-nóbis, onde plantamos, orientamos sobre os benefícios à saúde, em conjunto com a farmacêutica da unidade, e comemos quitutes feitos com a planta, na casa de uma paciente; os passeios aos parques da cidade, promovendo lazer e quebrando padrões de *apartheid* ocupacional nessa desigual metrópole; atendimentos a pais e crianças com dificuldades de comportamento em conjunto com professores na escola; ação coletiva junto com demais colegas da equipe eMulti para acolher professores de uma escola após episódio de suicídio de aluno; atendimentos disfarçados de “conversas despretensiosas” que temos com usuários no serviço, na rua e até fora do expediente, no mercado, que apenas o vínculo de muitos anos permite.

Também se faz relevante no município o incentivo às Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Na nossa realidade, as modalidades de PICS, como auriculoterapia, acupuntura e Reiki, têm sido empregadas principalmente no manejo de demandas relacionadas à saúde mental e no tratamento de dores físicas, apresentando resultados positivos e contribuindo para a diminuição do uso indiscriminado de medicamentos. Cunha et al (2025), em estudo sobre aplicação de auriculoterapia na APS, apontam que

essa prática contribuiu para a redução de sintomas de ansiedade, estresse e depressão, além de promover melhora na qualidade de vida dos usuários.

Infelizmente, se faz necessário também problematizar alguns conflitos e equívocos que advêm dessa prática tão ampla. Um deles diz respeito aos equívocos entre realizar práticas de fato condizentes com a APS e realizar práticas alinhadas ao nível secundário na APS. Embora encontre explicação, em algumas situações, na falta de formação e compreensão da APS por parte dos profissionais, também ocorre devido à carência dos serviços secundários, como apontam Silva e Oliver (2020).

No município de Campinas isto é uma realidade, uma vez que a ausência de algumas ofertas especializadas como serviços para diagnóstico e reabilitação multiprofissional a pessoas adultas com Transtorno do Espectro Autista – TEA, por exemplo, bem como a dificuldade de acesso a outras ofertas especializadas, seja pela distância ou longa fila de espera, deixam um número significativo de pessoas num limbo de cuidados, exercendo pressão sobre as eMulti e, consequentemente, aos terapeutas ocupacionais, convocados a cobrir estas demandas.

Este fenômeno contribui para um desvirtuamento da essência da APS, colocando os profissionais para assumir cuidados não condizentes com os recursos e complexidade da mesma. Essa situação se agrava se considerarmos que a falha ocorre em mais de uma linha de cuidado. Assim, ao invés de realizar uma clínica generalista, somos pressionados a desempenhar o impossível papel de sermos especialistas em tudo, provocando desassistência e sobrecarga.

Não obstante, vale ressaltar que apesar dos atributos da APS estarem postos há várias décadas, nunca deixou de ser contra hegemônico, no município de Campinas, prezar pelo cuidado integral, coletivo, multiprofissional, comunitário e preventivo. O que se observa, muitas vezes, é a presença de uma lógica ambulatorial, por meio da individualização do cuidado e da medicalização do sofrimento. Um exemplo disso, é a incidência considerável de pessoas dependentes de medicações antidepressivas e ansiolíticas (benzodiazepínicos), que causam, além de dependência, prejuízos cognitivos e emocionais já comprovados.

O peso da medicalização tem levado terapeutas ocupacionais e outros profissionais das emulti a receberem relatórios médicos e até mesmo

relatórios escolares solicitando atendimentos e, algumas vezes, com a prescrição do número de sessões e abordagem terapêutica. Outro desafio comum no nosso cotidiano consiste na dificuldade de compreensão da TO por outros profissionais, bem como uma confusão de papéis com outras categorias, reiterando achados da literatura (Souza et al, 2021).

Nossas vivências perpassam sobretudo uma confusão com a psicologia, o que leva a uma necessidade contínua de pontuar e discernir junto às equipes sobre as diferenças, pois do contrário vivemos um cenário onde os encaminhamentos não chegam ou chegam inicialmente endereçados à psicologia e remanejados à TO, “pois o psicólogo não está disponível para atender”.

É possível que esta confusão seja especialmente significativa no município, pela trajetória e inserção da profissão na APS com foco na saúde mental, como já mencionado, bem como pela própria incipiência da clínica generalista, da interprofissionalidade e, ainda, pelo uso frequente de uma visão de interdisciplinaridade como fusão das disciplinas e enfraquecimento das especificidades profissionais, o que acaba por esconder os desequilíbrios de força e movimentos de dominação existentes nas arenas interdisciplinares, ao invés de evidenciá-los e transformá-los (Mei, 2024).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pode notar diante desse artigo, a Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde de Campinas, ao mesmo tempo em que carrega marcas históricas de pioneirismo e compromisso com paradigmas transformadores, permanece atravessada por contradições e disputas que se atualizam a cada conjuntura política, institucional e social.

Ainda que tenhamos conquistado espaços e práticas que ampliam o olhar sobre as necessidades humanas, persiste a tensão entre uma APS que pretende ser generalista, comunitária e interprofissional, e uma realidade frequentemente marcada pela fragmentação, pela medicalização e pelas pressões de demandas que extrapolam suas possibilidades estruturais.

Acreditamos que dilatar o passado e o presente, como nos propusemos aqui, é também lançar faróis para o futuro, onde a Terapia Ocupacional siga comprometida com a produção de vida digna, com territórios menos desiguais e com a reinvenção constante de seu fazer ético e político na Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R. *A gênese dos núcleos de apoio à saúde da família*. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e00120123, 2023.
- BORINI, M. L. O.; PALM, R. C. M. Reestruturação Curricular do curso de Terapia Ocupacional — PUCAMP/1992. *Revista de Terapia Ocupacional PUCAMP*, Campinas, v. 1, ed. esp., p. 7-12, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 47-50, 25 jan. 2008.
- CABRAL, L. R. S.; BREGALDA, M. M. A atuação da terapia ocupacional na atenção básica à saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 179-189, 2017.
- CAMPINAS. Conselho Municipal de Saúde. *Relatório Final da XI Conferência Municipal de Saúde*. Campinas, 2019. 62 p. Disponível em: <https://is.gd/jHjdO9>. Acesso em: 14 abr. 2021.
- CAMPINAS. Conselho Municipal de Saúde. *Documento de referência para as Plenárias Distritais preparatórias para o Plano Plurianual 2022-25*. Campinas, 2021. 15 p. Disponível em: <https://is.gd/UowYxi>. Acesso em: 14 abr. 2021.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Documento orientador para continuidade do processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) na rede básica do SUS Campinas*. Campinas, 2024. 83 p. Disponível em: <https://is.gd/b4oyje>. Acesso em: 12 jul. 2025.
- CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-32, 2006.
- CUNHA, J. H. S. et al. The effect of auriculotherapy on individuals with anxiety in follow-up in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 78, n. 3, p. e20240186, 2025.
- FARIAS, R. M. S. *Construção e consolidação de uma política de saúde – o SUS em Campinas*. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.
- GALHEIGO, S. M. Da adaptação psico-social à construção do coletivo: a cidadania enquanto eixo. *Revista de Terapia Ocupacional PUCAMP*, Campinas, v. 1, ed. esp., p. 47-50, 1997.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-546.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Portal Cidades: Campinas*. Disponível em: <https://is.gd/5S4vcf>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- LOPES, T. D. *História da Saúde Mental na Atenção Básica: narrativas de um processo de construção em Campinas*. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.



MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3503-3516, 2022.

MEI, A. E. *A implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no distrito de saúde leste do município de Campinas: relato de experiência*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

MEI, A. E. *Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva: contexto, afinidades eletivas e pistas para uma Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva*. 2024. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2024.

MULATI, D.; BORINI, M. L. O. Um trabalho de Terapia Ocupacional em Centro de Saúde: muitas histórias para lembrar e contar. *Revista de Terapia Ocupacional PUCCAMP*, Campinas, v. 1, ed. esp., p. 41-46, 1997.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 63, p. 237-280, 2002.

SILVA, J. W. S. B.; SILVA, J. C.; OLIVEIRA, S. R. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 32-46, jan./mar. 2020.

SILVA, M. M. et al. Graduação em Serviço: Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 449-456, 2021.

SILVA, R. A. S.; OLIVER, F. C. Identificação das ações de terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 21-36, 2019.

SILVA, R. A. S.; OLIVER, F. C. A interface das práticas de terapeutas ocupacionais com os atributos da atenção primária à saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 784-808, 2020.

SILVA, V. D. G. et al. Trajetória da Terapia Ocupacional no Núcleo de Apoio/Ampliado à Saúde da Família (NASF) e frente às mudanças da atenção primária à saúde com o programa Previne Brasil: uma revisão narrativa. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 2360-2379, 2024.

SOUZA, A. M. M. et al. Terapia ocupacional e práticas na Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 8577-8598, mar./abr. 2021.

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. (Re)pensando a infância na atenção primária em saúde: uma narrativa dos sonhos e tropeços da terapia ocupacional nesse nível assistencial. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 5, p. 484-501, 2021.

# O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CONTEXTO DO SUS: REVISÃO INTEGRATIVA

Daiane Moreira Cerasomma<sup>1</sup>

Marcio Cristiano de Melo<sup>2</sup>

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues<sup>3</sup>

Naila Albertina de Oliveira<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, instituído pela Constituição Federal de 1988, representa um marco na história da saúde pública do país. Baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, o SUS busca oferecer acesso à saúde para todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como a porta de entrada preferencial do sistema, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenação das redes de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Dentro da estrutura da APS, o médico de família e comunidade (MFC) desempenha um papel fundamental. Este profissional é responsável por oferecer cuidados abrangentes, continuados e centrados na pessoa, família e comunidade, atuando como um elo entre a população e os serviços de saúde (ANDERSON; WILSON, 2011). A especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) foi reconhecida no Brasil em 1981, mas só ganhou maior destaque com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994 (FALK, 2004).

A atuação do MFC no SUS é pautada por uma abordagem biopsicossocial, que considera não apenas os aspectos biológicos da saúde, mas também os fatores psicológicos e sociais que influenciam o processo

<sup>1</sup> Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/5760189050426609>

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>

<sup>3</sup> Doutorado em Psicologia e Sociedade (UNESP). Professora (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/24AAE1>

<sup>4</sup> Doutorado em Ciências da Engenharia de Alimentos (USP). Professora (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/0716354382309034>

saúde-doença. Esta visão holística permite uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde da população e contribui para a elaboração de estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde mais efetivas (MCWHINNEY; FREEMAN, 2009).

O MFC tem como responsabilidade o acompanhamento longitudinal dos pacientes, desde o nascimento até a velhice, lidando com uma ampla gama de problemas de saúde. Esta continuidade do cuidado permite o estabelecimento de vínculos fortes entre o profissional e a comunidade, facilitando a adesão aos tratamentos e a implementação de ações de promoção da saúde (GUSSO; LOPES, 2012).

Além disso, o MFC atua como um importante gestor de recursos dentro do SUS. Ao realizar o primeiro atendimento e coordenar o cuidado, este profissional pode evitar encaminhamentos desnecessários a especialistas e a realização de exames supérfluos, contribuindo para a otimização dos recursos do sistema de saúde (STARFIELD, 2002). Esta função é particularmente relevante em um contexto de recursos limitados e crescente demanda por serviços de saúde.

O papel do MFC no SUS também se estende à esfera da educação em saúde e do empoderamento da comunidade. Através de ações educativas e de promoção da saúde, estes profissionais contribuem para o aumento da autonomia dos indivíduos e comunidades em relação à sua saúde, promovendo hábitos saudáveis e estimulando a participação social no âmbito da saúde (DUNCAN et al., 2013).

No entanto, apesar da importância reconhecida do MFC no contexto do SUS, diversos desafios ainda persistem. A formação insuficiente de profissionais, a distribuição desigual destes no território nacional e a precarização das condições de trabalho são alguns dos obstáculos que precisam ser superados para fortalecer a atuação destes profissionais no sistema de saúde (SCHEFFER et al., 2018).

A atuação do MFC no SUS tem se mostrado eficaz na melhoria dos indicadores de saúde da população. Estudos demonstram que locais com maior cobertura da ESF e atuação dos MFC apresentam menores taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária, menor mortalidade infantil e menores custos para o sistema de saúde (MENDONÇA; ALVES; CESSE, 2018). Isso evidencia a importância deste profissional na redução das iniquidades em saúde e na otimização do uso dos recursos públicos.

Outro aspecto relevante da atuação do MFC no SUS é o seu papel na integração dos serviços de saúde. Ao coordenar o cuidado do paciente, o MFC atua como um elo entre a atenção primária, a atenção especializada e os serviços de urgência e emergência, garantindo a continuidade do atendimento e evitando a fragmentação da assistência (ANDERSON; WILSON, 2011). Essa função de articulação entre os diferentes níveis de atenção é fundamental para a efetividade do sistema de saúde.

Por fim, é importante destacar que a valorização do MFC no SUS vai além de sua atuação clínica. Estes profissionais também desempenham um papel relevante na pesquisa, na docência e na formulação de políticas públicas de saúde (GUSSO; LOPES, 2012). Sua experiência no cuidado integral e longitudinal da população os torna importantes interlocutores na definição de estratégias para o fortalecimento do sistema de saúde e para a melhoria da qualidade da atenção prestada à comunidade.

Este capítulo discute o potencial do papel do médico de família no contexto do SUS e suas perspectivas e desafios.

## DESENVOLVIMENTO

O projeto de pesquisa foi desenvolvido com base em um planejamento prévio que incluiu a definição clara dos objetivos, a escolha da metodologia e a delimitação do período de análise das publicações. A primeira etapa consistiu na elaboração da pergunta de pesquisa, com base na estratégia PICO, que permitiu estruturar os elementos centrais da investigação: população (médico de família), intervenção (atuação médica) e contexto (Sistema Único de Saúde).

Na etapa de levantamento bibliográfico, optou-se pela busca em bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais, com destaque para a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que agregou resultados de diversas fontes como LILACS, BDENF, Coleciona SUS e outras bases integradas. A pesquisa foi conduzida entre os meses de abril e junho de 2024, utilizando os descritores combinados “médico de família”, “atenção primária” e “Sistema Único de Saúde”, interligados por operadores *booleanos*.

Foram selecionados 23 artigos, os quais passaram por leitura exploratória dos títulos e resumos, seguida de leitura completa dos textos na etapa final. A sistematização dos dados ocorreu por meio do fluxograma

de Preferred Reporting Items for *Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), com organização das informações em tabela padronizada contendo número do artigo, periódico, base de dados, título, autoria, objetivos e conclusões. Essa abordagem garantiu um processo de análise qualitativa, descritiva e exploratória das publicações incluídas.

A utilização dos serviços de atenção básica indica que o acesso efetivo varia conforme fatores sociodemográficos. Barros et al (2022), verificaram que apenas 50,1% dos indivíduos cadastrados em uma unidade de Saúde da Família (USF) realizaram consultas em 2019, com média de 2,3 atendimentos por habitantes/ano. Constatou-se ainda que mulheres, indivíduos de raça parda ou negra, idosos, de menor escolaridade e sem plano de saúde apresentam maior frequência de uso de serviço quando comparado a outros grupos.

O estudo de Barros et al. (2022) traz importantes constatações acerca da utilização dos serviços de atenção básica no Brasil e aponta para a existência de desigualdades no acesso efetivo a esses serviços.

Primeiramente, os autores evidenciaram que apenas 50,1% dos indivíduos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) realizaram consultas em 2019, com uma média de 2,3 atendimentos por habitante ao ano. Esses dados revelam uma significativa subutilização dos serviços de atenção primária, sugerindo a necessidade de se investigar os fatores que dificultam o acesso e a busca por esses serviços pela população.

Ainda mais relevante, o estudo identificou que a frequência de uso dos serviços de atenção básica varia conforme determinadas características sociodemográficas. Mulheres, indivíduos de raça parda ou negra, idosos, de menor escolaridade e sem plano de saúde apresentaram maior frequência de utilização, em comparação a outros grupos.

Esses achados evidenciam a existência de iniquidades no acesso à atenção primária, com alguns grupos populacionais tendo maior dificuldade em acessar e utilizar esses serviços. Isso pode estar relacionado a barreiras geográficas, socioeconômicas, culturais e organizacionais que afetam diferencialmente os distintos perfis de usuários.

Tais desigualdades no acesso efetivo à atenção básica são preocupantes, uma vez que essa é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e deve garantir atenção integral e equânime à população. Além disso, a baixa utilização desses serviços pode estar associada a piores indicadores de saúde, especialmente em grupos vulneráveis.

Portanto, é necessário que gestores e profissionais de saúde estejam atentos a esses fatores sociodemográficos que influenciam o acesso à atenção primária, a fim de implementar estratégias e políticas públicas capazes de superar as barreiras existentes e promover um acesso mais equitativo aos serviços de saúde. Somente assim será possível avançar na direção de uma atenção básica verdadeiramente universal e integral.

Esses dados indicam que grupos mais vulneráveis tendem a demandar por mais atenção básica, reforçando a necessidade desse tipo de serviço e a importância de estruturar a oferta para atender essas populações, objetivo que pode estar relacionado à análise do perfil de usuários. Em contrapartida, a diferença observada entre pacientes utilizadores e não utilizadores do serviço, sugere barreiras de acesso que já foram descritas na literatura, como limitação de vagas e de acolhimento inicial para o SUS como um todo (Dias et. Al. 2016).

Em relação ao atendimento das demandas, destacam-se a necessidade de equilíbrio entre demanda espontânea e agendada, associado ao acolhimento adequado do usuário. A partir de entrevistas com médicos de ESF, Moura et al (2022), identificou que os profissionais ressaltam a importância do acolhimento e balanceamento das demandas espontâneas e programadas, concluindo que reorganizar o processo de trabalho conforme as necessidades da comunidade a qual é atendida são fundamentais para garantir o acesso a saúde conforme os princípios do SUS.

O estudo de Moura et al. (2022) apresenta uma importante discussão sobre as práticas e os desafios envolvidos no atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os autores destacam que o acolhimento e o manejo da demanda não agendada configuram-se como um dos principais desafios da ESF, visto que exigem dos profissionais uma reorganização do processo de trabalho e a adoção de práticas diferenciadas em relação ao modelo tradicional de atenção primária.

No relato, são evidenciadas algumas estratégias desenvolvidas pelas equipes de ESF para lidar com essa demanda, como a implementação de horários específicos para atendimento espontâneo, a realização de triagem e classificação de risco, a articulação entre os diferentes membros da equipe e a utilização de protocolos clínicos.

Essas iniciativas demonstram o esforço dos profissionais em qualificar o acesso e o cuidado aos usuários que buscam a unidade de saúde de forma não programada. Contudo, os autores apontam que esse processo ainda está em construção, com diversos desafios a serem superados.

Um dos principais desafios apontados refere-se à necessidade de realizar um redesenho do processo de trabalho, rompendo com a lógica da demanda agendada e incorporando práticas mais flexíveis e ágeis de acolhimento. Isso implica em capacitação dos profissionais, reorganização dos fluxos e dos espaços físicos, e maior articulação entre as equipes.

Além disso, os autores destacam a importância de se considerar as singularidades dos territórios e das comunidades atendidas, a fim de desenvolver respostas contextualmente adequadas às necessidades de saúde da população. Essa perspectiva de cuidado integral e longitudinal é fundamental para a ESF.

Nesse sentido, o estudo de Moura et al. (2022) evidencia que o atendimento à demanda espontânea na ESF é um processo em constante construção, que exige dos profissionais e gestores uma postura reflexiva, criativa e alinhada aos princípios da atenção primária à saúde.

Trata-se de um desafio complexo, mas que possui grande potencial de aprimorar o acesso e a qualidade do cuidado ofertado, contribuindo para a consolidação da ESF como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

De modo complementar, Machado et al. (2016) construíram categorias temáticas apontando que as atribuições da equipe e o acolhimento são aspectos centrais do trabalho de saúde da família, enfatizando que cada encontro com o usuário é uma possibilidade para que ações em saúde sejam implementadas. Tais achados reforçam a importância, prevista em objetivos de muitos estudos da Atenção primária, de aprimorar a dinâmica de trabalho em equipe para que o fluxo de atendimento atenda às demandas da população de forma humanizada e eficiente, justamente como se propõe em metas de reorganização do cuidado.

A formação dos profissionais de saúde emerge como outro tema de expressiva relevância. Oliveira e Souza (2020) relataram em seu estudo uma experiência em que estudantes de Medicina participaram ativamente de atividades em unidades básicas do SUS, utilizando metodologias ativas. Eles observaram que essa inserção prática aprimorou a aprendizagem e

estimulou a autonomia dos alunos, pois o contato direto com a realidade do paciente e com as atividades de atenção primária como visitas domiciliares, acompanhamento familiar e grupos educativos ampliou a compreensão crítica dos estudantes. O relato destaca ainda que as Diretrizes Curriculares Nacionais recomendam incluir o estudante no contexto do SUS e da APS para garantir a formação necessária.

Em consonância, Bezerra et al. (2015) avaliaram percepções de estudantes de Medicina durante o internato em APS e constataram que estes consideraram importante a inserção na Atenção Primária, embora percebam dificuldades devido às diferenças estruturais entre os cenários de prática. No internato estudado, os alunos do 5º ano vivenciaram a Estratégia Saúde da Família por dez semanas, enquanto no 6º ano passaram oito semanas na UBS tradicional. Os resultados revelaram avaliações discrepantes entre esses ciclos, indicando que o modelo de ensino necessita considerar essas particularidades. Esses relatos convergem com objetivos que envolvem a formação em serviço e a integração ensino-serviço, evidenciando que a qualidade do aprendizado em APS depende de condições adequadas e de supervisão dos preceptores experientes, conforme outros autores já sugeriram.

Além dos aspectos pedagógicos que influenciam no processo formativo, fatores pessoais dos médicos também são relevantes na atenção primária. Em avaliação realizada em estudantes de especialização em Saúde da Família foi encontrado que mais de 80% acredita em Deus e considera importante o cuidado espiritual no contexto médico. Em contrapartida, 13,7% relataram ter sido expostos ao tema durante sua formação acadêmica. Esse dado indica que, embora esses médicos reconheçam o papel da espiritualidade na saúde, eles apresentaram escassa vivência acadêmica sobre o assunto. Sendo assim, tais dados reforçam que um dos objetivos da capacitação do médico de família além de abordar o paciente de forma integral, incluindo dimensões subjetivas, ainda se observa uma lacuna na formação dos profissionais, o que evidencia a importância de incluir temas como religiosidade e espiritualidade ao longo da graduação médica e da residência, a fim de preparar melhor os médicos para lidar com essas dimensões no cuidado ao paciente. (Aguiar, Cazella, Costa, 2017).

No âmbito das políticas públicas, intervenções estruturadas também tem impacto significativo na APS. A análise conduzida por Lima et al. (2016) demonstrou que o Programa Mais Médicos teve impacto



positivo na ampliação do número de consultas realizadas, no aumento dos encaminhamentos e na intensificação das ações educativas das equipes de Saúde da Família, sobretudo em regiões mais vulneráveis, reduzindo iniquidades de acesso. Essa contribuição do programa corrobora objetivos voltados à avaliação do reforço de recursos humanos na atenção básica.

De modo prático, Rocha et al. (2022) descreveram um relato de experiência na Bahia em que a articulação resolutiva entre Atenção Básica e a rede de saúde resultou no atendimento oportuno de um paciente com infarto agudo do miocárdio em área rural. Os autores mostraram que uma atenção básica integrada a níveis de atenção superiores possibilitou a reperfusão em tempo adequado, impactando positivamente no prognóstico e qualidade de vida do paciente. Esses casos ilustram que uma APS bem estruturada e articulada, pode de fato solucionar em até 80% das necessidades em saúde, conforme evidenciado pela experiência, beneficiando, portanto, usuários em regiões remotas.

O estudo de Barros, Silva e Ramos (2022) investiga a utilização dos serviços de atenção básica em um município do Espírito Santo, considerando as características sociodemográficas e de condições de saúde da população.

Os autores constataram que a média de atendimentos na atenção básica foi de 2,9 por usuário no ano de 2019. Esse dado aponta para uma utilização relativamente baixa dos serviços, indicando a necessidade de se compreender melhor os fatores que influenciam o acesso e a procura pela atenção primária à saúde.

Ao analisar o perfil dos usuários, os pesquisadores identificaram diferenças significativas na frequência de utilização dos serviços. Mulheres, idosos, indivíduos com maior número de comorbidades e aqueles com plano de saúde apresentaram maior média de atendimentos.

Esses resultados corroboram com a literatura, evidenciando que grupos populacionais específicos, como mulheres e idosos, tendem a acessar com maior frequência os serviços de atenção básica. Isso pode estar relacionado a diferentes fatores, como maior percepção de necessidade de cuidados, maior engajamento com a própria saúde e maior disponibilidade de tempo.

Por outro lado, a maior utilização dos serviços por parte de indivíduos com plano de saúde sugere a existência de barreiras de acesso para aqueles sem cobertura privada. Essa constatação é preocupante, pois a atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial e universal do sistema de saúde.

Ainda, o estudo revelou que a presença de comorbidades também se associa a uma maior frequência de atendimentos na atenção primária. Isso demonstra a importância desses serviços no acompanhamento e manejo de condições crônicas, reforçando seu papel estratégico na coordenação do cuidado.

Diante desses achados, Barros, Silva e Ramos (2022) sinalizam a necessidade de se implementar estratégias que promovam um acesso mais equânime aos serviços de atenção básica, superando as barreiras socioeconômicas e de organização do sistema de saúde que dificultam a utilização desses serviços por determinados grupos.

Essa discussão é fundamental para que a atenção primária possa de fato se consolidar como eixo estruturante do sistema de saúde, garantindo um cuidado integral e universal à população.

Os problemas de saúde mais frequentemente demandados na Atenção Primária à Saúde (APS) refletem a alta prevalência de condições crônicas. De acordo com Silva et al. (2014), a atenção básica atua principalmente no cuidado de doenças crônicas e prevalentes, evidenciado pela morbidade referida por equipes da Estratégia Saúde da Família no nordeste de Minas Gerais. Nessa região, doenças como hipertensão, lombalgia e parasitoses intestinais corresponderam a mais de 40% dos atendimentos, um padrão semelhante ao observado em outras localidades. Esses dados reforçam a importância de direcionar a APS para ações de prevenção e manejo dessas condições, além de adequar os serviços às reais necessidades da população local.

Em síntese, a literatura consultada aborda de forma integrada os diferentes aspectos contemplados pelo objetivo do presente estudo. E A análise do uso dos serviços de saúde tem evidenciado, como apontado por Barros et al. (2022), que compreender o perfil sociodemográfico da população é fundamental para planejar ações mais eficazes. Além disso, estudos que abordam o funcionamento da Estratégia Saúde da Família, como os de Machado et al. (2016) e Moura et al. (2022), ressaltam a importância da reestruturação dos fluxos de atendimento e do fortalecimento das práticas de acolhimento como formas de qualificar a assistência prestada.

Por sua vez, trabalhos sobre formação e prática profissional convergem para a relevância de métodos de ensino ativos, vivência em APS e inclusão de dimensões humanas e cuidado (Bezerra et al., 2015; Aguiar et al., 2017; Oliveira e Souza, 2020). Finalmente, as análises de programas

como os mais médicos ilustram o impacto de políticas na ampliação do acesso (Lima et al., 2016; Rocha et al., 2022).

Tais achados corroboram e indicam que os objetivos iniciais do presente estudo como analisar uso do serviço, percepções de profissionais, práticas de trabalho e efeitos de intervenções estão em consonância entre si e com evidências nacionais. Em conjunto, reforçam a necessidade de políticas e práticas que fortaleçam a Atenção Básica, focadas na equidade do acesso, formação integral dos profissionais e no enfrentamento das principais demandas de saúde da população.

Os estudos de Bezerra et al. (2015) e Aguiar, Cazella e Costa (2017) fornecem importantes insights sobre os desafios e oportunidades envolvidos na formação de médicos de família e comunidade no contexto da APS.

Bezerra et al. (2015) evidenciaram que os estudantes de Medicina valorizam a inserção na APS durante o internato, mas enfrentam dificuldades devido às diferenças estruturais entre os cenários de prática da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Os autores destacam que o modelo de ensino precisa considerar essas particularidades para proporcionar uma formação de qualidade.

Essa constatação vai ao encontro da necessidade de integração ensino-serviço e da importância de condições adequadas e supervisão por preceptores experientes, conforme apontado por outros estudos. Dessa forma, é fundamental que os currículos médicos valorizem a APS e invistam em estratégias que aproximem os estudantes dessa realidade, preparando-os melhor para o cuidado integral.

Além dos aspectos pedagógicos, Aguiar, Cazella e Costa (2017) ressaltam a relevância de fatores pessoais dos médicos na APS. Seu estudo revelou que, embora a maioria dos médicos em formação em Saúde da Família acredite em Deus e considere importante o cuidado espiritual, poucos foram expostos a essa temática durante a graduação. Isso aponta para uma lacuna na formação, evidenciando a necessidade de incluir tópicos relacionados à religiosidade e espiritualidade ao longo da formação médica.

Essa dimensão subjetiva do cuidado é fundamental na APS, que se propõe a atender o indivíduo de forma integral. Portanto, preparar os profissionais para lidar com essas questões é imprescindível para qualificar o cuidado prestado na atenção primária.

Em síntese, os estudos evidenciam a importância de se repensar os modelos de ensino na formação médica, de modo a contemplar as especificidades da APS e integrar dimensões subjetivas, como a espiritualidade, ao cuidado integral do paciente. Esse alinhamento entre teoria e prática, entre universidade e serviços de saúde, é fundamental para formar médicos de família e comunidade mais preparados para atuar na atenção primária.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que, apesar dos avanços na estruturação da Atenção Primária à Saúde, ainda existem desafios significativos, como barreiras de acesso, limitações na formação acadêmica e carência de políticas efetivas para a fixação de profissionais em áreas vulneráveis. A atuação do médico de família e comunidade mostrou-se indispensável para a efetivação de um modelo de cuidado centrado na pessoa e nas necessidades reais da população.

Conclui-se que o fortalecimento da atenção primária no Brasil depende diretamente da valorização e do reconhecimento do trabalho desenvolvido por esses profissionais. Além disso, há necessidade contínua de investimento em educação permanente, organização dos serviços e políticas públicas voltadas para a equidade em saúde.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. R.; CAZELLA, S. C.; COSTA, M. R. A religiosidade / espiritualidade dos Médicos de Família: avaliação de alunos da universidade aberta do SUS (UNA-SUS). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 2, p. 310-319, 2017.
- ANDERSON, M. I. P.; WILSON, M. *Medicina de Família e Comunidade: uma abordagem para o cuidado integral*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- BARROS, C. A.; DA SILVA, K. S.; RAMOS, E. G. Utilização de atendimentos no serviço de atenção básica em um município do Espírito Santo segundo perfil sociodemográfico e de condições de saúde. *Revista de APS*, v. 25, 2022.
- BEZERRA, D. F.; ADAMI, F.; REATO, L. D. F. N.; AKERMAN, M. “A dor e a delícia” do internato de atenção primária em saúde: desafios e tensões. *ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 3, 2015.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

COELHO, P. A. B.; COELHO, P. B.; DE CAMPOS CARVALHO, N.; DUNCAN, M. S. Diagnóstico e manejo do Herpes-Zóster pelo Médico de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 32, p. 279-285, 2014.

DIAS, O. V.; ARAÚJO, F. F.; DE OLIVEIRA, R. M.; CHAGAS, R. B.; DE MELO COSTA, S. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FALK, J. W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LIMA, R. T. D. S.; FERNANDES, T. G.; BALIEIRO, A. A. D. S.; COSTA, F. D. S.; SCHRAMM, J. M. D. A.; SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A. A atenção básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2685-2696, 2016.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; SILVA, R. D.; SANGOI, T. P.; FREITAS, N. Q. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* (online), p. 4026-4035, 2016.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Oliveira, D. A. D., & Souza, E. V. D. (2020). De Médico de Família a preceptor de estudantes no Sistema Único de Saúde: relato de experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44, e116.

Rocha, J. L. T. P., Costa, M. M. L., Ataíde, R. D. C. N., & Freitas, S. B. (2022). Programa Mais Médicos na Bahia e o impacto no diagnóstico precoce do IAM: relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 46(1), 271-282.

Silva, L. S., Menezes, C., Nascimento, L. C. D., Nitschke, R. G., Duarte, D. C., & Fonseca Viegas, S. M. D. (2021). Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. *Avances en Enfermería*, 39(1), 30-39.

Silva, V. M., Pereira, I. V., Rocha, M. D. J. L., & Caldeira, A. P. (2014). Morbidade em usuários de Equipes de Saúde da Família no nordeste de Minas Gerais com base na classificação internacional da atenção primária. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 954-967.

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

# TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS: TELESSAÚDE, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO, INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA À SAÚDE PÚBLICA

Leticia de Melo Santos Andrade<sup>1</sup>  
Jaqueline Emma Schiabel Menão<sup>2</sup>  
Maryana Paiva Santana<sup>3</sup>  
Yngrid Ayumi de Oliveira Imamura<sup>4</sup>  
Rogério Luiz Aires Lima<sup>5</sup>  
Maria Carla Vieira Pinho<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A incorporação de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) ao setor saúde tem transformado profundamente a forma como o cuidado é ofertado, organizado e monitorado. No Brasil, ferramentas como a Telessaúde, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e, mais recentemente, a aplicação da Inteligência Artificial (IA) em saúde pública, representam avanços estratégicos que buscam superar desafios históricos do Sistema Único de Saúde (SUS), como desigualdades regionais, limitações de acesso e ineficiências na gestão.

Tais inovações não devem ser vistas apenas como instrumentos tecnológicos, mas como elementos centrais de um processo de modernização e reestruturação do sistema, promovendo maior resolutividade, integração dos serviços e qualificação do cuidado. Nesse cenário, torna-se imprescindível compreender o papel dessas ferramentas, seus impactos,

---

<sup>1</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/5666257868893038>

<sup>2</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/0406445430020936>

<sup>3</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/6559773374634715>

<sup>4</sup>Medicina (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/2807972268358300>

<sup>5</sup>Doutor em Ciências da Saúde (IAMSPE — SP). Doutor em Patologia Ambiental e Experimental (UNIP). Médico Neurocirurgião. Coordenador da Medicina (PUC-PR). CV: <https://is.gd/C988SS>

<sup>6</sup>Doutora em Educação, Cultura e História da Arte (MACKENZIE). Enfermeira. Docente (UEL). CV: <http://lattes.cnpq.br/2681535839164713>

desafios e potencialidades, de modo a garantir que a transformação digital em saúde ocorra de forma equitativa, sustentável e orientada pelas necessidades da população.

## **TELESSAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO SUS**

A telessaúde consiste na aplicação de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) para a oferta de serviços de saúde a distância, contemplando desde a atenção primária até os níveis especializados. No Brasil, sua institucionalização teve início em 2007, com o Programa Nacional de Telessaúde, que buscava apoiar equipes da atenção básica por meio de teleconsultorias e telediagnósticos. Posteriormente, a iniciativa foi ampliada com o Telessaúde Brasil Redes e, mais recentemente, com o SUS Digital, que incorporou ferramentas de telemonitoramento e de educação permanente de profissionais de saúde. Apesar dos avanços, essas iniciativas configuram-se como respostas a um desafio histórico do Sistema Único de Saúde (SUS): reduzir desigualdades territoriais, superar barreiras geográficas e aumentar a resolutividade dos serviços, ainda que não tenham sido capazes de eliminar as assimetrias estruturais presentes no sistema (BRASIL, 2025).

O cenário internacional reforça a relevância desse movimento. Experiências de países como Canadá, Espanha e Austrália mostram que a telemedicina, quando sustentada por políticas públicas consistentes, pode reduzir custos e melhorar indicadores de saúde, especialmente em regiões remotas. Assim, a telessaúde não deve ser vista apenas como uma ferramenta tecnológica, mas como parte de uma estratégia mais ampla de reorganização dos sistemas de saúde (HADDAD et al., 2025).

No contexto brasileiro, a pandemia de COVID-19 representou um marco na expansão da telessaúde. Entre 2020 e 2022, foram realizadas cerca de 11 milhões de consultas remotas, número que chegou a aproximadamente 30 milhões em 2023, evidenciando um crescimento de 172% (DOCTORALIA, 2023). Esse avanço foi impulsionado pela necessidade de distanciamento social, mas também revelou os benefícios logísticos e econômicos das consultas digitais, como a redução de deslocamentos, a diminuição de filas e a otimização da infraestrutura hospitalar. Dados

da pesquisa TIC Saúde 2023 indicam que o agendamento de teleconsultas passou de 13% para 34% em apenas um ano, enquanto o de exames aumentou de 11% para 19% (CGI.br, 2023). Tais resultados demonstram que a telessaúde tende a permanecer como componente estrutural do SUS, configurando-se como um novo paradigma de cuidado.

Entre os principais impactos da telessaúde, destaca-se seu papel na atenção primária, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). A teleconsultoria possibilita que equipes de saúde em regiões remotas tenham acesso a especialistas, reduzindo encaminhamentos desnecessários e ampliando a resolutividade local. Municípios que utilizam sistematicamente a telessaúde apresentam redução de até 15% nas internações evitáveis por doenças crônicas (DATASUS, 2025). Outro campo de grande relevância é a saúde mental, área marcada pela carência de psicólogos e psiquiatras na rede pública. Estima-se que a telessaúde possa ampliar em até 50% a cobertura em regiões distantes, assegurando suporte contínuo a pacientes com transtornos como depressão e ansiedade, o que é estratégico diante do aumento dos agravos em saúde mental no Brasil (DE SOUZA et al., 2025).

As aplicações da telessaúde no Brasil são diversas, abrangendo teleconsultorias, telediagnósticos, telemonitoramento de pacientes com doenças crônicas e educação permanente de profissionais. A integração com sistemas digitais, como o prontuário eletrônico, favorece a articulação entre unidades básicas, hospitais e centros de referência. Além disso, o avanço de ferramentas como inteligência artificial, big data e Internet das Coisas (IoT) abre novas possibilidades para o setor, desde o mapeamento de padrões epidemiológicos até a previsão de surtos e a alocação mais eficiente de recursos (SILVA et al., 2025). Projetos-piloto já implementados em estados como Minas Gerais e Ceará mostram o potencial dessas tecnologias para a vigilância epidemiológica e para o acompanhamento remoto de pacientes crônicos.

Entretanto, os avanços convivem com desafios estruturais que refletem as desigualdades do país. Em regiões rurais, Norte e Nordeste, a limitação da infraestrutura de internet e a falta de equipamentos adequados comprometem a expansão plena dos serviços. Soma-se a isso a insuficiente capacitação de profissionais da saúde para lidar com plataformas digitais



e a carência de alfabetização digital da população, fatores que reduzem a adesão às consultas remotas. Questões éticas e legais também precisam ser continuamente enfrentadas, como a aplicação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e a definição de responsabilidades nos atendimentos virtuais. Além disso, comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas enfrentam barreiras linguísticas e culturais que exigem adaptações específicas para que a telessaúde seja de fato equitativa (TAQUES, 2023).

As perspectivas para o fortalecimento da telessaúde no SUS dependem de múltiplas estratégias. É necessário avançar na interoperabilidade dos sistemas de informação, de modo que os prontuários eletrônicos sejam integrados entre diferentes níveis de atenção. A inclusão digital deve ser tratada como política pública prioritária, garantindo acesso universal à internet e a dispositivos móveis. Além disso, a formação acadêmica precisa incorporar competências em telessaúde, preparando futuros profissionais para a realidade digital da saúde contemporânea. O investimento em inovação tecnológica, especialmente no uso de inteligência artificial e análise de dados, pode ampliar a eficiência da gestão da rede e a capacidade de resposta a emergências sanitárias.

Outro aspecto estratégico está no fortalecimento da saúde mental por meio da telessaúde e no incentivo à participação social. Aplicativos que permitam o acompanhamento e a avaliação dos serviços pelos usuários podem democratizar o acesso, aumentar a transparência da gestão e fortalecer o vínculo entre população e sistema de saúde (DE SOUZA et al., 2025). Assim, mais do que uma ferramenta tecnológica, a telessaúde deve ser entendida como estratégia de transformação do cuidado no SUS.

Em síntese, a telessaúde consolidou-se como uma das mais relevantes inovações organizacionais do sistema de saúde brasileiro no século XXI. Seu crescimento acelerado durante a pandemia evidenciou sua viabilidade e custo-efetividade, sobretudo pela capacidade de reduzir barreiras regionais de acesso. Entretanto, sua consolidação plena depende de investimentos estruturais, políticas inclusivas e regulação consistente, associadas à equidade digital e à capacitação permanente dos profissionais de saúde. Ao aproximar serviços especializados de populações historicamente excluídas, a telessaúde não apenas amplia a eficiência do SUS, mas também reforça sua missão constitucional de assegurar o direito universal à saúde no Brasil.

## PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Ao longo da última década, o Ministério da Saúde tem investido no fortalecimento da Atenção Básica, com destaque para a criação, em 2013, da Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Essa iniciativa busca informatizar as Unidades Básicas de Saúde, padronizar a coleta de dados e integrar informações, de modo a aprimorar a gestão da informação em saúde e qualificar o cuidado oferecido. Dentro da estratégia, destacam-se a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sendo este último responsável por mudanças significativas na estrutura e no processo de trabalho das equipes, configurando um novo modelo de organização e assistência, com impactos diretos na gestão do cuidado na Atenção Primária (SILVA, SILVA E SOUZA, 2023).

O prontuário eletrônico é um arquivo de dados que armazena informações de maneira digital ao longo da vida de uma pessoa. Nesse sistema, são armazenadas as informações de saúde, clínicas e administrativas resultantes das atividades das várias categorias profissionais que integram a APS. Ademais, é imprescindível que possua ao menos os seguintes atributos principais: registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas; prescrição de medicamentos ou outras terapias; emissão de atestados e documentos clínicos; solicitação de exames e métodos diagnósticos complementares; encaminhamentos a outros serviços da rede de atenção à saúde; e acesso rápido a problemas de saúde e intervenções em andamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Segundo Silva, Silva e Souza (2023), “a implantação do prontuário eletrônico traz mais benefícios que possíveis prejuízos aos serviços de saúde, com redução econômica e sustentável a partir da diminuição das folhas de papel” (p. 8). Os autores expressam, ainda, que, embora o sistema de saúde brasileiro enfrente inúmeras dificuldades, os resultados do processo mostram uma predominância de aspectos positivos.

Nesse contexto, nota-se a importância do sistema, que age aumentando a acessibilidade e a qualidade das informações, organizando as tarefas e facilitando o acompanhamento do paciente, o que resulta em uma melhoria na qualidade da assistência oferecida ao indivíduo. Além disso, facilita o acesso às informações, aprimora a comunicação entre a equipe multidisciplinar, reduz o tempo gasto na documentação de

informações e erros, otimiza o acesso à informação e aumenta o tempo disponível para o cuidado direto, além de favorecer a realização de pesquisas clínicas. Também diminui a repetição de exames, sintetiza o trabalho da enfermagem em um mapa de trabalho, permite o acompanhamento online do atendimento médico pela direção do hospital, integra consultas e atendimentos ao setor de contas médicas e melhora a qualidade da gestão em saúde, pois racionaliza o trabalho, otimiza os custos e eleva a qualidade do atendimento (LOURENÇÃO; FERREIRA JÚNIOR, 2016).

Por outro lado, estudos evidenciam que, durante o atendimento clínico, médicos que usam prontuário eletrônico podem dar a impressão de estarem distraídos ou desinteressados, o que pode afetar a percepção dos pacientes a respeito de suas habilidades de comunicação e a satisfação geral com o serviço prestado (MARMOR, et al. 2018). Assim, a implementação do sistema de prontuários eletrônicos deve ser acompanhada por avaliações rigorosas relacionadas à qualidade do cuidado em saúde, à eficácia e à qualidade de vida de todos os que interagem com essa tecnologia. Para garantir a qualidade do atendimento, os profissionais de saúde devem ser mais envolvidos nesse processo para que sua compreensão seja ampliada, suas críticas ouvidas e sua adesão garantida (ALMEIDA, et al. 2016).

Em um estudo com a análise de 126 consultas, concluiu-se que o fator preditivo de maior satisfação do paciente foi o maior tempo de observação pelo clínico. Isso indica que seria benéfico para os clínicos aprimorar suas habilidades multitarefas, permitindo-lhes manter uma comunicação centrada no paciente ao mesmo tempo em que executam as tarefas informáticas necessárias. Esses resultados também têm implicações significativas para a formação clínica, especialmente no que se refere ao uso de um sistema de Prontuário Eletrônico (PE) que não interfira na interação pessoal entre clínico e paciente (FARBER, et al. 2015).

Como se pode notar, a adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) tem revolucionado a prática médica, substituindo os registros físicos por plataformas digitais, o que permite um acesso mais ágil e seguro às informações de saúde, além de fomentar uma melhor integração dos sistemas de saúde. A análise dos artigos indica que, embora o PEP seja amplamente reconhecido e fundamental para a qualidade do atendimento, sua implementação requer melhorias, como padronização, capacitação

técnica e regulamentação da privacidade e segurança (COSTA LIMA FILHO, et al. 2024). Portanto, observa-se que o Prontuário Eletrônico é uma grande ferramenta para aprimorar o sistema de saúde, porém, assim como qualquer tecnologia, precisa ser acompanhado de recursos que o tornem seguro e adequado.

## **INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA À SAÚDE PÚBLICA**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Inteligência Artificial (IA) como a execução de tarefas tipicamente associadas à inteligência humana por programas de computador (PANTELI et al., 2025, p. e428). A IA tem surgido como uma força inovadora e promissora no campo da saúde pública, com forte capacidade de redefinir práticas e impulsionar a pesquisa (PANTELI et al., 2025, p. e428). Ela é capaz de analisar grandes volumes de dados complexos em tempo recorde e oferecer apoio à tomada de decisões clínicas.

A saúde digital foi fortemente impulsionada pelas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) desde o século XX, e evoluiu de sistemas administrativos hospitalares à complexos sistemas de suporte à decisão clínica e registros eletrônicos de saúde, sempre visando a redução de erros e a melhoria constante da qualidade do atendimento (EYSENBACH & JADAD, 2001, p. e19). Nesse cenário, a IA atua como um componente potencialmente transformador, com um papel crescente na vigilância em saúde, telediagnóstico e telecuidado. Sua adoção é uma realidade em expansão (HADDAD & LIMA, 2024, p. 2), embora não esteja isenta de desafios, especialmente no que diz respeito à equidade e à proteção dos dados pessoais.

No Brasil, a IA já marca forte presença na gestão de dados dos sistemas de saúde, tanto no setor privado quanto no público, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS). Projetos como o e-SUS na Atenção Básica e o Conecte SUS buscam reestruturar e organizar informações, implementando a IA na gestão da saúde pública brasileira.

Atualmente, as IAs oferecem uma ampla aplicabilidade na saúde pública, e para Chen e Asch (2017, p. 2507-9), para as principais funções e benefícios da IA na saúde tem-se três vertentes: Apoio ao diagnóstico

e à tomada de decisão clínica: As IAs podem auxiliar na identificação precoce de doenças, analisar grandes volumes de dados clínicos, exames laboratoriais e históricos médicos; gestão e monitoramento de pacientes: Elas são capazes de monitorar pacientes em condições crônicas, coletando dados em tempo real, alertando os profissionais responsáveis sobre alterações significativas; otimização de fluxos de trabalho e gestão de recursos: Os algoritmos conseguem prever a alta demanda por serviços, facilitando a adequação de profissionais necessários e materiais.

Nesse espectro, e considerando-se a ampla aplicabilidade das IAs na saúde pública, pode-se afirmar que elas apresentam diversos benefícios aos sistemas de saúde, e dentre eles, podem-se citar:

1. Eficiência e agilidade: a IA possui a capacidade de processar grande quantidade de dados rapidamente, “automatizando tarefas cotidianas” e possibilitando que os profissionais da saúde realizem “atividades de maior complexidade”, prevenindo, também, “o esgotamento profissional” (PANTELI et al., 2025, p. e429; BEKBOLATOVA et al., 2024, p. 125).
2. Análise aprofundada: possibilidade de extração e análise de dados de texto de diversas fontes, por exemplo, “certidões de óbito, para identificar mortes associadas a drogas antes mesmo da codificação formal”, viabilizando, dessa forma, medidas mais eficazes a ameaças emergentes (PANTELI et al., 2025, p. e428).
3. Qualidade e acesso aos cuidados: a IA possui potencialidade para promover “melhorias na qualidade do atendimento, reduzir custos e aumentar a equidade”, sobretudo para populações economicamente mais vulneráveis (ALOWAIS et al., 2023, P. 689; LARANJO et al., 2018, p. 1248-58).

Visivelmente, os benefícios são inúmeros, mas em contrapartida, os desafios para a real aplicabilidade cotidiana são reais e numerosos, tendo-se:

1. Questões éticas e legais: a falta de explicabilidade e o sobreajuste afetam negativamente a bioética da IA, visto que a “ausência de esclarecimento sobre os meios de obtenção dos resultados compromete a autonomia do paciente e o consentimento informado”. Logo, os profissionais da saúde necessitam de

conhecimento amplo sobre a ferramenta para assegurar os potenciais benefícios ao paciente e evitar o viés de automação (AMANN et al., 2020).

2. Regulamentação: embora a “OMS exija transparência para a aprovação de sistemas inteligentes no âmbito da saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2021), ainda há empecilhos para regulamentar a IA com base em princípios éticos e legais
3. Privacidade de dados e cibersegurança: a união de dados de diversas fontes, principalmente dados pessoais da saúde, “aumenta o risco de reidentificação e estigmatização”. Assim, a IA necessita de controle eficiente de acessos a dados e investimento em cibersegurança para prevenir contra roubo de dados sigilosos (PANTELI et al., 2025, p. e429).
4. Infraestrutura: observa-se que o cenário brasileiro é marcado por unidades de saúde pública “dependentes de sistemas de informações desatualizados, que não possuem a capacidade para lidar com análise de dados em grande escala”. Além de não haver capacitação dos profissionais para usar de modo eficaz as ferramentas, dificultando a implementação de novas tecnologias (PANTELI et al., 2025, p. e429).

Diante de tantos benefícios e dificuldades apresentadas, refletir a aplicabilidade real e concreta das IAs no SUS torna-se extremamente necessário. Sabendo-se que as IAs vão além de uma mera tendência tecnológica, sendo, portanto, uma ferramenta capaz de transformar de processos administrativos e de gestão à prática clínica e estratégias epidemiológicas e de saúde coletiva.

A aplicabilidade das IAs no SUS, para PANTELI et al., 2025, p. e430, demanda, portanto, uma série de condições estruturais e éticas, de forma que sejam asseguradas segurança, privacidade dos dados do paciente, e eficiência de trabalho. Logo, é fundamental que haja sistemas regulatórios sólidos e consistentes, a fim de que a confiabilidade seja preservada, garantindo, assim, os direitos dos cidadãos e o bem público. Além disso, é essencial que haja investimentos em infraestrutura digital, modernizando-se os sistemas de informação, garantindo-se a fluidez na

operação. Outro ponto crucial é o desenvolvimento da mão de obra trabalhadora, por meio de programas de capacitação que consigam preparar os profissionais da melhor maneira para o manejo dessas novas ferramentas.

Portanto, para a aplicação bem-sucedida da IA no SUS é indispensável alterações estruturais, organizacionais e culturais, tendo como alvo o “desenvolvimento de infraestruturas digitais, investimento na formação de especialistas de IA e análise de dados, e incentivo a redes intersetoriais para disseminação de informações e melhorias no atendimento” (PANTELI et al., 2025, p. e431). Tais transformações seriam vantajosas para o país, assim como visto no projeto e-SUS na Atenção Básica e Conecte SUS, os quais possuem o objetivo de facilitar e organizar o acesso a dados estatísticos e informações de saúde.

## CONSIDERAÇÕES

As ferramentas de Telessaúde, do Prontuário Eletrônico e da Inteligência Artificial evidenciam constituir marcos importantes no processo de digitalização da saúde no Brasil, trazendo benefícios como maior integração dos serviços, ampliação do acesso, eficiência operacional e suporte à tomada de decisão clínica. Contudo, também se impõem desafios relacionados à infraestrutura, à capacitação de profissionais, à privacidade dos dados e à equidade digital, sobretudo em regiões mais vulneráveis.

Assim, a consolidação dessas tecnologias no SUS exige investimentos estruturais, políticas públicas inclusivas e regulamentações sólidas que assegurem qualidade, segurança e ética no uso da informação em saúde. Em síntese, a transformação digital, quando bem implementada, tem potencial de fortalecer o princípio da universalidade e de reafirmar a missão constitucional do SUS de garantir saúde como direito de todos e dever do Estado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. G. G. et al. Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 3, p. 521–527, set. 2016.

ALOWAIS, S. A., ALGHAMDI, S. S., ALSUHEBANY, N., ALQAHTANI, T., ALSHAYA, A. I., ALMOHAREB, S. N., ALDAIREM, A., ALRASHED, M., BIN SALEH, K., BADRELDIN, H. A., AL YAMI, M. S., AL HARBI, S., ALBEKAIRY, A. M. (2023).

Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice. In *BMC Medical Education* (Vol. 23, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://is.gd/s0qIPC>

AMANN, J., BLASIMME, A., VAYENA, E., FREY, D., MADAI, V. I. (2020). Explainability for artificial intelligence in healthcare: a multidisciplinary perspective. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01332-6>

BEKBOLATOVA, M., MAYER, J., ONG, C. W., TOMA, M. (2024). Transformative Potential of AI in Healthcare: Definitions, Applications, and Navigating the Ethical Landscape and Public Perspectives. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 12, Issue 2). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://is.gd/nxswdp>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Telessaúde Brasil Redes. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: set. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prontuário Eletrônico. Disponível em: <https://is.gd/zNVHYT>. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: set. 2025.

CHEN, J. H., ASCH, S. M. (2017). Machine Learning and Prediction in Medicine — Beyond the Peak of Inflated Expectations. *New England Journal of Medicine*, 376(26), 2507–2509. <https://doi.org/10.1056/nejmp1702071>

COSTA LIMA FILHO, et al. A utilização do prontuário eletrônico no cuidado em saúde e o seu impacto na relação médico-paciente. *Revista Interagir*, n. 126, p. 12–20, 28 nov. 2024.

DE SOUZA, N. S. A.; LIMA, E. O.; HONORIO, D. C. S.; OLIVEIRA, A. P.; INDIANI, L.; MARTINS, F. S. L.; BRUNO, L. C. D. M.; PAIVA NETO, J. M. P.; ALMEIDA, L. G. de; SOUSA, E. J. A. L. Telessaúde e inovação digital: estratégias para ampliar o acesso, a qualidade e a eficiência nos cuidados em saúde. *Cognitus Interdisciplinary Journal*, v. 2, n. 2, p. 430-448, 2025.

Eysenbach, G., & Jadad, A. R. (2001). Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the Internet age. In *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 3, Issue 2, pp. 94–111). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e19>

FARBER, N. J. et al. EHR use and patient satisfaction: What we learned. *The Journal of Family Practice*, v. 64, n. 11, p. 687–696, 1 nov. 2015.

HADDAD, A. E.; GARRIDO, D.; SHIBATA, L.; DOS SANTOS, A. F.; D'AGOSTINO, M. Evolução da regulação brasileira de telessaúde: do Programa Nacional de Telessaúde ao SUS Digital. *Revista de Direito Sanitário*, v. 16, n. 2, 2025.

HADDAD, A. E., LIMA, N. T. (2024). Digital Health in the Brazilian National Health System (SUS). In *Interface: Communication, Health, Education* (Vol. 28). Fundacao UNI Botucatu/UNESP. <https://doi.org/10.1590/interface.230597>

LARANJO, L., DUNN, A. G., TONG, H. L., KOCABALLI, A. B., CHEN, J., BASHIR, R., SURIAN, D., GALLEG0, B., MAGRABI, F., LAU, A. Y. S., COIERA, E. (2018).



Conversational agents in healthcare: A systematic review. In *Journal of the American Medical Informatics Association* (Vol. 25, Issue 9, pp. 1248–1258). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy072>

LOURENÇÃO, L. G.; FERREIRA JUNIOR, C. D. J. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. *Enfermagem Brasil*, v. 15, n. 1, p. 44, 12 maio 2016.

MARMOR, R. et al. The Impact of Physician EHR Usage on Patient Satisfaction. *Applied Clinical Informatics*, v. 09, n. 01, p. 011–014, jan. 2018.

PANTELI, D., ADIB, K., BUTTIGIEG, S., GOIANA-DA-SILVA, F., LADEWIG, K., AZZOPARDI-MUSCAT, N., FIGUERAS, J., NOVILLO-ORTIZ, D., MCKEE, M. (2025).

Artificial intelligence in public health: promises, challenges, and an agenda for policy makers and public health institutions. In *The Lancet Public Health* (Vol. 10, Issue 5, pp. e428–e432). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00036-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00036-2)

SILVA, A. B.; PISA, I. T.; LOPES, P. R. L.; MESSINA, L. A. Modelo de maturidade de serviços de telessaúde para o cenário brasileiro (TMSMM.BR). *Revista Brasileira de Gestão e Sustentabilidade*, v. 16, e59113, 2025.

SILVA, C. M. P.; SILVA, S. R. C.; SOUZA, B. F. N. Vantagens na utilização do prontuário eletrônico do paciente nos serviços de saúde. *Avanços em Medicina*, v. 3, n. 3, p. 2-9, 2023. DOI: 10.52329/AvanMed.62.

TAQUES, T. I. Expansão da telessaúde na Atenção Primária à Saúde e suas implicações regionais. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 16, e3545, 2023.

TORRES, D. R., WERMELINGER, E. D., FERREIRA, A. P. (2025). Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica. *Saúde Em Debate*, 49(145). <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514510070p>

# INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS ÉTICAS

Marcos Paulo Carneiro Vieira Hutchison<sup>1</sup>

Marcio Cristiano de Melo<sup>2</sup>

Giuliano Dimarzio<sup>3</sup>

Gustavo Gabriel de Oliveira Villa Real<sup>4</sup>

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues<sup>5</sup>

Naila Albertina de Oliveira<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A inteligência artificial (IA) tem sido progressivamente incorporada em diversos setores da sociedade na última década, apresentando recentemente grande potencial disruptivo ao oferecer soluções inovadoras para desafios históricos da atenção, vigilância, regulação e gestão de serviços (Bohr; Memarzadeh, 2020; Ali et al., 2023; Davenport; Kalakota, 2019; Puchio et al., 2022). Para o Sistema Único de Saúde (SUS), esse potencial não é diferente, sendo um sistema de saúde público, universal e equânime num país de dimensão continental, o SUS necessita de grande esforço para manter uma gestão eficiente de seus recursos e, ainda, para compreender as lacunas a preencher em todos os seus aspectos.

A capacidade da IA de processar grandes volumes de dados em tempo real, identificar padrões complexos, apoiar a tomada de decisões clínicas e realizar previsões baseadas em aprendizado automático a torna uma ferramenta estratégica para sistemas com a abrangência e complexidade do SUS. No entanto, sua implementação exige o enfrentamento

<sup>1</sup>Medicina (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/0170310874505159>

<sup>2</sup>Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/0HZS6O>

<sup>3</sup>Doutor em Ensino em Saúde (UNICAMP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/pZvC3I>

<sup>4</sup>Mestre em Ciências da Saúde (FCMSCSP). Professor (SLMANDIC). CV: <https://is.gd/JUAXJq>

<sup>5</sup>Doutora em Psicologia (UNESP e Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Psicóloga. Trabalhadora do SUS Campinas/SP. Docente (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/9211629143042899>

<sup>6</sup>Doutorado em Ciências da Engenharia de Alimentos (USP). Professora (SLMANDIC). CV: <http://lattes.cnpq.br/0716354382309034>

de barreiras significativas, notadamente éticas, técnicas, regulatórias e estruturais, sobretudo considerando a grande diversidade territorial do Brasil e a patente desigualdade socioeconômica que caracteriza o país.

Não obstante, o processo de trabalho contemporâneo dialoga com a perspectiva de que seria necessário instrumentalizar a força de trabalho com recursos atuais do universo digital, vale ressaltar, a importância do uso de IA e em suas respectivas interfaces, destacando-se aqui sua aplicação no SUS para que um cuidado mais integral possa prevalecer em pontos equidistantes do Brasil.

Este capítulo discute o potencial da IA aplicada à saúde pública no Brasil, focalizando usos viáveis e éticos dentro do SUS. Apresentam-se áreas prioritárias para incorporação da tecnologia e experiências em andamento com o uso de IA generativa. Ainda são discutidos os principais riscos, desafios e recomendações para uso ético e responsável da IA no sistema público de saúde brasileiro.

## DESENVOLVIMENTO

A inteligência artificial pode ser definida como o uso de sistemas computacionais capazes de executar tarefas tradicionalmente associadas à cognição humana, como raciocínio, aprendizagem e previsão (Bini, 2018). Em saúde pública, seu uso tem potencial transformador na vigilância epidemiológica, na distribuição de recursos, no apoio clínico e no processo de formação e preceptoria dos trabalhadores de saúde, principalmente médicos e enfermeiros.

Complementar a essa definição, o parecer conjunto da Organização Mundial da Saúde (OMS) com a *International Medical Informatics Association* (IMIA) e a *European Federation for Medical Informatics* (EFMI) reforça que a IA deve ser tratada como ferramenta de apoio à prática clínica, nunca como substituta da decisão humana, exigindo validação rigorosa em contextos reais, capacidade de explicação (*explainability*) e possibilidade de supervisão por profissionais qualificados (World Health Organization, 2021; Shortliffe; Sepúlveda, 2018).

No Brasil, o SUS apresenta uma rede de dados extensa e crescente, propiciando base sólida para o uso estratégico da IA. O Plano Nacional

de Saúde Digital reconhece essa tecnologia como estruturante para a evolução do SUS (Brasil, 2020). Sistemas de saúde que contam com recursos da IA podem melhorar significativamente a equidade e a eficiência dos serviços médico-hospitalares, mas há necessidade de se atentar para o risco de exacerbar desigualdades já existentes.

No contexto brasileiro, as iniciativas públicas de transformação digital têm reconhecido o potencial da inteligência artificial para apoiar a vigilância epidemiológica, a gestão dos sistemas de saúde e a personalização das condutas clínicas. A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028, publicada pelo Ministério da Saúde, destaca a integração de tecnologias avançadas para melhorar a qualidade da atenção, promover equidade no acesso e racionalizar recursos. Uma das metas centrais do plano é incentivar o uso de dados em saúde como ferramenta estratégica de governança e inovação, prevendo inclusive a incorporação progressiva da inteligência artificial como suporte à decisão clínica e à formulação de políticas públicas baseadas em evidências (Brasil, 2020).

O Plano Brasileiro de Inteligência Artificial (PBIA), coordenado pelo MCTI em parceria com o CGEE, delinea diretrizes para o desenvolvimento ético, seguro e inclusivo da IA no país. Entre os eixos estratégicos do PBIA está o incentivo à aplicação de IA em saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde, com ênfase em soluções que ampliem o acesso, melhorem o diagnóstico precoce e otimizem fluxos assistenciais. O documento também reforça a necessidade de governança transparente, interoperabilidade dos dados e avaliação contínua dos impactos dessas tecnologias (CGEE, 2021).

Casos concretos já demonstram o potencial transformador da IA no contexto do SUS. Um exemplo emblemático é o estudo publicado em 2024, que analisou dados de infecções do trato urinário entre 2013 e 2024 com o apoio da ferramenta da empresa Techtrials. Por meio de um sistema de inteligência artificial aplicado a registros clínicos nacionais, os autores identificaram padrões demográficos e terapêuticos relevantes, evidenciando ainda o impacto da pandemia de COVID-19 nos registros de casos. A análise automatizada permitiu mapear ineficiências na prescrição antibiótica e desigualdades regionais no manejo da condição, demonstrando como a IA pode revelar lacunas assistenciais antes invisíveis aos gestores (Miranda et al., 2024).

Outro estudo nacional de base populacional utilizou o Techtrials Disease Explorer® para descrever a epidemiologia da artrite psoriásica no SUS. A análise de mais de 40 mil pacientes revelou uma crescente demanda por atendimentos relacionados à condição, com ampla variação regional e associação com múltiplas comorbidades, incluindo doenças cardiovasculares, osteoartrite e câncer. O estudo reforça como a IA pode ser aplicada para cruzar grandes volumes de dados de forma eficiente, identificar clusters de risco e subsidiar decisões em saúde pública com maior precisão e agilidade (Rosseto et al., 2024).

No campo da formação em saúde, destaca-se o uso promissor da IA generativa em simuladores de paciente virtual. Em 2025, Hutchison e Oliveira desenvolveram um modelo de anamnese médica baseado em IA generativa (GPT) para o ensino clínico em cursos de medicina. O simulador permite treinar estudantes na formulação de hipóteses e coleta sistematizada de dados, oferecendo feedback automatizado e possibilidade de repetição de cenários complexos (Crotty et al., 2024). A proposta se alinha às recomendações da OMS, que incentiva o uso de IA para qualificar trabalhadores da saúde e expandir o acesso à educação permanente em regiões com escassez de preceptores (Hutchison; Oliveira, 2025; WHO, 2021; Costa et al., 2023).

As possibilidades de aplicação da IA no SUS expandem-se à medida que se desenvolvem estratégias de integração dos dados produzidos em larga escala, como os dados já disponíveis pelo DataSUS. A publicação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 pelo Ministério da Saúde consolida diretrizes nacionais para o uso de tecnologias emergentes, incluindo IA, blockchain, internet das coisas e Big Data, com foco na equidade e sustentabilidade do SUS (Brasil, 2020).

Essa estratégia estabelece como eixos prioritários a ampliação do acesso digital, a interoperabilidade entre sistemas, a governança de dados e o incentivo à inovação com base em evidências. O documento orienta que o uso da IA deve ser pautado por princípios éticos, transparência algorítmica e valorização do trabalho humano na saúde. Destaca ainda que os sistemas inteligentes devem fortalecer a atenção primária, promover ações preventivas e apoiar a gestão em saúde pública, evitando a fragmentação da informação.

Entre as principais áreas em que a IA apresenta potencial significativo, destacam-se:

**Vigilância epidemiológica:** A IA pode ser utilizada para rastrear em tempo real surtos infecciosos, identificar padrões de doenças emergentes, reduzir o número de infecções e prever riscos de novos surtos a partir de informações de surtos anteriores. Algoritmos sofisticados podem analisar notificações, dados de saúde e determinantes sociais da saúde, oferecendo aos gestores uma visão integrada e preditiva dos cenários epidemiológico, incluindo a possibilidade de acessar áreas de difícil acesso de um país continental como o Brasil (ex. Distrito de Sanitários Especial Indígena) (Brownstein; Freifeld; Madoff, 2009). No entanto, é importante reconhecer as limitações desses sistemas, como demonstrado por experiências anteriores com ferramentas de previsão que falharam em capturar adequadamente a complexidade epidemiológica (Butler, 2013).

**Apoio à decisão clínica:** Algoritmos podem ser incorporados em prontuários eletrônicos para sugerir diagnósticos diferenciais, classificar riscos e recomendar condutas baseadas nas evidências mais recentes. No entanto, adotar sistemas de apoio baseados em Inteligência Artificial requer que sejam auditáveis, reproduzíveis e validados em contextos clínicos reais, como preconizado pelo parecer conjunto da OMS, IMIA e EFMI (WHO, 2021a; Sutton et al., 2020). Ferramentas opacas, que não podem ser auditadas — as chamadas “caixas-pretas” — não devem ser utilizadas em decisões clínicas por oferecerem risco elevado à saúde do paciente e à segurança dos dados.

**Gestão inteligente de recursos:** Modelos preditivos podem apoiar efetivamente o planejamento do uso de leitos, escalas de profissionais e reposição de insumos críticos, otimizando a alocação de recursos escassos e melhorando a eficiência operacional do sistema (Kelly et al., 2019).

**Educação e qualificação da força de trabalho:** Tanto a OMS quanto a Estratégia Nacional apontam que a IA pode ser extremamente útil para atividades formativas contínuas, desde que supervisionadas por humanos e validadas cientificamente, oferecendo oportunidades de capacitação personalizada e escalável.

Apesar dos avanços promissores, o uso de inteligência artificial na saúde pública exige cautela e regulação criteriosa. A Organização Mun-

dial da Saúde propõe seis princípios fundamentais para a implementação ética dessas tecnologias: autonomia humana, promoção do bem-estar e da segurança, transparência, responsabilização, equidade e sustentabilidade (World Health Organization, 2021, 2024). No contexto do SUS, esses princípios ganham relevância ainda maior, pois qualquer inovação tecnológica deve reforçar o compromisso com a universalidade e a equidade no acesso à saúde.

Entre os principais riscos associados ao uso da IA em sistemas públicos de saúde, destaca-se o viés algorítmico, que pode perpetuar ou até acentuar desigualdades históricas caso os dados utilizados para o treinamento das ferramentas reflitam disparidades estruturais (Rajkomar et al., 2018; Gianfrancesco et al., 2018). A utilização de dados sensíveis sem uma análise crítica e criteriosa, bem como sem consentimento adequado, bem como a possibilidade de comercialização desses dados por empresas terceiras, representa ameaça direta à privacidade dos usuários e ao princípio da confidencialidade (Price et al., 2019; Cohen; Mello, 2018). Além disso, muitas soluções tecnológicas funcionam como “caixas-pretas”, oferecendo resultados sem fornecer justificativas compreensíveis, o que compromete a auditabilidade e limita a capacidade dos profissionais de contestar recomendações equivocadas (Collins; Moons, 2019).

A implementação de IA em sistemas públicos de saúde também enfrenta o desafio das desigualdades digitais existentes. A divisão digital pode criar um sistema de camadas desiguais, onde organizações de saúde com maior capacidade tecnológica oferecem cuidados superiores, perpetuando disparidades no acesso aos benefícios da IA (D’Elia et al., 2022). Essa problemática é particularmente relevante no contexto brasileiro, onde existem significativas disparidades regionais em infraestrutura tecnológica e conectividade.

Outro ponto importante e relativo à desigualdade que envolve a representatividade de populações minorizadas nos estudos que consolidam e referendam o uso da IA no cenário da saúde. Como é sabido, o Brasil é um país com marcante miscigenação (Nunes et al., 2025), com ancestralidade composta principalmente por europeus, negros e indígenas. Por outro lado, existe baixa representatividade de etnias minorizadas em referências bibliográficas, como livros texto. Isso não apenas representa

exclusão de tais indivíduos, como pode engendrar atrasos no cuidado, subdiagnóstico ou diagnóstico errôneo (Oliveira et al., 2025), uma vez que o profissional da saúde não está devidamente treinado para atender essa população e suas nuances.

Vale ressaltar que a IA depende de bases de dados para construção de algoritmos e essa base de dados pode ser influenciada pelo contexto. Em estudo de Syed e colaboradores (2025), envolvendo aplicativos para diagnóstico de câncer de pele, foi constatada discrepância entre os métodos utilizados por diferentes aplicativos para sua validação. Além disso, a baixa representatividade de indivíduos com pele negra foi apontada como ponto de atenção.

## CONSIDERAÇÕES

Com base na discussão acima, pode-se notar que o mote da implementação da IA no contexto do SUS deve envolver a redução de desigualdades e não perpetuá-las. Para isso, métodos padronizados de validação de tecnologias devem ser implementados, bem como representatividade de diferentes indivíduos e variáveis. Caso contrário, vieses podem prejudicar a validade dessas tecnologias.

A dependência excessiva de tecnologias pode ainda levar à desqualificação dos profissionais de saúde, criando um cenário de automação que compromete o cuidado humanizado e a relação terapêutica. Questões legais, morais e éticas relacionadas à responsabilidade civil e criminal em casos de erro algorítmico também permanecem em aberto, exigindo marcos regulatórios claros e atualizados.

Tanto a Estratégia de Saúde Digital quanto o Plano Brasileiro de Inteligência Artificial reforçam que a incorporação responsável dessas tecnologias deve estar vinculada à soberania digital, à qualificação dos trabalhadores da saúde e à construção de uma governança ética robusta. O Brasil tem, assim, a oportunidade singular de consolidar um modelo próprio de uso da inteligência artificial no SUS, pautado por valores democráticos, ciência aberta, transparência e compromisso inabalável com a equidade em saúde.



A implementação responsável de IA no SUS exige também o estabelecimento de metodologias rigorosas de validação e avaliação contínua. É essencial desenvolver métricas específicas para mensurar não apenas a acurácia técnica dos sistemas, mas também seu impacto na equidade, acessibilidade e qualidade do cuidado oferecido (Kelly et al., 2019).

Para que essa visão se concretize, é fundamental que as implementações de IA no SUS sejam precedidas de amplo debate público, envolvendo não apenas profissionais de saúde e gestores, mas também representantes da sociedade civil e usuários do sistema. A participação social, princípio fundamental do SUS, deve estender-se também às decisões sobre incorporação tecnológica, garantindo que as soluções adotadas reflitam verdadeiramente as necessidades e valores da população brasileira e produzam maior equidade no acesso à saúde. (World Health Organization, 2021).

## REFERÊNCIAS

- ALI, O. et al. A systematic literature review of artificial intelligence in the healthcare sector: Benefits, challenges, methodologies, and functionalities. *Journal of Innovation & Knowledge*, v. 8, n. 1, p. 100334, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jik.2023.100334>.
- BINI, S. A. Artificial intelligence, machine learning, deep learning, and cognitive computing: what do these terms mean and how will they impact health care? *The Journal of Arthroplasty*, v. 33, n. 8, p. 2358-2361, 2018. DOI: <https://is.gd/MDu7FZ>.
- BOHR, A.; MEMARZADEH, K. The rise of artificial intelligence in healthcare applications. In: BOHR, A.; MEMARZADEH, K. (Ed.). *Artificial Intelligence in Healthcare*. 1. ed. Amsterdam: Elsevier, 2020. p. 25–50. DOI: 10.1016/B978-0-12-818438-7.00002-2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*. Brasília: MS, 2020.
- BROWNSTEIN, J. S.; FREIFELD, C. C.; MADOFF, L. C. Digital disease detection—harnessing the Web for public health surveillance. *New England Journal of Medicine*, v. 360, n. 21, p. 2153-2157, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp0900702>.
- BUTLER, D. When Google got flu wrong. *Nature*, v. 494, n. 7436, p. 155-156, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1038/494155a>.
- CGEE — Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. *Plano Brasileiro de Inteligência Artificial*. Brasília: CGEE, 2020.
- COHEN, I. G.; MELLO, M. M. HIPAA and protecting health information in the 21st century. *JAMA*, v. 320, n. 3, p. 231-232, 2018. DOI: <https://is.gd/9IeUfl>.

COLLINS, G. S.; MOONS, K. G.M. Reporting of artificial intelligence prediction models. *The Lancet*, v. 393, n. 10181, p. 1577-1579, 2019. DOI: <https://is.gd/ReMoWk>

COSTA, F. A.; LIMA, R. B. de; PEREIRA, M. A. L. Saúde digital no SUS: perspectivas para o uso ético da inteligência artificial. *Revista Brasileira de Saúde Digital*, Brasília, v. 3, n. 1, p. 12-24, 2023.

CROTTY, E. et al. Artificial intelligence in medical imaging education: recommendations for undergraduate curriculum development. *Radiography*, [S. l.], v. 30, supl. 1, p. S67-S73, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.radi.2024.01.003>.

D'ELIA, A. et al. Artificial intelligence and health inequities in primary care: a systematic scoping review and framework. *Family Medicine and Community Health*, v. 10, suppl. 1, p. e001670, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001670>.

DAVENPORT, T.; KALAKOTA, R. The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Healthcare Journal*, v. 6, n. 2, p. 94-98, 2019. DOI: <https://is.gd/ElvRK0>.

GIANFRANCESCO, M. A. et al. Potential biases in machine learning algorithms using electronic health record data. *JAMA Internal Medicine*, v. 178, n. 11, p. 1544-1547, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3763>.

HUTCHISON, M. P. C. V., OLIVEIRA, N. A. IA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA: DESAFIOS E AVANÇOS. *Caderno Pedagógico* 22, v. 9, e18414, 2025. DOI: <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n9-329>.

KELLY, C. J. et al. Key challenges for delivering clinical impact with artificial intelligence. *BMC Medicine*, v. 17, n. 1, p. 195, 2019. DOI: <https://is.gd/PRAfjC>.

MIRANDA, B. D. et al. Uma análise demográfica brasileira da documentação de infecção do trato urinário pelo software Techtrials de 2013 a 2024 e avaliação do impacto do COVID-19 nos registros de casos. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, [S. l.], 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.102179>.

NUNES, K. et al. Admixture's impact on Brazilian population evolution and health. *Science*, v. 388, n. 6748, p. ead13564, 2025.

OBERMEYER, Z. et al. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, v. 366, n. 6464, p. 447-453, 2019.

OLIVEIRA, M. E. D. de et al. Representatividade de imagens com pele negra em livros-texto de Pediatria. *Anais Brasileiros de Dermatologia (Portuguese)*, v. 100, n. 2, p. 346-349, 2025.

PRICE, W. N. et al. Privacy in the age of medical big data. *Nature Medicine*, v. 25, n. 1, p. 37-43, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0272-7>.

PUCHIO, A.; DEL PAPA, J.; MORAES, F. Y. Artificial intelligence in the medical profession: ready or not, here AI comes. *Clinics*, São Paulo, v. 77, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100010>

RAJKOMAR, A. et al. Ensuring fairness in machine learning to advance health equity. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 12, p. 866-872, 2018. DOI: <https://is.gd/tzxDgs>.

SHAH, S. F. H., ARECCO, D., DRAPER, H., TIRIBELLI, S., HARRISS, E., MATIN, R.N. Ethical implications of artificial intelligence in skin cancer diagnostics: use-case analyses, *British Journal of Dermatology*, v. 192, Issue 3, March 2025, Pages 520–529. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjd/ljae434>

SHORTLIFFE, E. H.; SEPÚLVEDA, M. J. Clinical decision support in the era of artificial intelligence. *JAMA*, v. 320, n. 21, p. 2199-2200, 2018. DOI: <https://is.gd/ptCkzF>.

SUTTON, R. T. et al. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *NPJ Digital Medicine*, v. 3, n. 1, p. 17, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>.

ROSSETTO, C. N.; PAIVA, E. S.; PALOMINOS, P. E.; AZEVEDO, V. F.; MACHADO, N. P. Epidemiological analysis of patients with psoriatic arthritis in follow-up at the Brazilian Unified Health System. *Advances in Rheumatology*, [S. l.], v. 63, p. 1–8, set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s42358-023-00327-x>. Acesso em: 25 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ethics and governance of artificial intelligence for health. Geneva: *WHO Press*, 2021. Disponível em: <https://is.gd/OWKBx7>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models. Geneva: *WHO Press*, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Artificial intelligence in healthcare: current applications and future perspectives. Geneva: *WHO Press*, 2021a.

## **SOBRE OS ORGANIZADORES**

### **CAMILA RODRIGUES DE OLIVEIRA**



Psicóloga com mestrado em Saúde Coletiva (UNICAMP) e doutorado em Psicologia (UNESP/UAB), com aprimoramento em Saúde Mental. Atua nas áreas de Psicologia da Saúde, Clínica e Social Crítica, focando em Rede de Atenção Psicossocial, Atenção Primária à Saúde, Apoio Institucional e Saúde do Idoso. Desenvolve pesquisas em saúde mental, redução de danos, população em situação de rua e usuários de substâncias.

Atualmente, é professora na Faculdade São Leopoldo Mandic e psicóloga na Prefeitura de Campinas.

### **MÁRCIO CRISTIANO DE MELO**



Graduado em Enfermagem — Faculdade Anhanguera de Campinas (2010), Doutorado (2020) e Mestrado (2016) em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp). Especialização em Saúde Coletiva com foco em Epidemiologia, Sistemas de Informação e Análise de dados pela Escola de Enfermagem (UFMG — 2012). Tem experiência com ensino superior em disciplinas de Saúde Coletiva e Epidemiologia e desenvolve pesquisas com os temas: HIV/Aids, doenças de notificação compulsória

e Atenção Primária à Saúde.

### **NAILA A. DE OLIVEIRA V**



Enfermeira graduada pela PUC-Campinas (2009), com especialização pela UNICAMP (2011), mestrado (2015) e doutorado (2018) pela USP. Pesquisa plantas medicinais e bioativos para curativos e tratamento de lesões cutâneas. Experiência em cuidado clínico, ensino e pesquisa em enfermagem. Atuou como professora em diversas instituições, incluindo UNIFESP, PUC-Campinas e UNIP. Atualmente, é Professora Doutora na Faculdade

de Medicina São Leopoldo Mandic em Araras e Limeira/SP.

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

Acesso aos Serviços de Saúde 27, 163, 168  
Atenção Integral à Saúde 140  
Atenção Primária 15–16, 18, 32, 35–36, 41, 44, 47–49, 51–53, 57, 59–60, 63–67, 69, 94, 109–110, 112, 114–115, 125, 148, 161, 163, 168–171, 173, 175, 180, 186, 191, 195, 197, 219–220, 229, 235, 241–242, 254, 257–265, 267, 269–271, 273, 281, 285  
Atenção Secundária 59, 63, 65, 68  
Atenção Terciária 64

## B

Bioética 24, 276  
Bioética e Direitos Humanos 24

## C

Capacidade de Gestão 20, 69  
CAPS 73–79, 83–84, 88, 252  
Cefaleia 93, 95–96  
Controle Social 16–17, 47–48, 170, 173, 180–181, 230  
Cuidado Humanizado 90, 287  
Cuidado Integral 67, 69, 164, 168, 196, 200, 224, 253, 259, 262, 265–267

## D

Doenças Crônicas 18, 38, 43, 61, 109–110, 114, 168, 174, 265, 271

## E

Educação em Saúde 60, 62, 184, 224, 258  
Educação Médica 208, 229, 242

Enfermagem 37, 46, 54, 147, 232, 246, 274  
Epidemiologia 24, 141, 174, 198, 202, 224, 284  
Equidade em Saúde 25–26, 31, 172, 288  
Equipes Multiprofissionais 32, 37, 46, 48, 233, 235, 241, 248  
Estratégia Saúde da Família 15, 32–33, 37, 147, 169, 175, 257, 261, 263, 265–266, 271

## F

Financiamento do SUS 184–185

## G

Gestão de Saúde 97  
Gestão em Saúde Pública 285

## H

Humanização 45, 49, 173, 245

## I

Inclusão Social 171, 176  
Indicadores de Saúde 16, 26, 36, 258, 261, 270  
Interprofissionalidade 44, 46–48, 225, 241, 249, 254

## M

Medicina de Família 37, 41, 195, 197, 257  
Método Clínico Centrado na Pessoa 35, 39, 45, 49

## N

Normatização 91, 193  
Novas Tecnologias 130, 183, 277

## O

Organização do SUS 187

## P

Paralisia Cerebral 155–165  
Pneumoconioses 129–132, 134–136, 138–141

Política de Saúde 32

Política Pública 32, 197, 199, 201, 272  
Prevenção 16, 32, 43, 45, 48, 60, 63, 113, 115, 130, 140–141, 143–144, 148–149, 156, 163, 174, 176, 180, 183, 192–193, 195, 198–200, 202, 205–207, 209–210, 213–214, 223, 235, 247, 252, 258, 265  
Promoção da Saúde 31–32, 45, 60, 106, 141, 191, 194, 198–200, 207, 209–210, 214, 229, 247, 252, 258  
Promoção da Saúde Mental 31  
Prontuário Eletrônico 38, 49, 61, 64–65, 94, 269, 271, 273–275, 278  
Protocolos Clínicos 62, 67, 69, 162, 262

## Q

Qualidade do Cuidado 169, 262, 274, 288

## R

Rede de Atenção Psicossocial 83, 244  
Redes de Atenção 35, 46, 48–49, 63, 187, 238, 242, 257  
Reforma Sanitária Brasileira 179  
Residência Multiprofissional 229, 231–232, 234, 238–239, 248

## S

Saúde Ambiental 197, 199, 205, 209, 215  
Saúde da Criança 246  
Saúde Digital 275, 283–284, 287  
Saúde Mental 29–31, 44, 63, 73–79, 83–87, 90–91, 114, 200–201, 223, 243–247, 252, 254, 271–272

Saúde Ocupacional 200  
Serviços de Saúde 14–15,  
18, 27–28, 43, 46, 63, 68,  
86–87, 89–90, 97, 109, 163,  
168, 171–174, 180–181,  
183, 185–186, 188,  
193–194, 196–197, 201,  
209, 215, 224, 238–239,  
257–259, 261, 265, 267,  
270, 273  
Sistema de Regulação 64,  
68  
Sistema Único de Saúde  
(SUS) 13, 15, 19, 32, 35,

46, 51, 59–60, 63, 67, 109,  
112, 144–146, 150–151,  
157, 160, 163, 167–168,  
174–176, 179–180, 182,  
186, 191, 194, 197–199,  
202, 205, 219, 229, 244, 257,  
259, 269–270, 275, 281, 283  
Suporte Básico de Vida  
51–53, 57

## **T**

Telessaúde 38, 61–62, 94,  
168, 170, 230, 269–273, 278

Terapeuta Ocupacional  
250, 252  
Trabalho em Saúde 76, 84,  
86, 230, 232, 245, 249  
Transtornos Mentais 30  
Tuberculose 162, 194

## **V**

Vigilância Epidemiológica  
175, 191–194, 202, 271,  
282–283, 285  
Vigilância Sanitária 176,  
192, 194–197, 203, 205,  
207–208



Este livro foi composto pela Editora Bagai.



[www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



[contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)