

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Aportes teóricos de estudos na Atenção Primária à Saúde: contribuições para pesquisas em Saúde Coletiva

Maria Rosilene Cândido Moreira
Estelita Lima Cândido
Milena Silva Costa
José Ferreira Lima Júnior
Francione Charapa Alves
Natália Campos Parente
Laura Hévila Inocência Leite
Cláudio Gleidiston Lima Silva
Organizadores

editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Maria Rosilene Cândido Moreira
Estelita Lima Cândido
Milena Silva Costa
José Ferreira Lima Júnior
Francione Charapa Alves
Natália Campos Parente
Laura Hévila Inocência Leite
Cláudio Gleidiston Lima Silva

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Aportes teóricos de estudos na Atenção Primária à Saúde: contribuições para pesquisas em Saúde Coletiva

1ª Edição
Porto Alegre
2026



Copyright © 2026 by Maria Rosilene Cândido Moreira, Estelita Lima Cândido, Milena Silva Costa, José Ferreira Lima Júnior, Natália Campos Parente, Laura Hévila Inocêncio Leite, Cláudio Gleidiston Lima Silva e Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virginia de Menezes Portes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Llorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Revisão

Tiago Estrela da Cunha Moraes

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Pareceristas

Renata Alessandra Evangelista – Universidade Federal do Catalão (UFCAT)
Ana Paula Barbosa Alves – Universidade Federal de Roraima (UFRR)
Michelle de Jesus Pantoja Filgueira – Universidade Federal do Tocantins (UFT)
Mabel Miluska Suca Salas – Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
Luann Wendel Pereira de Sena – Universidade Federal do Sul e do Sudeste do Pará (UNIFESSPA)
Juliana Souza Oliveira – Universidade Federal do Pernambuco (UFPE)
Hernane Guimarães dos Santos Júnior – Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA)
Eloisa Helena de Lima – Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)
Cláudia Regina Santos Ribeiro – Universidade Federal Fluminense (UFF)
Camila Irigónhê Ramos – Universidade Federal de Pelotas (UFPel)
Franklin Delano Soares Forte – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Francisco Elizaudo de Brito Júnior – Universidade Regional do Cariri (URCA)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

A643

Aportes teóricos de estudos na Atenção Primária à Saúde: contribuições para pesquisas em Saúde Coletiva/ Maria Rosilene Cândido Moreira; Estelita Lima Cândido; Milena Silva Costa; José Ferreira Lima Júnior; Francione Charapa Alves; Natália Campos Parente; Laura Hévila Inocêncio Leite; Cláudio Gleidiston Lima Silva (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

274 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 70).

E-book: 4.5 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-294-3

DOI: 10.18310/9786554622943

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Coletiva. 3. Pesquisa em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18

CDU 614

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Este livro é uma obra do PROFSAÚDE UFCA que recebeu financiamento por meio do Programa de Apoio à Pós-graduação, da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação – PRPI/UFCA.

Os artigos publicados nesta edição são dos alunos da quinta turma da Rede PROFSAÚDE e foram avaliados por pareceristas convidados.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 11

Maria Rosilene Cândido Moreira, Milena Silva Costa, Estelita Lima Cândido, José Ferreira Lima Júnior, Natália Campos Parente, Laura Hévila Inocêncio Leite, Francione Charapa Alves, Cláudio Gleidiston Lima Silva

PREFÁCIO 13

Carla Pacheco Teixeira, Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

CAPÍTULO 1

ETARISMO E SUAS MANIFESTAÇÕES NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 17

Thayná Pinto da Costa Luna, Cícera Amanda Mota Seabra, Júlia Aparecida Pereira Gomes, Giovanna Luz Monteiro, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Rosilene Cândido Moreira

CAPÍTULO 2

AUTISMO, SELETIVIDADE ALIMENTAR E A ATENÇÃO NUTRICIONAL NA SAÚDE COLETIVA..... 34

Elanny de Oliveira, Maísa de Lima Claro, Edina Araújo Rodrigues Oliveira, Kênio Karley da Silva Oliveira, Francisca Tereza de Galiza, José Ferreira Lima Júnior

CAPÍTULO 3

IMPLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA..... 55

Ana Paula Agostinho Alencar, Natália Campos Parente, Maria Rosilene Cândido Moreira

CAPÍTULO 4

EQUIDADE E ACOLHIMENTO LGBTQIAPN+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA..... 72

Wallace Grangeiro Coelho, Victor Marcel Gonçalves Oliveira, Monísya Oliveira Ferreira Brandão, Fábio Júlio Ferreira, Francisco Ricardo Miranda Pinto, Estelita Lima Cândido

CAPÍTULO 5

ENTRAVES E DESAFIOS NO ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ 91

Fábio Júlio Ferreira, Wallace Grangeiro Coelho, Estelita Lima Cândido, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Francisco Ricardo Miranda Pinto

CAPÍTULO 6

FATORES E INTERVENÇÕES NO LETRAMENTO EM SAÚDE DIGITAL DE GESTANTES: REVISÃO INTEGRATIVA DE ESTUDOS NACIONAIS 105

Karyne Barreto Gonçalves Marques, Elaine Silva Nascimento Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

CAPÍTULO 7

CUIDADO DO PARCEIRO NO PRÉ-NATAL: PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL.... 122

Paula Pessoa Pinheiro, Milena Silva Costa, Edson Lucas Leite Siebra, Raimundo Malaquias do Nascimento, Aparecida Cardoso Lima, Nuno Damácio de Carvalho Félix

CAPÍTULO 8

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO: O PAPEL DA ESCUTA E DO ACOLHIMENTO 141

Daisy Kelly Landim Linard, Isabelly Fernandes Teotonio, Laura Hevila Inocencio Leite

CAPÍTULO 9

ENTRE O ATO E O MUNDO: A PRODUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ... 153

Jany's Cléia Pereira Santos, Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo, Ana Luiza Machado Pinto, Carla Pacheco Teixeira

CAPÍTULO 10

AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL E O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	172
---	------------

Nathália Maria Morais Belém, José Fellipe Lima Araruna, José Ferreira Lima Júnior, Cláudio Gleidiston Lima da Silva

CAPÍTULO 11

CONTRIBUIÇÕES DA TEORISC PARA O FORTALECIMENTO DA SAÚDE COLETIVA	190
---	------------

Nuno Damácio de Carvalho Félix, Yunier Arro Martinez, Wellerson Montenegro da Silva, Luis Filippe Rasia Pacheco, Paula Pessoa Pinheiro, Milena Silva Costa

CAPÍTULO 12

PROTOCOLO DE FLUXO FISIOTERAPÊUTICO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	205
---	------------

Mário Braga Roque e Silva, Adriana Costa Bacelo, Elaine Silva Nascimento Andrade

CAPÍTULO 13

ARTE COMO TECNOLOGIA PROMOTORA DE CUIDADO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA.....	222
--	------------

Giovanni Ortale Trainotti, Denise Silva da Silveira, Anaclaudia Gastal Fassa

CAPÍTULO 14

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM MAPEAMENTO DOS INDICADORES UTILIZADOS NA LITERATURA	243
--	------------

Mateus Cavalcante Lima, Letícia Maria Carvalho de Sousa, Lucas da Paixão de Carvalho Moraes, Mailson Fontes de Carvalho

SOBRE OS AUTORES.....	262
------------------------------	------------

ÍNDICE REMISSIVO	272
-------------------------------	------------



APRESENTAÇÃO

O livro *Aportes teóricos de estudos na Atenção Primária à Saúde: contribuições para pesquisas em Saúde Coletiva* nasce com o propósito de reunir e fortalecer a base conceitual que sustenta as investigações desenvolvidas no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Esta obra concentra produções científicas de natureza teórico-reflexiva que se consolidam como referência e suporte metodológico para pesquisadores em formação, constituindo parte integrante da produção bibliográfica vinculada aos Trabalhos de Conclusão de Mestrado (TCM) da Turma 5 do Programa.

Reconhecendo a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) no cenário da Saúde Coletiva brasileira, este livro busca ampliar o debate teórico que embasa as práticas, os desafios e as inovações no campo. Para isso, reúne manuscritos produzidos a partir das pesquisas em andamento na Rede PROFSAÚDE, contemplando diferentes modalidades de estudos de revisão, sistemática, integrativa, narrativa e de escopo, que, em conjunto, oferecem um panorama abrangente e rigoroso sobre temas essenciais à área.

A diversidade de abordagens e temas presentes nesta obra reflete o compromisso institucional da Rede PROFSAÚDE com a produção de conhecimentos aplicados, relevantes e socialmente comprometidos. Ao sistematizar e aprofundar referenciais teóricos, os autores contribuem para qualificar o processo de pesquisa, orientar decisões metodológicas e fortalecer a autonomia intelectual dos mestrandos e orientadores.

Idealizado e organizado pelo corpo docente do PROFSAÚDE da Universidade Federal do Cariri (UFCA), este livro também expressa o esforço coletivo de consolidar um acervo científico que dialogue com as necessidades reais dos serviços de saúde e com as demandas formativas dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se que esta obra sirva como instrumento de estudo, reflexão e inspiração para estudantes, docentes, pesquisadores e trabalhadores da saúde.

Que os aportes aqui reunidos ampliem horizontes, provoquem questionamentos e contribuam para o avanço contínuo da Atenção Primária à Saúde e da Saúde Coletiva no Brasil.

Organizadores

Corpo docente do PROFSAÚDE-UFCA

Maria Rosilene Cândido Moreira

Milena Silva Costa

Estelita Lima Cândido

José Ferreira Lima Júnior

Natália Campos Parente

Laura Hévila Inocêncio Leite

Francione Charapa Alves

Cláudio Gleidiston Lima Silva



PREFÁCIO

Na Saúde Coletiva, o conhecimento nasce do movimento. Ele emerge do encontro entre pessoas, práticas e territórios; nasce das perguntas que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde e das inquietações que mobilizam profissionais comprometidos com a vida e a saúde das populações. É nesse esperar que se constroem saberes que dialogam com a realidade dos serviços e com os desafios permanentes da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

É nesse horizonte que se insere o livro *Aportes teóricos de estudos na Atenção Primária à Saúde: contribuições para pesquisas em Saúde Coletiva*. Mais do que uma coletânea de textos, esta obra expressa os frutos de um processo formativo que articula reflexão teórica, experiência profissional e compromisso com a transformação das práticas em saúde.

Ao reunir produções vinculadas ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), o livro traduz a potência de uma rede que articula docentes e discentes pesquisadores, dedicados à produção de conhecimentos aplicados e implicados no fortalecimento da APS e com a defesa do SUS.

As páginas que compõem esta obra são fruto de uma caminhada construída a muitas mãos. Resultam do esforço coletivo do corpo docente do PROFSAÚDE, da Universidade Federal do Cariri (UFCA), em reunir produções científicas de natureza teórico-reflexiva que oferecem sustentação conceitual às pesquisas em desenvolvimento no âmbito da quinta turma do programa.

Nesse contexto, os textos aqui apresentados integram a produção bibliográfica vinculada aos produtos finais do curso. Expressam avanços teóricos e conceituais sobre temas que atravessam a realidade dos mestrandos e se constituem como objeto de estudo, aprofundamento e intervenção. Revelam, assim, a produção de conhecimento aplicado, orientado à inovação e ao desenvolvimento tecnológico, dimensões que caracterizam o PROFSAUDE em sua identidade de programa profissional.

Os capítulos que compõem esta obra dialogam diretamente com questões da prática em saúde e representam o compromisso do PROFSAUDE com a qualificação dos profissionais da saúde por meio da articulação entre educação, atenção, gestão e produção de conhecimento estratégico, contribuindo para o aprimoramento da APS e fortalecendo o caráter do programa como rede viva.

Os capítulos exploram, sob diferentes perspectivas, questões relacionadas às desigualdades e às múltiplas expressões da vida nos territórios, trazendo à tona temas ainda pouco visibilizados, mas de grande relevância, como o etarismo nas práticas profissionais, o cuidado à população LGBTQIAPN+ e os desafios de acesso e acolhimento nos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, evidenciam a necessidade de construção de práticas mais equitativas, sensíveis às diferenças e comprometidas com a produção de cuidado inclusivo.

Outros capítulos aprofundam dimensões específicas do cuidado em saúde, dialogando com demandas que emergem no cotidiano da APS, como a atenção nutricional a crianças com Transtorno do Espectro Autista, a promoção da saúde mental no puerpério, o cuidado ao parceiro no pré-natal e os desafios do letramento em saúde, especialmente no contexto digital e no acesso a informações confiáveis. Essas análises ampliam o olhar sobre o cuidado ao integrar aspectos clínicos, psicossociais e relacionais, evidenciando a importância do trabalho interprofissional, da escuta qualificada e da articulação entre serviços, famílias e comunidades.

O livro também reúne produções que contribuem para o aprimoramento das práticas e da organização do trabalho em saúde, abordando temas como a educação interprofissional e sua relação com a segurança do paciente, a utilização de tecnologias, incluindo ferramentas digitais, metodologias reflexivas e a arte como dispositivo de cuidado, a organização de fluxos assistenciais, como no caso da fisioterapia entre níveis de atenção, e a avaliação do desempenho da APS. Nesse conjunto, destacam-se, ainda, reflexões sobre a produção do cuidado em sua dimensão mais relacional, como no estudo sobre o cuidado ao adolescente, que reafirma o encontro entre sujeitos, no território, como espaço privilegiado de construção compartilhada do cuidado.

Assim, os capítulos reunidos nesta obra evidenciam a APS como um campo vivo, dinâmico e inovador, no qual conhecimento, prática e formação se entrelaçam na produção cotidiana do cuidado. Ao longo do livro, revela-se a complexidade das práticas de saúde e a necessidade de processos formativos contínuos, críticos e comprometidos com os princípios do SUS.

Nesse sentido, a obra evidencia que as investigações desenvolvidas no âmbito do PROFSAÚDE não se encerram nas dissertações ou nos produtos técnico-tecnológicos que delas derivam. Elas reverberam nos serviços, nas equipes, nos territórios e nas comunidades onde os profissionais atuam. São pesquisas que se desdobram em mudanças nas práticas de cuidado, contribuindo para qualificar o trabalho em saúde.

Que este livro possa circular pelos territórios, pelas universidades, pelos serviços de saúde, pelos espaços de gestão e pelas mãos de profissionais que acreditam na força da APS. Que suas páginas inspirem novas perguntas, novos encontros e novas possibilidades de produzir conhecimento comprometido com a Saúde Coletiva brasileira.

Que a Rede que tornou possível esta obra continue a crescer, tecendo novos caminhos, novas parcerias e novas possibilidades de transformação da realidade. Porque, quando saberes e afetos caminham juntos, o conhecimento

deixa de ser apenas produção intelectual. Ele se torna movimento, encontro e esperança. E é precisamente isso que o PROFSAÚDE tem sido ao longo desses dez anos: uma rede viva de formação, produção de conhecimento e compromisso com o SUS.

Carla Pacheco Teixeira

Coordenadora Acadêmica Nacional do PROFSAÚDE

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

Assessora da Coordenação Acadêmica Nacional do PROFSAÚDE

Coordenadora Institucional do PROFSAÚDE – FIOCRUZ RIO DE JANEIRO

CAPÍTULO 1

ETARISMO E SUAS MANIFESTAÇÕES NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Thayná Pinto da Costa Luna
Cícera Amanda Mota Seabra
Júlia Aparecida Pereira Gomes
Giovanna Luz Monteiro
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Maria Rosilene Cândido Moreira

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

- **Inovação:** este capítulo traz um tema ainda pouco estudado na interface com a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, caracteriza-se sua originalidade no campo da Saúde Coletiva.
- **Relevância:** o tema deste capítulo apresenta magnitude tanto sanitária quanto social, pois aborda aspectos do etarismo praticado nos serviços de saúde, com desdobramentos sobre as pessoas idosas. Desse modo, supera-se uma lacuna existente sobre o tema e sua interface na APS, contribuindo para a realização de estudos futuros.
- **Impacto:** por ser um tema ainda pouco explorado, este capítulo apresenta o potencial de contribuição para formações em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação, podendo subsidiar também a formulação de políticas públicas de saúde no campo da Saúde Coletiva e da APS.

INTRODUÇÃO

O tema envelhecimento tem motivado preocupações intelectuais e políticas na sociedade, não só por constituir um fenômeno demográfico, mas também por envolver aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e éticos (Mendonça *et al.*, 2021). No setor econômico, a lógica neoliberal desvaloriza os envelhecidos e mantém a disseminação de imagens e atitudes negativas sobre as pessoas idosas, um cenário que se transpõe para o cotidiano dos profissionais de saúde, mediante estereótipos, preconceitos e discriminações, que se expressam em níveis interpessoais e institucionais nos processos de trabalho (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2016; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022).

Esse fenômeno é compreendido como etarismo, definido como o conjunto de estereótipos (como pensamos), preconceitos (como sentimos) e discriminações (como agimos) baseados na idade (World Health Organization [WHO], 2021). No campo da saúde, suas consequências são amplas e danosas, interferindo na qualidade do cuidado, acesso a direitos e na saúde física e mental das pessoas idosas (Ayalon, 2018; WHO, 2021).

Este capítulo apresenta os aspectos conceituais do etarismo e sua existência nas práticas profissionais da APS, visando contribuir para que os leitores reconheçam sua presença no contexto de saúde e compreendam suas formas de expressão, especialmente na prática dos profissionais de saúde deste nível de atenção.

O aporte teórico trazido nesta revisão poderá contribuir, também, para a sensibilização dos interessados na temática quanto ao desenvolvimento de estudos futuros nos diversos cenários de formação profissional e atuação em saúde.

MÉTODO

Este estudo é do tipo revisão narrativa de literatura, realizada nos meses de abril a junho de 2025, na qual se buscou a literatura ampla envolvendo o tema etarismo e suas manifestações na atuação profissional na APS.

O levantamento da literatura foi obtido mediante buscas de artigos, livros e demais documentos relacionados à temática oriundos de buscas que estavam disponíveis para acesso livre na rede mundial de computadores, a partir dos quais houve leitura aprofundada dos textos, extraindo-se os aspectos conceituais do termo, as dimensões e demais classificações, além de sua abrangência no âmbito da APS.

O material analisado foi organizado em duas grandes categorias: “Aspectos conceituais do etarismo” e “Etarismo nos serviços e na Atenção Primária à Saúde”.

Por tratar-se de material teórico, disponível na literatura científica publicizada e disponível pela rede mundial de computadores, não houve necessidade de submissão ou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Este trabalho constitui parte do aporte teórico de três pesquisas em desenvolvimento sobre o tema, sendo uma vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família, da Instituição Associada Universidade Federal do Cariri (PROFSAÚDE UFCA), uma vinculada ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica da UFCA (PIBIC UFCA) e outra vinculada ao Programa de Doutorado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família, da instituição nucleadora Universidade Regional do Cariri (RENASF URCA).

ASPECTOS CONCEITUAIS DO ETARISMO

O etarismo origina-se da utilização da idade como parâmetro para categorizar e agrupar as pessoas de forma a ocasionar perdas, desvantagens,

injustiças e desgaste no relacionamento intergeracional. Esse fenômeno social tem vários aspectos correlatos, dentre eles: três dimensões; três níveis de manifestação; e duas formas de expressão (OPAS, 2022).

Um dos termos relacionados, o ageísmo, foi utilizado pela primeira vez em 1969 por Robert Butler (Minichiello; Browne; Kendig, 2000). Embora o preconceito relacionado à idade exista há muito tempo, seu conceito é relativamente novo, não existindo ainda padronização. Em inglês, utiliza-se a palavra *ageism*; no Brasil, a tradução/adaptação ocorreu como ageísmo, etarismo ou mesmo idadismo.

Os idiomas que não possuem uma designação específica sobre etarismo tendem a utilizar um *proxy*, como *Altersdiskriminierung*, em alemão, que capta apenas a dimensão da discriminação. Já outras línguas também possuem um termo específico, como o espanhol: *edadismo* ou *edaísmo*, e o francês: *âgismo*.

Embora necessário e urgente, combater o etarismo em uma cultura centrada na valorização da juventude é um desafio (Lytle; Levy, 2019). Em comparação a outros tipos de preconceito, ele é o menos estudado, sendo muitas vezes socialmente aceito e, conseqüentemente, de difícil intervenção (França *et al.*, 2017). Para tanto, algumas estratégias demonstram-se promissoras e podem ser sintetizadas em três grandes eixos de ação (OPAS, 2022):

1. Estabelecimento de leis e políticas de combate;
2. Intervenções educacionais;
3. Intervenções de contato intergeracional.

Por ser considerado um conceito multifacetado, é fundamental compreender as dimensões que envolvem o etarismo: estereótipo, preconceito e discriminação. Cada dimensão relaciona-se com uma faculdade psicológica: cognitiva, sentimental e comportamental, respectivamente (Marques *et al.*, 2020).

Os estereótipos são estruturas cognitivas que alojam crenças e expectativas sobre as características dos membros de grupos sociais e norteiam o comportamento referente a elas (Fiske, 1998; Kite; Whitley, 2016).

No etarismo, os estereótipos que uma pessoa carrega sobre a idade orientam suas inferências sobre outras pessoas com base na idade delas, incluindo capacidades físicas, mentais, competências sociais, crenças políticas e religiosas (Levy; Leifheit-Limson, 2009).

Essas inferências podem levar a generalizações excessivas, como considerar que todos os indivíduos de uma determinada faixa etária são iguais, frágeis, incompetentes e/ou amistosas. Os estereótipos variam entre positivos e negativos, mas, por serem generalizações excessivas, ambos são inexatos e possivelmente prejudiciais (Cuddy; Norton; Fiske, 2005).

Preconceito é uma reação emocional ou sentimento (positivo ou negativo) dirigido a uma pessoa com base no “grupo” ao qual se acredita que ela pertença (Stangor; Jhangiani; Tarry, 2017), e essa antecipação de conceito contribui para a criação ou manutenção de relações hierárquicas (Dovidio *et al.*, 2010). No etarismo, o preconceito origina-se com base na percepção de idade. Os sentimentos de “pena” e “dó” são duas formas comuns de preconceito contra as pessoas idosas (Cuddy; Fiske, 2002).

A discriminação, no espectro do etarismo, está relacionada aos comportamentos, incluindo ações, práticas e políticas que são dirigidas às pessoas com base na idade que elas têm. Pode ser evidenciada quando um trabalhador idoso é proibido de comparecer a uma sessão de treinamento por ser considerado muito velho para beneficiar-se dessa oportunidade (OPAS, 2022).

Compreendendo esses conceitos, entende-se que o relacionamento entre estereótipo, preconceito e discriminação é multidirecional, ou seja, as dimensões podem influir entre si (OPAS, 2022). Um estudo determinou que adultos jovens com atitudes negativas em relação às pessoas idosas demonstram menos compaixão e buscam distanciar-se delas em vez de manifestar empatia; uma demonstração de preconceito (Lin, 2001). Outro estudo revelou que empresários detentores de estereótipos negativos em relação aos empregados de mais idade eram também mais punitivos com esse público; um caso de discriminação (Lee; Kim; Han, 2006).

As relações entre estereótipo, preconceito e discriminação são influenciadas pelos contextos e também pelas leis e pela cultura (Fayehun; Adebayo; Gbadamosi, 2005) e não são automáticas. A mera ativação de um estereótipo não implica que as pessoas tenham inevitavelmente sentimentos negativos ou que ajam de maneira discriminatória (Prieler *et al.*, 2015).

Quanto aos níveis de manifestação, o etarismo pode ser classificado como institucional, interpessoal ou autodirigido. O primeiro nível de manifestação não requer obrigatoriamente intenção ou consciência de viés; por isso, é comum que as pessoas não o reconheçam, visto que as regras, normas e práticas das instituições são de longa data, tornam-se rituais e passam a ser concebidas como normais. Ainda, as ideologias institucionais, muitas vezes tácitas, oferecem justificativas para “a forma como as coisas funcionam” (Chang *et al.*, 2020).

Portanto, apesar de não ser sempre intencional, o etarismo institucional legitima a exclusão de pessoas e reforça uma estrutura de poder e influência assimétrica, baseada em suposições associadas à idade (Bai, 2014). Assim como o racismo ou o sexismo institucional, ele nem sempre resulta de viés explícito e, muitas vezes, precisa ser inferido a partir das disparidades verificadas. Por exemplo, na assistência à saúde, as decisões relativas à manutenção ou não da vida por meio de terapias (uso de ventiladores, realização de cirurgias ou de diálise) variam conforme a idade do indivíduo, contribuindo para diferentes respostas entre as faixas etárias.

Esses resultados distintos são fruto, pelo menos parcialmente, de leis, políticas ou práticas de uma instituição. Portanto, uma das principais considerações relativas ao etarismo não é a intenção, mas os resultados obtidos (Gaillard; Desmette, 2010; Bai, 2014; Loos; Ivan, 2018).

O etarismo interpessoal acontece durante as interações entre dois ou mais indivíduos e possui como característica preponderante a clara distinção entre o autor e o alvo. Situações desse nível podem ser evidenciadas quando adultos desrespeitam ou são condescendentes com os mais velhos, ignorando seus pontos de vista na tomada de decisões ou evitando contato e interações, ou

quando há o uso de tom excessivamente complacente, vocabulário e estrutura gramatical simples ao interagir com pessoas idosas (fala infantilizada).

Esse tipo de fala parte da suposição de incapacidade das pessoas idosas e estimula a replicação e disseminação de tal pensamento (Kessler; Rakoczy; Staudinger, 2004; Makita *et al.*, 2019).

O etarismo contra si próprio, por sua vez, ocorre quando as pessoas assimilam o viés com base na idade expresso pela cultura em seu entorno, após permanecerem repetidamente expostas a essas ideias preconcebidas, e, então, aplicam essas tendências a si mesmas (Gendron *et al.*, 2016). São exemplos desse nível: indivíduo com 20 anos que acredita ser jovem demais para assumir cargos de chefia; ou pessoas idosas que não aceitam a possibilidade de aprender novas habilidades nessa etapa da vida e hesitam em realizar matrícula na universidade ou em iniciar um novo *hobby* (OPAS, 2022).

Os três níveis de manifestação do etarismo estão entrelaçados e reforçam-se mutuamente. As regras, normas e práticas institucionais etaristas, assim como as ideologias que elas promovem, podem definir e ser definidas pelas atitudes dos indivíduos, constituintes da base do etarismo interpessoal e integrantes das instituições e da sociedade.

Conjuntamente, o etarismo institucional e o interpessoal são passíveis de ser assimilados e de propiciar o etarismo contra si próprio. Ademais, o etarismo autodirigido é capaz de levar ao conformismo com os estereótipos da sociedade, o que, por sua vez, reforça o etarismo interpessoal e institucional (OPAS, 2022).

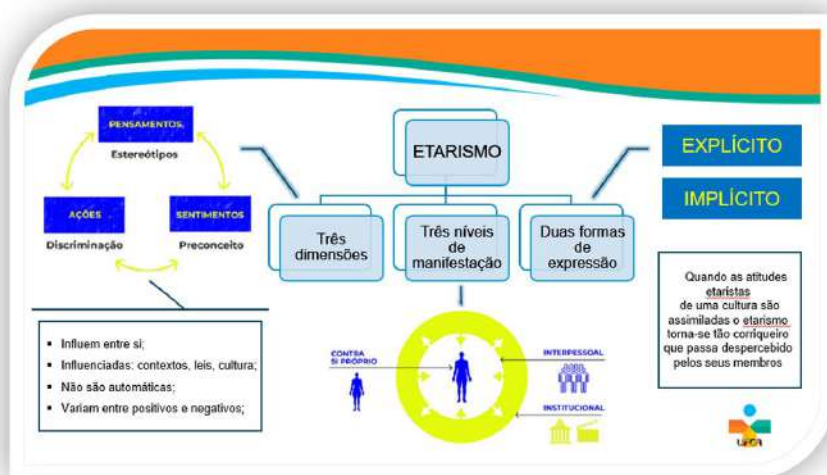
O etarismo também pode ser categorizado de acordo com a forma de expressão, podendo ser explícito ou implícito, dependendo do nível de conscientização ou percepção de quem o comete (Ayalon; Tesch-Romer, 2018).

No etarismo explícito, os pensamentos, sentimentos e ações etaristas são conscientes e intencionais, enquanto, no etarismo implícito ocorre o contrário, ou seja, manifestam-se de maneira inconsciente (Levy *et al.*, 2014). Os indivíduos não reconhecem os pensamentos, sentimentos e ações desencadeados pelos estereótipos de idade e podem racionalizar tais comportamentos, atribuindo-os

a outros fatores. Quando as atitudes etaristas de uma cultura são assimiladas, o etarismo torna-se tão corriqueiro que passa despercebido pelos seus membros, transformando-se em parte da estrutura subconsciente da sociedade, que começa a praticá-lo implicitamente (Gibb; Holroyd, 1996).

Os aspectos conceituais do etarismo podem ser visualizados de globalmente na Figura 1.

Figura 1. Etarismo em suas dimensões, níveis e formas de expressão



Fonte: elaborado pelas autoras, com base no Relatório Mundial sobre o Idadismo (OPAS, 2022).

ETARISMO NOS SERVIÇOS E NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No campo da assistência à saúde, o preconceito contra pessoas idosas pode levar a diagnósticos tardios, tratamentos abaixo do ideal e redução da qualidade de vida das pessoas idosas, devido a noções preconcebidas que

associam envelhecimento à doença, ao declínio e à dependência (González-García *et al.*, 2024). Essas situações podem ocorrer em diversos cenários da atuação dos profissionais de saúde, podendo, inclusive, ser observadas entre aqueles ainda em formação profissional.

Duas revisões de escopo (Araújo *et al.*, 2023; Fhon *et al.*, 2024) realizadas com foco em estudantes de cursos de saúde e em serviços de saúde revelaram que os efeitos dos estereótipos, preconceitos e discriminações vivenciados pelas pessoas idosas são conhecidos e restringem o acesso dessas pessoas aos serviços e cuidados de saúde, a diagnósticos e a tratamentos, e são significativamente associados a piores condições de saúde, longevidade reduzida, à baixa qualidade de vida e ao bem-estar, comportamentos de risco à saúde, relações interpessoais ruins, adoecimentos e outros aspectos negativos. Identificou-se que os estudantes de enfermagem apresentavam estereótipos negativos relacionados à idade e desvalorização da pessoa idosa, dando continuidade aos mitos da sociedade em face do processo de envelhecimento.

A formação profissional também contribui para a manutenção do etarismo, especialmente na área da saúde. O modelo biomédico hegemônico, predominante nos séculos XIX e XX, promoveu uma visão do corpo jovem como padrão de normalidade e, conseqüentemente, associou o corpo envelhecido à doença e à degeneração (Groisman, 2002; Canguilhem, 2011). Essa visão reducionista ainda persiste nos currículos dos cursos de saúde, nos quais o envelhecimento é pouco discutido em sua complexidade biopsicossocial. Como resultado, profissionais muitas vezes reproduzem estereótipos e atitudes discriminatórias, mesmo que de forma inconsciente, no cotidiano da prática clínica.

Estudos realizados com profissionais de saúde descreveram aspectos etaristas presentes nos modos de agir desses trabalhadores durante o exercício profissional, comprometendo a qualidade do cuidado em saúde voltado à pessoa idosa, tais como: anamnese breve; orientações pontuais sobre tratamentos e orientações com linguagem pouco ou não

compreensível ou infantilizante; constrangimento ao prestar cuidados a pessoas idosas; transferência de responsabilidade do cuidado para a família; despreocupação com a falta de privacidade; tratamento desigual, desrespeitoso e que desconsidera as especificidades e vulnerabilidades das pessoas em envelhecimento; percepção negativa sobre o tratamento e sobre a pessoa idosa de forma global (Araújo *et al.*, 2023).

As repercussões do etarismo na saúde das pessoas idosas são amplamente documentadas. Estudos revelam que esse tipo de discriminação compromete os direitos humanos, afeta o acesso aos serviços, agrava o sofrimento mental, acentua o isolamento social e aumenta o risco de doenças e mortalidade (WHO, 2021; Ayalon, 2020). Estereótipos negativos sobre o envelhecimento estão associados ao desenvolvimento de depressão, distúrbios do sono, baixa autoestima, menor estimulação cognitiva e declínio funcional (Sepúlveda-Loyola *et al.*, 2020). Muitas vezes, tais impactos são potencializados pelo etarismo internalizado, ou autodirigido, no qual os próprios idosos passam a crer que são um fardo ou se culpam por sua idade, perpetuando ciclos de exclusão.

Ademais, o discurso do “antienvelhecimento” amplamente promovido nas sociedades contemporâneas, reforça o ideal da juventude como norma desejável e deslegitima os modos de envelhecer, sobretudo nos contextos de maior vulnerabilidade (Manso; Lopes, 2018; Manso; Gobbo, 2023). Embora as políticas internacionais promovam o “envelhecimento ativo”, muitas vezes essa perspectiva ignora as condições reais das populações idosas em países periféricos, nos quais o acesso a direitos básicos e a infraestrutura social é limitado (Cervera; Schmidt, 2022). Nesse cenário, o preconceito etário pode se infiltrar até mesmo nas políticas públicas, dificultando o acesso de idosos ao trabalho, à saúde e à convivência social (Neri, 2005; Couto; Novo, 2009).

Assim, o etarismo por parte de profissionais de saúde pode afetar a qualidade dos cuidados recebidos e, por sua vez, aumentar os riscos negativos

para a saúde global da pessoa idosa, especialmente para a saúde mental, com manifestações tais como depressão, baixa autoestima, ansiedade e solidão (Blanco; Batistoni; Nunes, 2023).

No campo da APS, estudos demonstram que a equipe de Saúde da Família, em seu cotidiano, ainda apresenta dificuldade em diferenciar os processos fisiológicos do envelhecimento das patologias, o que pode contribuir para a naturalização de agravos à saúde e para uma prática clínica baseada em estereótipos (Melo; Amorim, 2022). Tal percepção pode comprometer a escuta qualificada e o cuidado integral, ao reduzir a pessoa idosa a um corpo doente ou incapaz.

Estudo realizado com médicos da APS revelou deficiências significativas na formação desses profissionais quanto ao envelhecimento, destacando que mais de 90% não realizaram residência médica e cerca de 60% nunca haviam participado de cursos de atualização em geriatria ou gerontologia (Vieira *et al.*, 2019).

Os dados mostraram ainda que o conhecimento dos médicos sobre os aspectos sociais e psicológicos do envelhecimento era limitado, e as crenças expressas sobre os idosos tendiam a ser negativas, especialmente no domínio das relações sociais. Essas constatações evidenciam como lacunas formativas e a manutenção de estereótipos podem impactar negativamente a qualidade do cuidado oferecido aos idosos, perpetuando práticas etaristas na APS (Vieira *et al.*, 2019)

Assim, torna-se imprescindível a oferta de educação continuada e estratégias de sensibilização que promovam a valorização da velhice e o combate ao etarismo em todos os níveis de atenção à saúde (Vieira *et al.*, 2019).

De modo semelhante, Melo e Amorim (2022) destacam que a ausência de uma formação crítica e humanizada sobre o envelhecimento contribui para que condutas etaristas se reproduzam no interior das práticas cotidianas das equipes de Saúde da Família, muitas vezes de maneira velada e institucionalizada. Essa invisibilidade do etarismo, praticado de forma

inconsciente, evidencia a internalização de estigmas relacionados à velhice e reforça a urgência de processos reflexivos e educativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

É exatamente na APS, em que a longitudinalidade e o vínculo devem nortear o cuidado, que tais expressões do etarismo podem comprometer o acolhimento e a escuta qualificada, interferindo no acesso, na adesão e nos desfechos em saúde. Reconhecer o ageísmo como uma forma de violência simbólica no ambiente de cuidado é um passo essencial para a transformação da prática profissional e para a efetivação de uma atenção centrada na pessoa idosa em sua integralidade (Dobrowolska *et al.*, 2019).

Uma revisão integrativa conduzida por Dobrowolska *et al.* (2019) identificou que o ageísmo nos cuidados de saúde muitas vezes se expressa de maneira sutil, por meio de atitudes rotineiras e naturalizadas no cotidiano clínico, como a tendência a minimizar as queixas de idosos, a supor que suas condições são “naturais para a idade” ou a priorizar tratamentos menos intensivos. Tais comportamentos são frequentemente justificados por racionalizações técnicas, mas podem ocultar julgamentos etaristas que impactam negativamente o cuidado.

Os autores enfatizam que essas manifestações se perpetuam especialmente quando os profissionais não têm consciência crítica sobre seus próprios vieses, o que reforça a importância de ações de sensibilização, formação ética e reflexão contínua sobre as práticas cotidianas nos serviços.

Diante do exposto, é necessário o reconhecimento da presença do etarismo nos ambientes de saúde (Dobrowolska *et al.*, 2019), a fim de que os profissionais se tornem autovigilantes quanto às práticas que expressam estereótipos, preconceitos e discriminações por idade, e de que os gestores dos serviços estimulem e implementem ações educativas entre os profissionais para conscientizá-los sobre o seu combate de modo permanente (Rababa *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O etarismo constitui uma barreira silenciosa, porém contundente, no acesso, na qualidade e na equidade do cuidado oferecido às pessoas idosas nos serviços de saúde. Na APS, cenário que deveria promover escuta qualificada, vínculo e integralidade, esse preconceito se manifesta de forma implícita e institucionalizada, muitas vezes sem o reconhecimento por parte dos próprios profissionais.

As evidências apresentadas neste capítulo demonstram que estereótipos negativos sobre o envelhecimento ainda permeiam a formação e as práticas dos trabalhadores da saúde, comprometendo a condução ética e humanizada do cuidado. A escassez de abordagens críticas sobre a velhice nos currículos acadêmicos, somada à naturalização de discursos que associam envelhecer à inutilidade, à incapacidade e à dependência, contribui para a reprodução de condutas discriminatórias, muitas vezes mascaradas por supostas racionalidades técnicas.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível reconhecer o etarismo como um fenômeno estrutural e multifacetado, que exige enfrentamento por meio de estratégias educativas permanentes, mudanças institucionais e da construção de uma nova cultura de cuidado. Valorizar a velhice como etapa legítima da vida e valorizar a pessoa idosa como sujeito de direitos deve ser compromisso ético de todos os que atuam na saúde.

Portanto, este capítulo não apenas evidencia o problema, mas convoca à ação: repensar práticas, revisar currículos, fomentar políticas públicas e, sobretudo, estimular a atenção centrada na dignidade e na singularidade da pessoa idosa. Combater o etarismo é promover justiça e humanidade no cuidado.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, P. O.; SOARES, I. M. S. C.; VALE, P. R. L. F.; SOUSA, A. R.; APARICIO, E. C.; CARVALHO, E. S. S. Ageísmo direcionado às pessoas idosas em serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, e4021, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6727.4021>. Acesso em: 30 mar. 2025.
- AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. **Contemporary perspectives on ageism**. Cham: Springer, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>. Acesso em: 10 fev. 2025.
- AYALON, L. There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. **International Psychogeriatrics**, Cambridge, v. 32, n. 10, p. 1221-1224, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1041610220000575>.
- BAI, X. Images of ageing in society: a literature review. **Journal of Population Ageing**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 231-253, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12062-014-9103-x>. Acesso em: 30 mar. 2025.
- BLANCO, A. L.; BATISTONI, S. S. T.; NUNES, D. P. Expressões de idadismo durante a pandemia segundo a percepção de pessoas idosas. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 17, e0230032, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.53886/gga.e0230032>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- CERVERA, D. M. B.; SCHMIDT, M. L. G. Impactos psicológicos do ageísmo em idosos e estratégias para prevenção: estudo de revisão. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 11, e4349, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2022.e4349>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- CHANG, E. S.; KANNOT, S.; LEVY, S.; WANG, S.-Y.; LEE, J. E.; LEVY, B. R. Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 15, n. 1, e0220857, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>. Acesso em: 30 mar. 2025.
- COUTO, M. C. P. P.; KOLLER, S. H.; NOVO, R.; SOARES, P. S. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro: ageísmo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 509-518, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400006>. Acesso em: 30 mar. 2025.
- CUDDY, A. J. C.; FISKE, S. T. Doddering but dear: process, content, and function in stereotyping of older persons. In: NELSON, T. D. (org.). **Ageism: stereotyping and prejudice against older persons**. Cambridge: MIT Press, 2002. p. 3-26.
- CUDDY, A. J. C.; NORTON, M. I.; FISKE, S. T. This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. **Journal of Social Issues**, [S. l.], v. 61, n. 2, p. 267-285, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- DOBROWOLSKA, B.; JĘDRZEJKIEWICZ, B.; PILEWSKA-KOZAK, A.; ZARZYCKA, D.; ŚLUSARSKA, B.; DELUGA, A. *et al.* Age discrimination in healthcare institutions perceived by

seniors and students. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 2, p. 443-459, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733017718392>. Acesso em: 6 abr. 2025.

DOVIDIO, J. F.; HEWSTONE, M.; GLICK, P.; ESSES, V. M. Prejudice, stereotyping and discrimination: theoretical and empirical overview. In: DOVIDIO, J. F.; HEWSTONE, M.; GLICK, P.; ESSES, V. M. (org.). **The Sage handbook of prejudice, stereotyping and discrimination**. Thousand Oaks: Sage, 2010. p. 3-28.

FAYEHUN, O.; ADEBAYO, K.; GBADAMOSI, O. The media, informal learning and ageism in Ibadan, Nigeria. **Nigerian Journal of Sociology and Anthropology**, [S. l.], v. 12, n. 7, p. 134-144, 2005. Disponível em: https://www.nasajournal.com.ng/journal_articles/vol_12/issue_1/paper_9.pdf. Acesso em: 22 mar. 2025.

FHON, J. R. S.; ALVES, N.; SANTOS NETO, A. P. dos; DJINAN, A. R. F. S.; LAURENTI, A. V.; LIMA, E. F. C. Atitudes e percepções sobre idadeismo em estudantes de enfermagem: revisão de escopo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6851.4117>. Acesso em: 13 fev. 2025.

FISKE, S. T. Stereotyping, prejudice, and discrimination. In: GILBERT, D. T.; FISKE, S. T.; LINDZEY, G. (ed.). **The handbook of social psychology**. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1998. p. 357-411.

FRANÇA, L. H. F. P.; BRITO, A. R. S.; VALENTINI, F.; VASQUES-MENEZES, I.; TORRES, C. V. Ageismo no contexto organizacional: a percepção de trabalhadores brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 765-777, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170052>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GAILLARD, M.; DESMETTE, D. (In)validating stereotypes about older workers influences their intentions to retire early and to learn and develop. **Basic and Applied Social Psychology**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 86-98, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01973530903435763>. Acesso em: 4 abr. 2025.

GENDRON, T. L.; WELLEFORD, E. A.; INKER, J.; WHITE, J. T. The language of ageism: why we need to use words carefully. **The Gerontologist**, v. 56, n. 6, p. 997-1006, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv066>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GIBB, H.; HOLROYD, E. Images of old age in the Hong Kong print media. **Ageing & Society**, v. 16, n. 2, p. 151-175, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686x00003275>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GONZÁLEZ-GARCÍA, V.; CHÁVEZ-GARCÍA, C. L.; GIRÓN-CASTILLO, J. E.; REYES-CEDENO, B.; SOSA-TINOCO, E. Combating ageism: awareness and best practices in healthcare for older people. **Gaceta Médica de México**, v. 160, n. 3, p. 347-349, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M24000903>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100004>. Acesso em: 28 mar. 2025.

KESSLER, E. M.; RAKOCZY, K.; STAUDINGER, U. M. The portrayal of older people in prime time television series: the match with gerontological evidence. **Ageing & Society**, v. 24, n. 4, p. 531-552, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686x04002338>. Acesso em: 28 mar. 2025.

KITE, M. E.; WHITLEY, B. J. (org.). **Psychology of prejudice and discrimination**. New York: Routledge, 2016.

LEE, O.; KIM, B. C.; HAN, S. The portrayal of older people in television advertisements: a cross-cultural content analysis of the United States and South Korea. **International Journal of Aging and Human Development**, [S. l.], v. 63, n. 4, p. 279-297, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/ELLG-JELY-UCCY-4L8M>. Acesso em: 28 mar. 2025.

LEVY, B. R.; CHUNG, P. H.; BEDFORD, T.; NAVRAZHINA, K. Facebook as a site for negative age stereotypes. **The Gerontologist**, v. 54, n. 2, p. 172-176, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gns194>. Acesso em: 28 mar. 2025.

LEVY, B. R.; LEIFHEIT-LIMSON, E. The stereotype-matching effect: greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. **Psychology and Aging**, Washington, v. 24, n. 1, p. 230-233, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0014563>. Acesso em: 30 mar. 2025.

LIN, C. A. Cultural values reflected in Chinese and American television advertising. **Journal of Advertising**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 83-94, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00913367.2001.10673653>. Acesso em: 28 mar. 2025.

LLOYD-SHERLOCK, P. G.; EBRAHIM, S.; MCKEE, M.; PRINCE, M. J. Institutional ageism in global health policy. **BMJ**, London, v. 354, i4514, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>. Acesso em: 30 mar. 2025.

LOOS, E.; IVAN, L. Visual ageism in the media. In: AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. (ed.). **Contemporary perspectives on ageism**. Cham: Springer, 2018. p. 163-176. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_11. Acesso em: 4 abr. 2025.

LYTLE, A.; LEVY, S. R. Reducing ageism: education about aging and extended contact with older adults. **The Gerontologist**, v. 59, n. 3, p. 580-588, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx177>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MAKITA, M.; MAS-BLEDA, A.; STUART, E.; THELWALL, M. Ageing, old age and older adults: a social media analysis of dominant topics and discourses. **Ageing & Society**, p. 1-26, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001016>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MANSO, M. E. G.; GOBBO, L. E. M. A velhice não é uma totalidade biológica: o ageísmo entre estudantes de medicina. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 34, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.31423/oikos.v34i2.15062>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MANSO, M. E. G.; LOPES, R. G. C. Violência contra a pessoa idosa, com ênfase no gênero feminino. **Pan American Journal of Aging Research**, v. 6, n. 1, p. 29-37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2018.1.29896>. Acesso em: 9 jul. 2025.

MARQUES, S.; MARIANO, J.; MENDONÇA, J.; DE TAVERNIER, W.; HESS, M.; NAEGELE, L. *et al.* Determinants of ageism against older adults: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, p. 2560, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MELO, R. H. V. de; AMORIM, K. P. C. O idadismo no contexto do trabalho da Estratégia Saúde da Família: projeção de saberes ao tetragrama dialógico de Morin. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, e220209, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-019420220209>.

org/10.1590/interface.220209. Acesso em: 20 fev. 2025.

MENDONÇA, J. M. B.; ABIGALIL, A. P. C.; PEREIRA, P. A. P.; YUSTE, A.; RIBEIRO, J. H. S. The meaning of aging for the dependent elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 57-65, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32382020>. Acesso em: 30 mar. 2025.

MINICHIELLO, V.; BROWNE, J.; KENDIG, H. Perceptions and consequences of ageism: views of older people. **Ageing & Society**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 253-278, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s0144686x99007710>. Acesso em: 28 mar. 2025.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Década do envelhecimento saudável**. [S. l.]: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52902>. Acesso em: 10 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre o idadismo**. [S. l.]: Pan American Health Organization, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34066>. Acesso em: 10 fev. 2025.

PRIELER, M.; KOHLBACHER, F.; HAGIWARA, S.; ARIMA, A. The representation of older people in television advertisements and social change: the case of Japan. **Ageing & Society**, v. 35, n. 4, p. 865-887, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X1400004X>. Acesso em: 30 mar. 2025.

RABABA, M.; HAMMOURI, A. M.; HWEIDI, I. M.; ELLIS, J. L. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: cross-sectional study. **Nursing & Health Sciences**, v. 22, n. 3, p. 593-601, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nhs.12701>. Acesso em: 7 abr. 2025.

SEPÚLVEDA-LOYOLA, W.; RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, I.; PÉREZ-RODRÍGUEZ, P.; GANZ, F.; TORRALBA, R.; OLIVEIRA, D. V.; RODRÍGUEZ-MAÑAS, L. Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. **Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 24, n. 9, p. 938-947, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33155618/>. Acesso em: 4 maio 2025.

STANGOR, C.; JHANGIANI, R.; TARRY, H. **Principles of social psychology**. 1. ed. internacional. Vancouver: BC Campus Open Education, 2017. Disponível em: <https://opentextbc.ca/socialpsychology/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

VIEIRA, A. D. F. P.; GOMES, L. de O.; MORAES, C. F.; NÓBREGA, O. T. Capacitação, conhecimentos e crenças de médicos da Atenção Primária à Saúde relacionados ao envelhecimento. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 329-352, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p329-352>. Acesso em: 30 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on ageism**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>. Acesso em: 20 abr. 2025.



CAPÍTULO 2

AUTISMO, SELETIVIDADE ALIMENTAR E A ATENÇÃO NUTRICIONAL NA SAÚDE COLETIVA

Elanny de Oliveira
Maísa de Lima Claro
Edina Araújo Rodrigues Oliveira
Kênio Karley da Silva Oliveira
Francisca Tereza de Galiza
José Ferreira Lima Júnior

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: este capítulo aborda a seletividade alimentar em crianças com TEA como uma demanda recorrente na APS, discutindo suas implicações nutricionais e psicossociais e delineando estratégias de cuidado interprofissional articuladas às diretrizes do SUS, da escola e da família.

Relevância: o texto aborda um problema de elevada magnitude sanitária e social, pouco explorado nas políticas e protocolos da APS. Contribui para preencher lacunas sobre como a equipe, especialmente o nutricionista que integra as equipes multiprofissionais, pode identificar sinais de alerta, planejar intervenções factíveis e articular escola, família e rede de cuidados.

Impacto: oferece subsídios para a formação de profissionais da APS e para a elaboração de fluxos, protocolos e materiais educativos intersetoriais, com potencial de influenciar políticas e práticas em Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

O número de pessoas diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem crescido, como evidenciado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), que apontou, no ano de 2022, uma prevalência de 1 em cada 31 crianças, na faixa etária de 8 anos (aproximadamente 3,2%), com uma predominância de 3,4 vezes maior em meninos quando comparados às meninas. Esse aumento expressivo reflete tanto o diagnóstico precoce quanto os avanços nos sistemas de rastreamento (Shaw *et al.*, 2025).

Considerando o panorama brasileiro, foram identificadas 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo, segundo o Censo Demográfico de 2022, coordenado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse quantitativo representa cerca de 1,2% da população, com uma faixa etária de maior prevalência entre 5 e 9 anos, e também se evidenciou uma maior prevalência de diagnóstico no sexo masculino (IBGE, 2025).

Embora os dados que contextualizem o panorama brasileiro só tenham sido divulgados recentemente, ao se considerarem estudos avaliando o perfil dos pacientes acompanhados pelos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e os dados do censo escolar brasileiro de educação especial, percebe-se que esses dados já estavam em consonância com o perfil evidenciado pelo censo. Essa realidade atual representa um marco muito importante para as políticas públicas de inclusão e saúde, pois foi a primeira vez que o censo incluiu perguntas voltadas ao diagnóstico do TEA (Tomazelli, Girianelli e Fernandes, 2023; Inep, 2023).

É importante destacar que o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e na interação social, além de estar vinculado a rotinas, preferências ou práticas restritas. Esses sinais costumam surgir nos primeiros anos de vida e apresentam intensidades diversas, refletindo um espectro de apresentações

clínicas (American Psychiatric Association, 2023). Embora sua etiologia ainda não seja completamente conhecida, a perspectiva atual é que se trata de um transtorno com múltiplas causas, que envolve aspectos genéticos, neurológicos e ambientais ligados à criança (Octaviani *et al.*, 2020).

Sendo assim, cabe ponderar que diversos fatores estão associados ao TEA, incluindo ansiedade, depressão, comportamentos externalizantes, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, distúrbios alimentares, distúrbios do sono, além de transtorno de processamento sensorial (Barbosa *et al.*, 2024). Indivíduos com TEA frequentemente apresentam alterações no processamento sensorial, como hipersensibilidade ou hipossensibilidade a estímulos táteis, gustativos, olfativos, auditivos e visuais. Essas alterações afetam o comportamento e a interação com o ambiente, como no caso da aversão a certas texturas ou da busca por estímulos intensos. Compreender essas peculiaridades sensoriais é essencial para desenvolver intervenções eficazes (Silva, 2024).

Fica evidente que, diante da complexidade do TEA e de suas repercussões clínicas, o manejo do tratamento ideal requer uma perspectiva multidisciplinar. Essa estratégia envolve uma atuação integrada de diferentes profissionais da saúde e da educação, como médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, visando, assim, proporcionar a promoção integral do desenvolvimento do indivíduo com TEA, abordando desde aspectos motores e cognitivos até questões sociais, emocionais e nutricionais (Bastos *et al.*, 2025).

Paralelamente à difusão de dados conceituais e epidemiológicos, o aumento da prevalência do TEA no Brasil já era percebido na Atenção Primária à Saúde (APS), haja vista ser a porta de entrada e, dadas as políticas públicas de acompanhamento das crianças nos dois primeiros anos de vida, as sintomatologias tenderem a se manifestar durante as consultas ou mesmo a ser relatadas pelos pais (Santos *et al.*, 2024).

Ainda, deveria ser rotina da equipe multidisciplinar realizar a triagem por meio da Lista de Verificação Modificada para Autismo em Crianças

Pequenas, versão validada e revisada (M-CHAT-R/F), que se encontra presente tanto na caderneta de saúde da criança, como recentemente foi inserida no Prontuário Eletrônico, a fim de oportunizar o rastreio e o diagnóstico mais precoces possível (Losapio *et al.*, 2023).

Porém, a literatura científica tem evidenciado que, na prática, os profissionais de saúde não costumam realizar este rastreio durante as consultas de puericultura, quer seja por desconhecimento do instrumento, quer seja por falta de habilidades conceituais frente ao manejo e à orientação do espectro. Desta maneira, acabam direcionando esses pacientes para a atenção especializada, sendo que, quando laudados, em virtude da onerosidade e da duração do tratamento, esses pacientes acabam retornando para a APS, pois esta dispõe das equipes multiprofissionais, cujas categorias integrantes são as requeridas para o acompanhamento destas crianças, entre as quais destaca-se a nutrição, pois a seletividade alimentar ou mesmo as orientações nutricionais frente ao manejo nutricional delas são bem recorrentes diante do quadro do espectro (Corrêa; Gallina, Schultz, 2021; Mendonça *et al.*, 2021; Carvalho *et al.*, 2023).

No entanto, cabe salientar que não é função primária da APS o acompanhamento terapêutico, porém, dada a complexidade do território brasileiro, na maioria das vezes, ela acaba dando um suporte à atenção especializada, o que requer dos profissionais uma capacitação e desenvolvimento de habilidades frente a estas demandas, bem como um trabalho interprofissional mais alinhado e dialogado, a fim de oportunizar um direcionamento e uma melhoria na qualidade de vida destas crianças e de seus familiares. Desta maneira, o presente trabalho teve por objetivo sintetizar evidências e diretrizes sobre a seletividade alimentar no Transtorno do Espectro Autista e delinear implicações práticas para o cuidado nutricional na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, elaborado no formato de um ensaio teórico, cujas fontes bibliográficas para embasar a escrita do mesmo foram obtidas junto a documentos oficiais do governo brasileiro e organismos mundiais de saúde, além de artigos que versassem sobre a temática trabalhada, de modo a oportunizar uma construção crítico-reflexiva.

Para além dos sites oficiais do governo, foram feitas pesquisas junto às bases de dados PubMed/MEDLINE, LILACS, Scopus, ScienceDirect e SciELO, além da Biblioteca Virtual em Saúde, sem ponderação de marco temporal ou limitação de idioma. Os textos foram reunidos no período de abril a agosto de 2025.

Desta maneira, ao realizar as leituras e análise crítica, optou-se por estruturar os resultados e discuti-los em tópicos, que ficaram subdivididos em quatro categorias: Seletividade Alimentar no Transtorno do Espectro Autista, Repercussões da Seletividade Alimentar no Desenvolvimento Infantil, A Importância das Terapias Alimentares Guiadas por Nutricionistas e Garantias da Nutrição e Terapia Nutricional no TEA, conforme apresentado a seguir.

Este capítulo constitui parte do aporte teórico de uma pesquisa em desenvolvimento sobre a temática, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família, da Instituição Associada Universidade Federal do Cariri (PROFSAÚDE/UFCA).

SELETIVIDADE ALIMENTAR NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Na primeira infância, a nutrição desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da criança. Ela favorece o pleno crescimento e desenvolvimento, contribui para a preservação de hábitos alimentares

saudáveis desde a gestação e ao longo da vida, protege o organismo contra infecções e fornece nutrientes fundamentais para a formação de todos os sistemas do corpo (De Souza Leite, 2024).

A seletividade alimentar em crianças com TEA é um problema multifacetado e se caracteriza por uma ingestão limitada a um número reduzido de alimentos, geralmente associada a um quadro de preferência por determinadas texturas, marcas, cores e apresentações, sendo que pequenos ajustes no preparo, como cor ou disposição do alimento no prato, podem ser motivo suficiente para a recusa. Estudos apontam que esse comportamento alimentar é predominantemente mais comum em crianças atípicas, ultrapassando a “fase seletiva” esperada no desenvolvimento infantil típico (Lima; De Albuquerque, 2024).

As crianças comumente apresentam dificuldades no processamento de estímulos sensoriais, que podem resultar em reações intensificadas ou, ao contrário, em pouca sensibilidade a sensações táteis, gustativas, visuais e olfativas. Esses distúrbios sensoriais têm impacto direto no comportamento alimentar restrito, influenciando diretamente a aceitação ou a rejeição de certos alimentos (Furtuoso; Mori, 2022).

Por outro lado, é fundamental distinguir a recusa alimentar da seletividade alimentar. A recusa, em geral, está relacionada à ausência de hábito, ocorrendo quando o indivíduo não foi previamente exposto ou estimulado a consumir certos alimentos, o que resulta em uma resistência natural à sua ingestão. Por meio de intervenções comportamentais simples, como exposição por repetição, é possível reverter tal quadro. Porém, a seletividade alimentar no TEA tende a ser mais complexa e resistente, exigindo ações terapêuticas sistematizadas e atuação colaborativa entre diferentes áreas (Silva *et al.*, 2020).

De acordo com Vieira *et al.* (2022), a rejeição a determinadas texturas, cheiros fortes ou cores vibrantes configura-se como um dos principais elementos que levam à alimentação limitada em crianças com TEA, resultando em um baixo valor nutricional, seguido de uma ingestão

reduzida de proteínas, vegetais, frutas e fibras, o que pode levar a carências de micronutrientes fundamentais para o desenvolvimento e a saúde, bem como à alta prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2014), os ultraprocessados são alimentos que devem ser evitados devido ao seu alto teor de açúcares, gorduras e aditivos.

Ressalta-se ainda que, além do perfil sensorial e comportamental, a prevalência de sintomas gastrointestinais, como constipação intestinal, refluxo gastroesofágico e desconfortos abdominais recorrentes, é quatro vezes maior em crianças com TEA do que em crianças com desenvolvimento típico. Esse quadro decorre de uma dieta monótona e pobre em fibras e líquidos. O ciclo da seletividade alimentar acaba se perpetuando, pois experiências alimentares negativas, como dor, engasgos ou náuseas, podem ser internalizadas como ameaças, levando a uma recusa mais intensa de determinados alimentos ou texturas (Dias *et al.*, 2021).

Portanto, torna-se imprescindível desenvolver estratégias que auxiliem na ampliação do repertório alimentar dessa população, buscando compreender os aspectos alimentares, os hábitos e as dificuldades, a fim de melhorar os indicadores nutricionais e a qualidade de vida desses indivíduos (Leone, 2024).

Um estudo recente destacou a importância da atuação precoce do nutricionista diante dos primeiros sinais de seletividade alimentar em crianças com TEA, promovendo um acompanhamento individualizado que visa mapear possíveis carências nutricionais, compreender os fatores associados à recusa alimentar e desenvolver estratégias de intervenção seguras e eficazes. Nesse contexto, as terapias alimentares desempenham um papel essencial ao favorecer a reeducação sensorial e comportamental frente aos alimentos, contribuindo para a ampliação gradual do repertório alimentar, a redução da ansiedade durante as refeições e a promoção de uma relação mais saudável com a alimentação (Siqueira, 2023).

Essas estratégias vão ao encontro dos objetivos preconizados pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que são melhorar a alimentação, a nutrição e a saúde, bem como promover práticas alimentares adequadas e saudáveis, realizando vigilância alimentar e nutricional e prevenindo agravos relacionados à alimentação (Brasil, 2013).

Considerando esse cenário e diante da complexidade dos fatores sensoriais, comportamentais, médicos e sociais que influenciam diretamente a alimentação da criança, o acompanhamento nutricional deve ser guiado por um olhar clínico ampliado, interprofissional e interdisciplinar. Nesse processo, é essencial o envolvimento da família e de outros profissionais da equipe multiprofissional na construção de um plano alimentar funcional, equilibrado e adaptado à realidade de cada paciente. Estratégias individualizadas, respeitosas e graduais tendem a ser mais eficazes do que abordagens coercitivas ou rígidas (Leite *et al.*, 2021).

REPERCUSSÕES DA SELETIVIDADE ALIMENTAR NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Na literatura, já se encontra bem documentado que os primeiros mil dias de vida, que abrangem desde a concepção até os dois anos de idade da criança, são cruciais para assegurar seu pleno crescimento e desenvolvimento infantil, sendo que a nutrição desempenha papel fundamental neste processo, visando assegurar os nutrientes essenciais para que o organismo funcione de forma plena (Rodrigues *et al.*, 2025; Calderaro *et al.*, 2025).

Cabe salientar que o desenvolvimento infantil envolve desde o crescimento físico, passando pela maturação biológica e pela aquisição de habilidades, mas, para que isto ocorra de forma adequada, se fazem-se necessários estímulos e suportes, para que as várias interações entre os fatores biopsicológicos e ambientais ocorram, sendo que a sua ausência acarreta prejuízos a longo prazo, muitas vezes irreversíveis (Claro *et al.*, 2022).

Desta maneira, ao assegurar a oferta e a qualidade nutricional, tanto em termos calóricos quanto de nutrientes e ambientes familiares propícios, neste período tão importante a vida da criança, oportuniza-se que elas cheguem à fase adulta bem mais saudáveis (Claro *et al.*, 2021).

Sendo assim, crianças neuroatípicas, como aquelas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, merecem ainda mais atenção nesse quesito. Isso ocorre devido às dificuldades em assegurar uma nutrição adequada, em virtude do histórico sintomatológico e clínico desse espectro. Muitas vezes, essas crianças apresentam seletividade alimentar associada à hipersensibilidade sensorial, dificuldades emocionais e rigidez cognitiva, o que pode dificultar o aproveitamento da neuroplasticidade na primeira infância e comprometer a otimização do funcionamento cognitivo e comportamental, bem como o desenvolvimento infantil adequado (Smith *et al.*, 2020; Schaaf *et al.*, 2014; Okoye *et al.*, 2023).

É importante destacar que as dificuldades do ponto de vista alimentar nestas crianças com TEA, para assegurar o desenvolvimento infantil, iniciam-se desde a amamentação, cujos obstáculos perpassam a baixa taxa de amamentação, passando pela curta duração até o início tardio da mesma (Margari *et al.*, 2020).

Essas evidências, apontam para a dificuldade destas crianças conseguirem praticar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até os dois anos ou mais, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, para obter, assim, os benefícios que o aleitamento materno pode conferir ao desenvolvimento adequado (Brasil, 2015).

Ademais, estas dificuldades persistem na fase de alimentação complementar, em que tendem a apresentar aceitação tardia de alimentos com texturas variadas, bem como demoram a usar os copos e talheres (Margari *et al.*, 2020). O efeito cumulativo dessas dificuldades alimentares podem repercutir no estado nutricional e de saúde da criança, representando mais um fator de estresse para os cuidadores (Barbosa *et al.*, 2023).

Nesta fase da alimentação complementar, tem-se percebido uma preferência de crianças autistas por alimentos ultraprocessados em detrimento dos alimentos in natura e minimamente processados. Essa preferência é justificada, na maioria das vezes, por aspectos fisiológicos do espectro, como a sensibilidade sensorial, uma vez que os alimentos mais industrializados apresentam menor variabilidade de sabores e texturas, diferentemente dos alimentos mais naturais, que dependem das condições climáticas da natureza. Esse fato acaba incidindo no comportamento alimentar dessas crianças, e o consumo de alimentos não saudáveis pode refletir diretamente no estado nutricional (Rabelo Neto *et al.*, 2025).

Desta forma, quando se avalia a composição corporal destas crianças, percebe-se uma tendência para os extremos, quer seja para o baixo peso, quer seja para o excesso de peso, o que pode vir a desencadear resultados adversos à saúde (Molina-López *et al.*, 2021; Rabelo Neto *et al.*, 2025).

Quando alimentos ultraprocessados são introduzidos precocemente e, paralelamente, há ausência da oferta de nutrientes essenciais nessa fase tão importante da vida, percebe-se maior atraso no crescimento, maior prevalência de doenças infecciosas e fragilização do sistema imunológico. Esses déficits nutricionais podem ocasionar alterações epigenéticas permanentes, que comprometem a saúde metabólica do indivíduo, tornando-o mais suscetível ao desenvolvimento de doenças crônicas, como obesidade, hipertensão e diabetes tipo 2 (Rodrigues *et al.*, 2025).

Assim, a depender do nível de suporte requerido e do grau de seletividade alimentar, estes podem afetar diretamente a alimentação e a nutrição da criança, tornando o manejo nutricional ainda mais desafiador, o que requer tanto dos profissionais, quanto da família um olhar e atitudes mais direcionadas para que os desfechos não sejam desfavoráveis (Barbosa *et al.*, 2023).

A IMPORTÂNCIA DAS TERAPIAS ALIMENTARES GUIADAS POR NUTRICIONISTAS

Em decorrência do aumento da prevalência de crianças diagnosticadas com autismo, tem sido enfatizada a necessidade de uma intervenção nutricional cada vez mais precoce. Essa intervenção deve considerar a percepção sintomatológica frente à alimentação, principalmente no tocante à seletividade alimentar. A ênfase recai sobre os dois primeiros anos de vida da criança, visando aproveitar a maior capacidade de adaptação do cérebro infantil (De Marco *et al.*, 2021).

Dessa forma, o primeiro passo a ser ponderado é a análise do comportamento alimentar dessas crianças, pois, com base nesse olhar, serão traçadas as estratégias nutricionais mais adequadas a cada caso. Deve-se estimular a promoção de ambientes sensoriais atrativos, que oportunizem a introdução gradual de novos alimentos no repertório alimentar, como meio de treinar e moldar as respostas alimentares, a fim de obter melhorias tanto no comportamento quanto no estado nutricional da criança. Na maioria dos casos, para alcançar essas melhorias, é imprescindível que haja articulação entre nutricionista, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (Mendonça; Ramos, 2021).

Com isto, reforça-se a relevância do trabalho acontecer em equipe e de forma compartilhada, tanto entre os profissionais quanto com a família, de modo a respeitar a individualidade e a particularidade de cada indivíduo. Neste sentido, o profissional de Nutrição é o mais indicado para conduzir as terapias alimentares, devendo ponderar que cada família apresenta hábitos alimentares diversos, sendo que o indivíduo manifesta padrões alimentares pessoais, que envolvem aspectos sociais, biológicos, ambientais e familiares que irão interagir entre si (Magagnin *et al.*, 2021; Rabelo Neto *et al.*, 2025).

Além disso, o nutricionista deverá ter o entendimento de que muitos pais não dispõem de conhecimentos suficientes acerca dos objetivos a serem

alcançados nas terapias alimentares, nem de que devem dar continuidade a elas dentro do domicílio. Por isso, é importante que ele disponha de um momento com os familiares, a fim de orientá-los a adotar hábitos alimentares mais saudáveis, de modo a ser mais um reforço positivo para incentivar a aceitação alimentar e não se tornar mais um fator estressante para a família, já que este novo padrão alimentar estará incorporado a dinâmica familiar (Magagnin *et al.*, 2021).

Quando as intervenções alimentares acontecem de forma precoce e são guiadas por profissionais habilitados, como os nutricionistas, nota-se uma melhora significativa no comportamento alimentar. Essa melhora repercute diretamente no estado nutricional da criança e afeta positivamente seu desenvolvimento global, com destaque para avanços na aprendizagem e na interação social (De Paula *et al.*, 2020).

Sendo assim, na prática clínica, equipes compostas por psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais têm se mostrado mais efetivas. Essas equipes trabalham de forma compartilhada, com intervenções individualizadas e harmônicas entre si, dentro de cada área de atuação. Essa articulação contribui para os ajustes alimentares e para a melhoria das alterações neuropsicológicas (Duarte *et al.*, 2022).

Dessa maneira, é imprescindível que todos esses profissionais estejam em constante processo de aperfeiçoamento, seja por meio de cursos, congressos, trocas de saberes entre colegas ou materiais disponibilizados pelos órgãos de saúde, como o Ministério da Saúde. Os familiares também devem ser envolvidos nesse processo, pois esses aprimoramentos possibilitam a identificação de novas demandas, o recálculo de rotas e a busca por objetivos em comum. Assim, o planejamento, a intervenção e o monitoramento podem alcançar maiores avanços (Romeu; Rossit, 2022).

GARANTIAS DA NUTRIÇÃO E TERAPIA NUTRICIONAL NO TEA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 11, §1º, consolida o princípio da proteção integral ao garantir acesso universal à saúde, nutrição adequada e atendimento especializado, incluindo crianças com deficiência (Brasil, 1990). Esse direito foi reforçado pela Lei Berenice Piana (Lei n. 12.764/2012), que reconhece o TEA como condição de deficiência, assegurando direitos à saúde, à educação e à assistência social, além de destacar a necessidade de atendimento multiprofissional (Brasil, 2012).

Recentemente, a Lei n. 15.131/2025 ampliou ainda mais essas garantias ao incluir explicitamente a nutrição adequada e a terapia nutricional como partes essenciais do cuidado. Essas ações devem ser realizadas por profissionais habilitados e seguir protocolos clínicos estabelecidos (Brasil, 2025).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) também reforça o direito humano à alimentação adequada e saudável. A política considera as particularidades nutricionais das pessoas com deficiência, como seletividade alimentar, distúrbios gastrointestinais e necessidade de suplementação (Brasil, 2013).

No campo da educação, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), instituído pela Lei n. 11.947/2009, garante cardápios adaptados para alunos com necessidades alimentares especiais, incluindo aqueles com TEA (Brasil, 2009). A Lei n. 12.982/2014 reforça esse programa ao determinar que os cardápios sejam elaborados considerando as demandas individuais de cada aluno (Brasil, 2014).

Em tramitação, o Projeto de Lei n. 29/2023 propõe permitir que estudantes com TEA levem seus próprios alimentos para a escola. A proposta busca garantir o direito à alimentação adequada em casos de seletividade alimentar ou restrições específicas, com base em recomendações médicas e nutricionais (Brasil, 2023).

Um dos maiores desafios nutricionais enfrentados por pessoas com TEA é a seletividade alimentar. Essa condição pode levar a dietas restritivas, deficiências nutricionais e, em alguns casos, sobrepeso ou obesidade, devido à preferência por alimentos hipercalóricos (Bottan *et al.*, 2020). O estudo realizado por Esposito *et al.* (2023) indicou que crianças com TEA apresentam problemas alimentares mais significativos do que seus pares neurotípicos, incluindo comportamentos disfuncionais durante as refeições, como recusa alimentar e baixa variedade na dieta.

Desta forma, tem-se percebido que crianças do espectro autista demonstram acentuada preferência por alimentos ultraprocessados, principalmente devido à sua textura consistente, ao sabor intenso e à aparência previsível. Essa inclinação alimentar demanda uma avaliação nutricional minuciosa, com o objetivo de prevenir tanto carências nutricionais quanto o desenvolvimento de comorbidades metabólicas decorrentes do consumo excessivo de alimentos hipercalóricos (Holanda *et al.*, 2023).

Por isso, atentar-se aos padrões alimentares deste público se faz imprescindível, como evidenciado em um estudo que apontou que aproximadamente 78% das crianças com TEA apresentavam aversão consistente a alimentos naturais, preferindo claramente produtos industrializados de sabores marcantes e texturas homogêneas. Ainda, 42% dos casos estudados necessitavam de adaptações dietéticas específicas não relacionadas diretamente ao autismo, como restrição à lactose ou ao glúten. O estudo revelou ainda que 92% dos pais entrevistados relatavam níveis significativos de estresse e exaustão emocional decorrentes das batalhas diárias para introduzir alimentos saudáveis, com muitos expressando sentimentos de fracasso e impotência diante da rigidez alimentar de seus filhos (Magagnin *et al.*, 2021).

É importante destacar que pessoas neurodiversas não possuem necessidades nutricionais diferentes das pessoas neurotípicas, mas enfrentam desafios comportamentais e sensoriais que impactam sua relação com a alimentação. Nesse contexto, o nutricionista desempenha um papel fundamental,

atuando no planejamento de rotinas alimentares saudáveis, na ampliação de experiências sensoriais, na redução do estresse durante as refeições e na prevenção de carências nutricionais (British Dietetic Association, 2024).

Uma abordagem emergente no cuidado nutricional de pessoas com TEA é a terapia alimentar, que combina educação nutricional com técnicas de integração sensorial para melhorar a aceitação de alimentos e a autonomia. Essa prática é semelhante à realizada por terapeutas ocupacionais e visa desenvolver habilidades que facilitem a realização das refeições e promovam hábitos alimentares mais saudáveis (Cerchiari *et al.*, 2023; Lima; Ramos, 2022).

A evolução do marco legal brasileiro, com destaque para a Lei Berenice Piana e suas atualizações, demonstra significativos avanços na garantia dos direitos nutricionais das pessoas com TEA, estabelecendo diretrizes claras para o atendimento especializado e multiprofissional. No entanto, os desafios práticos decorrentes da seletividade alimentar, como, dietas restritivas, riscos nutricionais e sobrecarga familiar, exigem abordagens inovadoras e personalizadas.

A terapia alimentar surge como estratégia promissora ao integrar abordagens nutricionais e técnicas sensoriais, embora sua implementação requeira maior formação profissional e adaptação dos serviços de saúde. Para tanto, é fundamental investir na formação de equipes multiprofissionais, no desenvolvimento de protocolos baseados em evidências e no apoio contínuo às famílias, visando superar as barreiras sensoriais e promover uma relação mais saudável com a alimentação. Dessa forma, será possível transformar os avanços legais em melhorias concretas na qualidade de vida dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que a condição do Transtorno do Espectro Autista exige uma abordagem multidisciplinar que assegure o desenvolvimento integral da

pessoa, incluindo o cuidado nutricional frente à seletividade e às restrições alimentares. Os estudos demonstram desafios sensoriais, comportamentais e gastrointestinais que interferem diretamente na alimentação, podendo resultar em deficiências nutricionais, dietas excessivamente restritivas e, muitas vezes, no elevado consumo de ultraprocessados. Quando não manejadas adequadamente, essas situações podem gerar repercussões negativas importantes na cognição, no crescimento, no desenvolvimento e no metabolismo infantil em longo prazo.

Por isso, a atuação antecipada do nutricionista, em parceria com a equipe multiprofissional, constitui um pilar essencial no cuidado integral à pessoa com TEA. O planejamento de estratégias voltadas às terapias alimentares, que se articulam à educação nutricional e às técnicas de integração sensorial, tem se mostrado promissor para reduzir sinais comportamentais e ampliar o repertório alimentar. No entanto, é importante reforçar que essas terapias exigem treinamento específico, acompanhamento contínuo e adequada articulação como a rede de atenção.

A efetividade das intervenções, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, depende fortemente da integração com a família e com a escola, que são ambientes-chave para a sustentação das mudanças alimentares. A participação da família e a oferta de espaços adaptados para as refeições são alicerces fundamentais para o êxito das estratégias nutricionais, favorecendo a permanência das mudanças na rotina e contribuindo para uma experiência positiva da criança com os alimentos.

No campo legal, o Brasil vem avançando por meio de reformulações e novas legislações que garantem direitos às pessoas com TEA. A Lei Berenice Piana e sua atualização pela Lei n. 15.131/2025 ampliam o acesso à nutrição adequada e à terapia nutricional especializada. Contudo, para que esses direitos se concretizem, é necessário que tais políticas se traduzam em práticas reais de cuidado, com profissionais em formação contínua, protocolos baseados em evidências e acesso ampliado aos serviços de saúde e à educação inclusiva.

Apesar dos avanços, ainda persistem lacunas importantes: ausência de protocolos padronizados na APS para o manejo nutricional da seletividade alimentar; escassez de estudos de custo-efetividade das intervenções; e dificuldades na formação de equipes preparadas para lidar com a complexidade do TEA no cotidiano dos serviços. Em síntese, a oferta de uma alimentação equilibrada e adequada às necessidades das crianças com TEA contribui não apenas para o crescimento e o desenvolvimento, mas também para uma melhor qualidade de vida.

Sendo assim, a seletividade alimentar deve ser tratada com o olhar atento do nutricionista, por meio de abordagens específicas e continuadas, que garantam o direito da criança à alimentação saudável. Para alcançar esses objetivos, torna-se indispensável a união de esforços entre o poder público, a família, a escola e os profissionais de saúde, assegurando intervenções personalizadas, ambientes favoráveis ao acolhimento e políticas públicas efetivas. Somente assim será possível transformar os desafios nutricionais em oportunidades para promover o desenvolvimento integral e sustentável de cada criança.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **What is Autism Spectrum Disorder?** Washington, DC: American Psychiatric Association, 2023. Disponível em: <https://www.psychiatry.org>. Acesso em: 28 maio 2026.
- BARBOSA, F. C. *et al.* A nutrição no transtorno do espectro autista: benefícios de intervenções dietéticas na infância. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – REVISA**, v. 12, n. 2, p. 330-338, 2023.
- Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p330a338>. Acesso em: 28 maio 2026.
- BARBOSA, F. C. *et al.* Metodologias interdisciplinares e inclusivas no tratamento em grupo para crianças autistas e neurodivergentes. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 15, n. 4, e3699, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.7769/gesec.v15i4.3699>. Acesso em: 28 maio 2026.
- BASTOS, I. T. *et al.* A importância das abordagens multidisciplinares no tratamento do Transtorno do Espectro Autista. **Journal of Medical and Biosciences Research**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 995-1009, 2025. Disponível em: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/536>. Acesso em: 28 maio 2026.

BOTTAN, M. *et al.* Analisar a alimentação de autistas por meio de revisão de literatura. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, v. 6, n. 12, p. 100448-100470, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-512>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. **Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. **Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. **Lei n. 12.982, de 28 de maio de 2014**. Altera a Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009. Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12982.htm. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. **Lei n. 15.131, de 29 de abril de 2025**. Brasília, DF: Presidência da República, 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2025/Lei/L15131.htm. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_alimentacao_complementar.pdf. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 29, de 2023**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2345671>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRITISH DIETETIC ASSOCIATION. **Autism and diet**. Birmingham: British Dietetic Association, 2024. Disponível em: <https://www.bda.uk.com/resource/autism-diet.html>. Acesso em: 28 maio 2026.

CALDERARO, S. P. R. *et al.* O impacto da insegurança alimentar nos primeiros mil dias e as consequências para o desenvolvimento infantil. **ARACÊ**, v. 7, n. 6, p. 34431-34444, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n6-311>. Acesso em: 28 maio 2026.

CARVALHO, M. M. *et al.* Aplicação da escala M-Chat pelos profissionais das UBSF's: contraste

entre teoria e prática. **Revista Master: Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 8, n. 15, 2023.

Disponível em: <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v8i15.368>. Acesso em: 28 maio 2026.

CERCHIARI, A. *et al.* The efficacy of the global intensive feeding therapy on feeding and swallowing abilities in children with Autism Spectrum Disorder: a pilot study. *Children*, v. 10, n. 7, p. 1241, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children10071241>. Acesso em: 28 maio 2026.

CLARO, M. L. *et al.* Desenvolvimento infantil e formação do capital humano. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 10, e2233, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.2233>. Acesso em: 28 maio 2026.

CLARO, M. L. *et al.* Desenvolvimento infantil como elemento intermediário nas políticas públicas de alimentação e nutrição. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 3, p. 721-726, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030016>. Acesso em: 28 maio 2026.

CORRÊA, I. S.; GALLINA, F.; SCHULTZ, L. F. Indicadores para triagem do transtorno do espectro autista na puericultura. **Revista APS**, v. 24, n. 2, p. 282-295, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.32438>. Acesso em: 28 maio 2026.

DE MARCO, R. L. *et al.* TEA e neuroplasticidade: identificação e intervenção precoce. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 104534-104552, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-193>. Acesso em: 28 maio 2026.

DE PAULA, F. M. *et al.* Transtorno do espectro do autismo: impacto no comportamento alimentar. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5009-5023, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-083>. Acesso em: 28 maio 2026.

DIAS, P. A. R. *et al.* Influência de sintomas gastrointestinais na qualidade de vida em crianças com TEA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, e6582, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e6582.2021>. Acesso em: 28 maio 2026.

DUARTE, C. P. *et al.* Abordagem interdisciplinar para avaliação e intervenção em dificuldades alimentares no autismo. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 109-127, jul./dez. 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-03072021000200006&script=sci_arttext. Acesso em: 28 maio 2026.

ESPOSITO, M. *et al.* Food selectivity in children with autism: guidelines for assessment and clinical interventions. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 6, p. 5092, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20065092>. Acesso em: 28 maio 2026.

FURTUOSO, P.; MORI, N. N. R. Integração sensorial em escolares com TEA. **Conjecturas**, v. 22, n. 16, p. 419-431, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.53660/CONJ-2017-MP41>. Acesso em: 28 maio 2026.

HOLANDA, R. E. N. *et al.* Consumo alimentar em crianças com TEA. **Recima 21**, v. 4, n. 2, e422790, 2023. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2790>. Acesso em: 28 maio 2026.

IBGE. Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil.

Agência de Notícias, 23 maio 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 maio 2026.

INEP. Matrículas na educação especial chegam a mais de 1,7 milhão. Brasília, DF: INEP, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inep>. Acesso em: 28 maio 2026.

LEITE, W. S. *et al.* Influência da família no comportamento alimentar na primeira infância: uma revisão narrativa. **Studies in Health Sciences**, [S. l.], v. 5, n. 4, e12932, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/12932>. Acesso em: 28 maio 2026.

LEONE, S. L. **Educação em saúde em escolas**. 2024. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

LIMA, D. O. P.; RAMOS, S. A. P. Terapia de integração sensorial em TEA com seletividade alimentar. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, e2824, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE21372824>. Acesso em: 28 maio 2026.

LOSAPIO, M. F. *et al.* Translation and validation of the M-CHAT-R/F scale. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 41, e2021262, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021262>. Acesso em: 28 maio 2026.

MAGAGNIN, T. *et al.* Aspectos alimentares e nutricionais em crianças e adolescentes com TEA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e310104, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310104>. Acesso em: 28 maio 2026.

MARGARI, L. *et al.* Eating and mealtime behaviors in autism spectrum disorder. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 16, p. 2083-2102, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/NDT.S224779>. Acesso em: 28 maio 2026.

MENDONÇA, A. G.; GARCIA, C. P. M.; MARTINS, I. G. N.; SOUZA, M. C. T.; SILVA, C. C. S. Tecnologia em saúde e Transtorno do Espectro Autista na atenção primária em saúde. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 19, n. 1, p. 6-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17695/rcsne.vol20.n3.p206-213>. Acesso em: 28 maio 2026.

MENDONÇA, L. V. S.; RAMOS, M. R. **A importância de identificar o TEA precocemente**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário do Sul de Minas, Varginha, 2021.

MOLINA-LÓPEZ, J. *et al.* Food selectivity and nutritional inadequacies in children with ASD. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 12, p. 2155-2166, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23631>. Acesso em: 28 maio 2026.

OCTAVIANI, J. V. *et al.* A importância de protocolos para prevenção de sinais de risco para autismo. **Revista FAIPE**, v. 10, n. 1, p. 47-56, 2020. Disponível em: <https://portal.periodicos.faipe.edu.br/ojs/index.php/rfaipe/article/view/105>. Acesso em: 28 maio 2026.

OKOYE, C. *et al.* Early diagnosis of autism spectrum disorder: risks and benefits. **Cureus**, v. 15, n. 8, e43226, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.43226>. Acesso em: 28 maio 2026.

RABELO NETO, M. *et al.* Análise do estado nutricional e comportamento alimentar em crianças com TEA. **Demetra**, v. 20, e81869, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2025.81869>. Acesso em: 28 maio 2026.

RODRIGUES, A. C. S. *et al.* O impacto da nutrição nos primeiros mil dias. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 1, p. 1-20, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n1-289>. Acesso em: 28 maio 2026.

ROMEU, C. A.; ROSSIT, R. Trabalho interprofissional no atendimento à criança com TEA. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 28, e0114, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0114>. Acesso em: 28 maio 2026.

SANTOS, C. L. D. *et al.* Screening and diagnostic tools for autism: systematic review and meta-analysis. **Clinics**, v. 79, n. 13, 100323, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2023.100323>. Acesso em: 28 maio 2026.

SÁ, R. C. S.; SAMPAIO, R. T. F. A importância da intervenção nutricional em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 31151-31165, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65523>. Acesso em: 28 maio 2026.

SCHAAF, R. C. *et al.* Occupational therapy and sensory integration for children with autism. **Autism**, v. 18, n. 6, p. 663-677, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1362361313498001>. Acesso em: 28 maio 2026.

SHAW, K. A. *et al.* Prevalence and early identification of ASD in children aged 4-8. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 74, n. 12, p. 1-22, 2025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7402a1>. Acesso em: 28 maio 2026.

SILVA, A. C. F.; ARAÚJO, M. L.; DORNELAS, R. T. A importância do diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista. **Psicologia & Conexões**, v. 1, n. 1, p. 1-32, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29327/psicon.v1.2020-4>. Acesso em: 28 maio 2026.

SILVA, N. M. A. **Comparação de sintomas sensoriais em crianças com autismo**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2024.

SIQUEIRA, A. L. M. O. **Intervenção nutricional na seletividade alimentar em crianças com transtorno do espectro autista**: uma revisão integrativa. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

SMITH, B. *et al.* Sensory sensitivity and food preferences in neurodevelopmental disorders. **Appetite**, v. 150, 104643, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104643>. Acesso em: 28 maio 2026.

TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R.; FERNANDES, C. S. Incidência de transtorno global do desenvolvimento. **Psicologia USP**, v. 34, e210002, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01t03-6564e210002>. Acesso em: 28 maio 2026.

VIEIRA, I. T. S.; ABREU, A. S.; RAVAZZANI, E. D. A. Seletividade alimentar em crianças portadoras de transtorno do espectro autista. In: EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNIBRASIL, 2022, Curitiba. **Anais do EVINCI – UniBrasil**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 114-114, 1 out. 2022. Disponível em: <https://www.escavador.com/sobre/8702818/edilceia-domingues-do-amaral-ravazzani>. Acesso em: 28 maio 2026.

CAPÍTULO 3

IMPLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Paula Agostinho Alencar
Natália Campos Parente
Maria Rosilene Cândido Moreira

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: a pesquisa contribui para o fortalecimento da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) por intermédio da Educação Interprofissional.

Relevância: a revisão se torna relevante por sensibilizar a promoção do trabalho em equipe, estimulando os profissionais da APS a atuarem em intersetorialidade com multiprofissionalismo fortalecendo o cuidado integral, reforçando seu impacto na Segurança do Paciente.

Impacto: impacta na compreensão da importância da Educação Interprofissional para a Segurança do Paciente, na redução de danos e óbitos por erros durante o cuidado da saúde e impacta diretamente no bem-estar da população assistida na rede de cuidado à saúde orientada pela APS.

INTRODUÇÃO

Na perspectiva do avanço das práticas de saúde emergiu a Educação Interprofissional (EIP), definida como atividade que envolve dois ou mais profissionais que realizam o aprendizado de forma conjunta, de modo integrado, com vistas à qualificação da atenção à saúde. Após meio século de pesquisas, a EIP tem sido altamente recomendada por promover uma prática colaborativa eficaz que, por sua vez, fortalece os serviços, tornando ótimos os resultados na saúde, inclusive, com impacto positivo na segurança do paciente (SP) (Uchôa, 2018).

A SP, configura-se ainda, como uma estratégia capaz de aprimorar a qualidade da atenção à saúde a partir da prática colaborativa no processo de trabalho em equipe. Esta potencialidade favorece processos de formação de habilitados para estabelecer relações mais coadjuvantes entre os profissionais da saúde (Farinha *et al.*, 2023). A SP é caracterizada como a redução a um mínimo aceitável de risco de dano desnecessário ao paciente (Brasil, 2013). É fato que a EIP implica em transformações políticas, culturais e institucionais, de modo a permitir que profissionais tenham experiências consolidadas quanto a um serviço de saúde qualificado e seguro, direcionado ao cuidado dos usuários, disparado por meio da EIP consolidada (Dias; Vasconcelos, 2021). Oferecer um cuidado seguro aos usuários do serviço de saúde é uma premissa da qualidade assistencial.

A segurança do paciente instituiu-se fortemente no Brasil a partir do ano de 2013, com o surgimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da portaria 529/13 do Ministério da Saúde, trazendo os principais conceitos e direcionando para a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, de 2013, que institui a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em todas as instituições de saúde (Brasil, 2013).

No entanto, mais de uma década após a publicação da PNSP, a SP vem se firmando aos poucos. A cada ano, ganha espaço nos debates, nas políticas de saúde e nas discussões de gestão, mostrando-se essencial para uma oferta

de serviços de saúde seguros e indissociável de uma cultura organizacional. Essa redução de riscos pode ser favorecida por meio do trabalho em equipe e da prática colaborativa, características intrínsecas da EIP.

Essas conexões entre a EIP e a SP precisam estar presentes em todos os níveis assistenciais de cuidado aos usuários, sendo fundamental e prioritária a sua prática desde a Atenção Primária à Saúde (APS), que atua como coordenadora do cuidado. A APS surgiu orientada pelos direitos garantidos à população, como o acesso universal, equânime e integral ao cuidado (Martins; Carbonai, 2021).

Dentre as responsabilidades da APS, está garantir a SP do paciente, buscando a melhoria contínua da saúde e do bem-estar da população, metas inseridas na Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Martins *et al.*, 2024). O cuidado inseguro na APS pode causar comorbidades, óbitos evitáveis e maior uso de recursos, como internações. Por isso, é essencial desenvolver competências, como a EIP, para fortalecer a Segurança do Paciente.

Assim, o objetivo deste estudo é realizar uma síntese do conhecimento sobre educação interprofissional e suas implicações na segurança do paciente para a APS. A pesquisa justifica-se pela possibilidade de aplicabilidade dos resultados nas práticas da APS e pela observação, por parte da pesquisadora, durante sua prática assistencial, da inexistência do Núcleo de Segurança do Paciente na APS em que atua.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa estruturada a partir do estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008), que objetivou analisar a literatura em busca de futuras projeções e contribuições para a prática da segurança do paciente. A revisão integrativa é um método que reúne e sintetiza pesquisas de forma sistemática, permitindo incorporar evidências à prática clínica e aprofundar o

conhecimento sobre o tema investigado. Logo, por viabilizar conclusões gerais sobre uma área particular de estudo, é fornecido suporte para a adequada tomada de decisão e aprimoramento na assistência, além de indicar lacunas do conhecimento que necessitam da execução de novos estudos. A respeito do protocolo do estudo, foi adotada a recomendação do Protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), seguindo o modelo de fluxograma (Figura 1) para novas revisões que incluíram artigos apenas em bancos de dados e registros, no sentido de percorrer as etapas de identificação, triagem e inclusão dos artigos (Page *et al.*, 2021).

A questão de pesquisa foi elaborada conforme a estratégia PICO (*Patient or problem, Phenomenon of interest e Context*), a qual se configura como uma importante ferramenta para o auxílio na identificação dos termos a serem utilizados na estratégia de busca (Araújo, 2020). Nesse sentido, foi delimitada a seguinte questão: quais as implicações da educação interprofissional para a segurança do paciente na APS? Os Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH) disponíveis na plataforma a serem utilizados na amostragem: educação interprofissional (*problem*), segurança do paciente (*Phenomenon of interest*) e Atenção Primária à Saúde (*Context*). Na estratégia de busca, utilizou-se o operador *Booleano* “AND/OR” (Quadro 1).

Identificaram-se os artigos por meio da busca na literatura, realizada em maio e junho de 2025, nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Uma vez excluídas as duplicatas, realizou-se a triagem por meio da leitura dos títulos dos artigos encontrados, seguida da leitura dos resumos e do estudo na íntegra, a partir da pergunta norteadora. Para gerenciar o processo de triagem dos estudos, foi utilizado o *software* Rayyan, aplicativo gratuito desenvolvido para auxiliar em pesquisas de revisão sistemática e meta-análise (Ouzzani *et al.*, 2016).

Para a segunda etapa, referente à amostragem e à busca da literatura, elencaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra e gratuitamente, em português, inglês e espanhol, que tenham como participantes os profissionais da APS e que tratem da educação interprofissional e da segurança do paciente na APS. Foram excluídas dissertações, teses, revisões, editoriais, cartas e resumos. Não houve recorte temporal.

Quadro 1. Estratégia de busca com operador *Booleano* e DeCS/MeSH. Crato, 2025.

Estratégia MEDLINE – 16 publicações encontradas
#1 (educação interprofissional) AND (segurança do paciente) AND (atenção primária à saúde) OR (<i>Interprofessional Education</i>) OR (<i>Patient Safety</i>) OR (<i>Primary Health Care</i>)
Estratégia LILACS – 14 publicações encontradas
#1 (educação interprofissional) AND (segurança do paciente) AND (atenção primária à saúde) OR (<i>Interprofessional Education</i>) OR (<i>Patient Safety</i>) OR (<i>Primary Health Care</i>)
Estratégia BDENF – 09 publicações encontradas
#1 (educação interprofissional) AND (segurança do paciente) AND (atenção primária à saúde) OR (<i>Interprofessional Education</i>) OR (<i>Patient Safety</i>) OR (<i>Primary Health Care</i>)
Estratégia SciELO – 03 publicações encontradas
#1 ((educação interprofissional) AND (segurança do paciente) AND (atenção primária à saúde) OR (<i>Interprofessional Education</i>) OR (<i>Patient Safety</i>) OR (<i>Primary Health Care</i>))

Fonte: Autores (2025).

Para a terceira etapa da revisão integrativa, referente à coleta dos dados, foram extraídos os dados dos estudos selecionados para posterior avaliação, interpretação e apresentação. Esses dados foram organizados em uma planilha no Microsoft Excel, contendo os seguintes tópicos: título do artigo, autores/ano, objetivo e resultados/implicações. Na quarta etapa, referente à análise crítica dos estudos incluídos, os dados tabulados na planilha do Microsoft Excel foram analisados sob a ótica da questão norteadora e do objetivo traçado.

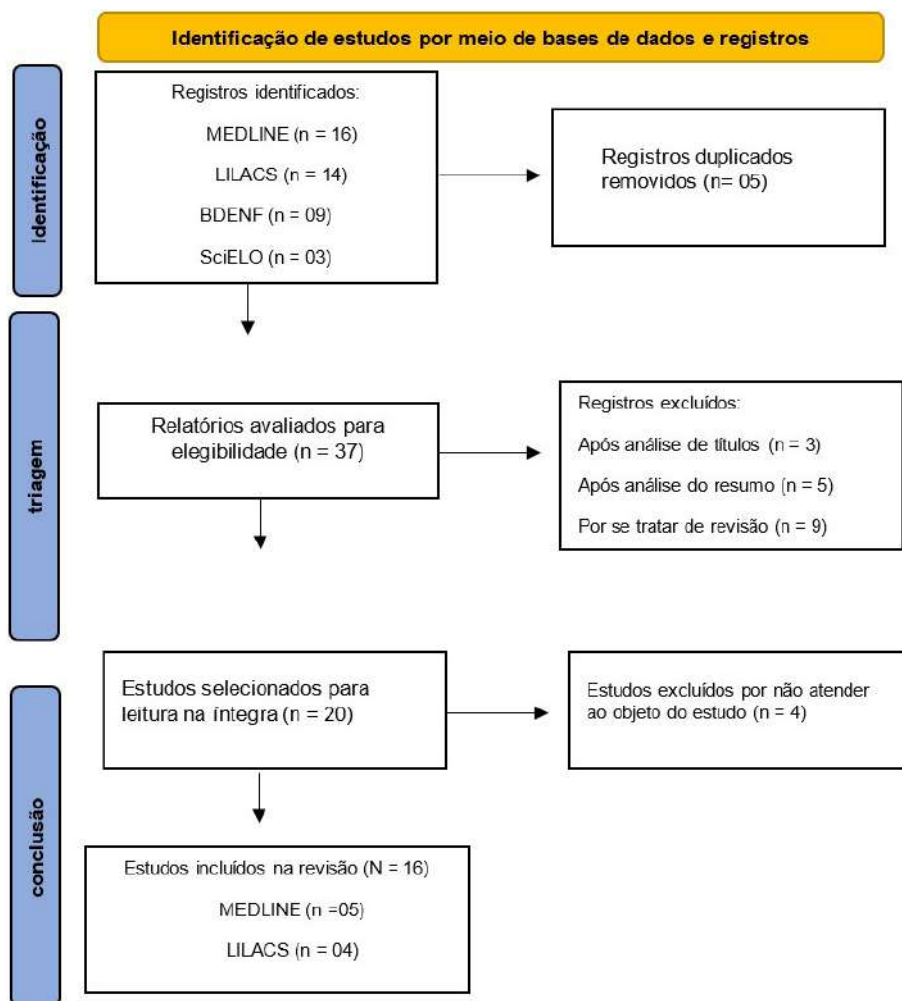
Na etapa final, os resultados da revisão integrativa foram apresentados conforme o PRISMA (Page *et al.*, 2021) (Figura 1), com quadro sinóptico (Quadro 2) e discussão descritiva, destacando as implicações da EIP na SP na APS. Por não envolver seres humanos, o estudo dispensou aprovação ética.

Este capítulo constitui parte do aporte teórico de uma pesquisa em desenvolvimento sobre a temática, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família, da instituição associada Universidade Federal do Cariri (PROFSAÚDE/UFCa).

RESULTADOS

Os resultados foram constituídos por 16 artigos, advindos do processo descrito na seção de método, conforme mostram a Figura 1 e o Quadro 2.

Figura 1. Fluxograma para apresentação da seleção dos estudos conforme diagrama de fluxo



Fonte: PRISMA. Crato, 2025.

Quadro 2. Dados dos estudos selecionados na revisão integrativa. Crato, 2025

Título	Autores/Ano	Tipo de estudo	Resultados/Implicações
Advancing Politeness and Assertive Communication Through Tone of Voice in Crisis Team Situations: Pre-Post Acoustic Analysis Study of Team and Strategies to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS) Virtual Simulation for Interprofessional Education in Health Care Undergraduate Students	Jitwiriyanont S, Rawan R, Narajeenron K 2025	delineamento experimental	Foi comprovado neste estudo quanto a EIP que o aumento da duração da fala em membros da equipe principal sugere que eles se envolveram em compartilhamento e verificação de informações mais elaboradas, favorecendo a SP. Outra observação foi que se tornaram mais críticos para a SP.
Enhancing the understanding of safety and the quality of patient care among medical and health sciences students in interprofessional climate: an interventional study.	Guraya, SY, Sulaiman, N., Hasswan, A. et al. 2025	Estudo Intervencionista	A EIP proporciona um atendimento, cuidado compartilhado. Constatou-se que há melhoria dos resultados em saúde por meio da conquista de um entendimento compartilhado.
Attitudinal changes of undergraduate students learning online interprofessional education for patient safety: Comparative evaluation of an online program using the DID method.	Nozaki S et al. 2024	Estudo avaliativo	O “suporte mútuo” e a “comunicação” são maiores similares na aprendizagem de práticas colaborativas para a segurança do paciente. um programa de EIP on-line para a SP pode proporcionar melhores efeitos educacionais.
Modelagem educacional com simulação para a consolidação de competência profissional na educação permanente.	Santos, B. dos. et al., 2024	Estudo Metodológico	A comunicação eficaz, pode promover a contextualização da comunicação. Os temas SP e comunicação estão presentes no cotidiano assistencial.

Embedding patient safety in a scaffold of interprofessional education; a qualitative study with thematic analysis	Guraya SS. et al., 2023	Estudo de análise temática indutiva	A EIP fortalece a troca de informações, a comunicação contínua e as habilidades cognitivas nas equipes de saúde. No entanto, a falta de habilidades sociais, liderança e tomada de decisão comprometem a segurança do paciente.
Patient safety interprofessional education program using medical error scenarios for undergraduate nursing and medical students in Korea. J Interprof Care.	Hur HK, Kim KK, Lim YM, Kim J, Park KH, Park YC. 2023	Quase experimental	A EIP, contribui para melhoria de atitudes de aprendizagem, aprimorando o trabalho em equipe e a colaboração, essenciais para a SP.
Interprofessional In Situ Simulation to Identify Latent Safety Threats for Quality Improvement: A Single-Center Protocol Report.	Binder C, Elwell D, Ackerman P, Shulman J, Yang C, Jafri F. 2023	Relatório	A EIP pode ser utilizada para aprimorar o desempenho de equipes e proporcionar uma oportunidade para a prática de habilidades críticas e a identificação de ameaças latentes à segurança, que são riscos não detectados que podem levar a resultados adversos.
Abordagem interprofissional na prevenção de quedas na assistência hospitalar.	Albertini ACS, Peduzzi M. 2023	Estudo de caso	A comunicação entre profissionais, pacientes e acompanhantes é essencial para a prevenção de quedas, devendo ser clara e significativa no momento oportuno. A definição de papéis, a educação em saúde e a permanente contribuem para a segurança do paciente.
Interprofessional patient safety education using storytelling, a real-life medication error, and synchronous online platform.	Garwood CL, Salinitri F, Levine DL. Delivering. 2022	Estudo narrativo	Aumento da empatia, mudança de comportamento e atitude, e construção de significado são elementos que podem ser adquiridos com a EIP E favorecem a SP.

Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado.	Santos, M. L. R. dos.; Correa Júnior, A. J. S.; Silva, M. V. S. da 2022.	Descritivo	Reconhecimento da melhoria da comunicação com o trabalho interprofissional. Alcance da comunicação interprofissional efetiva. Comunicação intersetorial.
Competências de segurança do paciente na educação: percepções de graduandos em enfermagem e medicina.	Zugno RM, et al. 2022		Favorecer o estabelecimento de uma cultura de segurança; trabalhar em equipe; comunicar-se de maneira eficiente; gerenciar os riscos; otimizar fatores ambientais e humanos; identificar, responder e divulgar EA.
RCA ReCast: Uma simulação de análise de causa raiz para o ambiente de aprendizagem clínica interprofissional.	Ziemba, Justin B, et al., 2021		Treinamento com simulação interprofissional. Identificar corretamente os fatores necessários para uma investigação de ACR.
Interprofessional Collaboration in Women's Health Care: Collective Competencies, Interactive Learning, and Measurable Improvement.	Rayburn WF, Jenkins C. 2021		Treinamento interativo; simulações e exercícios; desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de verificação; uso de tecnologia da informação; e atividades educacionais interativas relevantes no local de trabalho, fatores adquiridos com a EIP.
Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso	Coifman, A. H. M. et al. 2021	Estudo de caso	Os profissionais reconhecem a comunicação como medida de segurança e usam entrega de turno e registros escritos, porém fatores como sobrecarga, falta de normas, inexperiência e falhas nas relações interprofissionais dificultam sua efetividade.

Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care.	Reeves, S. 2016	Estudo empírico	Conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo. Necessitam de formação e treinamento para desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades requeridas para efetivamente trabalhar em conjunto para uma atenção ao paciente segura e com alta qualidade.
Modelagem educacional com simulação para a consolidação de competência profissional na educação permanente.	Santos, B. dos. et al., 2024	Estudo metodológico	As lacunas em segurança do paciente envolvem a comunicação interprofissional, a valorização dos protocolos e a inclusão do paciente no cuidado. A simulação como tecnologia educacional favorece a aprendizagem ao aproximar teoria e prática com foco na segurança.

Fonte: Autores (2025).

DISCUSSÃO

As implicações da EIP na SP no contexto da APS, destacadas nos estudos selecionados nesta pesquisa, tratam das habilidades de comunicação, da tomada de decisão compartilhada, do trabalho em equipe, do aprimoramento das atitudes profissionais, principalmente da empatia, e da necessidade de educação permanente.

Sobre as habilidades de comunicação, os artigos desta revisão apontam a comunicação como a principal implicação da EIP na SP. A comunicação aparece de diversas maneiras, sendo verbal, não verbal, individual e coletiva. No entanto, nos serviços de saúde, precisa ser eficaz e ocorrer de modo interprofissional, podendo acontecer por meio de treinamento interdisciplinar,

protocolos padronizados, reuniões regulares, identificação precoce de riscos e resolução de conflitos, o que melhora significativamente a SP (Santos; Correa Júnior; Silva, 2022). A comunicação eficaz é um pilar essencial para a SP. Investir em protocolos estruturados, treinamentos contínuos e cultura de respeito mútuo entre profissionais são medidas comprovadas para reduzir riscos e melhorar a qualidade do cuidado.

Habilidades de comunicação estão diretamente relacionadas ao desfecho final do cuidado ao usuário. Essas habilidades podem incluir comunicação centrada nas relações, pautada nos princípios do SUS e na participação social, adaptabilidade do pensamento crítico, agilidade, planejamento, efetividade diante da equipe de saúde e responsabilidade pela segurança da pessoa sob cuidado (Grosseman *et al.*, 2022).

A comunicação interprofissional eficaz é um atributo desenvolvido pela EIP. Falhas na comunicação entre equipes e setores de saúde estão entre as principais causas de incidentes e eventos adversos (EA), enquanto estratégias estruturadas e colaborativas melhoram significativamente a SP e a qualidade do cuidado. Protocolos, treinamentos e tecnologias são estratégias-chave para superar barreiras e promover um ambiente e um cuidado seguros.

A respeito da tomada de decisão compartilhada, os estudos elegíveis da pesquisa mostram que ela é favorecida pela EIP, apoiando uma responsabilidade mútua entre os profissionais da APS quanto à promoção da SP no serviço de saúde. Essa afirmativa corrobora o pensamento de Guraya, Sulaiman, Hasswan *et al.* (2025), quando afirmam que o cuidado compartilhado e a colaboração entre profissionais de saúde são reconhecidos como elementos essenciais para a SP. A integração de equipes multidisciplinares, a participação ativa do paciente e a comunicação eficaz contribuem para um cuidado sem danos ao paciente. Desse modo, investir em equipes integradas, comunicação aberta e ambientes colaborativos é indispensável para a execução dos processos de trabalho com qualidade e segurança.

Pretende-se que a APS proporcione um cuidado compartilhado em equipe, a partir da expertise de cada profissional. É apontado nos resultados

deste estudo que o esclarecimento das atribuições dos profissionais envolvidos no cuidado dos usuários é um fator central para a SP, pois evidencia claramente quem é responsável por cada etapa do cuidado, o que reduz erros, melhora a comunicação e fortalece a responsabilização ética e legal.

A tomada de decisão compartilhada é um processo colaborativo entre o profissional de saúde e a pessoa atendida, associado à valorização do usuário, no qual as decisões são tomadas conjuntamente, respeitando sua autonomia, preferências e valores. O diálogo nesse método deve ser horizontalizado, encorajando a participação do ser cuidado, o que favorece a autonomia, a corresponsabilização do cliente e a integração dos saberes (Stewart *et al.*, 2017).

Para uma tomada de decisão compartilhada, o trabalho em equipe é fundamental, sendo constituído por um atendimento integral, com diferentes formações profissionais e atribuições que englobam o acolhimento dos usuários, a prática do cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, sustentado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento que deve embasar as práticas das equipes de APS (Brasil, 2017).

Esta revisão mostra que a mudança de comportamento e a atitude perante os profissionais podem ser sensibilizadas por meio da EIP, impactando de modo focal a SP quando essa ação atitudinal fortalece a comunicação e promove o cuidado centrado no paciente, ajudando a prevenir EA, melhorar os resultados, aumentar a satisfação dos pacientes e reduzir riscos de erros (Garwood; Salinitri; Levine *et al.*, 2022).

Na prática de cuidado oferecida pelas equipes da APS, as atitudes profissionais são decisórias. Com base no marco para a EIP da OMS, essas atitudes incluem o cuidado centrado na pessoa e no trabalho em equipe, o respeito mútuo, a empatia com os pacientes, a compreensão de que o cuidado é uma construção coletiva e interdependente, a responsabilidade conjunta e o uso de linguagem clara e compreensível, centrada no cuidado integral e na SP (OMS, 2010).

Assim, a cultura de segurança causa mudanças positivas de atitude, como a valorização do trabalho em equipe e o reconhecimento da importância

de cada profissional. A revisão também identificou que a EIP pode trazer implicações positivas para a SP quando ocorre o incentivo à educação permanente por meio de treinamentos e intervenções educacionais focados em necessidades identificadas pela equipe, pelo paciente e pelos familiares. O uso de treinamento interativo, simulações práticas, exercícios, protocolos, diretrizes e listas de verificação tem impacto comprovado na SP. Essas estratégias promovem o aprendizado ativo, eliminam erros e fortalecem a cultura de segurança em ambientes de saúde (Rayburn; Jenkins, 2021).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) deve compor o processo de trabalho das equipes da APS. A EPS é a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a EPS de trabalhadores nos serviços de saúde (Brasil, 2017). Treinamentos com simulações ampliam conhecimentos, habilidades e autoconfiança dos profissionais, melhoram a comunicação, o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional. A repetição e o feedback estruturado promovem atitudes positivas e melhorias contínuas na segurança do paciente (Rediem, 2025).

O uso de protocolos, diretrizes e *checklists* na APS é fundamental para padronizar práticas, reduzir erros e fortalecer a cultura de segurança do paciente (Higham, 2019). Essas ferramentas evitam falhas, especialmente em situações críticas, e promovem a adesão a práticas seguras, sendo orientadas por padrões internacionais que apoiam a aprendizagem e a avaliação contínua de competências.

Para tanto, Higham (2019) enfatiza que a falta de padronização e a resistência às mudanças dificultam a adoção de práticas seguras nos serviços de saúde. Afirmar ainda que os treinamentos regulares e as reuniões intersetoriais favorecem vínculos e entendimento mútuo dos profissionais quanto às suas responsabilidades voltadas à SP. Assim, as implicações da

educação interprofissional para a segurança do paciente na APS afetam ações e atributos distintos dos profissionais. Contudo, caso haja interesse em apoiar-se na EIP para aprimorar a SP, é possível implementar mudanças positivas nos profissionais e nos serviços por meio dessa competência.

CONCLUSÃO

A EIP precisa ser incentivada na APS, pois pode influenciar diretamente a redução de falhas e erros durante o cuidado da equipe para com paciente e familiares. De fato, a EIP impacta fortemente a segurança do paciente, proporcionando cuidados livres de danos desnecessários.

O aprimoramento da SP por meio da EIP, além de possível, é viável, porque exige investimento apenas em tecnologias leves, como habilidades de comunicação, tomada de decisão compartilhada, trabalho em equipe, aprimoramento das atitudes profissionais, principalmente a empatia, e educação permanente. Essas tecnologias já possuem um arcabouço teórico para embasar o conhecimento sobre cada uma delas, bastando apenas o desejo dos envolvidos em colocá-las em prática.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **ConCI: Convergências em Ciência da Informação**, v. 3, n. 2, p. 100-114, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/conci/article/view/13447>. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso

em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 maio 2026.

DIAS, M. A. S.; VASCONCELOS, M. I. O. **Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária à saúde.** Sobral: Edições UVA, 2021. 422 p. Disponível em: <https://renasf.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/04/LIVRO11.pdf>. Acesso em: 28 maio 2026.

FARINHA, A. L. Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 27, e20220212, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JFGMsPzdjhWkKht7yjLfGJK/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

GARWOOD, C. L.; SALINITRI, F.; LEVINE, D. L. Delivering interprofessional patient safety education using storytelling, a real-life medication error, and synchronous online platform. **Medical Teacher**, v. 44, n. 6, p. 643-649, jun. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34932425/>. Acesso em: 28 maio 2026.

GROSSEMAN, S. Consenso Abem para o ensino de comunicação nas escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 3, e103, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kRVwHBz79hZ9hD8pxpHnjcr/>. Acesso em: 28 maio 2026.

GURAYA, S. S. *et al.* Incorporando a segurança do paciente em uma estrutura de educação interprofissional: um estudo qualitativo com análise temática. **BMC Medical Education**, v. 23, n. 968, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04934-6>. Acesso em: 28 maio 2026.

HIGHAM, H. *et al.* O uso de listas de verificação em cenários simulados para apoiar o manejo seguro de doenças agudas na atenção primária. **BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning**, v. 5, p. A22-A23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2019-aspihconf.37>. Acesso em: 28 maio 2026.

MARTINS, A. L. J. *et al.* A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. **Saúde em Debate**, v. 48, n. spe1, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bfCw97S93znmnGDb4zQ5jsd/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Atenção primária à saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). **REAd: Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 725-748, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/GXVqFt6mVpwNL3zN4TMp7cm/>. Acesso em: 28 maio 2026.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ>. Acesso em: 28 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Recursos Humanos para a

Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <https://untref.edu.ar/uploads/Marco%20formacion%20interprofesional%20OMS-portugues.pdf>. Acesso em: 28 maio 2026.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 210, p. 1-10, dez. 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 28 maio 2026.

PAGE, M. J. *et al.* PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **International Journal of Surgery**, v. 88, p. 1-9, abr. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919121000406>. Acesso em: 28 maio 2026.

RAYBURN, W. F.; JENKINS, C. Interprofessional collaboration in women's health care: collective competencies, interactive learning, and measurable improvement. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 48, n. 1, p. 1-10, mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33573781/>. Acesso em: 28 maio 2026.

REDJEM, I. *et al.* Gestão de crises em centro cirúrgico: uma revisão sistemática do treinamento de simulação para desenvolver habilidades não técnicas. **Nurse Education Today**, v. 147, 106583, 2025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691725000188>. Acesso em: 28 maio 2026.

SANTOS, M. L. R. dos; CORREA JÚNIOR, A. J. S.; SILVA, M. V. S. da. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, e210754, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WtJVG6JskzXV5zTRhvDBJBH/>. Acesso em: 28 maio 2026.

SILVA, L. L. T. *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20210130, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rnmtbZ8tBK49ycDMTrF4pyc/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2026.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Tradução de Anelise Burmeister e Sandra Maria Mallmann da Rosa. Revisão técnica de José Mauro Ceratti Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

UCHÔA, M. P. **Estágio integrado em saúde e aprendizagem interprofissional**: percepção dos discentes. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.



CAPÍTULO 4

EQUIDADE E ACOLHIMENTO LGBTQIAPN+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Wallace Grangeiro Coelho
Victor Marcel Gonçalves Oliveira
Monísya Oliveira Ferreira Brandão
Fábio Júlio Ferreira
Francisco Ricardo Miranda Pinto
Estelita Lima Cândido

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: Ao integrar criticamente política pública, vivência dissidente e tecnologia educativa, este capítulo atualiza o referencial teórico-prático sobre cuidado inclusivo no SUS.

Relevância: há uma lacuna persistente na literatura ao discutir o acolhimento LGBTQIAPN+ como questão sanitária e ética na APS. A abordagem contribui para o aprimoramento da formação profissional e formulação de políticas equitativas em saúde.

Impacto: a leitura fomenta reflexões ético-práticas nos campos da gestão, da educação em saúde no cuidado à população LGBTQIAPN+ na APS.

INTRODUÇÃO

O cenário contemporâneo da saúde pública brasileira, ainda que ancorado em normativas robustas e princípios constitucionais sólidos, mostra-se insuficiente diante das tessituras complexas que atravessam as experiências da população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, *queers*, intersexuais, assexuais, pansexuais, não binários e outras denominações de identidade de gênero e orientação sexual (LGBTQIAPN+) no Sistema Único de Saúde (SUS). Em particular, o lócus da Atenção Primária à Saúde (APS) – território simbólico e operativo da universalidade e do cuidado continuado – evidencia, não raramente, hiatos clamorosos entre discurso e prática (OMS/OPAS, 2011; Brasil, 2011).

A equidade, nesse cenário, longe de ser retórica apaziguadora, precisa ser reapropriada e utilizada como mecanismo político, forjando práticas que reconheçam as desigualdades estruturais e operem, no cotidiano, como instrumento de reparação dessas populações (Souza Dias, 2024).

Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT), de 2011, represente um avanço inegável, sua implementação fragmentada e frequentemente negligenciada revela o abismo entre a existência formal do direito e sua efetiva materialização nos territórios.

Diante disso, este capítulo apresenta uma revisão narrativa que busca identificar, na literatura, os fundamentos que sustentam o cuidado equitativo à população LGBTQIAPN+ na APS, transitando entre o direito à saúde, os percursos históricos das lutas sociais, os limites da formação profissional e a potência de práticas educativas transformadoras.

Tal incursão teórica parte de uma posição situada: não apenas como pesquisador, mas como sujeito que habita os tensionamentos da prática e da identidade. O texto aqui reunido é, portanto, também um gesto – um esforço político e epistêmico para que a saúde pública brasileira não seja apenas pública, mas também plural e justa.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, abordagem reflexiva sobre o campo em questão, por proporcionar uma visão ampliada das discussões acerca de uma temática (Cavalcante; Oliveira, 2020) – no caso, a saúde da população LGBTQIAPN+ no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

A seleção das fontes bibliográficas considerou critérios de relevância temática, densidade teórico-conceitual e atualidade. Foram consultadas publicações acadêmicas indexadas em bases como SciELO, LILACS, BVS, Medline e Google Scholar, bem como documentos institucionais do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e de entidades da sociedade civil com histórico de atuação no campo da saúde LGBTQIAPN+.

Como mecanismo e fluxo para busca do material, adotaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “equidade em saúde”, “atenção primária à saúde” e “minorias sexuais e de gênero”, conectados pelos operadores booleanos AND, entre descritores, e OR, entre variações do mesmo descritor.

Adotaram-se, nesta revisão narrativa, critérios de inclusão que priorizaram produções em português, publicadas entre 2011 e 2025, com foco na saúde da população LGBTQIAPN+, na equidade, no acolhimento na APS e na formação profissional. Foram considerados artigos científicos, documentos técnicos, normativas e materiais de movimentos sociais. Excluíram-se textos opinativos sem respaldo, publicações de viés exclusivamente biomédico e conteúdos patologizantes ou moralizantes, como também aqueles artigos que se encontraram repetidos entre as bases. Após a seleção, os textos foram analisados e organizados conforme os três eixos temáticos previamente definidos.

Durante a análise, buscou-se extrair dos textos não apenas dados objetivos, mas também rastros discursivos, contradições e vazios significativos. A leitura foi orientada por três eixos: (1) o percurso histórico e institucional das políticas de saúde voltadas à população LGBTQIAPN+; (2) os entraves na formação profissional e na prática cotidiana de acolhimento

na APS; e (3) as proposições teóricas e metodológicas sobre equidade como fundamento ético do cuidado.

Este capítulo constitui parte do aporte teórico de uma pesquisa em desenvolvimento sobre a temática, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família, da instituição associada Universidade Federal do Cariri (PROFSAÚDE/UFCA).

DESENVOLVIMENTO

Percurso histórico e institucional das políticas de saúde voltadas à população LGBTQIAPN+

É quase unânime que para o reconhecimento de direitos a grupos vulnerabilizados haja lutas sociais pregressas a partir de movimentos de garantia de direitos e visibilidade organizados coletivamente. Esse pensamento vem de encontro ao que Collares e Braga (2024, p. 15) falam quando afirmam:

É isso que ocorre quando movimentos políticos clamam pelo direito [...]. Como também quando ocorre reivindicação pública pelo direito das pessoas com dificuldade de locomoção ou cadeirantes poderem andar em ruas com acessibilidade etc. Enfim, tratar da vulnerabilidade é também de alguma forma se implicar “corporalmente” e se mobilizar, ter capacidade de agir, por todos esses direitos que deveriam ser comuns e, no entanto, não são.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) pode ser considerada o marco institucional mais antigo que pode vislumbrar o processo de luta e movimento social das pessoas LGBTQIAPN+. A Revolta de Stonewall, deflagrada em 28 de junho de 1969 é, internacionalmente, reconhecida como principal e aceito movimento político deflagrado. Em meio à repressão policial habitual no bar Stonewall Inn, em Nova York, corpos trans, gays, lésbicos, *drag*

queens e jovens *queers* de rua decidiram que não fugiriam mais. O que começou como mais uma batida violenta da polícia se transformou, naquela noite, em uma rebelião coletiva contra o Estado (Souza Dias, 2024; ONU, 1948).

Após o episódio de Stonewall, ocorreram a fundação do Gay Liberation Front e da Gay Activists Alliance, que organizaram a 1ª Parada LGBT, em 1970, em quatro estados. Nos outros continentes, as paradas ocorreram nos anos seguintes: em 1971, em Londres, Sydney e Oslo; em 1973, na Cidade do México; em 1979, em Sydney; em 1990, em Joanesburgo; em 1993, em Tel Aviv; e, em 1994, em Tóquio. Já no século XXI, na Indonésia, foram instituídos os Princípios de Yogyakarta, que fortalecem o compromisso e a responsabilidade das nações com os direitos humanos, a orientação sexual e a identidade de gênero (Soares, 2021; Côrrea; Muntarbhorn, 2006).

No Brasil, em 1978, em plena ditadura militar, nasce o grupo Somos – Grupo de Afirmação Homossexual, primeiro coletivo organizado a assumir publicamente sua identidade e politizá-la. O ano seguinte testemunha o surgimento do jornal *Lampião da Esquina*, que não apenas informava, mas afrontava – o Estado, a Igreja, os bons costumes. Em 1983, lésbicas protagonizam uma ação emblemática: a ocupação do Ferro's Bar, no centro de São Paulo, para denunciar a censura ao boletim ChanacomChana. Surge, então, desse movimento, o Dia Nacional do Orgulho Lésbico, celebrado em 19 de agosto (Souza Dias, 2024).

A década de 1980 também marca o surgimento do Grupo Gay da Bahia (GGB), primeira organização não governamental (ONG) oficialmente registrada com foco nos direitos da população LGBTQIAPN+. Desde então, o GGB tem mantido uma contabilidade cruel, mas necessária: os relatórios anuais sobre violência LGBT, que se tornaram documentos de denúncia e de disputa política nacional (GGB, 2024).

No campo da saúde, especificamente, o ano de 1988 é o mais importante marco para as pessoas LGBTQIAPN+ com a aprovação da Constituição Federal. Ela confere o direito à saúde, independente de sexo, cor,

raça, etnia e qualquer outra situação. Na verdade, a Carta Magna não prevê o direito apenas à saúde, mas à educação e às condições mínimas de vida e de existência (Brasil, 2017).

Nos anos seguintes, outras organizações emergiram em diversas regiões do país: Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), Associação de Travestis e Liberados (ASTRAL) [hoje, Associação Nacional de Travestis e Transsexuais (ANTRA)], Casa Nem, entre tantas outras, cada qual forjando políticas públicas na ausência do Estado em suas realidades (GGB, 2024; ABGLT, 2025; Casa Nem, 2025; Souza Dias, 2024).

A institucionalidade começa a ceder apenas nos anos 2000, quando, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a campanha “Travesti e Respeito”, reconhecendo o dia 29 de janeiro como Dia da Visibilidade Trans, e o Programa Brasil sem Homofobia. Em 2008, foi publicada a Portaria n. 1.707, que regulamenta o processo transexualizador no SUS, com todas as suas lacunas, mas também com potência de reparação (Souza Dias, 2024).

Em 2008, explode um marco incontornável: a 1ª Conferência Nacional de Saúde LGBT. Pela primeira vez, a população LGBTQIAPN+ é chamada a falar de saúde não como exceção, mas como política de Estado. Em 2009, no âmbito do Ministério da Saúde, há a aprovação da Portaria n. 1820/2009 que garante o uso do nome social nos prontuários. As propostas daquela Conferência resultam na publicação da Portaria n. 2.836/2011, que cria a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) – documento que, ainda hoje, serve como base normativa para ações afirmativas no SUS (Brasil, 2009; 2011; Souza Dias, 2024).

A Portaria n. 2.803/2013 reconhece e amplia a cartela de serviços ofertados no processo transexualizador no atendimento ambulatorial pré e pós-operatório, como na rede hospitalar que realiza os procedimentos de redesignação sexual. Mais recentemente, a Lei n. 15.126/2025, que institui a nova Política Nacional de Humanização, é reconhecida como novo marco que pode favorecer às pessoas LGBTQIAPN+ (Brasil, 2013; 2025).

A criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), em 2011, não caiu do céu nem nasceu da generosidade do Estado. Foi resultado direto da luta organizada da população LGBTQIAPN+, em articulação com movimentos sociais, conselhos de saúde, fóruns de equidade e instâncias de controle social. A política surge, pois, como resposta a uma lacuna histórica – mas também como tentativa de reconstruir um pacto: o de que o SUS deve, sim, caber a todas as pessoas (Brasil, 2011).

A PNSILGBT inaugura um marco institucional que reconhece, de forma explícita, que há vulnerabilidades específicas que não podem ser ignoradas, sob pena de o cuidado se tornar conivente com a exclusão. A política traz diretrizes que incluem a formação permanente de profissionais, o enfrentamento da LGBTQIfobia institucional, o acesso ao nome social, o respeito à identidade de gênero, além do acompanhamento integral das demandas em saúde dessa população. Ela desloca o foco da sexualidade como patologia para a sexualidade como parte constitutiva da vida – e da vida digna (De Avellar; Rodrigues, 2023).

A história do movimento LGBTQIAPN+ no Brasil não é uma linha reta de avanços – é uma cartografia irregular de silenciamentos, rupturas, resistência e invenções de si. O que hoje aparece em documentos oficiais, planos de saúde pública e protocolos institucionais, foi, antes, o que quase sempre ficou do lado de fora: do prontuário, do consultório, da escuta, da política (Souza, 2022).

Por décadas, o sistema de saúde tratou as dissidências como doenças, reforçando estigmas e apagando identidades. A resistência coletiva e o enfrentamento nas ruas forçaram o Estado a reconhecer a urgência de ouvir e compreender essas reivindicações (Souza, 2022).

Na Figura 1, retrata-se a linha cronológica de alguns marcos históricos da luta por direitos da população LGBTQIAPN+.

Figura 1. Linha cronológica dos principais marcos históricos LGBTQIAPN+



Fonte: Agência Brasil (adaptado), 2024.

Entraves na formação profissional e na prática cotidiana de acolhimento na APS

A formação profissional em saúde apresenta falhas notórias quando se trata de gênero e sexualidade: poucos currículos dedicam atenção a essas temáticas, que ficam muitas vezes restritas a módulos isolados ou eletivos, sem articulação com a prática clínica cotidiana (Silva; Rasera, 2024). Essa ausência nos currículos da saúde conforma um vácuo formativo – e, sobretudo, um vácuo de escuta – em que pessoas dissidentes da norma cis-heteropatriarcal, como pessoas trans e corpos não binários, seguem sendo enquadrados como “desvios da norma clínica”, diante de profissionais desprovidos de referências ético-políticas para sustentar o cuidado. Soma-se a isso a persistência de

associações estigmatizantes, como a que vincula inflexivelmente o HIV a determinadas orientações sexuais e identidades de gênero, desconsiderando os contextos sociais mais amplos da vulnerabilização e reiterando uma lógica de exclusão sob a aparência de cuidado (Shihadeh *et al.*, 2021).

Quando a formação em saúde ignora dimensões críticas de gênero, sexualidade e interseccionalidade, o impacto se evidencia nos territórios: profissionais, de diferentes categorias, se veem desarmados diante de demandas que escapam à norma cis-heterocentrada – seja no uso do nome social, no acolhimento de denúncias de violência LGBTQIAPNfóbica, ou na atenção a corpos que não se encaixam nas taxonomias hegemônicas. Esses silêncios institucionais, longe de serem falhas pontuais, reiteram desigualdades históricas e alimentam uma cadeia de exclusões que transforma o cuidado em mais um espaço de controle (Pinto *et al.*, 2025).

A educação permanente em saúde, conforme proposta pela Portaria n. 1996/2007 do Ministério da Saúde, emerge como intervenção estratégica. Concebida como processo contínuo, situado, participativo e reflexivo, ela visa atualizar saberes e práticas conforme os desafios reais do território e das equipes, rompendo a lógica de que aprender termina com o diploma (Brasil, 2007). Nesse formato, o aprendizado não é evento isolado – é construção coletiva contínua (Pinto *et al.*, 2025).

Esse modelo de educação aposta no encontro real entre saberes instituídos e experiências vivas. Ao buscar compreender os estereótipos que permeiam a prática, ele propõe a reflexão a partir de casos, debates situados e autoavaliação permanente (Fonseca *et al.*, 2023). O exercício reflexivo auxilia no reconhecimento das próprias limitações e na reformulação de rotinas, produzindo aprendizados.

A sensibilização – parte integrante da educação continuada – ultrapassa slides e apostilas. Ela exige escuta de narrativas que incomodam, histórias que confrontam, como documentários, vídeos com testemunhos e rodas de conversa com pessoas que narram suas vivências. Esses recursos abrem

brechas para que a empatia possa se fortalecer na prática, porque a realidade não se aprende apenas com dados – aprende-se ouvindo vozes diversas, com ouvidos críticos e afetivos.

Construir instrumentos pedagógicos é um passo que complementa a formação permanente. Cartilhas com orientações simples, mas não genéricas; vídeos curtos que reproduzem situações reais no consultório; *quizzes* que fazem os profissionais questionarem seus preconceitos: todos estes materiais funcionam como repertório de consulta rápida, base técnica e estímulo à reflexão (Teixeira *et al.*, 2024).

Cursos de formação continuada específicos, quando articulados a esse ecossistema de formação permanente, transformam-se em viabilizadores de cultura institucional inclusiva – porque tratam das competências, da escuta, das posturas e da prática. Eles oferecem instrumentos organizacionais, fluxogramas de atendimento, simulações de protocolos e avaliação de impacto. Esses cursos exigem continuidade, avaliação e integração com outros dispositivos formativos (Lepesteur, 2024).

A tradução desses processos em materiais concretos exige envolvimento de profissionais, usuários e especialistas em educação. Quando uma equipe desenvolve seu próprio guia de acolhimento, revisita manuais acadêmicos e constrói protocolos internos, o resultado é material democrático, proprietário e implicado no contexto onde se implementa. Isso dá protagonismo aos trabalhadores e reduz a alienação entre teoria e prática (Teixeira *et al.*, 2024).

Amparado por essas estratégias, o cuidado deixa de ser protocolo impessoal e se faz gesto ético. O profissional passa a agir com base em repertório reflexivo, assunção de limites, apoio técnico e afetivo – em interlocução com o usuário. O nome social é respeitado, a demanda por hormônios é reconhecida e a denúncia de violência se torna justificativa para acolhimento, não motivo para constrangimento (Caetano *et al.*, 2024).

Proposições teóricas e metodológicas sobre equidade como fundamento ético do cuidado

A construção de sistemas públicos de saúde que pautem aspectos relacionados aos direitos humanos é, em sua totalidade, resultado de intensas mobilizações sociais e educacionais, quando consideramos o quadro histórico daqueles que foram idealizados como sistemas universais para uma sociedade (Costa *et al.*, 2020).

Tal fato é perceptível no contexto histórico da formação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em que houve intensas discussões sociais em movimentos progressos, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Os documentos gerados dentro desse importante marco civil garantiram, quase integralmente, os princípios que circunscreveram o arcabouço jurídico e funcional do sistema público de saúde brasileiro (Costa *et al.*, 2020).

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) diz em seu texto que:

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

As palavras contidas na Constituição Cidadã trazem o peso da responsabilidade que o SUS carrega ao ser idealizado como um sistema universal. E todo esse encargo traz consigo aspectos que o transformam em um grande marco da saúde pública nacional e mundial, servindo de referência para outras nações se inspirarem em como a saúde pode e deve ser ofertada a uma sociedade democrática (Costa *et al.*, 2020).

O direito à saúde apresentado na Carta Magna propõe uma reflexão sobre os direitos humanos fundamentais, discutidos em conferências e reuniões nacionais e internacionais há muitos anos. O fato é que, ao mencionar a saúde como “direito de todos”, percebe-se a amplitude do conceito de saúde e sua

diversidade e complexidade para uma sociedade. A saúde vai além da ausência de doença, aproximando-se das condições e da qualidade de vida (Santos; Silva; Machado, 2022). Observa-se, ainda, que o país possui uma dimensão territorial ampla e extremamente heterogênea e, por ser considerado uma nação de proporções continentais, o SUS é, muitas vezes, operacionalizado aquém do que se idealizou para esse sistema (Costa *et al.*, 2020).

O SUS não deve ser considerado um resultado concreto da luta pela saúde de todos no país, mas deve ser visto como um constructo de resistência que transcende a cada conquista e melhoria anunciada. Um trabalho contínuo, que perpassa por todos os níveis de atenção e atuação do sistema (Costa *et al.*, 2020).

Algo tão importante e multifacetado não é isento de desafios e barreiras estruturais e institucionais no acesso ao sistema. Observa-se, ao longo de todo o histórico do SUS, que ele enfrenta desafios na implementação de seus princípios e diretrizes, tais como: fatores sociais, que impedem que as ações e os serviços de saúde cheguem a todos que deles necessitam (Mendonça; Alves; Spadacio, 2022); fatores econômicos, que permeiam o subfinanciamento do sistema e a má administração e gestão dos recursos, já escassos, pelas instâncias federal, estaduais e municipais (Nogueira; Correia, 2023); e fatores culturais, que permeiam as fragilidades no acesso à saúde de grupos populacionais específicos (Junior; Oliveira, 2024).

Tais problemáticas tendem a atingir fortemente grupos considerados vulneráveis, como populações indígenas, negras e periféricas, bem como minorias sexuais e de gênero. Como estratégia para garantir que a saúde chegue a todos os brasileiros, e considerando os movimentos de estímulo a sistemas públicos de saúde pautados nas ações primárias, o país adotou como princípio estruturante a Atenção Primária à Saúde, inicialmente denominada Atenção Básica, na expansão da rede no território nacional (OMS/OPAS, 2011).

Não há sistema de saúde justo que se sustente sem uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte, viva e politicamente consciente do território

em que atua. A APS, quando compreendida em sua radicalidade, não é apenas uma via de acesso ao SUS – é sua espinha dorsal, o eixo organizador que conecta, sustenta e humaniza as redes de cuidado. Mais do que iniciar o percurso, ela se configura como espaço de retorno, permanência e vínculo, em que o cuidado se dá de forma longitudinal, contextualizada e centrada nas necessidades singulares das pessoas e dos coletivos (Oliveira *et al.*, 2023).

Mais do que um nível de atenção, a APS carrega um projeto ético e civilizatório: aproximar o cuidado da vida real. Nela, o cuidado não se limita a protocolos universais – ele caminha pelas ruas e entende as vivências e sobrevivências das populações que a cercam.

A potência da APS, no entanto, não se realiza sozinha. Ela depende de equipes comprometidas com o cotidiano, de vínculos éticos com as comunidades e da capacidade de fazer do reconhecimento das diferenças uma política de equidade. Sua força está na escuta ativa, na responsabilização compartilhada e no reconhecimento das especificidades culturais, sociais e afetivas de cada território. A APS, nesse contexto, não é uma máxima: é condição fundamental para que o cuidado deixe de ser genérico e se torne vivo, legítimo e implicado, independentemente de quem o recebe (Sousa *et al.* 2021).

Por tudo isso, pensar a APS como ponto estratégico do SUS é também afirmá-la como espaço de disputa política, de reconstrução democrática e de produção de cuidado digno, especialmente para sujeitos historicamente marginalizados, como a população LGBTQIAPN+. Seu papel, mais do que técnico, é radicalmente político: garantir que ninguém, absolutamente ninguém, seja deixado para trás (Shihadeh *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

Durante o percurso histórico da criação do SUS e anos posteriores, surgiu-se a necessidade de lançar um olhar diferenciado para as populações vulnerabilizadas, em que o princípio da igualdade não era suficiente para garantir que determinados recortes populacionais tivessem acesso aos bens e serviços, como a saúde, por exemplo (Azevedo *et al.*, 2022). Discussões e movimentos

sociais sustentaram que aos demais princípios doutrinários e organizativos do SUS fosse incorporado o conceito de equidade (Júnior *et al.*, 2024).

A equidade, no campo da saúde coletiva, não é sinônimo de igualdade. Enquanto a igualdade pressupõe tratar todos da mesma forma, a equidade exige o reconhecimento das diferenças e, a partir delas, a construção de respostas adequadas e justas. No SUS, esse princípio adquire densidade política ao se apresentar como ferramenta de correção das iniquidades históricas que marcam o acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um compromisso ativo com a justiça social, que atravessa as diretrizes do sistema e exige o enfrentamento das desigualdades estruturais que atingem, de modo particular, grupos vulnerabilizados (Brasil, 1990; Júnior *et al.*, 2024).

O reconhecimento de que o Brasil é um país de proporções continentais, e de que isso está diretamente relacionado à diversidade de indivíduos, populações e poderes econômicos, sociais e culturais no acesso e na utilização dos serviços de saúde, traz consigo uma dupla carga de reflexão: por um lado, tem-se um sistema que luta pela garantia de que todos possam utilizar os serviços de saúde sem quaisquer impedimentos ou dificuldades; por outro, observa-se que nem todas as parcelas populacionais têm esse acesso garantido pelo mesmo sistema, ficando, por vezes, à margem das políticas e ações de saúde nas instâncias gestoras do SUS (Carmo *et al.*, 2022).

A construção de um cuidado adaptado às necessidades específicas exige mais do que protocolos. Demanda o reconhecimento das demandas plurais e situadas dos diferentes grupos sociais, bem como o desenvolvimento de políticas e práticas que levem em conta seus contextos históricos, sociais e culturais (Alves *et al.*, 2020).

Na prática, a equidade se operacionaliza por meio de políticas que reconheçam e enfrentem os determinantes sociais da saúde, considerando fatores como condição socioeconômica, território, raça, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência, entre outros. A própria estruturação da rede de serviços precisa ser tensionada a partir desses marcadores, sob pena de

reproduzir desigualdades sob a roupagem da universalidade (Santos *et al.*, 2025).

Quando se fala em iniquidade em saúde, não se fala de abstrações estatísticas: fala-se de vidas atravessadas por recusas – de nome, de identidade, de escuta, de cuidado. A violência não se resume à agressão física. Ela se manifesta na consulta que não respeita o pronome, no prontuário que apaga, no riso atravessado no corredor da unidade e no medo de procurar atendimento por já saber o que vai, ou não vai, encontrar. Os números, se é que ainda são necessários, escancaram o descaso: taxas alarmantes de suicídio (Navasconi *et al.*, 2020), evasão escolar (Pires; Midões, 2022), subutilização dos serviços (Oliveira *et al.*, 2024) e expectativa de vida vergonhosamente reduzida para pessoas trans (IEPS; UMANE; Instituto Veredas, 2023).

Romper com esse ciclo exige mais do que protocolos inclusivos: exige coragem e ética. Fazer da equidade uma prática – e não só um conceito bonito em diretriz técnica – é assumir a responsabilidade de cuidar diferente quando as vidas são desigualmente tratadas (Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão narrativa revelou que o cuidado à população LGBTQIAPN+ na APS segue tensionado por desigualdades históricas, lacunas formativas e práticas institucionais excludentes. Reafirma-se, portanto, a equidade como fundamento ético inegociável: não basta garantir acesso, é preciso reparar desigualdades.

Que este capítulo sirva como provocação para repensarmos o cuidado em saúde como prática situada, politicamente implicada e comprometida com todas as vidas, sobretudo aquelas historicamente silenciadas no SUS e, como implicações práticas propõe-se que tal material sirva de aparato teórico para possíveis fluxos, atendimentos e proposta de educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABGLT. **Do tamanho do Brasil**. 2025. Disponível em: <https://www.abgl.org>. Acesso em: 13 jun. 2025.
- ALVES, P. H. M. *et al.* Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2227-2236, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KrF99wjct58jZrpqNNyxjRr/>. Acesso em: 27 jul. 2025.
- AVELLAR, C. C. de; RODRIGUES, F. B. Avanços e barreiras na implementação da política nacional de saúde integral da população LGBT: uma revisão integrativa. **Journal of Education Science and Health**, v. 3, n. 3, p. 01-11, 9 jul. 2023. Disponível em: <https://bio10publicacao.com.br/jesh/article/view/209>. Acesso em: 27 jul. 2025.
- AZEVEDO, S. G. V. *et al.* Processo de trabalho na enfermagem e vulnerabilidade em saúde. In: ROCHA, E. S. C. *et al.* (ed.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1**. [S. l.]: Editora Aben, 2022, p. 98-103. Disponível em: https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/04/e11-vulneraveis_vol-1-cap11.pdf. Acesso em: 27 jul. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 9 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 27 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 27 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 14 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 27 jul. 2025.
- BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2017. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2025.
- BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025**. Altera a Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/115126.htm. Acesso em: 27 jul. 2025.

CAETANO, C. R. D. L. *et al.* População LGBT nos serviços odontológicos: nível de informação e capacitação dos cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Natal/RN. **Revista Ciência Plural**, v. 10, n. 3, p. 1-16, 23 dez. 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/34693>. Acesso em: 27 jul. 2025.

CARMO, E. D. A. D. *et al.* Violência e vulnerabilidade na perspectiva da sexualidade de pessoas LGBTQIA+ na pandemia da COVID-19. In: ROCHA, E. S. C. *et al.* (ed.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**: volume 1. Brasília: Editora Aben, 2022. p. 90-97.

CASA NEM. **Anda Direito**, [s. d.]. Disponível em: <https://andadireito.com.br/anuncio/casanem/>. Acesso em: 9 jun. 2025.

CAVALCANTE, L. T. C.; OLIVEIRA, A. A. S. de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-102, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 jul. 2025.

COLLARES, R. L.; BRAGA, J. O. (org.). **Vidas vulneráveis: entre os espaços de dentro e os espaços de fora**. Juazeiro do Norte: UFCA, 2024. E-book. Disponível em: <https://www.ufca.edu.br/noticias/projeto-de-pesquisa-da-ufca-modos-de-subjetivacao-e-biopolitica-lanca-livro-sobre-vulnerabilidade-social-na-plataforma-e-books/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

CORRÊA, S. O.; MUNTARBHORN, V. **Princípios de Yogyakarta**. Disponível em: https://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 27 jul. 2025.

COSTA, A. M. *et al.* Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. esp. 1, p. 135-141, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SwMJG4gTGRyrrRjdKxPZTD/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

DIAS, L. K. de S. Movimento LGBTQIAPN+ no Brasil. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, v. 8, n. especial, p. 428-441, 2024. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/7993>. Acesso em: 27 jul. 2025.

FONSECA, E. N. R. *et al.* Educação permanente em saúde: desafios e potencialidades para o processo de trabalho. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 7, p. e13480, 3 jul. 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/13480>. Acesso em: 27 jul. 2025.

GRUPO GAY DA BAHIA. **O que é o GGB – Grupo Gay da Bahia**. 22 fev. 2024. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/o-que-e-o-ggb/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

GUIMARÃES, R. C. P.; LORENZO, C. F. G.; MENDONÇA, A. V. M. Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na atenção básica. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 137-153, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i2.2721>. Acesso em: 11 maio 2025.

IEPS – INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. **Saúde da população LGBTQIA+**. Rio de Janeiro: IEPS, 2023. Relatório Técnico n. 3. Disponível em: <https://agendamaissus.org.br/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

LEPESTEUR, J. D. A importância da formação continuada para os profissionais da saúde. **Revista Foco**, v. 17, n. 5, p. e5214, 24 maio 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/5214>. Acesso em: 27 jul. 2025.

MENDONÇA, M. H. M. de; ALVES, M. G. de M.; SPADACIO, C. Determinação social da saúde e participação social na APS. **APS em Revista**, v. 4, n. 1, p. 54-60, 29 abr. 2022. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/234>. Acesso em: 27 jul. 2025.

NAVASCONI, P. V.; ORTIZ, E. G.; BOGO, T. R. Qual o valor das vidas LGBTTS? Um estudo bibliográfico sobre o suicídio de jovens LGBTTS. In: SAMPAIO, E. C.; COSTA, E. F. (ed.). **Psicologia: um olhar do mundo real – volume 2**. 1. ed. São Paulo: Editora Científica Digital, 2020. p. 166-176. Disponível em:

<https://www.editoracientifica.com.br/articles/code/200600407>. Acesso em: 27 jul. 2025.

NOGUEIRA, K. W. A. da S.; CORREIA, D. O SUS diante do capitalismo dependente brasileiro: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento terminal. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 15, n. spec, p. e011-e011, 18 set. 2023. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1325>. Acesso em: 27 jul. 2025.

OLIVEIRA, B. A. S. D. *et al.* O (des)cuidado em saúde às pessoas LGBTQIAP+ dispensado por profissionais em unidades básicas de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 32, 29 maio 2024. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/79154>. Acesso em: 27 jul. 2025.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 7, p. 3385-3395, 18 jul. 2023. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10000>. Acesso em: 27 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: UNIC Rio, 2025. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1Fz8SOcQL50hD1iwNOcKXdG_9UyHVkce7/view. Acesso em: 27 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_aps.pdf. Acesso em: 27 jul. 2025.

PINTO, J. J. *et al.* Formação profissional e o impacto no cuidado em saúde na perspectiva da população LGBTQIAPN+. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 15, n. 93, p. 14630-14637, 21 fev. 2025. Disponível em: <https://revistasauodecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3309>. Acesso em: 27 jul. 2025.

PIRES, F. M.; MIDÕES, A. C. D. Evasão escolar e diversidade de gênero: um estudo de suas relações no âmbito escolar. **Revista Ciência em Evidência**, v. 3, n. 1, p. e022001, 7 set. 2022. Disponível em: <https://ojs.ifsp.edu.br/index.php/cienciaevidencia/article/view/2035>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos *et al.* Políticas de saúde e desigualdade: determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). **ARACÊ**, v. 7, n. 4, p. 17006-17039, 1 abr. 2025. Disponível em: <https://periodicos.newssciencepubl.com/arace/article/view/4324>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS, T. V. dos; SILVA, L. T.; MACHADO, T. de O. **Trabalho e saúde**: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2022. Disponível em: https://morula.com.br/wp-content/uploads/2022/03/TrabalhoESaude_18MAR.pdf. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS JÚNIOR, G. D. dos; OLIVEIRA, J. L. B. C. de. O acesso e acolhimento da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **REPIS – Revista de Educação, Pesquisa e Informação em Saúde**, p. e0250-e0250, 27 dez. 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/17381>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SHIHADDEH, N. A.; PESSOA, E. M.; SILVA, F. F. da. A (in)visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. **Barbarói**, n. 58, p. 172-194, 26 jan. 2021. Disponível em: <https://seer.unisc.br/index.php/barbaroi/article/view/14765>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SILVA, A. A. D. C. *et al.* Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, p. 291-303, 10 out. 2021. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/716>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SILVA, J. M. N.; RASERA, E. F. Gênero e sexualidade no currículo dos cursos de graduação em saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, p. e220037pt, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FHhQRRkDWDKRgQCTqBzPRrN/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SOARES, L. Orgulho LGBTQIA+: repercussões internacionais e emancipação queer. **Relações Exteriores**, 2021. Disponível em: <https://relacoesexteriores.com.br/repercussao-internacional-lgbtqia/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SOUSA, A. R. de *et al.* Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. **REVISA**, v. 10, n. 2, p. 291-303, 8 maio 2021. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/716>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SOUZA, M. B. **A mapeadora de ausências**: metapesquisa da produção histórica sobre a população LGBTQIAPN+ no Brasil (1987-2018). 2022. 188 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2022.

TEIXEIRA, A. R. *et al.* Materiais educativos digitais sobre habilidades culinárias como estratégia de promoção de saúde na Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, p. e02062023, jun. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n6/e02062023/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

CAPÍTULO 5

ENTRAVES E DESAFIOS NO ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+

Fábio Júlio Ferreira
Wallace Grangeiro Coelho
Estelita Lima Cândido
Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Francisco Ricardo Miranda Pinto

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: a proposta de escrever sobre letramento sobre saúde da População LGBTQIAPN+ a partir de uma Revisão da Literatura se apresenta como inovador por buscar evidenciar que há, ainda, fragilidades no processo de formação inicial e continuada e que essa falta impacta no cuidado e atenção que é dado a esse público nos serviços de atenção.

Relevância: discutir o letramento em saúde aponta para o reconhecimento da lacuna do conhecimento e abre precedentes para se pensar o que e como se pode mudar o cenário.

Impacto: mais de que saber culturalmente que existe, este conhecimento precisa ser sistematizado dentro do ambiente científico da academia para que se compreenda a necessidade de ampliar a discussão de formação inicial e continuada de profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

A sigla LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, *queers*, intersexuais, assexuais, pansexuais e não binários) representa diversas identidades de gênero e orientações sexuais, buscando contemplar toda a pluralidade existente (UNESCO, 2014; Almeida *et al.*, 2020). Apesar dos avanços nos direitos humanos, essa população ainda enfrenta discriminação, violência e exclusão social. Isso decorre de um modelo social que privilegia a cisgeneridade e a heteronormatividade, impactando o acesso a políticas públicas fundamentais, inclusive à saúde.

As vulnerabilidades da população LGBTQIAPN+ ainda são pouco reconhecidas, o que resulta em barreiras significativas ao cuidado em saúde. O modelo biomédico vigente muitas vezes ignora suas especificidades, produzindo, assim, a violação de direitos humanos devido à dificuldade de acesso à saúde e à negação de demandas específicas (Pinto *et al.*, 2020; Guimarães *et al.*, 2021).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT busca promover a equidade no SUS (Brasil, 2011; 2017). Contudo, práticas discriminatórias persistem, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, que deveria ser um ambiente de acolhimento. No entanto, usuárias trans e travestis relatam constrangimento e invisibilidade nas UBS, reflexo do despreparo profissional diante das demandas específicas dessa comunidade (Marques *et al.*, 2017).

O letramento em saúde surge como ferramenta essencial para qualificar o cuidado. Envolve habilidades de acessar, compreender e aplicar informações em saúde (Marques *et al.*, 2021). A formação profissional, no entanto, é escassa e limitada a temas como HIV/AIDS, deixando lacunas em outras demandas importantes (Paranhos *et al.*, 2021).

No sentido de suprir lacunas formativas sobre a saúde da população LGBTQIAPN+, o letramento em saúde apresenta-se como uma grande oportunidade, por meio das tecnologias digitais, para promover uma

ferramenta de educação permanente. Este capítulo parte da questão sobre como a qualificação profissional pode contribuir para um atendimento mais humanizado, equânime e livre de discriminação. A motivação da autoria, enquanto pessoa LGBTQIAPN+ atuante nesse nível de atenção, reforça a urgência de promover o letramento em saúde como estratégia para fortalecer o compromisso ético, técnico e político dos profissionais com os princípios do SUS. Tem-se por objetivo geral apresentar, segundo a literatura, os entraves e desafios de acesso de pessoas LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde.

MÉTODO

Este capítulo foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa da literatura, que se caracteriza por uma leitura crítica, reflexiva e não exaustiva dos materiais selecionados, permitindo diferentes interpretações dos dados e da construção de sentido sobre o objeto de estudo (Rother, 2007). Diferentemente das revisões sistemáticas, este tipo de revisão favorece a articulação dialógica entre diferentes fontes, saberes e experiências, sendo especialmente adequada para temas complexos, plurais e interseccionais, como o letramento em saúde da população LGBTQIAPN+ no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

A escolha dessa abordagem metodológica se justifica pelo entendimento de que as práticas de cuidado em saúde envolvendo corpos e identidades dissidentes não se deixam reduzir a abordagens normativas e protocolares. Nesse sentido, optou-se por um processo investigativo que reconhece as implicações políticas, éticas e subjetivas que atravessam o campo da saúde LGBTQIAPN+, especialmente no que se refere às práticas de acolhimento e formação dos profissionais de saúde.

A seleção das fontes bibliográficas tomou como base a relevância temática, a densidade teórico-conceitual e a atualidade das produções. Foram consultadas bases de dados como LILACS, SciELO, BVS, Medline e Google

Scholar, além de documentos institucionais do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de organizações da sociedade civil com atuação reconhecida no campo dos direitos LGBTQIAPN+ e da equidade em saúde. Os artigos foram localizados utilizando os descritores “minorias sexuais e de gênero”, “letramento em saúde” e “Sistema Único de Saúde”, buscando-se abarcar intersecções entre essas temáticas no âmbito da Atenção Primária.

Os critérios de inclusão priorizaram publicações em português, entre os anos de 2011 e 2025, que abordassem diretamente a saúde da população LGBTQIAPN+, o letramento em saúde, a equidade, a formação profissional e as práticas de acolhimento na APS. Foram considerados artigos científicos, diretrizes técnicas, relatórios institucionais e marcos legais. Excluíram-se textos opinativos desprovidos de embasamento, materiais com pontos de vista estritamente biomédico, ou que reforçassem discursos patologizantes, moralizantes ou discriminatórios.

DESENVOLVIMENTO

Dos marcos legislativos e o direito de acesso à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública desde 1990, criado pela Lei n. 8.080/1990, traz em seu escopo o que foi preconizado pela Constituição Federal de 1988. Esta última, reconhecida como a Carta Magna da República Federativa do Brasil, garante que todas as pessoas são iguais para o Estado Brasileiro e têm o direito de ir e vir, independentemente de sua cor, raça, sexo e condição socioeconômica. Seu texto se reflete na Lei do SUS que garante que o acesso aos serviços de saúde é um direito universal, equitativo e igualitário no território brasileiro (Brasil, 2017; 1990).

Na prática, o acesso aos serviços por pessoas lésbicas, gays, travestis, transexuais, transgêneras, *queers* e intersexuais ainda é um nó crítico quanto aos direitos garantidos constitucionalmente. Esta violação de direitos é uma constante e afasta estas pessoas dos serviços de saúde, pois o desrespeito com sua identidade de gênero e/ou a sua orientação sexual suas questões que perpassam aquelas pessoas. Para além, a determinação pela família ou por profissionais de saúde quanto ao gênero de uma pessoa intersexo é outra forma de violência.

Pensar no direito de acesso à saúde exige resgatar a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) (ONU, 1948), que, já em 1948, previa que todas as pessoas são iguais. Entretanto, diante de agendas que se mostram impositivas ao padrão binário masculino-feminino, outros marcos regulatórios apresentam-se para garantir que as pessoas tenham o direito de ser livres e de acessar a carteira de serviços do SUS.

Dentre esses marcos regulatórios mais prevalentes no Brasil, tem-se o uso do nome social, que garante que as pessoas trans possam ser evocadas pelo nome de sua preferência, mantendo-o como parte de sua identidade. Ainda nessa mesma esteira, tem-se o Programa Brasil sem Homofobia, de 2004; a criação de uma política pública de saúde específica para pessoas LGBTQIAPN+, em 2011; o direito ao Processo Transsexualizador, conforme a Portaria n. 1.707/2008, com adequações e adaptações pela Portaria n. 2.803/2013; e, mais recentemente, o direito de alterar o nome em cartórios, além de maior garantia de humanização com a Política de Humanização, instituída pela Portaria n. 15.126/2025 (Brasil, 2004; 2008, 2011, 2013; 2025)

Análise das vulnerabilidades enfrentadas pela população LGBTQIAPN+ no acesso aos serviços de saúde

A saúde da população LGBTQIAPN+ no Brasil enfrenta inúmeros desafios relacionados às barreiras estruturais, sociais e institucionais. Convém expor que a Atenção Primária à Saúde e a atenção especializada ampliam, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como pelas linhas de cuidado, o acesso adequado das pessoas LGBTQIAPN+ à carteira de serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Isso envolve a descentralização, do centro para as periferias, e a interiorização, das grandes cidades para o interior, dos serviços destinados a essa população em todas as regiões do país, garantindo-lhes acessibilidade (Miskolci *et al.*, 2022).

Ainda assim, a população LGBTQIAPN+ passa por diversas formas de violência e discriminação tanto no acesso quanto no atendimento propriamente dito dentro dos serviços de saúde. De acordo com Miskolci *et al.* (2022), as violências geralmente perpassam os diferentes ciclos de vida da pessoa LGBTQIAPN+: iniciam com a violência familiar dentro do lar, por vezes resultando em expulsão, continua com o *bullying* no ambiente escolar e evoluem com atos de violência interpessoal na vida adulta, que podem até culminar em homicídios praticados pelo simples fato de serem LGBTQIAPN+. Logo, é essencial combater essas práticas e promover um ambiente seguro e acolhedor.

Outra dificuldade importante é que os sistemas de informação em saúde não se adaptaram para a existência das pessoas trans (transexuais, transgêneros e travestis) ou não binárias. Como exemplo, tem-se que o sistema do SUS não reconhece o nome social atribuído para que homens trans realizem exames ginecológicos, como o Papanicolau, e mulheres trans realizem exames de próstata. Essa é mais uma demanda que afeta essa população, dificultando o atendimento de suas necessidades de cuidado, já que há racismo estrutural explícito.

O reconhecimento dessas vulnerabilidades é fundamental para a implementação plena da “Política Nacional de Saúde Integral de LGBT”. A inclusão e o respeito às demandas dessa população contribuem para alcançar os princípios que norteiam o SUS (Bezerra *et al.*, 2019). Entretanto, a simples existência da política não basta: é imprescindível que profissionais de saúde estejam preparados, conheçam essas diretrizes e as incorporem em sua prática cotidiana.

Situações que dificultam o acesso aos serviços de saúde, do ponto de vista do paciente e dos profissionais de saúde

Segundo revisão conduzida por Gonçalves *et al.* (2023), no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), esses desafios são marcados principalmente por práticas heteronormativas, estigmas sociais e preconceitos institucionais que comprometem a integralidade do cuidado. Não obstante, a ausência de formação adequada das pessoas profissionais de saúde, somada à influência de crenças pessoais, gera insegurança e despreparo no atendimento, resultando em abordagens excludentes e, muitas vezes, discriminatórias.

A discriminação e o preconceito praticados por pessoas profissionais de saúde às pessoas clientes LGBTQIAPN+ pode resultar em tratamento inadequado, falta de confiança e relutância em buscar atendimento. De maneira semelhante, a falta de sensibilidade, empatia e respeito podem levar a uma falta de compreensão das questões enfrentadas por esses pacientes. O estigma e o medo de julgamento podem estimular a evitar a procura de cuidados de saúde essenciais, por exemplo, à associação com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Almeida *et al.*, 2023; Miskolci, *et al.*, 2022).

Em resumo, é crucial que os profissionais de saúde sejam sensíveis, bem-informados e livres de preconceitos para garantir que todas as pessoas,

independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, tenham acesso igualitário a serviços de saúde adequados (Brasil, 2013).

Ferreira e Nascimento (2022) reiteram que, apesar dos avanços normativos, o acesso da população LGBTQIAPN+ a APS continua seriamente comprometido por um conjunto de barreiras que operam em múltiplas dimensões, tais como: práticas institucionais marcadas por heteronormatividade e binarismo de gênero negam identidades e orientações diversas, resultando em patologização e invisibilidade, especialmente das pessoas trans; o estigma associado ao HIV que reforça associações preconceituosas, levando ao atendimento orientado por suposições e não por necessidades individuais; a violência institucional se manifesta na negação do uso do nome social, comentários desrespeitosos e atendimento desigual; a formação profissional inadequada, pautada em crenças pessoais, falta de preparo acadêmico e ausência de educação permanente, legitima discursos do “não saber”, promovendo desresponsabilização dos profissionais e reduzindo a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde.

Miskolci *et al.* (2022) dissertam que o acesso às redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) deveria garantir atendimento adequado por meio da descentralização e da interiorização dos serviços em todo o território nacional, assegurando que essa população seja assistida em diferentes regiões e níveis de atenção. Entretanto, práticas discriminatórias e lacunas na formação dos profissionais frequentemente comprometem a efetividade desse acesso.

Do ponto de vista dos usuários LGBTQIAPN+, a experiência com os serviços de saúde frequentemente está associada à discriminação, ao preconceito e à estigmatização. Essas situações geram insegurança, dificultam o estabelecimento de vínculo terapêutico e, muitas vezes, levam à interrupção ou à não adesão ao cuidado. Almeida *et al.* (2023) destacam que esse contexto contribui para o tratamento inadequado e para a relutância em buscar atendimento, mesmo diante de necessidades urgentes.

Em revisão de Reis *et al.* (2023), desde 2012 até o início da pandemia em 2020, houve crescimento na produção acadêmica sobre a atenção à saúde da população LGBTQIAPN+ na APS brasileira. A revisão documenta que preconceitos de natureza moral e religiosa permeiam o atendimento em UBS do SUS, refletidos em atitudes profissionais influenciadas por valores culturais e familiares que rejeitam a diversidade sexual e de gênero, afastando essa população dos serviços médicos.

Assim, garantir a equidade e a integralidade no SUS exige mais do que a ampliação do acesso físico aos serviços. É necessário investir na qualificação e na sensibilização dos profissionais de saúde, de modo que possam desenvolver práticas seguras, acolhedoras e livres de preconceitos, conforme prevê a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013).

Fatores incidentes na assistência oferecida à população LGBTQIAPN+ na atenção básica

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta preferencial de entrada de pessoas usuárias no SUS, desempenhando papel estratégico na Atenção Primária. No entanto, Guimarães (2021) ressalta que a ausência de treinamentos específicos, de cursos de aperfeiçoamento profissional e de planos integrados de ação voltados à saúde LGBTQIAPN+ nas UBS compromete a qualidade da assistência prestada. O não reconhecimento da identidade de gênero dos pacientes e a recusa do uso do nome social ainda são práticas comuns, que afastam os usuários dos serviços de saúde e agravam as vulnerabilidades existentes.

Com foco no enfrentamento a questões desta envergadura, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT) tem como objetivo promover a eliminação de práticas discriminatórias e a redução das desigualdades, mas sua efetividade depende da adesão dos profissionais às políticas públicas e da compreensão das problemáticas enfrentadas pela população LGBTQIAPN+.

Conforme Bezerra (2022), apenas por meio da aproximação com essas políticas e da capacitação permanente será possível consolidar o SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Segundo Reis e Carvalho (2023), apesar de regulamentações como a PNSI-LGBT e o direito ao nome social, o atendimento na APS ainda é marcado pela fragmentação e pela invisibilidade das necessidades específicas da população LGBTIQAPN+. As práticas de acolhimento são precárias, há dificuldade na criação de vínculos e os profissionais não têm preparo adequado, uma vez que a maioria das formações se concentra apenas em infecções sexualmente transmissíveis, sem abordar outras demandas, o que compromete a efetividade, a continuidade e o respeito aos direitos humanos no cuidado integral.

O letramento sobre saúde da população LGBTIQAPN+

O letramento em saúde da população LGBTIQAPN+ constitui um dos principais caminhos para transformar os serviços de saúde em ambientes mais inclusivos e humanizados. Ele envolve não apenas o domínio de informações, mas a capacidade de compreender, respeitar e acolher as diversas identidades e orientações sexuais, construindo relações empáticas e livres de discriminação (CRP-01, 2020).

A pluralidade exige dos profissionais de saúde uma prática sensível e informada, capaz de reconhecer as demandas específicas de cada grupo. Historicamente, práticas patologizantes, como a classificação da homossexualidade e da transexualidade como doenças, geraram sofrimento psíquico às pessoas gays, lésbicas, travestis, transexuais e transgêneras. Embora avanços importantes tenham ocorrido com as resoluções do Conselho Federal de Medicina (1985) e do Conselho Federal de Psicologia (1999; 2018), ainda persistem, de forma velada, posturas discriminatórias nos serviços (CRP-01, 2020).

Segundo Costa-Val (2022), profissionais da APS, embora familiarizados com a temática LGBTQIAPN+, frequentemente adotam estratégias discursivas que ocultam seus preconceitos e resistências, dificultando o reconhecimento da agência dos usuários na transformação das práticas de cuidado. Além disso, os autores explicam que falta de preparo técnico e sensibilidade clínica se expressa na ausência de práticas educativas e profissionais capazes de enfrentar a heteronormatividade institucional, o que compromete a construção de processos de cuidado que sejam éticos, respeitosos e capazes de responder às demandas de saúde da população LGBTQIAPN+, sobretudo travestis e transexuais que já enfrentam ameaças à sua integridade física e social, perpetuando a marginalização dentro da APS.

Assim, promover o letramento em saúde não se limita a ampliar o conhecimento técnico. Ele contribui para mudanças institucionais, fortalece políticas afirmativas e fomenta ambientes organizacionais que valorizam a diversidade. Ações como o uso do nome social, a escuta ativa, a comunicação inclusiva e a abordagem livre de pressupostos são exemplos práticos de como o letramento pode impactar positivamente a experiência dos usuários nos serviços de saúde (CRP-01, 2020).

Mais do que uma competência técnica, o letramento em saúde direcionado à população LGBTQIAPN+ é um compromisso ético com os direitos humanos e com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. A implementação de estratégias educativas voltadas para essa temática, como a produção de conteúdos audiovisuais acessíveis e direcionados aos profissionais da atenção básica, pode representar um avanço significativo para a redução das desigualdades em saúde e para a melhoria da qualidade do atendimento prestado (Bezerra *et al.*, 2019; Guimarães, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão narrativa da literatura analisou criticamente produções científicas e documentos institucionais com o objetivo de compreender os

principais entraves e desafios enfrentados pela população LGBTQIAPN+ no acesso aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A análise evidenciou que, apesar dos avanços normativos e da existência de marcos legais específicos, o preconceito, o racismo estrutural, a heteronormatividade institucional e outras formas de discriminação permanecem como barreiras concretas à efetivação do direito à saúde.

Os resultados apontam que tais obstáculos não se restringem ao acesso físico aos serviços, mas atravessam dimensões simbólicas, relacionais e institucionais, comprometendo o acolhimento, o vínculo e a integralidade do cuidado. Destaca-se, ainda, que a insuficiência na formação inicial e na educação permanente dos profissionais de saúde contribui para a reprodução de práticas excludentes, revelando a necessidade de investimentos contínuos em letramento em saúde e qualificação profissional.

Historicamente, os movimentos sociais LGBTQIAPN+ têm desempenhado papel central na conquista de direitos e na consolidação de políticas públicas voltadas à equidade. Entretanto, a existência de dispositivos legais, por si só, não garante sua plena implementação. Torna-se imprescindível fortalecer estratégias institucionais e educativas que assegurem a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, enfrentando agendas que insistem em invisibilizar e silenciar identidades dissidentes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. M. de *et al.* Formas de vulnerabilidade de pessoas LGBTQIAPN+ no Brasil. **Revista Bioética**, v. 31, p. e3470PT, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/77QPGWCFxK7TSfvwCVJbBQb/>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BEZERRA, M. V. R. *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 8, p. 305-323, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DkZJz3V4kfLczm7Qbvpr3Xh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 15.126, de 28 de abril de 2025**. Altera a Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/115126.htm. Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária à Saúde: a base do SUS no território**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 28 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, 11 abr. 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2017. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 28 maio 2026.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 1ª REGIÃO. **Acolhimento às pessoas LGBTQI+ nos serviços de saúde**: orientações voltadas para profissionais da psicologia e demais áreas da saúde. Brasília: CRP 01/DF, 2020. Disponível em: https://www.crp-01.org.br/rails/active_storage/blobs/eyJfcmFpbHMiOnsibWVzc2FnZSI6IkJBaHBBcWdaIiwiaXhXhwlpudWxsLCJwdXliOiJibG9iX2lkIn19--3340979ec70a32f568a144541db067d9ede7b952/Publicacao-lgbtqi-saude-17072020.pdf. Acesso em: 4 ago. 2025.

COSTA-VAL, A.; MANGANELLI, M. de S.; MORAES, V. M. F. de; CANO-PRAIS, H. A.; RIBEIRO, G. M. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, e320207, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320207>. Acesso em: 28 maio 2026.

FERREIRA, B. de O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3825-3834, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKYtxMMmQnCrCSvfbrMnkDc/>. Acesso em: 28 maio 2026.

GONÇALVES, E. de F. M.; OLIVEIRA, E. A. de; CARDOSO, G. C. P.; SILVA, L. T. B. da. Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate**, v. 47, n. esp. 1, e9111, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19111P>. Acesso em: 28 maio 2026.

GUIMARÃES, R. C. P.; LORENZO, C. F. G.; MENDONÇA, A. V. M. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e310128, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WbhPNXrjWbNwHbBKmbjQw8m/>. Acesso em: 28 maio 2026.

MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. **CoDAS**, São Paulo, v. 30, n. 2, e20170127, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>. Acesso em: 1 jun. 2025.

MISKOLCI, R. *et al.* Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3815-3824, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hWZDMgSHpzyTdrZ4QcSRXj/>. Acesso em: 28 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: UNIC Rio, 2025. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1Fz8SOcQL50hD1iwNOcKXdG_9UyHVkce7/view. Acesso em: 27 jul. 2025.

PARANHOS, W. R.; WILLERDING, I. A. V.; LAPOLLI, Ê. M. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200684, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200684>. Acesso em: 28 maio 2026.

PINTO, I. V. *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200006.SUPL.1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.

REIS, A. A.; CARVALHO, H. R. de. A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 47, n. esp. 1, e9135, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19135P>. Acesso em: 28 maio 2026.

REIS, G.; PEREIRA, F. E. Políticas públicas para a população LGBT. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e37617, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37617>. Acesso em: 28 maio 2026.

UNESCO. **Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro**: tópicos e objetivos de aprendizagem. Brasília: UNESCO, 2014. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002277/227762por.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2025.

CAPÍTULO 6

FATORES E INTERVENÇÕES NO LETRAMENTO EM SAÚDE DIGITAL DE GESTANTES: REVISÃO INTEGRATIVA DE ESTUDOS NACIONAIS

Karyne Barreto Gonçalves Marques
Elaine Silva Nascimento Andrade
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: indica lacunas no conhecimento de gestantes sobre como acessar informações de saúde confiáveis online. Destaca a necessidade de mais estudos nacionais sobre o letramento em saúde digital para usuários do SUS.

Relevância: destaca a importância de ações de promoção da saúde que considerem o acesso e a compreensão de informações online para melhorar a saúde materno-infantil.

Impacto: nortear políticas públicas para ampliar o acesso de gestantes às informações digitais de saúde reduzindo as iniquidades; diretrizes específicas de saúde digital na APS, educação em saúde e redução de riscos materno-infantis.

INTRODUÇÃO

O avanço das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), a popularização dos smartphones e a ampliação da cobertura da internet em locais antes inacessíveis facilitaram o acesso das pessoas a essas tecnologias (Fava; Lapão, 2024). Em 2022, 66% da população mundial já utilizava a internet, número que tende a crescer até 2025 (Giacometti *et al.*, 2024).

No campo da saúde, inclusive na saúde pública, esse cenário impulsionou o uso de recursos digitais; como páginas na *web*, aplicativos e redes sociais; para disseminar informações sobre saúde (Farias *et al.*, 2023). Norman e Skinner (2006) definem o letramento em saúde digital como a capacidade de acessar, compreender e utilizar informações de saúde no meio digital em benefício do indivíduo e da comunidade.

Um bom nível de letramento em saúde contribui para a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida, estando associado à detecção precoce de enfermidades, à adoção de hábitos saudáveis e à redução de hospitalizações (Barros *et al.*, 2022).

Na saúde pública, as mulheres representam o grupo que mais frequenta a atenção primária (Cobo; Cruz; Dick, 2021) e, durante a gestação, necessitam de acompanhamento mais intenso e de maior acesso a informações de saúde (Souza; Andrade, 2020). Muitas gestantes recorrem à internet como primeira fonte de consulta, devido à facilidade de acesso e ao uso de dispositivos eletrônicos (Collet *et al.*, 2024).

Diante disso, formulou-se a pergunta norteadora, com base na estratégia PICO: “Quais são os fatores e as intervenções que influenciam o nível de letramento em saúde digital das gestantes?”

Esta pesquisa sintetiza estudos nacionais publicados entre 2015 e 2025 nas bases PubMed, LILACS e Google Acadêmico, justifica-se por contribuir para o aprimoramento do acesso à informação digital durante a gestação. O tema possui implicações sociais e políticas relevantes, pois o letramento digital

em saúde reforça a autonomia e a equidade nas políticas públicas de saúde materno-infantil.

O estudo visa ainda incentivar novas pesquisas sobre o letramento em saúde digital de gestantes, tema cada vez mais relevante frente à transformação digital da saúde no Brasil. Este capítulo poderá ser utilizado no meio acadêmico como fonte de pesquisa sobre o letramento em saúde digital, pois torna-se cada vez mais relevante considerando o investimento que o Brasil vem realizando na transformação digital da saúde, em que o usuário deve ser proativo e buscar informações sobre saúde nas redes digitais.

Poderá, ainda, nortear políticas públicas em saúde que visem ampliar o acesso das gestantes, público prioritário na Atenção Primária, a informações de qualidade no meio digital, bem como estimular a realização de mais pesquisas de campo no território brasileiro sobre essa temática.

Assim, o objetivo principal é identificar fatores e intervenções que influenciam o letramento em saúde digital de gestantes, favorecendo o acesso a informações de qualidade e o fortalecimento das ações em saúde materna.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa, com busca de literatura nas bases de dados PubMed e Lilacs e no portal de busca Google Acadêmico, a partir da pergunta: “Quais são os fatores e as intervenções que influenciam o nível de letramento em saúde digital das gestantes?”. A busca ocorreu entre os meses de janeiro e maio de 2025. Para a seleção dos estudos, foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

A pesquisa abrangeu artigos completos nacionais, publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos que não abordavam diretamente o tema da pesquisa, artigos de opinião, editoriais, capítulos de livro, anais de congressos, dissertações, teses e duplicatas.

Uma tabela foi elaborada com os descritores pesquisados e as diversas combinações com os operadores booleanos “and” e “or”.

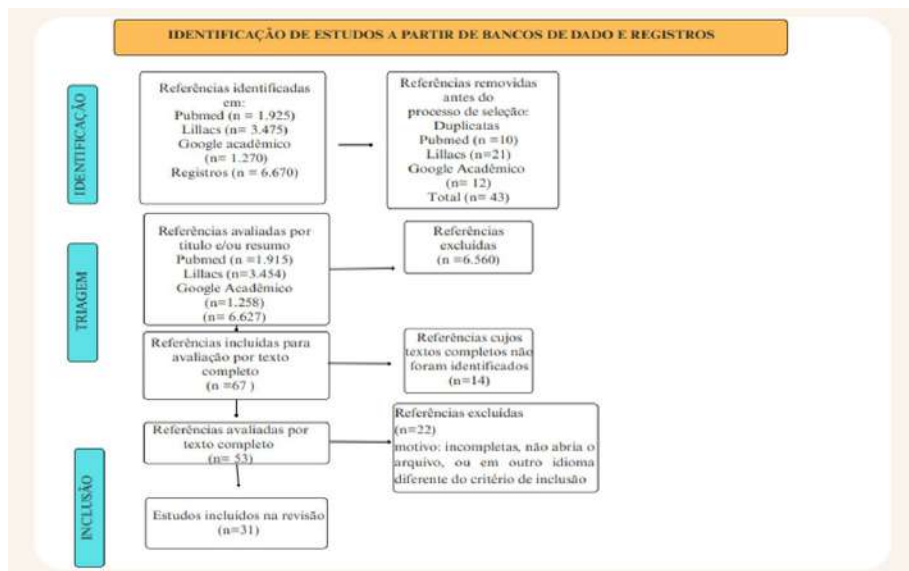
Tabela 1. Combinações dos descritores com os operadores booleanos por base de dados

PubMed	“Saúde digital” AND “Gestantes” (n = 60) após triagem (n = 0)	“Saúde digital” OR “Gestantes” (n = 1.272) após triagem (n = 1)
PubMed	“Uso da internet” AND “Gestantes” (n = 0)	“Uso da internet” OR “Gestantes” (n = 212) após triagem (n = 1)
PubMed	“Letramento em saúde” AND “Gestantes” (n=0)	“Letramento em saúde” OR “Gestantes” (n = 208) após triagem (n=1)
PubMed	“Internet” AND “pregnancy” AND “questions” (n = 173) Após triagem (n = 10)	-----
LILACS	“Saúde digital” AND “Gestantes” (n = 2 LILACS/ n = 6 BVS) após triagem (n = 1)	“Saúde digital” OR “Gestantes”(n = 828) após triagem (n = 0)
LILACS	“Letramento em saúde” AND “gestantes” (n = 0)	“Letramento em saúde” OR “gestantes” (n = 719) após triagem (n = 0)
LILACS	“Internet” AND “Gestantes” (n = 45 LILACS Plus/ n = 386 BVS completa) após triagem (n = 10)	“Internet” OR “Gestantes” (n = 1.489) após triagem (n = 0)
Google acadêmico	“Letramento em saúde digital das gestantes” (n = 1.270) após triagem (n = 7)	-----

Fonte: Dados de busca das pesquisas, 2025.

Após o refinamento da busca, foram encontrados 31 artigos, nacionais e internacionais, tendo como tema o uso da internet e de ferramentas digitais por gestantes. Destes, somente 7 eram nacionais (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção dos artigos, PRISMA 2020



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

No presente capítulo, apresentaremos os artigos nacionais selecionados, sintetizados em um quadro abaixo com o nível de evidência, classificados de acordo com o Instituto Joanna Briggs (JBI) e discutidos mais longamente a seguir. Estes artigos abordam o conhecimento das gestantes sobre onde e como encontrar informações sobre saúde fazendo uso de meios digitais, fatores e intervenções que afetam o letramento em saúde digital, porém sem esgotar a temática, evidenciando a escassez de literatura no Brasil (Calderon *et al.*, 2016; Borges *et al.*, 2021; Chaves *et al.*, 2024; Giacometti *et al.*, 2024; Gomes *et al.*, 2024; Lopes *et al.*, 2022; Perez; Oliveira; Reis, 2023).

Para ampliar a discussão e enriquecê-la, foram utilizados artigos internacionais incluídos em uma revisão integrativa mais ampla, vinculada à pesquisa “Gestantes conectadas e bem informadas? Análise do letramento em saúde digital em municípios do Estado do Ceará”. Esta pesquisa constitui um recorte de uma investigação maior. Também foram utilizados outros materiais

cedidos pelos pesquisadores em saúde digital da Fiocruz Ceará, bem como materiais da literatura cinzenta.

Quadro 1. Artigos nacionais sobre fatores e intervenções no letramento em saúde digital de gestantes

Nome dos autores/Ano da publicação/ Período/ Nível de evidência	Título do artigo	Tipo e objetivo do estudo	Amostra e Resultados
1. Calderon <i>et al.</i> (2016) <i>Journal of Health & Biological Sciences</i> Nível IV	O uso da internet como ferramenta de apoio ao esclarecimento de dúvidas durante a gestação.	Estudo exploratório, descritivo, quantitativo. Objetivo de avaliar o uso da internet, qualidade dos sites como ferramenta de apoio aos esclarecimentos de dúvidas apresentadas pelas mulheres durante o período gestacional.	241 usuárias. 98% das gestantes entre 19 e 39 anos, 97% com escolaridade acima de 9 anos, 99% acompanhadas pelos profissionais de saúde, 99% usam sempre a internet para busca de dúvidas sobre a gestação.
2. Borges <i>et al.</i> (2021) <i>Cadernos de Saúde Pública</i> Suporte- Nível IV (observacional-descritivo), por tratar-se de estudo metodológico de adaptação/validação de instrumento, sem acompanhamento longitudinal ou comparação entre grupos de intervenção/ controlados.	Internet and decision-making regarding health among pregnant woman: cross-cultural adaptation of a questionnaire for use in Brazil.	Estudo metodológico. Objetivos: traduzir e adaptar um questionário sobre o uso da internet na gravidez (WUIPQ) e analisar as propriedades psicométricas da Preparation for Decision Making Scale (PDMS). Participaram do estudo gestantes e puérperas brasileiras participantes de grupos do Facebook.	Para a análise de confiabilidade teste-reteste (ICC) foram utilizadas 117 participantes. Para a análise de consistência interna e dimensionalidade (CFA) do instrumento B-PDMS, a amostra incluída foi de 673 mulheres. O B-WUIPQ apresentou boa adaptação transcultural, e o B-PDMS demonstrou propriedades satisfatórias para gestantes brasileiras.

3. Chaves <i>et al.</i> (2024) <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> Nível I	Aplicativos móveis de pré-natal relatados na literatura científica: uma revisão de escopo.	Estudo de revisão de escopo tendo como base a pergunta: quais os aplicativos móveis descritos e/ou avaliados na literatura científica sobre atividades de saúde relacionadas ao pré-natal a gestantes e/ou profissionais de saúde?	Foram analisados 49 estudos, sendo 45 artigos, três dissertações e uma tese, publicados em português e inglês. Os aplicativos são destinados à educação em saúde/ autocuidado (46,9%), monitoramento clínico (28,5%), uso por profissionais de saúde (16,3%), pesquisa/coleta de dados (6,1%) e educação profissional (2%).
4. Giacometti <i>et al.</i> (2024) <i>Einstein</i> Nível III	Internet use by pregnant women during prenatal care.	Estudo transversal descritivo foi realizado no Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo entre julho e outubro de 2018. Para coleta de dados, foi elaborado um questionário para mensurar o uso da internet durante o pré-natal. Objetivo: analisar o comportamento de gestantes quando procuram informações, e como são influenciadas pelas informações encontradas.	Trezentas e duas pacientes responderam aos questionários. Observou-se que o uso da internet era frequente e a maioria das pacientes discutiu os achados com seus médicos. No entanto, isso não afetou as vias de parto.

5. Gomes <i>et al.</i> (2024) <i>Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação</i> Nível III	A influência da internet nas escolhas do pré-natal e parto das gestantes em uma cidade do oeste do Paraná.	Estudo quantitativo e qualitativo com coleta de dados em questionário presencial, aplicados a 46 grávidas e puérperas, pacientes de um hospital em uma cidade do oeste do Paraná, no período de maio a junho de 2023. Objetivo: identificar os fatores que influenciam nas decisões durante a gravidez, a confiança nas informações da internet, as fontes que utilizam e se interfere na relação com profissional de saúde.	46 grávidas e puérperas. 65,2% das participantes afirmaram que as pesquisas na internet influenciaram a opinião e forma que conduziram a gravidez e parto e 73,91% informaram que a internet não mudou a relação que tinha com o seu profissional de saúde.
6. Lopes <i>et al.</i> (2022) <i>Brazilian Journal of Development</i> Suporte -Nível IV, (observacional descritivo), pois se trata essencialmente de descrição de desenvolvimento de protótipo, sem avaliação de eficácia em grande escala ou comparação entre grupos	Letramento em saúde: aplicativo “poderosa no parto” de educação para pessoas gestantes.	Estudo metodológico do aplicativo protótipo “poderosas no parto” combinando o uso de metodologias de desenvolvimento de Engenharia de Software, Design Instrucional Sistemático e Processo Unificado. Objetivo: descrever o desenvolvimento e os próximos passos do aplicativo protótipo denominado “Poderosa no Parto” que visa promover o ensino-aprendizagem-avaliação do método psicoprofilático para auxiliar a pessoa gestante na preparação para o parto natural.	Intenciona-se a disponibilização do aplicativo de forma gratuita, a fim de tornar o seu conteúdo acessível ao maior número de pessoas, buscando alcançar o Letramento em Saúde, com um apoio potencial da aplicação na área de enfermagem, mais especificamente, para a educação em saúde da pessoa gestante, sendo necessário somente um cadastro, seguindo as normativas já em vigor da nova Lei Geral de Proteção de Dados.

7. Perez; Oliveira; Reis (2023) <i>Revista de Medicina, São Paulo</i> Nível I	Aplicações da saúde digital no cuidado obstétrico: impactos e perspectivas que extrapolam a Pandemia de covid-19.	Revisão de Literatura no período de 2016 a 2021. Objetivo: levantar evidências na literatura sobre os impactos das implementações de tecnologias digitais na saúde e atenção à gestante durante o cuidado pré-natal e a validação da informação gerada pela gestante.	Foram selecionados 13 artigos representando os temas da atenção à gestante, cuidados pré-natal relacionados às tecnologias digitais e validação da informação da usuária. Resultaram em uma relação de maior cuidado à saúde da gestante, além de disponibilizar ferramentas de empoderamento feminino.
---	---	---	---

Fonte: própria autora (2025).

DESENVOLVIMENTO

Dos estudos nacionais incluídos na revisão integrativa, apenas dois apresentaram o maior nível de evidência segundo a classificação do JBI (Chaves *et al.*, 2024; Perez; Oliveira e Reis, 2023). Dois artigos foram estudos metodológicos, incluídos de forma indireta por não possuírem classificação específica no JBI (Borges *et al.*, 2021; Lopes *et al.*, 2022); dois eram estudos observacionais analíticos de nível III (Giacometti *et al.*, 2024; Gomes *et al.*, 2024) e um estudo observacional descritivo de nível IV (Calderon *et al.*, 2024).

Com base na pergunta norteadora – “Quais são os fatores e as intervenções que influenciam o letramento em saúde digital das gestantes?” –, foram extraídas informações que revelam o perfil e os determinantes associados ao tema. Segundo Calderon *et al.* (2016), a maioria das gestantes brasileiras usuárias da internet tem entre 19 e 39 anos, faixa correspondente à idade reprodutiva, e apresenta escolaridade superior a nove anos, fator relacionado ao maior acesso à informação. De modo semelhante, Al-Dahshan

et al. (2021) observaram que as gestantes do Catar que utilizam a internet têm entre 26 e 35 anos, alto nível educacional e dois ou mais filhos. Provavelmente, a diferença de idade se deve ao fato de que as mulheres do Catar engravidam mais tarde, em razão de um melhor planejamento familiar, e buscam mais anos de estudo, visando a uma melhor qualidade de vida.

O nível de escolaridade, o número de filhos e o acesso a dispositivos conectados à internet foram apontados como fatores que influenciam o letramento digital. Esses elementos são componentes dos determinantes sociais e digitais da saúde (DSS e DDS) (Giacometti *et al.*, 2024). Segundo Al-Dahshan *et al.* (2021), primíparas tendem a buscar mais informações, e estudos internacionais, como o de Sharma e Patten (2022), mostram que condições socioeconômicas desfavoráveis e acesso limitado à internet aumentam as desigualdades digitais. Dobrovolska e Kolomiiets (2024) e Mialhe *et al.* (2023) reforçam que o nível educacional influencia diretamente a competência digital e a pontuação na escala eHEALS (utilizada para medir o nível de letramento em saúde digital).

Caldeiron *et al.* (2016) também complementam ao citar que quase a totalidade das entrevistadas relatou procurar informações de saúde na internet, o que corrobora o estudo realizado na Turquia por Serçekus, Degirmenciler e Özkan (2021). Esse último fator relatado pode ser atribuído às intensas transformações corporais e mentais pelas quais as mulheres passam, uma vez que dúvidas e medos surgem ao longo do processo.

Para tentar encontrar respostas para suas angústias, elas têm usado a internet, pois obtêm-se um fácil e rápido acesso; a informação é detalhada, muitas vezes com ilustrações ou vídeos, além de se sentirem mais confortáveis para fazer alguns questionamentos. Borges *et al.* (2021) acrescentam que a busca nos *websites* por meio do Google é a forma mais utilizada pelas gestantes para obterem informações de saúde.

Sobre os assuntos procurados na internet, Gomes *et al.* (2024) relatam que pesquisas são realizadas sobre consumo de álcool, medicamentos, higiene,

repouso e alimentação. Gomes *et al.* (2024) e Giacometti *et al.* (2024) citam que os conteúdos mais acessados são estilo de vida saudável e desenvolvimento fetal, seguidos por outros temas, como alterações psicológicas na gravidez, atividade física, nutrição, complicações na gestação, resultados de exames, medicamentos que podem ser utilizados, sexualidade durante a gestação, tipos de parto e cuidados com o recém-nascido.

Contudo, o uso da internet na gestação não é isento de riscos. A falta de conhecimento técnico para julgar a qualidade e a veracidade das informações acessadas pode expor as gestantes a uma grande quantidade de informações duvidosas, inconsistentes ou mesmo falsas, podendo ter consequências no nível de ansiedade e causar problemas à saúde materna e fetal (Giacometti *et al.*, 2024). Perez, Oliveira e Reis (2023) acrescentam a necessidade de validação das informações acessadas, servindo como instrumento para as políticas públicas e contribuindo para a promoção da saúde materno-infantil.

Por outro lado, em estudos internacionais, Javanmardi *et al.* (2018) relatam benefícios do uso da internet quando os assuntos procurados são de fontes confiáveis, como, por exemplo, diminuição de complicações durante a gravidez, deficiências de ferro e ácido fólico, ganho de peso adequado na gravidez, melhora do peso neonatal ao nascimento. Keles *et al.* (2024) abordaram um melhor comportamento relacionado à promoção da saúde, com percepções mais favoráveis sobre saúde, busca adequada pelos serviços de saúde ao perceber alterações no organismo e obtenção de melhores resultados maternos e fetais.

De acordo com Chiaraluce e Levine (2024), a criação de políticas públicas para expandir a inclusão digital auxiliará a promover o acesso equitativo à saúde. Por outro lado, embora os DDS possam melhorar o acesso, eles também podem gerar novos desafios, como a necessidade de capacitação em letramento digital para pessoas de baixo nível socioeconômico, com o objetivo de favorecer a integração de soluções digitais aos sistemas de saúde, sem criar um outro fator de exclusão de populações vulnerabilizadas.

Kachimanga *et al.* (2024), em estudo realizado na África Subsaariana, completam que conhecer as barreiras sociais e técnicas do uso de informações em saúde é essencial para garantir o sucesso de programas voltados à saúde digital. Dorst *et al.* (2019) realizaram uma pesquisa na Universidade Vanderbilt, no Tennessee, Estados Unidos, e também relataram a importância de os familiares que fazem parte da rede de apoio à gestante terem acesso a informações de saúde de qualidade.

No Brasil, ainda está em fase inicial a implementação de intervenções acerca do letramento digital em saúde. Zanchetta *et al.* (2020) citam um projeto-piloto de cooperação entre Brasil e Canadá para o letramento digital em saúde de enfermeiros, utilizando como metodologia um curso de intervenção presencial com 30 horas de duração, dividido em cinco dias, com seis horas cada, abordando os seguintes temas: letramento em saúde como determinante social da saúde, letramento em saúde digital, habilidades individuais, clarificação e análise conceitual, e incorporação da inovação baseada em evidências para melhorar o letramento em saúde no contexto do SUS. O objetivo final foi capacitá-los para promover o letramento em saúde digital da população. Ao todo, participaram 63 enfermeiros das regiões Nordeste e Centro-Oeste, vinculados a duas universidades federais.

Lopes *et al.* (2022), por meio de uma equipe interdisciplinar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade Paulista (UNIP), desenvolveram um estudo metodológico para auxiliar no processo de letramento digital em saúde de gestantes, com o desenvolvimento de um aplicativo voltado ao apoio à mulher durante o parto. Perez *et al.* (2021) criaram o aplicativo “Meu Pré-Natal”, com a participação de uma equipe multidisciplinar formada por profissionais das áreas da saúde, computação e design da Universidade Federal de Minas Gerais, para ser acessado em *smartphones*, com o intuito de servir como fonte de informações sobre gravidez.

Chaves *et al.* (2024) complementam que o uso de aplicativos móveis no pré-natal contribui para o processo de letramento em saúde, assim como para

fins de educação em saúde. A utilização desses aplicativos foi positiva para gestantes com chance aumentada de parto prematuro e para aquelas com alto risco de internação.

Estudos também foram feitos com o objetivo de avaliar a escala e-Health com propriedades psicométricas para aplicação em adultos no Brasil, a qual foi validada (Mialhe *et al.*, 2022). Inclusive, conclui-se que a versão brasileira mostrou excelentes resultados para determinar o nível de letramento digital nesse público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fator que influenciou mais significativamente o letramento em saúde digital das gestantes brasileiras nas pesquisas acessadas foi o grau de escolaridade. Assim, sugere-se que mais pesquisas sejam desenvolvidas no país, com o objetivo de conhecer se residir em zona urbana ou rural, o acesso aos equipamentos e o nível de renda podem influenciar o nível de letramento em saúde digital das gestantes, bem como de outros públicos prioritários na Atenção Primária à Saúde.

Em relação às intervenções realizadas para melhorar o letramento em saúde digital de gestantes, foram encontradas somente iniciativas voltadas à criação de aplicativos para fins de educação em saúde. Contudo, permanece o questionamento: para utilizarem o aplicativo, as gestantes precisam ter algum conhecimento prévio? E, para aquelas que não conseguem sequer acessar um equipamento eletrônico, qual intervenção deve ser realizada?

O conhecimento mais aprofundado irá permitir o desenvolvimento de ações e de atividades de promoção da saúde que contribuam com a melhor compreensão, utilização e seleção das informações sobre saúde no meio digital para estes indivíduos. Em adição, poderá fornecer subsídios para o desenvolvimento de *softwares* e aplicativos que proporcionarão maior facilidade

de acessos, que sejam mais atrativos, com informações de qualidade, de forma que ampliem o acesso e a autonomia dos usuários para acessar informações que impactem positivamente a condução e a decisão de sua saúde.

Por fim, políticas públicas podem e devem ser elaboradas para permitir que mais pessoas possam acessar informações de qualidade relativas à saúde, com a criação de pontos de acesso digital assistidos nas unidades de Atenção Primária. Adicionalmente, cursos de formação de profissionais da Atenção Primária para atuarem como facilitadores, bem como a elaboração de materiais educativos acessíveis na área de letramento em saúde digital para gestantes, com oferta de oficinas de capacitação, podem contribuir para um maior letramento em saúde digital, reduzindo complicações no período gestacional e melhorando a saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

AL-DAHSHAN, A. *et al.* Pattern of internet use for pregnancy-related information and its predictors among women visiting primary healthcare in Qatar: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, n. 1, p. 747, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8568676/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

BARROS, J. K. *et al.* Adaptação transcultural e evidências da validade da eHealth Literacy Scale para uso no Brasil. **Revista de enfermagem Referência**, v. 6, n. 1, e21066, 2022. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388271597031/html/>. Acesso em: 18 mar. 2025.

BORGES, A. C. C. *et al.* Internet and decision-making regarding health among pregnant woman: cross-cultural adaptation of a questionnaire for use in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n. 2, e00244019, p.1-19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00244019>. Acesso em 13 mai. 2025.

CALDERON, T. M. *et al.* O uso da internet como ferramenta de apoio ao esclarecimento de dúvidas durante a gestação. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 3, n. 2, p.18-22, 2016. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/299499855_O_uso_da_internet_como_ferramenta_de_apoio_ao_esclarecimento_de_duvidas_durante_a_gestacaoThe_use_of_the_Internet_as_a_support_tool_to_clarify_questions_during_pregnancy. Acesso em: 28 maio 2025.

CHAVES, A. S. C. *et al.* Aplicativos móveis de pré-natal relatados na literatura científica: uma revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP, v. 58, e20240236, p. 1-13, 2024.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0236en>. Acesso em: 15 maio 2025.

CHIARALUCE, C.; LEVINE, L. Health carework and digital inclusion as super social determinant of health. In: LEVINE, L. (ed.). **Technology vs. Government: the irresistible force meets the immovable object**. Leeds: Emerald Publishing Limited, 2024. v. 25, p. 129-141. (Studies in Media and Communications). Disponível em: <https://doi.org/10.1108/S2050-206020240000025005>. Acesso em: 28 jun. 2025.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 09, p.4021-4032, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/1kKcDWgfGzS58qxCKG7QHdVj/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2025.

COLLET, G. O. *et al.* Influence of digital health literacy on online health-related behaviors influenced by internet advertising. **BMC Public Health**, v. 24, n.1, p. 1949-1957, 2024. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-19506-6>. Acesso em: 18 mar. 2025.

DOBROVOLSKA, O.; KOLOMIETS, S. The impact of digitalisation on social determinants of public health. **Health Economics and Management Review**, v. 5, n. 3, p.128-142, 2024. Disponível em: https://armgpublishing.com/wpcontent/uploads/2024/10/HEM_3_2024_9.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

DORST, M. T. *et al.* Health information technologies in the support systems of pregnant women and their caregivers: mixed-methods study. **Journal of Medical Internet Research**, v.21, n. 5, e10865, 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6532338/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

FARIAS, M. A. *et al.* La transformación digital como estrategia para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública en las Américas **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 47, e150, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10648435/>. Acesso em: 18 mar. 2025.

FAVA, V. M. D.; LAPÃO, L. V. Provision of digital primary health care services: overview of reviews. **Journal of Medical Internet Research**, v. 26, e53594, p.1-18, 2024. Disponível em: <https://www.jmir.org/2024/1/e53594/>. Acesso em: 02 abr. 2025.

GIACOMETTI, C. F. *et al.* Internet use by pregnant women during prenatal care. **Einstein**, São Paulo, v. 22, eAO0447, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11081023/#:~:text=In%20Brief,no%20impact%20on%20delivery%20routes>. Acesso em: 19 mar. 2025.

GOMES, C. B. *et al.* The influence of the internet on prenatal and childbirth choices of pregnant women in a city in western Paraná. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 1, p. 950-963, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i1.1296>. Acesso em: 02 abr. 2025.

JAVANMARDI, M. *et al.* Internet usage among pregnant women for seeking health information: a review article. **Iranian Journal of Nursing Midwifery Research**, v. 23, n. 2, p. 79-86, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5881235/>. Acesso em: 18 mar. 2025.

KACHIMANGA, C. *et al.* Evaluating the adoption of mHealth technologies by community health workers to improve the use of maternal health services in Sub-Saharan Africa: systematic review. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 12, e55819, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11462100/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

KELES, E. *et al.* Effects of eHealth literacy on maternal and neonatal outcomes. **Women Health**, v. 64, n. 10, p. 829-838, 2024. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2024.2420211>. Acesso em: 23 mar.2025.

LOPES, L. J. S. *et al.* Letramento em saúde: aplicativo “poderosa no parto” de educação para pessoas gestantes. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 17494-17506, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/45019>. Acesso em: 10 maio 2025.

MIALHE, F. L. *et al.* Evaluating the psychometric properties of the eHealth Literacy Scale in Brazilian adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xSDDgTsJ68xtL6qhVcnrKZc/abstract/?lang=en>. Acesso em: 18 mar. 2025.

MIALHE, F. L., *et al.* Normatização dos escores da escala eHealth Literacy Scale para avaliação do letramento digital em saúde. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, e7481, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/74812/48408>. Acesso em: 29 jun. 2025.

NORMAN, C. D.; SKINNER, H. A. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. **Journal of Medical Internet Research**, v. 8, n. 2, e9, 2006. Disponível em: <https://www.jmir.org/2006/2/e9/>. Acesso em: 19 jan. 2025.

PEREZ, M. P. *et al.* O aplicativo Meu Pré-Natal no processo de educação sobre a gravidez e autocuidado para gestantes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE; CONGRESSO BRASILEIRO DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE, 2021, Belo Horizonte. **Anais [...]**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/53948/2/O%20aplicativo%20Meu%20Pré-Natal%20no%20processo%20de%20educação%20sobre%20a%20gravidez%20e%20autocuidado%20para%20gestantes.pdf>. Acesso em: 10 maio 2025.

PEREZ, M. P.; OLIVEIRA N. C. F.; REIS, Z. S. N. Aplicações da saúde digital no cuidado obstétrico: impactos e perspectivas que extrapolam a pandemia de COVID-19. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 102, n. 4, e199087, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/79924/2/Aplicações%20da%20saúde%20digital%20no%20cuidado%20obstétrico%20impactos%20e%20perspectivas%20que%20extrapolam%20a%20pandemia%20de%20COVID-19.pdf>. Acesso em: 27 maio 2025.

SERÇEKUS, P.; DEGIRMENCILER, B.; ÖZKAN, S. Internet use by pregnant women seeking childbirth information. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, v. 50, n. 8 e 102144, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784721000829?via%3Dihub>. Acesso em: 23 mar. 2025.

SHARMA, P.; PATTEN, C. A. A need for digitally inclusive health care service in the United States: recommendations for clinicians and health Care Systems. **The Permanente Journal**, v. 26, n. 3, p. 149-153, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9683741/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

SOUZA, A. M. G.; ANDRADE, F. B. Qual o cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil? **Mundo da Saúde**, v. 44, e185-2019, p. 421-432, 2020. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/cenario_mortalidade_mulheres_reprodutiva.pdf. Acesso em: 30 mar. 2025.

ZANCHETTA, M. S. *et al.* Incorporação do letramento em saúde comunitária ao sistema único de saúde: possibilidades, controvérsias e desafios. **Journal of Nursing and Health**, v.10, n. 3, e20103010, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19285>. Acesso em: 18 mar. 2025.



CAPÍTULO 7

CUIDADO DO PARCEIRO NO PRÉ-NATAL: PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL

Paula Pessoa Pinheiro
Milena Silva Costa
Edson Lucas Leite Siebra
Raimundo Malaquias do Nascimento
Aparecida Cardoso Lima
Nuno Damácio de Carvalho Félix

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: o estudo torna-se inovador por apresentar um mapeamento de como as produções científicas e os produtos técnicos e tecnológicos sobre as formas de cuidado do parceiro no pré-natal estão sendo desenvolvidas nos programas de pós-graduação stricto sensu no Brasil.

Relevância: o estudo é relevante por contribuir com a abordagem do pré-natal do parceiro, o qual ainda é uma lacuna nos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Impacto: o estudo apresenta potencial de impacto para o desenvolvimento científico no campo da Saúde Coletiva e para a saúde do homem, da gestante e da criança, uma vez que trata de um tema que precisa de evidências científicas para reforçar a importância dos cuidados com o parceiro durante o pré-natal.

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento único e transformador na vida da mulher, de seu parceiro e de toda a família. É uma fase que requer cuidados, atenção, prevenção e promoção da saúde, com o objetivo de assegurar a gravidez e o parto sem intercorrências e que resulte no nascimento de uma criança saudável (Silva; Oliveira; Saraiva, 2020).

Por muitos anos, as ações e as políticas em saúde voltadas ao momento da gestação, parto e puerpério foram planejadas e direcionadas às gestantes e puérperas, enfocando o binômio mãe-criança e não destacando a participação paterna, devido aos aspectos culturais que dividiam os papéis familiares com base no gênero. No entanto, nos anos recentes tem se dialogado sobre a importância do envolvimento ativo do pai/parceiro em todo o ciclo gravídico e puerperal (Mendes; Santos, 2019).

Sob esses aspectos, esse tema passou a ser discutido amplamente, frente às necessidades de aproximar o pai com a criança desde o processo do gestar, estabelecer vínculo familiar, expressar o papel masculino no mundo contemporâneo, promover a saúde do homem e atender às prerrogativas do cuidado integral em saúde (Lima *et al.*, 2021).

Para assegurar os cuidados ao homem em todas as fases do ciclo de vida, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), no ano de 2009, com o intuito de reduzir os altos índices de morbimortalidade masculina, superar as questões culturais da masculinidade impostas pela concepção patriarcal, promover alternativas de acesso aos serviços e programas de saúde, e estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento sexual e reprodutivo (Costa, 2020).

O Brasil é considerado o único país da América Latina que possui uma política pública de saúde para a população masculina, constituindo-se como uma referência para as reflexões e as discussões acadêmicas e da sociedade civil de diferentes países, apesar dos desafios que vivencia para implementar essa Política de forma eficaz (Medrado *et al.*, 2025).

Com base nas diretrizes da PNAISH, o Ministério da Saúde em 2016, formulou a Estratégia Pré-Natal do Parceiro, considerada uma das possibilidades de entrada dos homens na rede de serviços de saúde, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Está previsto nessa Política que as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) ofertem as consultas de pré-natal, os exames de rotina e as atividades educativas, possibilitem a redução das desigualdades de gêneros, estimulem a paternidade ativa na gestação, parto e nascimento e incentivem o protagonismo paterno (Mendes *et al.*, 2025).

Observa-se que os benefícios da participação do pai na atenção pré-natal são múltiplos, pois eles se sentem mais confiantes e seguros para o exercício da paternidade; essa participação representa uma oportunidade para cuidar da própria saúde; as gestantes acompanhadas por seus parceiros apresentam menores complicações durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; fortalece os laços familiares e afetivos; favorece melhores indicadores de saúde; contribui para um maior número de consultas realizadas pelas gestantes; beneficia o apoio ao aleitamento materno; e reduz os índices de violências doméstica e/ou obstétrica (Alvarenga *et al.*, 2024).

Apesar de todos esses benefícios, o baixo envolvimento paterno no pré-natal ainda é um desafio, por envolver barreiras sociodemográficas, socioculturais e relativas aos serviços de saúde. Em relação às duas primeiras barreiras, atribuídas, especialmente, às mudanças comportamentais, emocionais, físicas, financeiras e sociais experienciadas pelos homens em resposta à gestação da parceira, é preciso existir uma rede de apoio familiar, da parceira e dos amigos para prover o suporte necessário. Quanto às barreiras encontradas nos serviços de saúde, recomenda-se que os profissionais de saúde incentivem e acolham os homens de uma forma singular, para que eles possam participar de forma ativa do processo assistencial (Brito *et al.*, 2021).

Assim sendo, reforça-se a necessidade de preparar as equipes de saúde por meio de cursos formativos para promoverem as condutas

adequadas a este segmento. Nesse sentido, os cursos de pós-graduação *stricto sensu* são grandes oportunidades de promover o ensino e a aprendizagem sobre os cuidados pré-natais aos profissionais que atuam nessa área do conhecimento, sejam por meio de atividades didáticas – pedagógicas, pesquisas científicas e/ou através de elaboração de produtos técnico-tecnológicos (PTT) (Jurdi *et al.*, 2023).

A partir dessas possibilidades, o presente estudo se justifica e apresenta o seguinte questionamento: como as publicações sobre as formas de cuidado do parceiro no pré-natal estão sendo desenvolvidas nos cursos de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil?

Conhecer as publicações científicas oriundas de programas de pós-graduação (PPG) que contemplam esse tema torna-se relevante, inovador e de grande impacto, por apresentar um mapeamento sobre como essas produções estão sendo desenvolvidas no país e, ao mesmo tempo, verificar se já está acontecendo a consolidação desse campo de conhecimento diante dos determinantes que dificultam sua implementação. Acrescenta-se, ainda, a contribuição que ele propõe à área da Saúde Coletiva, por envolver os aspectos de saúde do homem e da saúde materna e infantil.

Portanto, o objetivo deste estudo é analisar a produção científica sobre as formas de cuidado do parceiro no pré-natal, a partir das teses e dissertações brasileiras.

MÉTODO

Estudo bibliométrico, com abordagem descritiva de base documental, por propor quantificar e avaliar a produtividade das pesquisas, revelando o desenvolvimento da ciência, o aprimoramento do conhecimento científico, o impacto das publicações no contexto estudado e as tendências das produções científicas (Donthu *et al.*, 2021). Utilizou-se para estruturar este estudo o

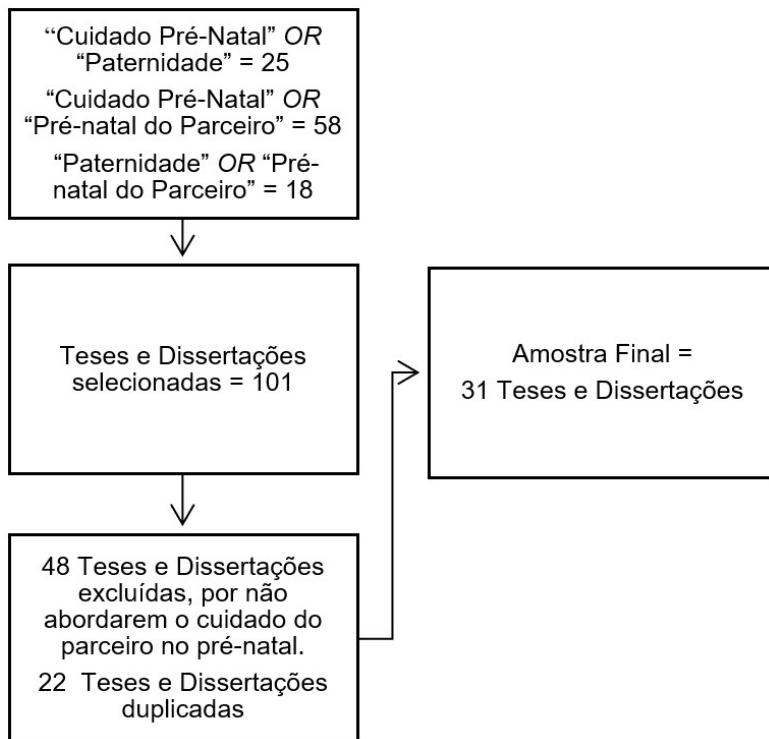
checklist Preferred Reporting Items for Bibliometric Analysis (PRIBA), o qual avalia os 25 itens necessários para o desenvolvimento de estudos bibliométricos (Koo; Lin, 2023).

O estudo foi realizado a partir de acesso on-line ao website do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para consulta às produções registradas no referido portal. A escolha dessa base ocorreu por ela disponibilizar, de forma pública, os relatórios de pesquisa desenvolvidos nos programas de pós-graduação (PPG) no Brasil.

A seleção das teses e dissertações que compuseram a amostra do estudo foi realizada por dois pesquisadores (duplo-cego), que utilizaram o aplicativo *Rayyan* QCRI, nos meses de abril e maio de 2025. Para tanto, utilizaram os descritores controlados “Cuidado Pré-Natal” e “Paternidade”, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para ampliar a busca, foi utilizado o descritor não controlado “Pré-natal do Parceiro” e o booleano “OR”. Assim sendo, aplicaram-se as seguintes estratégias de busca: “Cuidado Pré-Natal” OR “Paternidade”; “Cuidado Pré-Natal” OR “Pré-natal do Parceiro”; “Paternidade” OR “Pré-natal do Parceiro”.

Na busca, adotaram-se como critérios de inclusão os estudos que abordassem o tema do cuidado do parceiro no pré-natal, independentemente do ano de publicação. Foram excluídas as dissertações e teses duplicadas após o cruzamento das estratégias e aquelas que não contemplavam nenhum tipo de cuidado do parceiro no pré-natal. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de busca das 31 teses e dissertações selecionadas para este estudo.

Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção das Teses e Dissertações



Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a seleção, as produções foram lidas criteriosamente, e foram coletadas as seguintes informações: tipo de produção científica, tese ou dissertação, conforme o nível acadêmico, mestrado ou doutorado; ano da produção; instituição e respectiva região brasileira; tipo de instituição, pública ou particular; abordagem metodológica utilizada nas produções científicas; desenho do estudo; temáticas de cuidado do parceiro no pré-natal; desenvolvimento de produto técnico-tecnológico; descritores; e palavras-chave.

Para análise e caracterização do nível de evidência, as metanálises e as revisões sistemáticas foram consideradas como Nível 1; ensaios randomizados controlados, como Nível 2; ensaios não randomizados, como Nível 3; coortes

e casos-controle, como Nível 4; revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos, como Nível 5; estudos descritivos ou qualitativos, como Nível 6; e opinião de especialistas e relatório de comitês de especialistas, como Nível 7 (Galvão, 2006).

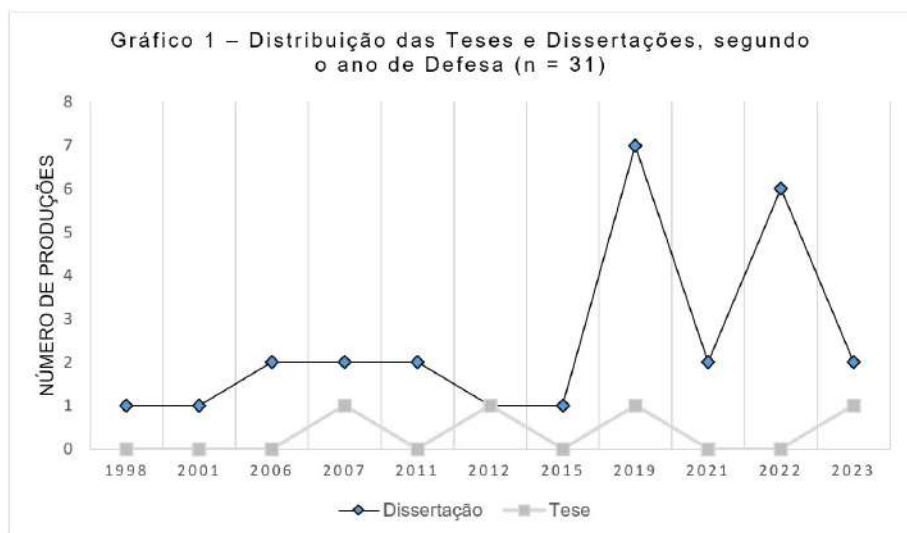
Os dados foram tabulados no *software* da Microsoft Excel 2011, submetidos à análise estatística descritiva com as respectivas frequências absolutas e relativas, apresentados em tabelas e gráficos e discutidos com base na literatura. Para a elaboração da nuvem dos descritores/palavras-chave citadas nas teses e dissertações, utilizou-se o Programa Classic Word Cloud.

Como o estudo é do tipo bibliométrico e os dados coletados são de domínio público, não houve a necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. No entanto, os princípios éticos em pesquisa foram respeitados.

Este capítulo constitui parte do aporte teórico de uma pesquisa em desenvolvimento sobre a temática, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família, da instituição associada Universidade Federal do Cariri (PROFSAÚDE/UFGA).

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 31 produções científicas, das quais quatro (12,9%) eram teses de doutorado acadêmico, 21 (67,7%) eram dissertações de mestrado acadêmico e seis (19,4%) eram dissertações de mestrado profissional. Não houve registro de produções de doutorado profissional.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das teses e dissertações, segundo o ano de defesa. Observou-se um pico de produtividade das dissertações no ano de 2019 e 2022 e um equilíbrio da quantidade de teses ao longo do período investigado. Considera-se que, com exceção do ano de 2012, que apresentou o mesmo quantitativo de teses e dissertações, nos demais anos de publicação as dissertações foram mais produzidas do que as teses de doutorado.

O Gráfico 1 destaca também a baixa produção de teses sobre o tema, que pode estar relacionada ao número limitado de cursos de doutorado no país na área da saúde, ao comparar com a quantidade de cursos de mestrado. Pressupõe-se que outra razão atribuída a esse resultado seja o déficit de interesse dos pesquisadores por esse objeto de estudo.

Tabela 1. Distribuição das Teses e Dissertações segundo localização da região brasileira, nome e categoria de financiamento da instituição do PPG

Região	Instituição	Instituição Pública/ Particular	Nº (%)
Nordeste	Universidade Federal de Pernambuco	Pública	1(3,2)
	Universidade Federal da Bahia	Pública	2(6,5)
	Universidade Federal da Paraíba (João Pessoa)	Pública	2(6,5)
	Universidade Federal de Alagoas	Pública	2(6,5)
	Universidade Federal do Ceará	Pública	2(6,5)
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Pública	1(3,2)
	Universidade de Fortaleza	Particular	1(3,2)
Centro Oeste	Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Pública	1(3,2)
	Universidade de Brasília	Pública	1(3,2)
	Universidade Federal da Grande Dourados	Pública	1(3,2)
	Pontifícia Universidade Católica de Goiás	Particular	1(3,2)
Sul	Universidade Estadual do Oeste do Paraná	Pública	1(3,2)
	Universidade Federal de Santa Catarina	Pública	1(3,2)
	Universidade Federal do Paraná	Pública	1(3,2)
Sudeste	Faculdade de Medicina de Marília	Pública	1(3,2)
	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Pública	1(3,2)
	Universidade de São Paulo	Pública	2(6,5)
	Universidade Federal de São Paulo	Pública	1(3,2)
	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ)	Pública	2(6,5)
	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	Pública	3(9,8)
	Universidade Federal Fluminense	Pública	1(3,2)
	Universidade Federal do Espírito Santo	Pública	1(3,2)
	Centro Universitário Vale do Cricaré	Particular	1(3,2)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme a Tabela 1, os cursos de PPG que desenvolveram as produções sobre o objeto de estudo estavam localizados em 23 instituições do país, sendo a região Sudeste brasileira a que concentrou o maior número,

totalizando nove (39,1%) instituições, situadas nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo. Nessas instituições, foram realizadas 13 (42%) produções, entre teses e dissertações.

A Tabela 1 revelou também que a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) foi a única instituição que contou com três (9,8%) publicações sobre a temática, enquanto as demais instituições apresentaram percentuais inferiores a esse. Do total de 23 instituições, 20 (87%) são de origem pública.

Tabela 2. Distribuição das dissertações e teses, segundo abordagem metodológica, desenho do estudo, temáticas de cuidado do parceiro no pré-natal e uso de Produto Técnico e Tecnológico (PTT) (n = 31)

Abordagem Metodológica	N.	%
Qualitativa	25	80,6
Quantitativa	3	9,7
Mista	3	9,7
Desenho do Estudo		
Pesquisa descritiva	27	87,2
Pesquisa-ação	1	3,2
Pesquisa aplicada	1	3,2
Pesquisa avaliativa	1	3,2
Estudo longitudinal prospectivo	1	3,2
Temáticas de Cuidado do Parceiro no Pré-natal		
Cuidados na Atenção Pré-natal	14	45,2
Cuidados no contexto familiar	10	32,3
Sentidos atribuídos à paternidade e/ou ao pré-natal	7	22,5
Desenvolvimento de PTT		
Ausência de PTT	29	93,6
Fluxo de pré-natal do parceiro	1	3,2
Aplicativo para educação em saúde	1	3,2
Total	31	100

Fonte: Elaborado pelos autores

Nas teses e dissertações, foram citados 46 diferentes descritores e/ou palavras-chave, mencionados 89 vezes, os quais representaram o conteúdo temático e subsidiaram a indexação nas bases de publicação, como, por exemplo, o Portal da Capes, que foi a fonte deste estudo.

Os Descritores em Ciências da Saúde indexados e citados como elementos centrais das relações estabelecidas em torno dos objetos de estudo nas produções investigadas foram “pré-natal”, “homens” e “masculinidade” (Figura 2).

Dentre outros termos que possuem fortes ligações com os objetos de estudo, destacaram-se: “diferença”, “covid-19”, “assistência pré-natal”, “pai”, “paternidade”, “gravidez”, “parto”, “enfermagem” (Figura 2).

DISCUSSÃO

O pré-natal do parceiro objetiva promover a saúde do homem, reduzir as desigualdades de gênero e estimular a paternidade ativa na gestação, no parto e no nascimento, por meio de uma atenção qualificada e de cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde nos diferentes serviços do SUS (Brasil, 2023). Nessa perspectiva, torna-se relevante que estudos sejam realizados com o objetivo de identificar ações, estratégias, vivências, sentimentos atribuídos, facilidades e dificuldades para promover os cuidados necessários ao parceiro da gestante no período pré-natal.

Esse estudo bibliométrico contribuiu com tal proposta, pois analisou a produção científica dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* sobre as formas de cuidado do parceiro no pré-natal e revelou que o interesse dos pesquisadores pelo tema, mesmo incipiente, cresceu a partir da instituição do Pré-natal do Parceiro no ano de 2016, pelo Ministério da Saúde (Costa, 2020).

Outro dado revelado é que as dissertações de mestrado acadêmico e profissional foram as mais prevalentes, o que pode estar associado ao maior quantitativo de PPG *stricto sensu* em nível de mestrado no país (Pereira *et al.*, 2022).

Como exemplo de dissertação sobre o tema, foi realizada a pesquisa no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), pela Universidade Federal Fluminense (UFF), cujo título era *O pré-natal do parceiro como estratégia de promoção de saúde do homem: uma experiência de pesquisa em uma Unidade de Saúde da Família*. Como resultados, destacaram-se a reorganização da assistência ao pré-natal com a inclusão dos homens-pais, a aproximação da equipe com as ações de saúde do homem e a inclusão de atividades educativas e o fortalecimento da PNAISH (Klayn, 2022).

O mestrado acadêmico tem como objetivo principal formar pesquisadores e professores, com ênfase em pesquisa e produção de conhecimento científico, enquanto os mestrados profissionais em Ensino na Saúde surgiram para qualificar o sistema de saúde, por meio do empoderamento científico de suas equipes de trabalho. São cursos que alinham a produção de conhecimentos científicos, educacionais e tecnológicos (Rossit; Minikowski; Hirakawa, 2025).

Neste estudo, não houve registros de teses de doutorados profissionais em saúde, por este ter sido instituído pelo Ministério da Educação (MEC) apenas no ano de 2017, e a primeira turma do curso ter sido aprovada pela CAPES em 2024 (Pinto; Soranz, 2024).

Quanto à região geográfica das instituições, destacou-se a região Sudeste, com maior número de estudos produzidos, o que pode estar associado ao fato de essa região brasileira concentrar a maior quantidade de PPG na área da saúde coletiva, dedicada ao estudo dessa temática (Rocha *et al.*, 2024).

As instituições públicas de ensino em saúde prevaleceram, neste estudo, em relação às instituições particulares, por ofertarem mais PPG, apresentarem maior produção de dissertações e teses e estarem mais presentes nos cenários de atenção à saúde, como é o caso da oferta de pré-natal do parceiro na APS (Pereira *et al.*, 2022).

Quanto à abordagem metodológica, desenho de estudo e nível de evidência, o presente estudo destacou-se com as pesquisas qualitativas, assim

como aconteceu no estudo que tinha como objetivo identificar na literatura científica a participação do parceiro durante o acompanhamento do pré-natal (Souza *et al.*, 2025).

Embora as pesquisas qualitativas sejam fundamentais para captar as experiências subjetivas dos parceiros, há necessidade de complementação com investigações quantitativas, a fim de gerar evidências robustas para a formulação de políticas públicas e a elaboração de estratégias de melhoria da qualidade assistencial.

Como exemplo, um estudo com o objetivo de comparar a quantidade de atendimentos realizados de pré-natal do parceiro e as consultas de pré-natal da gestante no SUS, durante quatro anos, revelou que os atendimentos do pré-natal do parceiro ainda estão muito abaixo do esperado, pois enquanto foram registradas 29.158.779 consultas de gestantes, foram notificadas apenas 44.233 consultas do parceiro, representando 0,15% do total destes serviços, recomendando-se assim, elaboração de estratégias para ampliar a adesão (Ferraz *et al.*, 2022).

As três abordagens centrais descritas nas teses e nas dissertações do presente estudo assemelham-se aos temas identificados no estudo de Alvarenga *et al.* (2024), os quais encontraram cinco elementos que compõem uma paternidade envolvida: sentir-se pai, ser provedor e protetor, ser parceiro e participativo na gravidez, participar das consultas de pré-natal e sentir-se preparado para cuidar do bebê.

Esses elementos contribuem para o desenvolvimento de uma gestação mais saudável, maior igualdade de gênero, fortalecimento do vínculo afetivo, ressignificação da masculinidade e do ser pai, rompimento de crenças sociais e culturais, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no homem (Lima *et al.*, 2021).

Para tanto, é preciso que sejam implementados, inicialmente, na atenção pré-natal desenvolvida na APS, por meio de consultas, ações e ferramentas que apoiem as equipes de saúde. Gomes, Albernaz e Campos

(2016) propõem uma linha de cuidado masculina voltada à saúde sexual, à reprodução e à paternidade, a partir de um fluxo composto por quatro etapas, a saber: acolhimento; realização de exames, testes rápidos e vacinação; acompanhamento e avaliação das consultas pré-natais; e envolvimento dos homens no parto e no puerpério.

Nesse mesmo contexto, os cursos de mestrado e doutorado profissionais na área da saúde coletiva apresentam, como um de seus objetivos, fomentar o desenvolvimento de Produtos Técnico-Tecnológicos (PTT) que possam ser aplicados aos problemas estratégicos, relevantes e desafiadores enfrentados pelos profissionais nos serviços de saúde, a fim de promover resolubilidade (Pinto; Soranz, 2024).

Essa peculiaridade dos cursos profissionais aponta para as inovações e as produções de conhecimentos que transformam os cenários de prática na perspectiva de promover impactos positivos na saúde da comunidade (Rossit; Minikowski; Hirakawa, 2025).

Neste estudo, apenas dois PTT foram encontrados nas produções científicas, embora a CAPES reconheça 12 modalidades de PTT que podem ser desenvolvidas e aplicadas na saúde coletiva, área de conhecimento que contempla a atenção pré-natal do parceiro. São elas: patentes; tecnologia social; cursos de formação profissional; produto de editoração; material didático; *software*/aplicativo; evento organizado; produto de comunicação; processo/tecnologia não patenteável; relatório técnico conclusivo; manual; e protocolo (Horta; Trad; Moraes, 2020).

Relacionando os descritores/palavras-chave encontrados nos resultados deste estudo, observa-se que estes estão diretamente interligados à abordagem do cuidado pré-natal do parceiro. Assim, recomenda-se que, ao concluir uma produção científica, os pesquisadores selecionem descritores que tenham amplo alcance nas bases de dados e na comunidade científica (Castilho *et al.*, 2024).

Os achados deste estudo apontam para o fato que a inclusão do parceiro no cuidado pré-natal tem se mostrado uma estratégia fundamental

para a promoção da saúde do homem, na redução das desigualdades de gênero e no fortalecimento da paternidade ativa. O envolvimento masculino nesse período contribui para o fortalecimento dos vínculos familiares, a melhoria dos desfechos materno-infantis e a maior responsabilização no cuidado.

O crescimento das produções acadêmicas sobre o tema demonstra o reconhecimento gradual de sua importância no campo da saúde coletiva. No entanto, a baixa adesão a esse serviço evidencia um percentual ínfimo de consultas do parceiro em comparação com as da gestante, revela a necessidade urgente de estratégias que incentivem a participação masculina de forma mais efetiva.

Nesse cenário, os programas de pós-graduação *stricto sensu* desempenham papel relevante, sobretudo os mestrados profissionais, ao possibilitar a produção de conhecimentos aplicados e o desenvolvimento de PTT voltados à qualificação do cuidado. A escassez desses produtos nas produções analisadas indica uma lacuna ainda a ser superada, apesar do potencial transformador dessas tecnologias nos serviços de saúde coletiva.

Nesse quadro, o fortalecimento da atenção ao parceiro no pré-natal exige esforços intersetoriais, formação qualificada dos profissionais e maior articulação entre ensino, serviço e pesquisa.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica acerca das formas de cuidado do parceiro no pré-natal, com base em teses e dissertações brasileiras, por meio de uma abordagem bibliométrica. Os achados evidenciam que, embora a temática venha ganhando espaço no campo da saúde coletiva, a produção científica ainda se encontra em fase de consolidação, exigindo a continuidade de estudos que aprofundem o conhecimento e atendam às necessidades emergentes dos parceiros durante o acompanhamento pré-natal.

As contribuições desta investigação são relevantes para o fortalecimento do cuidado ao parceiro da gestante, tanto no âmbito familiar quanto na APS. Além disso, subsidiam a qualificação dos profissionais de saúde por meio da educação permanente, promovem a visibilidade das métricas de pesquisa dos programas de pós-graduação *stricto sensu*, incentivam o desenvolvimento de estudos bibliométricos e despertam o interesse de pesquisadores em regiões com menor produção acadêmica sobre o tema.

Conclui-se, portanto, que fomentar pesquisas sobre o cuidado pré-natal do parceiro nos PPG é essencial para ampliar sua participação nos serviços de saúde, fortalecer a equidade de gênero e qualificar as ações da APS voltadas à saúde do homem.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, W. A.; SOUSA, M. C. S. C.; SALES, J. K. L.; NERIS, R. R.; DEMONTIGNY, F.; NASCIMENTO, L. C. Elements of fatherhood involved in the gestational period: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 1, e20230029, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MDtzNZwNbZC3VVhFHFNzrfD/>. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude%E2%80%933ed.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

BRITO, J. G. E.; SANTOS, J. M. J.; BARREIRO, M. S. C.; DANTAS, D. S.; LEITE, A. M.; MENDES, R. B. Participação do companheiro da gestante nas consultas de pré-natal: prevalência e fatores associados. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, e75169, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/centf/a/qMhg65jGmBMcXzGdYDBqyrQ/>. Acesso em: 29 maio 2026.

CASTILHO, F. N. F.; CARVALHO, G. P.; NASCIMENTO, M. H. M.; FERREIRA, I. P. Produção científica sobre saúde mental de pessoas transexuais na base de dados Scopus: estudo bibliométrico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 29, e92714, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/centf/a/r5vNtHcR5dGsXSqYqbDGcZbk/>. Acesso em: 29 maio 2026.

COSTA, G. A. **O “ser homem” e a Atenção Primária de Saúde**: um estudo epidemiológico da população masculina na VI Regional de Saúde do RN. 2020. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido) – Universidade do Estado do Rio

Grande do Norte, Pau dos Ferros, 2020.

DONTHU, N.; KUMAR, S.; MUKHERJEE, D.; PANDEY, N.; LIM, W. M. How to conduct a bibliometric analysis: an overview and guidelines. **Journal of Business Research**, Amsterdam, v. 133, p. 285-296, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296321003155>. Acesso em: 29 maio 2026.

FERRAZ, J. S. P.; SANTOS, M. E. S.; GASPAR, M. C. S.; GUIDE, T. V.; RIBEIRO, A. E. Panorama epidemiológico do pré-natal do parceiro e pré-natal da gestante no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 948-957, 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4995>. Acesso em: 29 maio 2026.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 5-5, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/JXrfXqCfD4vPztQFQBrkB7g/>. Acesso em: 29 maio 2026.

GOMES, R.; ALBERNAZ, L. V.; CAMPOS, D. S. **Relatório final de pesquisa: os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2016. Disponível em: <https://arca7.fiocruz.br/items/36ce6212-1d52-4697-996a-dee52ab9df2a>. Acesso em: 29 maio 2026.

HORTA, B. L.; TRAD, L. A. B.; MORAES, C. L. **Instruções de preenchimento de dados complementares dos Produtos Técnicos/Tecnológicos (PTT) e Livros: Área 22: Saúde Coletiva**. Brasília: CAPES, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/documentos/avaliacao/Instrucoes_dados_complementares_pTT_e_Livros_Saude_Coletiva.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

JURDI, A. P. S.; CHRIGUER, R. S.; ZIHLMANN, K. F.; TAMBEIRO, D. K.; MAZZAIA, M. C. Percepções de egressos e mestrandos acerca do produto educacional em um programa de pós-graduação profissional. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 28, e023027, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/3tWWHGW9FSqgmWMSg9c7BKK/>. Acesso em: 29 maio 2026.

KLAYN, B. P. S. S. **O pré-natal do parceiro como estratégia de promoção de saúde do homem: uma experiência de pesquisa-ação em uma Unidade de Saúde da Família**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2022.

KOO, M.; LIN, S. C. An analysis of reporting practices in the top 100 cited health and medicine-related bibliometric studies from 2019 to 2021 based on a proposed guidelines. **Heliyon**, London, v. 9, n. 6, e16780, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844023039877>. Acesso em: 29 maio 2026.

LIMA, N. G.; OLIVEIRA, F. S.; SILVA, A. S.; FERREIRA, R. T.; RIBEIRO, A. D. N.; SILVESTRE, G. C. S. B.; ROCHA, R. P. S. Prenatal care prenatal care for the partner: conceptions, practices and difficulties faced by nurses. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 6, e43110615872, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/15872>. Acesso em: 29 maio 2026.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; ALVARENGA, E. C.; LIMA, M. L. C. Análise da implementação da

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em território amazônico. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, e240372, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dvJfB73NcVmTTkzLkgCy44f/>. Acesso em: 29 maio 2026.

MENDES, L. M. C.; BARBOSA, N. G.; NASCIMENTO, E. S.; PINHEIRO, A. K. B.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Nurses' representations about partner participation in prenatal care: perspective on masculinities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 78, e20240160, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ySD8MHspSx4VX3Yz8FhG7YC/>. Acesso em: 29 maio 2026.

MENDES, S.; SANTOS, K. C. Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 16, n. 29, p. 2120-2133, 2019. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2019a/sau/pre%20natal.pdf>. Acesso em: 29 maio 2026.

PEREIRA, J. C. N.; GALINDO NETO, N. M.; SÁ, G. G. M.; ROCHA, L. S.; MUNIZ, M. L. C.; CAMINHA, M. F. C. Produção científica acerca do pré-natal em dissertações e teses da enfermagem brasileira. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 11, n. 1, e1661, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/1661/2558>. Acesso em: 29 maio 2026.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. Doutorado Profissional em Atenção Primária em Saúde (DPAPS): o início de um legado para o SUS carioca. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, e13872024, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n10/e13872024/>. Acesso em: 29 maio 2026.

ROCHA, D. G.; NUNES, N. R. A.; ESPÍRITO-SANTO, G.; BOSI, M. L. M. Formação em pesquisa qualitativa nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva: panorama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 8, e00116723, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2024.v40n8/e00116723/>. Acesso em: 29 maio 2026.

ROSSIT, R. A. S.; MINIKOWSKI, J. N. F.; HIRAKAWA, A. P. R. Ensino na saúde: intencionalidades dos mestrados profissionais para a formação e o trabalho interprofissional. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 30, e025002, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/3hg9V9rpSfgXPLMWMDgT8kP/>. Acesso em: 29 maio 2026.

SILVA, R. S.; OLIVEIRA, S. C.; SARAIVA, A. P. C. Pré-natal do parceiro: uma análise a partir da perspectiva da gestante. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 12, e4361, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4361>. Acesso em: 29 maio 2026.

SOUZA, M. M. S.; SOUZA, M. A.; PEREIRA, C. B. M.; VIEIRA, J. N.; GOUVEIA, V. D. Partner participation during prenatal care: integrative review. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 14, n. 5, e2914548770, 2025. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/48770>. Acesso em: 29 maio 2026.

CAPÍTULO 8

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO: O PAPEL DA ESCUTA E DO ACOLHIMENTO

Daisy Kelly Landim Linard
Isabelly Fernandes Teotonio
Francione Charapa Alves
Laura Hévila Inocência Leite

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: o texto propõe uma abordagem inovadora ao integrar escuta, acolhimento e instrumentos como a EPDS à planificação do cuidado, destacando lacunas e potencialidades no campo da Saúde Coletiva.

Relevância: a temática enfrenta um problema de grande relevância social ao abordar a saúde mental materna no pós-parto, contribuindo para fortalecer práticas na APS e preencher lacunas.

Impacto: a reflexão contribui para a formação em Saúde Coletiva ao propor subsídios aplicáveis a protocolos e políticas, reforçando a articulação da rede de cuidados e a promoção da saúde mental perinatal.

INTRODUÇÃO

O puerpério tem início logo após o parto, com duração média de seis semanas, sendo classificado como imediato (do 1º ao 10º dia pós-parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia, com término indefinido). Trata-se de um período singular, caracterizado por intensas transformações anatomofisiológicas e psicossociais, que envolvem questões como maternidade, sexualidade, autoestima e reorganização da vida pessoal e familiar. Nesse contexto, torna-se fundamental que a mulher receba cuidados integrais, a fim de prevenir agravos tanto para sua saúde quanto para a do recém-nascido. Segundo o Ministério da Saúde, é imprescindível a atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana pós-parto, com ações de saúde integral e realização da consulta puerperal até o 42º dia (Brasil, 2022).

O puerpério, portanto, demanda atenção especial devido às múltiplas exigências emocionais, físicas e sociais que recaem sobre a mulher nesse período. Fatores como sobrecarga de tarefas, alterações hormonais, ausência de apoio social e experiências traumáticas relacionadas ao parto ou ao cuidado com o recém-nascido podem desencadear sofrimento psíquico. Entre os agravos mais frequentes, destacam-se a depressão pós-parto, a ansiedade e os sentimentos de culpa ou inadequação materna, os quais podem comprometer a qualidade de vida da mulher e o vínculo com o bebê (Albuquerque Dos Santos *et al.*, 2021).

Neste cenário, a escuta qualificada torna-se uma prática essencial no cuidado à saúde mental de puérperas. Mais do que ouvir, escutar com qualidade implica acolher sem julgamentos, reconhecendo os sentimentos, as angústias e as necessidades que atravessam o processo de maternidade. Trata-se de um exercício ético e relacional que exige presença atenta, empatia e sensibilidade dos profissionais de saúde, sobretudo da Atenção Básica, em que se estabelece o primeiro contato com a mulher no período pós-parto. Quando realizada de forma adequada, a escuta qualificada possibilita a identificação precoce de sofrimento

psíquico e contribui para a construção de planos de cuidado individualizados e humanizados (Brasil, 2013; Monteiro de Almeida Silva *et al.*, 2021).

O acolhimento, por sua vez, configura-se como uma diretriz estruturante da Política Nacional de Humanização e deve estar presente em todas as práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF). No contexto do puerpério, acolher significa reconhecer a complexidade da vivência materna e estabelecer um espaço de escuta e vínculo que respeite a subjetividade da mulher. Embora o acolhimento seja previsto como prática cotidiana nas Unidades Básicas de Saúde, ainda se observa sua limitação à triagem de demandas espontâneas, o que fragiliza o cuidado e provoca insatisfação entre as usuárias (Scanoni Maia *et al.*, 2021).

A escuta e o acolhimento qualificado, quando efetivos, não apenas favorecem o acesso e a continuidade do cuidado, como também fortalecem a autonomia e o protagonismo das mulheres em sua trajetória de saúde (Brasil, 2013).

A problematização deste trabalho surge, portanto, a partir da seguinte questão: de que forma o acolhimento e a escuta qualificada, no contexto da Atenção Básica, podem contribuir para a promoção da saúde mental de puérperas? Essa indagação reflete a necessidade de compreender como práticas baseadas na escuta ativa, na construção de vínculos e no reconhecimento da singularidade feminina podem contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades emocionais e psicossociais no período puerperal, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Diante disso, este estudo tem como objetivo refletir, à luz da literatura científica, sobre o papel do acolhimento e da escuta qualificada como estratégias fundamentais para a promoção da saúde mental de puérperas no âmbito da Atenção Básica.

Os objetivos específicos deste estudo são discutir os desafios enfrentados pelas puérperas no âmbito da saúde mental; analisar o conceito de acolhimento e escuta qualificada no contexto da Estratégia Saúde da Família;

levantar evidências teóricas sobre a relação entre escuta acolhedora e prevenção de agravos mentais no pós-parto; e sugerir caminhos para o fortalecimento do cuidado em saúde mental materna nas políticas públicas.

A proposta é contribuir com o debate sobre a importância de práticas sensíveis e humanizadas, que reconheçam a puérpera como sujeito singular, com vivências, vulnerabilidades e potências próprias.

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica, construída a partir de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de promover uma análise crítica sobre o papel das práticas de acolhimento e escuta qualificada na promoção da saúde mental de puérperas no contexto da Atenção Básica.

A revisão narrativa permite uma abordagem ampla e interpretativa, sendo especialmente adequada para explorar temas complexos e sensíveis, como o cuidado em saúde mental materna. Essa estratégia metodológica favorece a construção de uma compreensão crítica e contextualizada, ao articular diferentes correntes teóricas, legislações, diretrizes do SUS e evidências empíricas já consolidadas na literatura (Ribeiro; Milani, 2019).

A seleção das fontes foi realizada por meio de busca nas bases de dados SciELO, LILACS, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando artigos científicos, livros, documentos oficiais e manuais técnicos publicados, prioritariamente, entre os anos de 2013 e 2024. Utilizaram-se os seguintes descritores combinados: *puerpério, saúde mental, acolhimento, escuta qualificada, atenção primária à saúde, estratégia saúde da família e humanização do cuidado*.

Foram incluídas publicações em português, com recorte temático voltado para a saúde da mulher no período puerperal, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica e as práticas de escuta e acolhimento. A análise dos

conteúdos se deu por leitura crítica e interpretativa dos textos, buscando-se identificar pontos de convergência, lacunas, desafios e potencialidades relacionados às práticas de cuidado em saúde mental das puérperas.

Não se propõe, neste estudo, a generalização de dados, mas à produção de conhecimento reflexivo que contribua para o debate acadêmico e para o aprimoramento das práticas profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na integralidade e na humanização do cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

O presente capítulo compõe o aporte teórico do trabalho de conclusão de mestrado intitulado *Planificação do acompanhamento das puérperas na Atenção Primária à Saúde com ênfase na saúde mental*, vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família, da instituição associada Universidade Federal do Cariri (PROFSAÚDE/UFCA).

DESENVOLVIMENTO

O puerpério constitui um período fisiológico e emocionalmente delicado que se inicia logo após a dequitação placentária e se estende, aproximadamente, por seis a oito semanas, embora algumas abordagens considerem sua duração até um ano após o parto, em virtude das mudanças psicossociais que se prolongam nesse intervalo (Albuquerque dos Santos *et al.*, 2021; Fantoni *et al.*, 2024).

Tradicionalmente dividido em três fases – imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia) –, esse período é marcado por intensas transformações hormonais, corporais e emocionais, que exigem da mulher uma complexa reorganização de papéis sociais, familiares e afetivos (Paz *et al.*, 2022).

A transição para a maternidade é atravessada por sentimentos ambíguos, como alegria, medo, exaustão e insegurança, além de um processo

simbólico de luto, relacionado à perda do corpo gestante e à desconstrução de idealizações da maternidade. Quando vivida de forma solitária, essa etapa pode potencializar fragilidades emocionais e gerar sofrimento psíquico, exigindo escuta qualificada e acolhimento por parte da rede de apoio e dos serviços de saúde (Lakatos *et.al*, 2024).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), cerca de 20% das mulheres no pós-parto apresentam algum transtorno mental, sendo a depressão pós-parto o agravo mais prevalente. No entanto, muitos casos permanecem sem diagnóstico, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Fatores como baixa renda, escolaridade reduzida, violência de gênero e ausência de apoio estão diretamente associados à maior incidência de sofrimento mental nesse período.

As repercussões emocionais variam desde o *baby blues* – condição transitória que acomete até 85% das puérperas – até quadros graves, como depressão pós-parto e psicose puerperal, esta última considerada urgência psiquiátrica (Ribas *et al.*, 2022; Amaral *et al.*, 2023).

Apesar do crescente reconhecimento do problema, a assistência à saúde no puerpério ainda carece de abordagem integral e contínua. A Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico nesse cuidado, pois é o primeiro ponto de contato da mulher com o sistema de saúde e o espaço privilegiado para a identificação precoce de sintomas, acolhimento e apoio psicossocial (Brasil, 2019; Brasil, 2023a).

Nesse contexto, o acolhimento se configura como uma diretriz essencial. Fundamentado na Política Nacional de Humanização (PNH), ele ultrapassa a simples recepção do usuário, constituindo-se em uma postura ética, técnica e relacional que reconhece o sujeito em sua integralidade e assegura o acesso e a continuidade do cuidado (Brasil, 2010; Franco *et al.*, 2013).

Na Atenção Básica, o acolhimento favorece o vínculo, fortalece a autonomia das mulheres e possibilita o reconhecimento de agravos físicos e psíquicos, especialmente durante o pós-parto (Mendes, 2012; Ribeiro; Andrade, 2022).

No entanto, sua implementação ainda enfrenta desafios, como sobrecarga das equipes, limitação estrutural das unidades e ausência de capacitação adequada dos profissionais (Santos; Deslandes; Pires, 2020).

Articulada ao acolhimento, a escuta qualificada representa uma tecnologia relacional fundamental para o cuidado em saúde mental. Trata-se de um exercício de presença, empatia e reconhecimento do sofrimento, que requer preparo técnico e sensibilidade por parte dos profissionais (Brasil, 2004; Campos, 2000).

No puerpério, essa prática permite identificar necessidades subjetivas, muitas vezes invisibilizadas, e compreender o sofrimento psíquico em suas múltiplas dimensões – emocionais, sociais e culturais (Silva; Tavares, 2020; Fonseca *et al.*, 2022).

A escuta ética e sensível legitima as experiências das mulheres, fortalece vínculos e contribui para o empoderamento materno, sendo um dos eixos da atenção integral à saúde mental (Brasil, 2021; Costa; Nascimento, 2021).

A literatura evidencia que a escuta qualificada e o acolhimento, quando aplicados de forma integrada, favorecem a detecção precoce de transtornos mentais e ampliam o acesso a intervenções humanizadas. A postura empática e livre de julgamentos possibilita que o sofrimento seja reconhecido antes de se tornar patológico, permitindo ações preventivas e o fortalecimento da rede de apoio (Brasil, 2024).

O cuidado à saúde mental das puérperas também está respaldado em políticas públicas específicas. A Política Nacional de Saúde Mental defende um modelo de atenção integral, territorializado e intersetorial, no qual a APS é o eixo articulador do cuidado psicossocial (Brasil, 2019).

A recente Política Nacional de Saúde Mental Perinatal (Portaria GM/MS n. 5.349/2024) representa um marco nesse campo, ao reconhecer as especificidades do ciclo gravídico-puerperal e estabelecer diretrizes para promoção, prevenção e cuidado em saúde mental (Brasil, 2024).

A Rede Alyne, que substitui a Rede Cegonha, reforça a humanização do cuidado e a equidade, priorizando o acompanhamento contínuo da mulher desde o pré-natal até o puerpério, com foco na saúde mental (Brasil, 2023a).

Entretanto, persistem lacunas na operacionalização dessas políticas, sobretudo em territórios com restrições estruturais. A fragmentação das ações, a escassez de profissionais capacitados e a invisibilidade do sofrimento psíquico nas rotinas das Unidades Básicas de Saúde comprometem a efetivação de um cuidado integral. Assim, o fortalecimento das práticas de acolhimento e escuta qualificada requer a formação permanente das equipes, o apoio institucional e a articulação entre APS e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Além disso, é necessário compreender que o sofrimento psíquico materno não se limita ao âmbito individual, estando enraizado em determinantes sociais, econômicos e culturais. A ausência de redes de apoio, as condições precárias de vida, a violência obstétrica e a sobrecarga de papéis atribuídos às mulheres intensificam o sofrimento e perpetuam desigualdades de gênero (D'Oliveira *et al.*, 2019; Kuse, 2022).

Nesse processo, a utilização de instrumentos de triagem, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), pode potencializar a identificação de sintomas depressivos e orientar intervenções qualificadas, desde que aplicada com escuta ética e manejo cuidadoso. A EPDS, quando aliada a práticas de acolhimento e escuta, fortalece o papel da APS na vigilância e no acompanhamento longitudinal das puérperas (Cox *et al.*, 1987; Santos; Martins; Nascimento, 2020).

Em síntese, a promoção da saúde mental no puerpério deve ser reconhecida como parte essencial do cuidado integral à mulher, superando o modelo centrado no recém-nascido e valorizando as dimensões emocionais, relacionais e subjetivas do pós-parto. O acolhimento e a escuta qualificada, orientados pelos princípios do SUS e da PNH, configuram-se como compromissos ético-políticos indispensáveis à consolidação de uma atenção humanizada, sensível e equitativa. Investir na formação e na valorização dessas

práticas é promover um cuidado em saúde mental que respeita a diversidade das experiências maternas e contribui para o fortalecimento da autonomia e dos direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a promoção da saúde mental no puerpério deve ser reconhecida com parte essencial do cuidado integral à mulher, exigindo um olhar que ultrapasse a assistência clínica voltada exclusivamente ao recém-nascido. Ainda é necessário superar a prática recorrente de centralizar a consulta puerperal apenas no bebê, ampliando o enfoque para incluir as dimensões emocionais e subjetivas da mulher no pós-parto.

Portanto, nesse cenário, o acolhimento e a escuta qualificada despontam como estratégias fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais justo, resolutivo e humanizado, no qual a mulher seja reconhecida como sujeito singular de cuidado. Dessa forma, orientadas pelos princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização (PNH), essas práticas não devem ser vistas apenas como protocolos assistenciais, mas sim como posturas éticas e políticas que atribuem centralidade à escuta sensível e à construção de vínculos de confiança (Brasil, 2013).

Conclui-se, portanto, que a escuta qualificada, quando praticada com empatia e responsabilidade, constitui uma ferramenta essencial na identificação de manifestações sofrimento emocional. Essa conduta possibilita a construção de um cuidado mais efetivo e humanizado (Nunes; Menezes, 2021).

Do mesmo modo, o acolhimento reflete o compromisso com a dignidade, a escuta e o cuidado contínuo, exigindo a construção de relações horizontais entre profissionais de saúde e usuárias (Nunes; Menezes, 2021).

Nesse sentido, a promoção da saúde mental no puerpério depende diretamente do fortalecimento dessas práticas, capazes de valorizar a subjetividade e os direitos das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Para que essas práticas sejam, de fato, efetivas, é necessário superar desafios estruturais como a sobrecarga das equipes, a ausência de fluxos entre a APS e a RAPS, a escassez de espaços de confidencialidade e a formação limitada dos profissionais para o cuidado em saúde mental (Santos *et al.*, 2021).

Dessa forma, reafirma-se a importância de reconhecer o acolhimento e a escuta qualificada como pilares ético-políticos do cuidado em saúde. Investir nessas estratégias é investir em um modelo de atenção que respeita a diversidade das experiências maternas, promove a autonomia das mulheres e contribui para um cuidado em saúde mental mais integral, sensível e socialmente comprometido no ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE DOS SANTOS, D.; CÂNDIDO AMÂNCIO, B.; MONTEIRO DE ALMEIDA SILVA, R.; SCANONI MAIA, C. Alterações na saúde mental de mulheres no puerpério. In: CONGRESSO NACIONAL DE PESQUISA E ENSINO EM CIÊNCIAS, 6., 2021, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conapesc/2021/TRABALHO_EV161_MD4_SA105_ID1812_27092021082126.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

AMARAL, D. C. G. *et al.* Transtornos psiquiátricos no ciclo gravídico-puerperal: diagnóstico e manejo na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, n. 1, p. 123-130, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7Sdb5RPTqN4m4CNW6dMPsry/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BADINTER, É. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de saúde**: o cuidado como questão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento base. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_atencao.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**: marco teórico e político. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_mental.pdf. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. (Cadernos de Atenção Primária, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**: saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: protocolo para a atenção à saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**: saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado à saúde mental na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne**: guia de organização do cuidado materno-infantil na APS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/redealyne>. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024**. Institui a Política Nacional de Saúde Mental Perinatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 set. 2024. Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.349-de-12-de-setembro-de-2024-584288137>. Acesso em: 19 fev. 2025

CAMPOS, G. W. S. **A clínica ampliada e a saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2000.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/>. Acesso em: 29 maio 2025.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Violência institucional obstétrica: da invisibilidade à visibilidade política do problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00223018, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00223018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acesso em: 12 jun. 2026.

FANTONI, A. L. S. *et al.* **Ciclo gravídico-puerperal**: transtornos emocionais, programas de atenção e cuidado. São Paulo: Editora Científica Digital, 2024.

FIOCRUZ. **Saúde mental perinatal: proposta de qualificação da atenção**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47063>. Acesso em: 10 jul. 2025.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. DOI: 10.1590/S0102-311X1999000200019.

LAKATOS, Luiza Lucindo; LAKATOS, Lucas Lucindo; ALBANI, Matheus Lucindo; MEIRELLES, Paula Borges; SILVA, Victor de Carvalho Teixeira; MAÇÃO, Virgínia Carla da Cruz. Ciclo gravídico-puerperal: transtornos emocionais, programas de atenção e cuidado. In: DAL MOLIN, Rossano Sartori (org.). **Saúde da mulher e do recém-nascido: novos paradigmas**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2024. p. 114-123. DOI: 10.37885/240215657. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/240215657.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2025.

LIMA, Claudia Silva de; ARAÚJO, Túlio César Vieira de. A visita domiciliar do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na atenção ao puerpério. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 290-307, 2021. DOI: 10.21680/2446-7286.2021v7n3ID25143. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25143>. Acesso em: 12 jun. 2025.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. T. A clínica do sujeito: por uma clínica ampliada. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Caminhos para análise da integralidade no SUS: práticas, saberes e sujeitos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2007. p. 113-130.

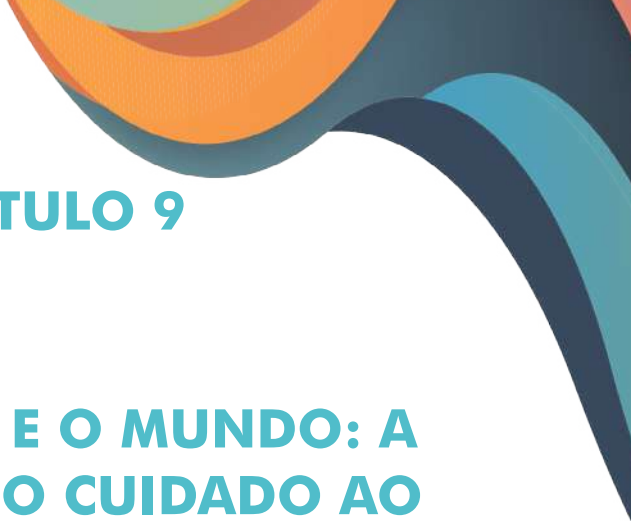
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health of women in the postnatal period: a public health priority**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>. Acesso em: 18 jun. 2025.

PAZ, Monique Maria Silva da; DINIZ, Raquel de Moura Campos; ALMEIDA, Milene de Oliveira; et al. Análise do nível de ansiedade na gestação de alto risco com base na escala Beck Anxiety Inventory. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 4, p. 1015-1033, 2022. DOI: 10.1590/1806-9304202200040016.

REZENDE, J.; DIAS, J. M. M. **Obstetrícia fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

RIBEIRO, J. P.; MILANI, R. G. Revisão narrativa: uma alternativa para sistematização de conhecimento na produção científica em saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, e58692, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692>. Acesso em: 9 jul. 2025.

RIBAS, R. F. L. *et al.* Depressão pós-parto: panorama clínico e terapêutico. **Archives of Health Investigation**, v. 11, n. 1, p. 89-95, 2022. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com>. Acesso em: 21 jun. 2025.



CAPÍTULO 9

ENTRE O ATO E O MUNDO: A PRODUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Janys Cléia Pereira Santos
Diana Paola Gutierrez Díaz de Azevedo
Ana Luiza Machado Pinto
Carla Pacheco Teixeira

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: o capítulo analisa a produção do cuidado ao adolescente na Atenção Primária à Saúde a partir do conceito de trabalho vivo em ato, articulando-o às dimensões relacional e territorial do cuidado. Ao deslocar o foco de práticas estritamente protocolares, enfatiza o encontro entre profissionais e adolescentes como espaço de construção compartilhada do cuidado e de reconhecimento de necessidades de saúde.

Relevância: ao discutir a presença ainda incipiente dos adolescentes nas rotinas da Atenção Primária à Saúde, o texto problematiza a organização do trabalho, frequentemente orientada por indicadores e linhas de cuidado centradas em agravos específicos. Tal dinâmica pode contribuir para a maior visibilidade das necessidades de saúde desse grupo no cotidiano dos serviços.

Impacto: Espera-se contribuir para o fortalecimento de abordagens mais integrais, relacionais e territorializadas na Atenção Primária à Saúde.

O cuidado em saúde se produz no encontro entre sujeitos, onde saberes técnicos, experiências de vida e contextos sociais se entrelaçam na construção de respostas às necessidades de saúde.

INTRODUÇÃO

Entre o ato e o mundo, a produção do cuidado em saúde se constitui como prática ética, relacional e situada, construída no encontro entre sujeitos e atravessada pelas condições sociais que moldam as experiências de viver, adoecer e buscar cuidado. O cuidado não se reduz à aplicação de tecnologias biomédicas ou à execução de protocolos assistenciais; ele emerge no encontro entre sujeitos e se constrói no interior de contextos sociais, institucionais e culturais específicos. Nesse encontro, profissionais e usuários produzem sentidos, negociam possibilidades e constroem respostas singulares às necessidades de saúde que se manifestam na vida cotidiana (Ayres, 2009).

No campo da Saúde Coletiva, compreender o cuidado implica reconhecer que ele se materializa no trabalho vivo em ato, isto é, na dimensão criativa e relacional do trabalho em saúde, que se realiza no momento do encontro entre trabalhador e usuário (Merhy, 2002; Merhy, 2014). Nesse espaço, o cuidado ultrapassa a lógica estritamente técnico-procedimental e se configura como prática que articula saberes profissionais, experiências de vida, vínculos e responsabilidades compartilhadas.

É nessa trama de relações que o cuidado se produz nos territórios, atravessado pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais e pelas formas concretas de organização dos serviços de saúde. Assim, cuidar não significa apenas responder a agravos ou sintomas, mas também reconhecer as múltiplas dimensões que compõem as experiências de viver, adoecer e buscar cuidado.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização das redes de atenção. Reconhecida como porta de entrada preferencial do sistema e responsável pela coordenação do cuidado, a APS apresenta potencial singular para o desenvolvimento de

práticas de cuidado orientadas pela integralidade, pela longitudinalidade e pela equidade (Starfield, 2002; Giovanella; Mendonça, 2012; Giovanella *et al.*, 2021).

Ao atuar em proximidade com os territórios e com a vida cotidiana das comunidades, a APS amplia a capacidade dos serviços de saúde de reconhecer necessidades que muitas vezes não se expressam por meio de demandas clínicas imediatas. As experiências de adoecimento, sofrimento e busca por cuidado estão profundamente relacionadas às condições de vida, às relações familiares, às experiências e dinâmicas sociais presentes nos territórios.

Entretanto, a organização do trabalho nos serviços de saúde nem sempre favorece a visibilidade de todas as necessidades existentes nas comunidades. A estruturação das práticas assistenciais frequentemente se orienta por programas prioritários, metas institucionais e indicadores de desempenho que direcionam o foco do cuidado para determinados grupos populacionais e condições de saúde. Embora essas estratégias sejam fundamentais para a organização do sistema, sua centralidade pode contribuir para que outras demandas de cuidado permaneçam menos visíveis nas rotinas dos serviços.

Entre os grupos que frequentemente ocupam posição periférica nas práticas assistenciais da APS encontram-se os adolescentes. Diferentemente de outros ciclos de vida contemplados por programas estruturados de acompanhamento, como a saúde materno-infantil ou o cuidado às condições crônicas, a adolescência nem sempre se apresenta como eixo organizador das práticas de cuidado nos serviços de saúde.

Essa menor centralidade não significa ausência de necessidades de cuidado. Ao contrário, a adolescência constitui um período marcado por intensas transformações corporais, emocionais e sociais, no qual se produzem importantes processos de construção de identidade, redefinição de vínculos familiares e ampliação das relações sociais. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade, fase da vida que envolve experiências singulares e múltiplas formas de inserção nos contextos sociais (Brasil, 1990).

Compreender essa etapa da vida exclusivamente a partir de parâmetros biológicos ou de perspectivas centradas em comportamentos de risco reduz a complexidade das experiências vividas pelos sujeitos. A adolescência também se constitui como experiência social e histórica, profundamente influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais e pelas relações estabelecidas nos diferentes espaços de sociabilidade, como a família, a escola e o território (ABRAMO, 2005).

Nesse sentido, reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos implica superar abordagens que os compreendem apenas como etapa preparatória para a vida adulta ou como alvo de intervenções preventivas voltadas exclusivamente ao futuro. Os adolescentes vivem e constroem suas trajetórias no presente, experimentando conflitos, transformações e processos de construção de autonomia que demandam cuidado sensível às suas experiências e contextos de vida.

No cenário contemporâneo, marcado pela intensificação das transformações socioculturais, pela expansão das tecnologias digitais e pelo aumento de manifestações de sofrimento psíquico entre adolescentes, os serviços de saúde são desafiados a ampliar sua capacidade de escuta e de reconhecimento de diferentes formas de demanda por cuidado. Muitas dessas demandas não se expressam necessariamente por meio de queixas clínicas explícitas, mas aparecem relacionadas a experiências de sofrimento emocional, conflitos familiares, dificuldades escolares e situações de vulnerabilidade presentes nos territórios.

Apesar do potencial da APS para o desenvolvimento de práticas orientadas pela integralidade e pela construção de vínculos com os territórios, a presença dos adolescentes nas rotinas assistenciais ainda se mostra incipiente em muitos serviços, revelando desafios relacionados ao reconhecimento e à incorporação de suas necessidades de saúde no cotidiano das equipes.

Compreender como o cuidado a esse grupo se produz nas práticas concretas do trabalho em saúde exige olhar para os modos como profissionais

mobilizam saberes, tecnologias e relações no encontro com os adolescentes. Nesse contexto, este capítulo tem como objetivo discutir a produção do cuidado ao adolescente na Atenção Primária à Saúde a partir das contribuições teóricas do campo da Saúde Coletiva, especialmente das noções de trabalho vivo em ato, necessidades de saúde e clínica ampliada.

A reflexão dialoga com a pesquisa intitulada “A produção do cuidado ao adolescente em uma Unidade Básica de Saúde da Grande Tijuca (RJ): tecnologia educacional para qualificação das práticas dos profissionais”, em desenvolvimento no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), que busca analisar como os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) produzem o cuidado integral à saúde de adolescentes no cotidiano da APS.

Ao analisar essas experiências, pretende-se identificar desafios, tensões e potencialidades presentes na produção do cuidado. Com isso, busca-se contribuir para a reflexão sobre práticas mais sensíveis às necessidades dos adolescentes e para o desenvolvimento de uma tecnologia educacional voltada à qualificação das práticas profissionais na APS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza teórico-reflexiva, desenvolvido a partir da análise crítica de referenciais do campo da Saúde Coletiva relacionados ao cuidado e ao processo de trabalho em saúde na APS. Esses referenciais teóricos orientam a análise desenvolvida neste capítulo, permitindo interpretar as práticas de cuidado aos adolescentes produzidas no cotidiano da APS.

Além do diálogo com esses referenciais teóricos, as reflexões aqui apresentadas articulam-se com questões produzidas no âmbito da pesquisa em desenvolvimento no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Essa pesquisa investiga a produção do cuidado ao adolescente na Atenção

Primária à Saúde a partir das experiências de profissionais da ESF. Embora este capítulo não apresente resultados empíricos da investigação, a pesquisa constitui importante horizonte analítico para a problematização do tema.

A reflexão desenvolvida articula contribuições da literatura científica com experiências oriundas do cotidiano do trabalho na APS. Nessa perspectiva, o cuidado é compreendido como prática ética e relacional produzida no encontro entre sujeitos, mediada por saberes, tecnologias e pelas condições concretas de vida que atravessam os territórios.

Assim, a experiência do trabalho em saúde é tomada como campo de problematização e produção de conhecimento. Nesse campo, situações vividas no dia a dia dos serviços são mobilizadas como analisadores das práticas de cuidado, possibilitando explorar tensões, desafios e potencialidades presentes nas relações entre equipes de saúde, adolescentes e contextos territoriais.

O percurso analítico inspira-se em uma perspectiva hermenêutica, compreendendo a produção do conhecimento como processo interpretativo construído a partir da experiência vivida. Assim, analisar o cuidado implica interpretar práticas, discursos, gestos e dinâmicas que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde. A escrita constitui, nesse sentido, parte do próprio processo metodológico, na medida em que possibilita elaborar reflexivamente experiências e produzir sentidos sobre os modos como o cuidado se constrói nas relações entre profissionais e adolescentes.

Essa abordagem dialoga com a perspectiva hermenêutica do cuidado discutida por Ayres (2004, 2009), segundo a qual o conhecimento em saúde não se restringe à descrição objetiva dos fenômenos, mas envolve a interpretação dos sentidos produzidos nas práticas e nas relações que constituem o cuidado. Nessa direção, o cuidado é compreendido como prática ética que se realiza no encontro entre sujeitos e que se constrói em contextos sociais e institucionais específicos.

A análise também se apoia na noção de trabalho vivo em ato proposta por Merhy (2002, 2014), que compreende o trabalho em saúde como prática

inventiva e relacional. Sob essa perspectiva, o cuidado não se limita à execução de procedimentos ou à aplicação de protocolos previamente definidos, mas se produz na interação entre trabalhadores, usuários e contextos de vida, sendo continuamente recriado diante das singularidades que emergem no cotidiano dos serviços.

Trata-se, portanto, de uma abordagem metodológica situada e implicada, que reconhece o conhecimento em saúde como processo histórico, relacional e territorializado. Mais do que representar uma realidade previamente dada, o objetivo desta reflexão é produzir interpretações sobre a produção do cuidado ao adolescente na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para ampliar a compreensão acerca das práticas profissionais e das possibilidades de construção de modos mais integrais e sensíveis de cuidado.

A partir desses referenciais e reflexões, o capítulo se desenvolve em quatro eixos: 1) A produção do cuidado no processo de trabalho em saúde; 2) Adolescência, território e necessidades de saúde; 3) Organização do trabalho na APS e desafios no cuidado aos adolescentes; e 4) Educação permanente e qualificação das práticas profissionais.

DESENVOLVIMENTO

Produção do cuidado no processo de trabalho em saúde

No campo da Saúde Coletiva, a análise das práticas de cuidado está diretamente relacionada à compreensão do processo de trabalho em saúde. Diferentemente de outras atividades produtivas organizadas em etapas previamente definidas, o trabalho em saúde caracteriza-se por elevada complexidade, pela centralidade das relações humanas e pela presença

constante de situações singulares que exigem interpretação e tomada de decisão no momento do encontro entre profissionais e usuários.

Merhy (2002) propõe compreender o trabalho em saúde como atividade que se realiza predominantemente no plano do trabalho vivo em ato, isto é, no momento em que o trabalhador mobiliza saberes, experiências e diferentes tecnologias para responder às necessidades que emergem na interação com o usuário. É nesse encontro que o cuidado se produz efetivamente, revelando o caráter relacional e dinâmico das práticas em saúde.

Ainda que protocolos e diretrizes clínicas orientem o trabalho assistencial, a singularidade das situações vividas pelos usuários exige dos profissionais capacidade de interpretação, julgamento e negociação de condutas. Nesse sentido, o cuidado não se reduz à aplicação mecânica de conhecimentos técnicos previamente estabelecidos, mas se constrói no interior de relações sociais mediadas por diferentes saberes, experiências e contextos de vida.

No cuidado aos adolescentes, essa dimensão relacional do trabalho vivo em ato torna-se especialmente relevante, uma vez que muitas demandas desse grupo não se apresentam de forma direta ou estruturada, exigindo dos profissionais capacidade de escuta sensível e interpretação das experiências vividas pelos sujeitos.

Ao analisar o processo de trabalho em saúde, Merhy (2014) identifica três grandes tipos de tecnologias que compõem as práticas assistenciais: as tecnologias duras, relacionadas a equipamentos e estruturas; as tecnologias leve-duras, associadas aos saberes técnicos organizados; e as tecnologias leves, vinculadas às relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários.

Entre essas dimensões tecnológicas, as tecnologias leves – como escuta, acolhimento, vínculo e responsabilização – desempenham papel central na produção do cuidado, especialmente no contexto da APS. Nesse nível de atenção, o acompanhamento longitudinal das pessoas e famílias e a proximidade com os territórios favorecem a construção de relações que

ampliam a capacidade das equipes de reconhecer necessidades de saúde para além das demandas clínicas imediatas.

Nessa mesma direção, Ayres (2009) destaca que o cuidado em saúde envolve a construção de encontros capazes de produzir sentidos compartilhados sobre as experiências de saúde e adoecimento. O encontro clínico, sob essa perspectiva, ultrapassa a dimensão da intervenção técnica e passa a ser compreendido como espaço de diálogo entre diferentes saberes e projetos de vida.

Essa compreensão amplia o sentido da clínica e contribui para a construção de práticas de cuidado mais sensíveis às experiências concretas vividas pelos sujeitos. Reconhece-se, assim, que o cuidado em saúde se produz na interseção entre conhecimento técnico, relações humanas e contextos sociais. No cuidado aos adolescentes na APS, o encontro entre o profissional e o usuário pode constituir-se como espaço de escuta qualificada e de construção compartilhada de sentidos sobre as experiências de viver e adoecer. Com isso, ultrapassa-se a dimensão estritamente técnica da avaliação clínica.

Quando o profissional amplia sua capacidade de escuta e busca compreender o contexto social, familiar e territorial em que o adolescente está inserido, o encontro clínico passa a revelar aspectos da experiência que vão além do sintoma apresentado. Esse movimento possibilita reconhecer necessidades de cuidado relacionadas a dimensões emocionais, sociais e relacionais da vida do adolescente, favorecendo a construção conjunta de estratégias de acompanhamento mais sensíveis às singularidades e aos modos de vida desse sujeito.

Adolescência, território e necessidades de saúde

Nas políticas e práticas de saúde, a adolescência frequentemente é abordada a partir de perspectivas centradas em riscos ou agravos específicos.

Embora essas dimensões sejam relevantes, abordagens exclusivamente orientadas por essa lógica tendem a reduzir a complexidade das experiências vividas pelos adolescentes.

Do ponto de vista social, a adolescência constitui um período marcado por intensos processos de construção de identidades, ampliação das redes de sociabilidade e experimentação de diferentes papéis sociais. Esses processos são profundamente influenciados pelas condições sociais, culturais e territoriais nas quais os sujeitos vivem (ABRAMO, 2005).

No campo da saúde, o cuidado aos adolescentes envolve múltiplas dimensões da experiência humana, incluindo aspectos relacionados à saúde mental, às relações familiares, à vida escolar, à sexualidade e às formas de pertencimento social (Taquette, 2010; Brasil, 2010).

Assim, compreender as necessidades de saúde nesse grupo exige olhar para além da presença de agravos específicos, considerando também os contextos sociais e afetivos nos quais essas experiências se produzem.

A noção de necessidades de saúde, nesse sentido, constitui importante referência para a organização das práticas no SUS. Cecílio (2001) propõe compreender essas necessidades a partir de quatro dimensões fundamentais: condições de vida adequadas, acesso a tecnologias de cuidado, construção de vínculos com profissionais de saúde e fortalecimento da autonomia dos sujeitos.

A análise das necessidades de saúde dos adolescentes também exige considerar os contextos territoriais nos quais vivem. As diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes no SUS reforçam a importância de abordagens que articulem dimensões clínicas, sociais e territoriais na organização do cuidado (Brasil, 2010).

O território não se reduz a uma delimitação geográfica, mas constitui espaço socialmente produzido. Esse espaço é marcado por relações de poder, condições de vida, oportunidades e desigualdades que influenciam diretamente os modos de viver e produzir saúde (Santos, 2006).

Nesse sentido, os territórios expressam diferentes possibilidades de sociabilidade e de acesso a direitos. Aspectos como escolarização, condições de moradia, acesso a espaços de cultura e lazer e relações comunitárias influenciam diretamente os modos de viver, adoecer e produzir saúde.

Assim, a APS apresenta potencial singular para reconhecer essas dinâmicas, uma vez que sua atuação se realiza em estreita relação com os territórios e com o cotidiano das comunidades. Essa proximidade permite às equipes de saúde construir estratégias de cuidado mais sensíveis às experiências concretas dos adolescentes.

Organização do trabalho na APS e desafios no cuidado aos adolescentes

Apesar do potencial da APS para desenvolver práticas de cuidado orientadas pela integralidade, a organização do trabalho nos serviços frequentemente se estrutura a partir de indicadores assistenciais e metas programáticas.

Essa lógica, embora importante para a gestão do sistema de saúde, pode contribuir para a menor visibilidade de grupos populacionais que não se encontram plenamente contemplados nas linhas de cuidado prioritárias. Nesse cenário, adolescentes muitas vezes acessam os serviços de saúde apenas em situações pontuais, sem necessariamente estabelecer vínculos contínuos com as equipes da ESF.

A qualificação do cuidado aos adolescentes exige, portanto, ampliar a capacidade dos serviços de reconhecer suas necessidades e desenvolver estratégias de acolhimento e acompanhamento mais sensíveis às suas experiências de vida. A perspectiva da clínica ampliada, proposta por Campos (2007), contribui para esse movimento ao defender práticas de cuidado que integrem diferentes saberes e considerem as dimensões subjetivas, sociais e territoriais presentes nos processos de saúde e adoecimento.

Nesse modelo, o cuidado em saúde passa a ser construído de forma compartilhada entre profissionais e usuários, reconhecendo a importância da autonomia e da participação dos sujeitos na definição das estratégias de cuidado. A corresponsabilização e a cogestão do cuidado tornam-se elementos centrais nesse processo, contribuindo para reduzir relações hierárquicas tradicionais e favorecer a construção de planos terapêuticos mais coerentes com as realidades vividas pelos usuários.

Trabalhar a partir da perspectiva da clínica ampliada exige dos profissionais não apenas domínio técnico, mas também habilidades relacionais que possibilitem escuta qualificada, diálogo e articulação com diferentes atores presentes nos territórios. Esse movimento amplia o campo da clínica e reconhece que os processos de saúde e adoecimento estão profundamente relacionados às dimensões sociais, subjetivas e comunitárias da vida (Brasil, 2009).

Assumir essa concepção crítica de cuidado implica também confrontar discursos medicalizantes, moralizantes e estigmatizantes que ainda incidem com força sobre adolescentes em situação de vulnerabilidade social, sobretudo aqueles marcados por desigualdades de classe, raça, território, gênero e sexualidade. Adolescentes negros, pobres, periféricos e LGBTQIAPN+ seguem sendo frequentemente alvos de criminalização, disciplinamento e invisibilização, o que revela a persistência de práticas excludentes que negam sua condição de sujeitos de direitos.

É nesse cenário que o conceito ampliado de vulnerabilidade em saúde, formulado por Ayres *et al.* (2009), ganha centralidade. Mais do que expressar fragilidades individuais ou biomédicas, a vulnerabilidade refere-se à exposição de sujeitos e grupos a processos sociais, políticos e culturais que restringem sua autonomia e capacidade de proteção, afetando diretamente sua saúde e qualidade de vida. A vulnerabilidade, assim compreendida, emerge da intersecção entre determinantes sociais e subjetividades, produzindo diferentes níveis de risco, sofrimento e invisibilidade (Ayres *et al.*, 2009).

Entretanto, a incorporação dessas perspectivas no cotidiano da APS enfrenta desafios importantes. Entre eles, destaca-se uma formação profissional ainda fortemente ancorada no paradigma biomédico, que privilegia a transmissão de conhecimentos técnicos e tende a secundarizar as dimensões relacionais, dialógicas e integrais do cuidado. Soma-se a isso a limitada apropriação das políticas públicas voltadas à saúde do adolescente, cuja existência, por si só, não garante sua efetivação nas práticas cotidianas dos serviços.

Tais desafios tornam-se ainda mais evidentes quando se trata do cuidado a adolescentes em contextos de vulnerabilização social. Nesses contextos, suas necessidades de saúde frequentemente permanecem invisibilizadas ou reduzidas a abordagens normativas e medicalizantes.

Ampliar a capacidade das equipes de reconhecer e responder às necessidades dos adolescentes requer não apenas mudanças na organização do trabalho. Requer também processos formativos que favoreçam a reflexão crítica sobre as práticas e o fortalecimento de abordagens de cuidado mais sensíveis às experiências vividas por esse grupo.

No caso dos adolescentes em situação de vulnerabilização, marcados por desigualdades sociais, raciais, territoriais e de gênero, essa sensibilidade torna-se ainda mais necessária. Isso ocorre porque suas demandas de cuidado frequentemente se articulam a experiências de exclusão, estigmatização e fragilização de direitos.

Educação Permanente e qualificação das práticas profissionais

A transformação das práticas de cuidado na APS está diretamente relacionada aos processos de formação e reflexão sobre o trabalho em saúde. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui estratégia fundamental para a qualificação das práticas profissionais no SUS.

Diferentemente de modelos tradicionais de capacitação baseados na transmissão vertical de conteúdos, a EPS propõe processos formativos orientados pela problematização do cotidiano do trabalho e pela análise das situações concretas vivenciadas pelos trabalhadores nos serviços (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Ao promover espaços de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho, a educação permanente possibilita que profissionais e equipes analisem suas práticas, identifiquem desafios presentes nos serviços e construam estratégias para qualificar o cuidado oferecido à população.

No cuidado aos adolescentes, processos de educação permanente podem contribuir para ampliar a sensibilidade das equipes às experiências vividas por esse grupo, fortalecendo práticas de acolhimento, escuta e construção de vínculo. A reflexão sobre o cotidiano do trabalho permite reconhecer barreiras presentes na relação entre adolescentes e serviços de saúde, bem como explorar caminhos para ampliar o acesso e a qualidade do cuidado.

A produção de um cuidado integral ao adolescente na APS também exige problematizar os modos tradicionais de formação e atuação profissional, frequentemente marcados pela centralidade do saber biomédico. Os processos de educação permanente podem favorecer esse movimento ao estimular a reflexão crítica sobre as práticas e os referenciais que orientam o cuidado.

Nessa perspectiva, produzir cuidado integral ao adolescente também implica adotar uma postura descolonizadora (Quijano, 2005), capaz de questionar a hegemonia do saber técnico como única forma legítima de conhecimento e de reconhecer a importância dos saberes situados, construídos no território, na cultura e nas experiências vividas pelos próprios adolescentes. Tal abordagem requer dos profissionais a construção de práticas orientadas pela escuta ativa, pela empatia, pelo reconhecimento da alteridade e pelo compromisso ético com a transformação das condições de vida que atravessam a experiência da adolescência.

A EPS apresenta-se como um caminho estratégico para qualificar o cuidado aos adolescentes na APS, na medida em que mobiliza os profissionais a refletirem criticamente sobre seus modos de fazer, de se implicar nas práticas de cuidado e de produzir respostas às necessidades que emergem no território. Ao estimular a problematização do cotidiano do trabalho e a construção coletiva de saberes, a educação permanente reafirma a APS como espaço de invenção, resistência e reconstrução de sentidos, capaz de acolher as múltiplas adolescências que habitam os territórios.

Diante disso, o desenvolvimento de tecnologias educacionais voltadas à qualificação das práticas profissionais constitui um importante dispositivo para apoiar processos formativos comprometidos com a integralidade do cuidado. Assim, produtos educacionais, como o que se pretende desenvolver ao final da pesquisa que fundamenta estas reflexões, podem contribuir para o aprimoramento do cuidado à saúde do adolescente, fortalecendo as práticas da ESF e ampliando o horizonte ético, político e pedagógico da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão desenvolvida neste capítulo buscou compreender a produção do cuidado ao adolescente na APS a partir da articulação entre referenciais teóricos do campo da Saúde Coletiva e experiências produzidas no cotidiano do trabalho em saúde. Ao longo do texto, procurou-se evidenciar que o cuidado não se reduz à aplicação de protocolos ou à execução de procedimentos técnicos, mas se constrói no encontro entre sujeitos, no interior de contextos sociais, institucionais e territoriais específicos.

A análise do processo de trabalho em saúde, inspirada nas contribuições de Merhy, permitiu destacar a centralidade do trabalho vivo em ato na produção do cuidado. É nesse espaço relacional que profissionais mobilizam saberes

técnicos, experiências e tecnologias leves para responder às necessidades que emergem na interação com os usuários. Nesse sentido, o cuidado em saúde revela-se como prática dinâmica e situada, continuamente recriada diante das singularidades presentes nas experiências de vida das pessoas.

No contexto da APS, essa dimensão relacional do cuidado ganha particular relevância. A proximidade com os territórios e o acompanhamento longitudinal das pessoas e famílias oferecem condições privilegiadas para reconhecer necessidades de saúde que ultrapassam a dimensão estritamente biomédica. Entretanto, a organização do trabalho nos serviços, frequentemente orientada por indicadores assistenciais e metas programáticas, pode contribuir para que determinados grupos populacionais permaneçam menos visíveis nas rotinas assistenciais.

Entre esses grupos, os adolescentes frequentemente ocupam posição periférica nas práticas de cuidado, acessando os serviços de saúde de forma pontual e, muitas vezes, sem estabelecer vínculos contínuos com as equipes da ESF. Tal situação não significa ausência de necessidades de cuidado, mas revela desafios relacionados à capacidade dos serviços de reconhecer e acolher as múltiplas dimensões da experiência da adolescência.

Muitos desses adolescentes encontram-se em contextos de vulnerabilização social, marcados por desigualdades de classe, raça, gênero e território, que influenciam diretamente suas condições de vida e saúde. Essas experiências evidenciam que as necessidades de cuidado desse grupo não podem ser compreendidas apenas a partir de demandas clínicas individuais, mas devem ser analisadas à luz dos processos sociais, institucionais e territoriais que atravessam a vida dos sujeitos.

Compreender o cuidado ao adolescente na APS exige, portanto, ampliar o olhar sobre as práticas profissionais, reconhecendo que as demandas desse grupo frequentemente se articulam a experiências relacionadas à saúde mental, às relações familiares, à vida escolar e às condições de vida presentes nos territórios. Nesse cenário, práticas orientadas pela clínica ampliada e

pela construção de vínculos podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais sensíveis às experiências vividas pelos adolescentes.

Outro aspecto destacado ao longo do capítulo refere-se à importância da EPS como estratégia para a qualificação das práticas profissionais no SUS. Ao promover espaços de reflexão sobre o cotidiano do trabalho, a educação permanente possibilita que profissionais e equipes analisem suas práticas, reconheçam desafios presentes nos serviços e construam coletivamente novos modos de produzir cuidado.

É nesse horizonte que se insere a pesquisa em desenvolvimento no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), que busca compreender a produção do cuidado ao adolescente a partir das experiências e percepções de profissionais das equipes da ESF. A análise dessas experiências pretende contribuir para identificar desafios e potencialidades presentes no cotidiano do trabalho em saúde, subsidiando o desenvolvimento de uma tecnologia educacional voltada à qualificação das práticas de cuidado ao adolescente na APS.

As reflexões desenvolvidas neste capítulo indicam que a produção do cuidado ao adolescente na APS não depende exclusivamente da criação de novos programas ou protocolos, mas da ampliação da capacidade das equipes de reconhecer e acolher as experiências de vida que atravessam esse período do ciclo vital. Nesse sentido, fortalecer práticas de cuidado orientadas pela escuta, pelo vínculo e pela compreensão dos contextos territoriais constitui caminho fundamental para ampliar a presença dos adolescentes nas práticas da APS.

Ao retomar o título deste capítulo – *Entre o ato e o mundo* – reafirma-se que a produção do cuidado em saúde se realiza nesse espaço de mediação entre a prática concreta do trabalho em saúde e as múltiplas dimensões da vida social que atravessam os territórios. É nesse entre, onde o gesto técnico se transforma em encontro e onde a escuta possibilita a construção de vínculos, que se abrem possibilidades para a construção de práticas de cuidado mais integrais, sensíveis e comprometidas com as necessidades dos adolescentes no SUS.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. W. Condição juvenil no Brasil contemporâneo. In: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (org.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 37-72.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/>. Acesso em: 29 maio 2026.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QZX9gH7KmdDvBpfDBSdRVFP/>. Acesso em: 29 maio 2026.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; Abrasco, 2009.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 29 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada_2009.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/>. Acesso em: 29 maio 2026.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001, p. 113-126.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Política e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 493-545.
- GIOVANELLA, L. *et al.* **Política e sistema de saúde no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz,

2021.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 29 maio 2026.

TAQUETTE, S. R. **Adolescência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.



CAPÍTULO 10

AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL E O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nathália Maria Morais Belém
José Fellipe Lima Araruna
José Ferreira Lima Júnior
Cláudio Gleidiston Lima da Silva

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: propõe a articulação entre o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Relevância: responde a uma lacuna na literatura relacionada à qualificação dos ACS para o uso de instrumentos de avaliação clínico-funcional da pessoa idosa, especialmente no âmbito da APS.

Impacto: contribui para o fortalecimento do cuidado integral à pessoa idosa na APS, com potencial de ampliar a identificação precoce de vulnerabilidades e melhorar a organização do cuidado no território de saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno crescente no Brasil, evidenciado pela ampliação da proporção de pessoas idosas na estrutura etária. Considera-se pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento (OMS, 2015). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que esse grupo já representa parcela significativa da população, com tendência de crescimento contínuo nas próximas décadas (IBGE, 2023b; IBGE, 2018). Esse processo decorre, principalmente, da redução das taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, resultando em mudanças demográficas que impactam diretamente a organização dos sistemas de saúde (Camarano, 2020).

Os dados mais recentes reforçam essa tendência, indicando que a população com 65 anos ou mais cresceu 57,4% entre 2010 e 2022, passando a representar 10,9% da população brasileira. As projeções indicam que, até 2070, esse contingente poderá ultrapassar 60 milhões de indivíduos (IBGE, 2018; Camarano, 2020). Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume papel central na resposta a essas transformações, especialmente por meio da APS, responsável pela promoção do envelhecimento saudável, prevenção de agravos e coordenação do cuidado longitudinal da pessoa idosa (Starfield, 2002; Veras; Caldas, 2004).

Diante desse cenário, torna-se fundamental qualificar as ações em saúde voltadas a esse público, com ênfase na identificação precoce de condições de risco clínico e funcional. O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), desenvolvido e validado no Brasil, destaca-se como instrumento de triagem capaz de avaliar de forma rápida e multidimensional a vulnerabilidade da pessoa idosa (Brasil, 2006; Italiano *et al.*, 2023). Sua utilização permite estratificar o risco e orientar intervenções mais adequadas às necessidades individuais.

Entretanto, a implementação desse instrumento ainda enfrenta desafios, especialmente em municípios com limitações estruturais e operacionais. Dessa forma, os ACS assumem papel estratégico na vigilância em saúde, no acompanhamento domiciliar e na articulação com a rede de serviços (Brasil, 2018). Contudo, observa-se a existência de lacunas na formação desses profissionais para utilização de instrumentos de avaliação funcional, o que pode comprometer a efetividade das ações em saúde (Veras, 2012).

Diante dessa realidade, a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como estratégia fundamental para qualificar a atuação dos profissionais, promovendo aprendizagens contextualizadas e voltadas às necessidades do território (WHO, 2005). Nesse sentido, torna-se relevante compreender como os ACS percebem e utilizam o IVCF-20 em sua prática, considerando que essa compreensão pode subsidiar a elaboração de estratégias educativas mais adequadas à realidade local.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar, à luz da literatura, o uso do IVCF-20 no contexto da Atenção Primária à Saúde. A ênfase recai sobre o papel dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado à pessoa idosa.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, desenvolvida a partir de levantamento bibliográfico realizado entre abril de 2025 e fevereiro de 2026, com o objetivo de reunir, descrever e discutir produções científicas, documentos normativos e publicações técnicas relacionadas à saúde da pessoa idosa no contexto da APS. A escolha por esse tipo de estudo justifica-se por possibilitar uma compreensão ampliada da temática, favorecendo a articulação entre diferentes contribuições teóricas e conceituais acerca do envelhecimento populacional, da vulnerabilidade clínico-funcional, da atuação dos ACS e da EPS.

O levantamento do material contemplou artigos científicos, livros, documentos oficiais e demais publicações pertinentes ao tema, selecionados de acordo com sua relevância para a compreensão do objeto em análise. Após a identificação do material, realizou-se leitura analítica e interpretativa dos textos, com extração dos principais conceitos, discussões e aspectos relacionados ao cuidado integral à pessoa idosa, à avaliação multidimensional e ao uso de instrumentos de rastreo e acompanhamento no âmbito da APS.

Para fins de sistematização e exposição teórica, o conteúdo analisado foi organizado em oito eixos temáticos, elaborados à luz da análise de conteúdo proposta por Bardin, a partir da identificação de núcleos de sentido, recorrências e aproximações temáticas presentes no material selecionado (Bardin, 2016). Os eixos temáticos construídos foram: “Envelhecimento populacional no Brasil”, “Impactos do envelhecimento”, “Atenção Primária à Saúde e o cuidado com a pessoa idosa”, “Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)”, “Princípios da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na APS”, “Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20)”, “O papel dos Agentes Comunitários de Saúde” e “Educação Permanente em Saúde e Qualificação Profissional”.

Tal organização possibilitou uma discussão mais articulada e coerente com os objetivos do capítulo. Com isso, contribuiu para a problematização do cuidado à pessoa idosa e para a reflexão acerca da qualificação das práticas desenvolvidas no âmbito da APS.

Este capítulo constitui parte do aporte teórico de uma pesquisa em desenvolvimento sobre a temática. A pesquisa está vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família, na Instituição Associada Universidade Federal do Cariri (PROFSAÚDE/UFCA). Por se tratar de um estudo fundamentado em material científico e documental de acesso público, sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Envelhecimento populacional no Brasil

O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno crescente no Brasil, evidenciado pela alteração da estrutura etária e pelo aumento proporcional da população idosa (IBGE, 2023a). Estimativas indicam que a população idosa representava cerca de 14,7% da população brasileira em 2022, podendo ultrapassar 25% até 2060, demonstrando a rapidez desse processo demográfico (IBGE, 2018). Esse cenário resulta, principalmente, da redução das taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, elementos centrais da transição demográfica (Gonçalves; Alves, 2024).

Os dados mais recentes reforçam essa tendência, indicando que a população com 65 anos ou mais cresceu 57,4% entre 2010 e 2022, passando a representar 10,9% da população brasileira (IBGE, 2023b). Paralelamente, observa-se a redução da população jovem, evidenciada pelo estreitamento da base da pirâmide etária ao longo das últimas décadas, refletindo mudanças estruturais na composição populacional (Bitencourt; Gevehr; Bassan, 2026). Esse conjunto de transformações evidencia o avanço do envelhecimento populacional no país.

Ademais, esse processo ocorre de forma heterogênea no território nacional, apresentando diferenças importantes entre as regiões brasileiras (Faria; Spode, 2024). Regiões como Sul e Sudeste apresentam estágios mais avançados de envelhecimento, enquanto outras, como Norte e Nordeste, ainda mantêm estruturas etárias relativamente mais jovens, embora também estejam em processo de envelhecimento (Gonçalves; Alves, 2024). Dessa forma, o envelhecimento populacional no Brasil deve ser compreendido a partir de suas desigualdades regionais.

A transição demográfica constitui o principal eixo explicativo desse fenômeno, caracterizada pela redução das taxas de mortalidade e de fecundidade

ao longo do tempo (Queiroz; Jesus; Ojima, 2026). Esse movimento está associado a mudanças na composição etária da população, evidenciadas pelo aumento da proporção de pessoas idosas nas últimas décadas (IBGE, 2018). Assim, o envelhecimento populacional configura-se como uma tendência estrutural da sociedade brasileira contemporânea.

Nesse contexto, o envelhecimento deve ser compreendido como um processo multifacetado, que envolve dimensões demográficas e sociais (Camarano, 2020). Trata-se de um fenômeno que expressa transformações profundas na dinâmica populacional. Nessa perspectiva, o envelhecimento saudável refere-se à otimização da capacidade funcional ao longo da vida (WHO, 2015).

Impactos do envelhecimento

O envelhecimento populacional exerce influência direta sobre os sistemas previdenciário, econômico e de saúde, intensificando os desafios estruturais enfrentados pelo Estado (Silva; Galindo, 2023). No campo da previdência, observa-se um aumento progressivo nas despesas com aposentadorias e pensões, o que pressiona as contas públicas e gera debates sobre a sustentabilidade do modelo vigente (Giambiagi; Além, 2011). Ainda, evidências indicam que o envelhecimento populacional pode impactar negativamente o crescimento econômico, especialmente ao reduzir o dinamismo do PIB per capita (Alencar, 2024).

Do ponto de vista econômico, a maior presença de idosos exige adaptações no mercado de trabalho e nas políticas de inclusão, considerando a necessidade de ampliar oportunidades para a permanência desse grupo na atividade produtiva (Sousa; Bottoni, 2024). Nesse cenário, fatores como renda, condições de trabalho e desigualdades sociais tornam-se centrais na análise do envelhecimento, uma vez que influenciam diretamente a participação dos

idosos na economia. Assim, o envelhecimento não deve ser compreendido apenas como um desafio, mas também como um fenômeno que demanda reorganização social e valorização da experiência acumulada ao longo da vida.

Na saúde, os impactos são ainda mais evidentes, sobretudo em decorrência do aumento das doenças crônicas e da maior dependência dos serviços de saúde por parte da população idosa (Brasil, 2018). O envelhecimento está associado a uma elevação significativa na demanda por cuidados contínuos e especializados, o que implica maior necessidade de investimentos e de reorganização dos sistemas de saúde (Soranz, 2024). Dessa forma, esse cenário evidencia a pressão crescente sobre os serviços de saúde e a necessidade de adaptação às demandas desse grupo populacional.

Atenção Primária à Saúde e o cuidado com a pessoa idosa

A APS constitui a porta de entrada preferencial do SUS e desempenha papel central na coordenação do cuidado, sendo responsável pela integração das ações e serviços ao longo da rede assistencial (Starfield, 2002). Nesse contexto, a coordenação do cuidado envolve a organização das práticas assistenciais de forma contínua e articulada, contribuindo para a segurança do usuário e para a redução de falhas no processo de cuidado (Cruz *et al.*, 2022). Para a população idosa, a APS assume função estratégica ao possibilitar o acompanhamento longitudinal e a identificação precoce de necessidades em saúde.

A Organização Mundial da Saúde destaca que o envelhecimento ativo pressupõe a criação de oportunidades que promovam saúde, participação e segurança ao longo da vida (WHO, 2005). Nesse sentido, a APS se configura como espaço privilegiado para a operacionalização desse conceito, por meio do vínculo estabelecido entre usuários e profissionais e da construção de práticas de cuidado voltadas à integralidade (Souza *et al.*, 2022). Nessa direção, a

atuação no território favorece o desenvolvimento de estratégias que valorizam o protagonismo da pessoa idosa e ampliam as possibilidades de promoção da saúde (Castro *et al.*, 2024).

Entretanto, a consolidação desse modelo de cuidado ainda enfrenta desafios no contexto brasileiro, especialmente relacionados à sobrecarga das equipes, à insuficiência de profissionais qualificados e à dificuldade de incorporação de práticas sistematizadas na rotina dos serviços (Brasil, 2018). Evidências apontam que limitações estruturais e organizacionais comprometem a integralidade do cuidado e dificultam a identificação precoce de situações de vulnerabilidade entre idosos (Cardoso; Luz; Nogueira, 2026). Dessa forma, torna-se necessário fortalecer a APS enquanto eixo estruturante do cuidado, de modo a garantir respostas mais efetivas às demandas dessa população.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria n. 2.528/2006, representa um marco na organização da atenção ao envelhecimento no Brasil, orientando as ações do SUS para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2006). A política reconhece a heterogeneidade do processo de envelhecer e estabelece a capacidade funcional como eixo central do cuidado, direcionando as práticas assistenciais para a manutenção da autonomia e da independência da pessoa idosa.

Entre suas diretrizes, destaca-se a incorporação de uma abordagem ampliada do cuidado, que considera dimensões biológicas, funcionais, sociais e psicológicas na avaliação da saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006). Estudos recentes reforçam que a efetivação da PNSPI depende da integração de princípios como integralidade, equidade e participação social na organização dos serviços de saúde (Santos de Amorim; Benigno; Nobre, 2025). Somado a

isso, evidências indicam que o fortalecimento dos atributos da APS contribui diretamente para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos idosos (Moreira *et al.*, 2025). Nesse sentido, a avaliação funcional torna-se elemento central para a identificação precoce de vulnerabilidades e para a qualificação do cuidado (Wanderley *et al.*, 2023).

A PNSPI reforça ainda o papel das políticas públicas na construção das condições de vida e saúde da população idosa, evidenciando a necessidade de superar abordagens exclusivamente biomédicas e incorporar perspectivas sociais no cuidado (Oliveira; Salvador; Lima, 2023). Assim, a política orienta práticas baseadas na integralidade, equidade e continuidade do cuidado, articulando diferentes níveis de atenção e promovendo respostas mais adequadas às demandas dessa população.

Nesse contexto, iniciativas voltadas à qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa alinham-se diretamente às diretrizes da PNSPI, contribuindo para o fortalecimento do cuidado no âmbito do SUS. Nessa perspectiva, a qualificação dos ACS para o uso do IVCF-20 mostra-se alinhada às orientações da PNSPI, podendo contribuir para o fortalecimento da atenção à saúde da pessoa idosa em municípios de pequeno porte.

Princípios da avaliação multidimensional da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa é um processo sistemático e interdisciplinar que considera diferentes dimensões da saúde, incluindo aspectos clínicos, funcionais, psicológicos e sociais. Essa avaliação permite uma compreensão ampliada das condições do indivíduo e subsidia a elaboração de planos de cuidado individualizados (Veras; Caldas, 2004). Essa abordagem é reconhecida como fundamental na prática geriátrica, uma vez que possibilita identificar riscos, potencialidades e necessidades específicas. Com isso,

contribui para a tomada de decisão clínica e para o acompanhamento a longo prazo (Pilotto, 2022).

No contexto da APS, a avaliação multidimensional constitui uma ferramenta essencial para o cuidado centrado na pessoa idosa, permitindo a identificação precoce de vulnerabilidades e a organização de intervenções mais efetivas (Siqueira *et al.*, 2023). De modo complementar, evidências indicam que essa abordagem favorece a elaboração de projetos terapêuticos singulares e contribui para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos. Trata-se, portanto, de uma estratégia que amplia a resolatividade da APS e qualifica o cuidado prestado.

A literatura analisada evidencia a relevância de estratégias formativas voltadas aos ACS para aproximá-los da prática da avaliação multidimensional, especialmente no que se refere à triagem e à identificação de necessidades em saúde. Os ACS desempenham papel estratégico na atenção à pessoa idosa, por conhecerem o território e as condições de vida da população, sendo capazes de identificar demandas nos âmbitos familiar, social e comunitário (Brasil *et al.*, 2021). Dessa forma, mesmo não substituindo a atuação de profissionais especializados, os agentes podem atuar como facilitadores no processo de cuidado, contribuindo para o encaminhamento adequado e para a organização da atenção.

Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20)

O IVCF-20 é um instrumento desenvolvido no Brasil com o objetivo de avaliar de forma rápida e multidimensional a vulnerabilidade de pessoas idosas, permitindo identificar riscos clínicos e funcionais relevantes para o cuidado. O instrumento, já validado, apresenta 20 questões que contemplam domínios como cognição, humor, mobilidade e funcionalidade, possibilitando a estratificação dos idosos em robustos, em risco de fragilidade ou frágeis.

Sua praticidade e rapidez de aplicação constituem importantes diferenciais, favorecendo sua utilização na APS e contribuindo para sua disseminação crescente na prática clínica (Italiano *et al.*, 2023).

Na APS, o IVCF-20 apresenta elevada aplicabilidade por sua simplicidade e rápida execução, podendo ser utilizado por diferentes profissionais da equipe de saúde, inclusive aqueles inseridos no território (Barra *et al.*, 2024). O instrumento permite a estratificação do risco clínico-funcional e a organização da demanda assistencial, possibilitando a definição de intervenções mais adequadas conforme o grau de vulnerabilidade do idoso. Dessa forma, contribui para o planejamento de ações preventivas, promocionais, reabilitadoras e paliativas, favorecendo a manutenção da autonomia e da independência da pessoa idosa.

Entretanto, a implementação de estratégias de avaliação funcional na APS ainda enfrenta desafios importantes, como a sobrecarga de trabalho das equipes, a escassez de profissionais qualificados e a ausência de padronização de instrumentos na rotina assistencial (Cardoso; Luz; Nogueira, 2026). De modo semelhante, a baixa incorporação sistemática dessas ferramentas pode comprometer a identificação precoce de vulnerabilidades e a integralidade do cuidado. Nesse sentido, a EPS apresenta-se como estratégia fundamental para qualificar os profissionais e favorecer a utilização efetiva de instrumentos como o IVCF-20 na prática cotidiana.

O papel dos agentes comunitários de saúde

Os ACS desempenham papel central na APS por estarem inseridos no território e manterem contato contínuo com as famílias, atuando como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Sua atuação permite identificar necessidades de saúde, facilitar o acesso aos serviços e fortalecer o vínculo com os usuários, contribuindo para a organização do cuidado no âmbito do SUS (Sousa; Almeida, 2023). No cuidado à pessoa idosa, essa atuação é estratégica para promover intervenções mais ágeis e contextualizadas (Brasil, 2018). Nesse

contexto, por meio das visitas domiciliares, os ACS acompanham condições de saúde, orientam a população e participam ativamente das ações de promoção e prevenção, favorecendo a continuidade do cuidado.

A efetividade dessa atuação está diretamente relacionada à qualificação profissional e à organização do processo de trabalho. As atribuições dos ACS, definidas no âmbito da Atenção Básica, incluem atividades de acompanhamento, educação em saúde e vigilância, sendo fundamentais para a continuidade do cuidado e para a ampliação do acesso aos serviços (Dias *et al.*, 2025). Nesse contexto, a capacitação desses profissionais contribui para ampliar sua autonomia e fortalecer sua inserção nas práticas assistenciais, qualificando a atuação no território. Quando capacitados para a utilização de instrumentos de triagem, como o IVCF-20, os ACS podem atuar de forma mais efetiva na identificação precoce de vulnerabilidades e no direcionamento adequado do cuidado (Italiano *et al.*, 2023).

Evidências indicam que a atuação dos ACS impacta positivamente a organização da Atenção Primária, especialmente por meio das visitas domiciliares, que ampliam o acesso, favorecem a identificação de demandas e contribuem para a continuidade do cuidado em saúde (Bellas *et al.*, 2025). Entretanto, desafios persistem, como a sobrecarga de atividades e a crescente incorporação de funções burocráticas, que podem comprometer o vínculo com a comunidade e limitar a atuação territorial desses profissionais (Martins; Carbonai, 2022). Nesse cenário, o fortalecimento do papel dos ACS torna-se essencial para garantir a efetividade das ações de saúde e a qualidade do cuidado ofertado.

Educação Permanente em Saúde e qualificação profissional

A EPS constitui uma política estratégica do SUS voltada à qualificação dos trabalhadores a partir da problematização do cotidiano e da integração

entre ensino e prática. Diferentemente de modelos tradicionais, essa abordagem compreende a aprendizagem como parte do processo de trabalho, valorizando as experiências dos profissionais e as necessidades reais dos serviços (Brasil, 2009; Jesus; Rodrigues, 2022). Nessa perspectiva, a EPS promove ações formativas que articulam reflexão crítica e intervenção na realidade, contribuindo para a transformação das práticas e para o fortalecimento do cuidado no SUS (Higashijima *et al.*, 2025).

No contexto da APS, a EPS apresenta-se como estratégia fundamental para qualificar o cuidado e ampliar a resolutividade das equipes. Evidências apontam que práticas formativas baseadas na troca de saberes e na análise do cotidiano favorecem a construção coletiva do conhecimento e a melhoria das ações em saúde, superando modelos centrados apenas na transmissão de conteúdos (Iglesias *et al.*, 2023). De modo complementar, a qualificação profissional é elemento central para garantir a qualidade da atenção à pessoa idosa, especialmente diante da complexidade das demandas clínicas e funcionais desse grupo populacional (Aguilar; Silva, 2022).

A discussão desenvolvida neste estudo reforça a importância de estratégias de Educação Permanente em Saúde voltadas aos ACS, considerando o cotidiano de trabalho como espaço de aprendizagem e transformação das práticas. Nesse sentido, ela contribui para refletir sobre a qualificação da atuação desses profissionais no cuidado à pessoa idosa, especialmente no que se refere à identificação de vulnerabilidades. Diante disso, torna-se relevante refletir sobre como a literatura tem abordado a atuação dos ACS frente à vulnerabilidade clínico-funcional da pessoa idosa e ao uso do IVCF-20 na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno crescente e desafiador, exigindo a reorganização das práticas de cuidado no

âmbito da APS. Nesse contexto, a identificação precoce de vulnerabilidades clínico-funcionais torna-se fundamental para qualificar a atenção à pessoa idosa, destacando-se o IVCF-20 como instrumento relevante para a estratificação de riscos e para a organização do cuidado.

A análise desenvolvida evidenciou o papel central da APS na coordenação do cuidado, bem como a importância dos ACS na identificação de demandas e no acompanhamento da população idosa. Contudo, foram identificadas lacunas na formação desses profissionais para a utilização de instrumentos de avaliação funcional, o que pode comprometer a efetividade das ações em saúde.

Diante desse cenário, a EPS se apresenta como estratégia essencial para qualificar a atuação dos profissionais e favorecer a incorporação de ferramentas como o IVCF-20 na prática cotidiana. Estratégias de oficinas formativas voltadas aos ACS mostram-se pertinentes, ao articularem conhecimento teórico e prática profissional, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado ofertado.

Como contribuição para o campo da Saúde Coletiva, este estudo evidencia a importância de integrar avaliação funcional, atuação dos ACS e estratégias educativas no cuidado à pessoa idosa, além de apontar lacunas na literatura relacionadas à qualificação desses profissionais para o uso do IVCF-20. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos empíricos que investiguem a aplicação do instrumento na prática e avaliem o impacto de estratégias educativas na qualificação do cuidado na APS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.; SILVA, H. Qualidade da atenção à saúde do idoso. **Enfermería Global**, v. 21, p. 545-589, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.444591>. Acesso em: 20 abr. 2026.

ALENCAR, M. O. **Ensaio sobre economia e envelhecimento populacional no Brasil**. 2024. Tese (Doutorado em Economia), Programa de Pós-graduação em Economia – Universidade

Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRA, R. P. *et al.* Fragilidade e espacialização com IVCF-20. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 9s, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005273>. Acesso em: 20 abr. 2026.

BELLAS, H. C. *et al.* A Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e a importância do ACS na política de atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 6, p. e22322024, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025306.22322024>. Acesso em: 28 mar. 2026.

BITENCOURT, O. P.; GEVEHR, D. L.; BASSAN, D. S. O envelhecimento populacional nas pesquisas da pós-graduação. **Cadernos Cajuína**, v. 11, n. 3, p. e2191, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.52641/cadcajv11i3.2191>. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL, C. C. P. *et al.* Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 109-118, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31992020>. Acesso em: 28 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 20 abr. 2026.

CAMARANO, A. A. (org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/book/7120e2c9-818a-4f42-b41d-7c241d8d58ad>. Acesso em: 20 abr. 2026.

CARDOSO, R. S.; LUZ, R. P.; NOGUEIRA, F. J. S. Desafios e limitações para a avaliação multidimensional do idoso na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Delos**, v. 19, n. 78, p. e8846, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/rdelosv19.n78-023>. Acesso em: 28 mar. 2026.

CASTRO, A. P. R. *et al.* Intergeracionalidade e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, p. e230093, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230093.pt>. Acesso em: 20 abr. 2026.

CRUZ, M. J. B. *et al.* Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00088121, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>. Acesso em: 20 abr. 2026.

DIAS, J. R. *et al.* National Primary Care Policy (2017) and the roles of community health workers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 1, p. e20240230, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0230>. Acesso em: 28 mar. 2026.

FARIA, R.; SPODE, P. O envelhecimento populacional brasileiro sob uma perspectiva regional e urbana. **GEOUSP**, v. 28, n. 3, p. e221106, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2024.221106>. Acesso em: 20 abr. 2026.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GONÇALVES, A.; ALVES, L. C. Idade prospectiva e as novas medidas de envelhecimento populacional: indicadores para o Brasil e suas cinco regiões. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 41, p. e0278, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0278>. Acesso em: 20 abr. 2026.

HIGASHIJIMA, M. N. S. *et al.* Educação Permanente em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e05902023, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.05902023>. Acesso em: 20 abr. 2026.

IGLESIAS, A. *et al.* Educação permanente no SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e255126, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003255126>. Acesso em: 20 abr. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: resultados preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação: revisão 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade para o Brasil – 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2026.

ITALIANO, N. B. C. *et al.* Applicability of the IVCF-20 and VES-13. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.2023e33206>. Acesso em: 20 abr. 2026.

JESUS, J. M.; RODRIGUES, W. Trajectory of the National Policy of Permanent Education in Health. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e001312201, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312>. Acesso em: 20 abr. 2026.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Entre o vínculo e o distanciamento: desafios na atuação de Agentes Comunitárias de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 37, n. 110, p. e3711001, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/3711001/2022>. Acesso em: 28 mar. 2026.

MOREIRA, W. E. M. *et al.* Attributes of primary care and functional capacity of older adults. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 28, p. e250016, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562025028.250016.pt>. Acesso em: 20 abr. 2026.

OLIVEIRA, W. I. F.; SALVADOR, P. T. C.; LIMA, K. C. Aspectos determinantes da pessoa idosa. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e210118pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210118pt>. Acesso em: 20 abr. 2026.

PILOTTO, A. Comprehensive geriatric assessment. In: **Encyclopedia of Gerontology and Population Aging**. Cham: Springer, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9_539. Acesso em: 20 abr. 2026.

QUEIROZ, J. V. R.; JESUS, J. C.; OJIMA, R. A transição demográfica no Brasil e o Fundo de Participação dos Municípios. **Cadernos Metr pole**, v. 28, n. 65, p. e6571171, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2026-6571171-pt>. Acesso em: 20 abr. 2026.

SANTOS DE AMORIM, M.; BENIGNO, M. B.; NOBRE, T. T. X. Envelhecimento e saúde pública: construção de indicadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 28, p. e250123, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562025028.250132.pt>. Acesso em: 20 abr. 2026.

SILVA, T. O.; GALINDO, D. C. G. Envelhecimento populacional: os impactos nas políticas públicas. **Diversitas Journal**, v. 8, n. 4, p. 2681-2690, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.48017/dj.v8i4.2516>. Acesso em: 20 abr. 2026.

SIQUEIRA, F. M. *et al.* Avaliação multidimensional de pessoas idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230051, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230051.pt>. Acesso em: 20 abr. 2026.

SORANZ, V. T. **Longevidade, saúde e economia**: um estudo sobre os efeitos do envelhecimento nos gastos de saúde no Brasil. Monografia (Bacharelado em Ciências Econ micas) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

SOUSA, F. R. N.; BOTTONI, A. Políticas públicas, envelhecimento e trabalho. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, v. 10, p. e024007, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/2447-780X.2024.v10.e024007>. Acesso em: 20 abr. 2026.

SOUSA, J. O.; ALMEIDA, P. F. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária   Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33044, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333044>. Acesso em: 28 mar. 2026.

SOUZA, A. P. *et al.* Ações de promoção e proteção   saúde mental do idoso na atenção primária   saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1741-1752, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>. Acesso em: 20 abr. 2026.

STARFIELD, B. **Primary care**: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, 2002.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v28n10/03.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2026.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2004.v9n2/423-432/pt>. Acesso em: 20 abr. 2026.

WANDERLEY, E. M. *et al.* Association between functional capacity and nutritional status. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31010443, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331010443>. Acesso em: 20 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 28 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/186468>. Acesso em: 25 mar. 2026.



CAPÍTULO 11

CONTRIBUIÇÕES DA TEORISC PARA O FORTALECIMENTO DA SAÚDE COLETIVA

Nuno Damácio de Carvalho Félix
Yunier Arro Martinez
Wellerson Montenegro da Silva
Luis Filipe Rasia Pacheco
Paula Pessoa Pinheiro
Milena Silva Costa

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: tem-se o caráter inovador ao integrar a TEORISC a ferramentas digitais e metodológicas reflexivas, promovendo avanços na prevenção e no cuidado cardiovascular em saúde coletiva, com produção de evidências aplicáveis.

Relevância: aborda o risco cardiovascular como um problema de grande magnitude sanitária e social, suprimindo lacunas na aplicação da TEORISC em contextos populacionais, contribuindo para a produção de conhecimento na Saúde Coletiva.

Impacto: o elevado potencial de impacto está relacionado às evidências aplicáveis à formulação de políticas públicas e programas de saúde cardiovascular, além de constituir material de referência para cursos de graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

A enfermagem, como disciplina científica, tem buscado consolidar seu corpo teórico por meio da formulação de modelos conceituais e teorias capazes de orientar de forma sistemática a assistência, o ensino e a pesquisa. Nesse contexto, destaca-se a importância das Teorias de Médio Alcance (TMA), que, por sua natureza aplicada, promovem maior articulação entre os elementos teóricos e as práticas desenvolvidas em contextos reais de cuidado (Silva *et al.*, 2023).

As TMA oferecem uma abordagem mais pragmática, voltada à explicação de fenômenos delimitados e observáveis, favorecendo sua utilização na clínica e na Saúde Coletiva. Ao contrário das teorias de amplo escopo, que muitas vezes carecem de aplicabilidade direta, as TMA permitem descrever, explicar e prever situações específicas da prática profissional, articulando saber científico e realidade social (Garcia; Nóbrega, 2004).

No campo da Saúde Coletiva, em que se exige a compreensão de fenômenos complexos que envolvem múltiplas dimensões (biológica, social, ambiental e cultural), as TMA surgem como ferramentas epistemológicas potentes. Elas possibilitam o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais contextualizadas, especialmente quando integradas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como integralidade, equidade e participação social.

A Teoria do Cuidado no Contexto de Risco Cardiovascular (TEORISC) é um exemplo emblemático dessa proposta. Desenvolvida no âmbito da enfermagem brasileira, essa teoria tem como objetivo orientar práticas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos cardiovasculares, integrando elementos conceituais, tecnológicos e sociais em um modelo aplicável tanto no nível individual quanto no coletivo (Félix *et al.*, 2024).

O risco cardiovascular, por sua vez, constitui uma categoria analítica relevante para a saúde pública, dada sua elevada prevalência e impacto na morbimortalidade da população brasileira. Segundo dados recentes, as

doenças cardiovasculares seguem como a principal causa de óbitos no país, revelando não apenas a magnitude do problema, mas também a urgência de abordagens mais eficazes para sua prevenção e controle (Félix *et al.*, 2022).

Ao considerar fatores modificáveis e não modificáveis, a TEORISC amplia o olhar tradicional sobre o risco cardiovascular, incluindo aspectos psicossociais, comportamentais, ocupacionais e culturais. Essa perspectiva integradora se alinha às abordagens dos determinantes sociais da saúde e permite intervenções mais abrangentes, voltadas à realidade concreta dos sujeitos e territórios. (Félix; Barros; Nóbrega, 2024)

Outro diferencial da TEORISC é a ênfase na padronização da linguagem do cuidado, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) como base para a construção de diagnósticos, intervenções e resultados esperados. Essa padronização fortalece a comunicação entre profissionais e facilita o monitoramento e a avaliação de ações em diferentes níveis do sistema de saúde (Félix; Barros; Nóbrega, 2024).

A construção da teoria seguiu etapas metodológicas rigorosas, como análise conceitual, definição de pressupostos, proposições teóricas e modelagem gráfica. Esses elementos conferem solidez à estrutura teórica e possibilitam sua aplicação em diversos contextos assistenciais, educacionais e de pesquisa, com adaptação às necessidades específicas de cada realidade.

Nessa perspectiva, a TEORISC tem estimulado a incorporação de recursos tecnológicos à prática em saúde, como demonstra o desenvolvimento do e-TEORISC, um *software* que operacionaliza o processo de enfermagem com base nos fundamentos da teoria. Essa interface tecnológica tem ampliado o alcance da teoria, promovendo a sistematização do cuidado e a geração de dados para a tomada de decisão em Saúde Coletiva (Félix *et al.*, 2024).

A utilização da TEORISC em práticas educativas, como cursos de capacitação e formação continuada, tem reforçado sua função como referencial didático e transformador. Sua inserção em programas de formação de

profissionais da Atenção Primária à Saúde contribui para qualificar o cuidado ofertado e fortalecer a autonomia técnica dos trabalhadores da saúde.

A teoria tem sido empregada como matriz conceitual para diferentes desenhos metodológicos, na produção científica, incluindo ensaios clínicos, estudos observacionais e intervenções comunitárias. Essa versatilidade tem favorecido a geração de evidências contextualizadas, fortalecendo a articulação entre pesquisa, prática e políticas públicas.

Diante de sua consistência conceitual bem delineada, aplicabilidade prática e aderência aos princípios do SUS, a TEORISC emerge como uma importante contribuição para o avanço da enfermagem e da Saúde Coletiva. Ao integrar diferentes dimensões do cuidado, promove uma abordagem mais sensível às complexidades dos sujeitos e amplia a capacidade de resposta dos serviços de saúde às necessidades da população (Cruz Neto, 2024).

Assim, o presente capítulo tem como objetivo refletir sobre as contribuições da TEORISC para o fortalecimento da Saúde Coletiva, destacando seus fundamentos, aplicações e impactos. Pretende-se, com isso, evidenciar o potencial dessa teoria como instrumento de transformação das práticas de cuidado, ensino e gestão em saúde, especialmente no enfrentamento do risco cardiovascular.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma análise teórico-reflexiva, orientada pela TEORISC, formulada por Félix, Barros e Nóbrega (2024). A natureza teórico-reflexiva implica em uma abordagem qualitativa, cujo foco está na interpretação crítica de conceitos e modelos teóricos a partir de sua aplicação prática e relevância para a Saúde Coletiva, em especial no campo da enfermagem (Meleis, 2018).

Optou-se por essa metodologia por sua capacidade de articular construção conceitual, evidências empíricas e experiência profissional em um processo dinâmico de análise e síntese. Não se trata de uma revisão sistemática ou integrativa, mas, sim, de uma reflexão fundamentada que examina os componentes estruturais da TEORISC, sua gênese, evolução, aplicabilidade e impacto na prática do cuidado em saúde.

A análise desenvolvida no mês de julho de 2025 baseou-se na leitura aprofundada da produção científica relacionada à TEORISC, bem como na observação de sua inserção em projetos de pesquisa, extensão, tecnologia e capacitação profissional. Foram considerados artigos publicados em periódicos indexados, dissertações, materiais didáticos e relatos de experiência, priorizando fontes que evidenciam o uso prático da teoria em diferentes contextos.

A fundamentação teórica foi complementada por autores clássicos e contemporâneos da enfermagem e da Saúde Coletiva, que tratam da construção de teorias de médio alcance, dos determinantes sociais da saúde e das metodologias reflexivas. Essa articulação permitiu contextualizar a TEORISC dentro do campo mais amplo da epistemologia em saúde e das necessidades do SUS.

A escolha da TEORISC como objeto de análise deve-se ao seu caráter inovador e à sua crescente utilização em pesquisas e práticas assistenciais voltadas à prevenção e ao controle do risco cardiovascular. A teoria apresenta um conjunto estruturado de proposições, conceitos e pressupostos organizados de modo a subsidiar intervenções baseadas em evidências, respeitando as singularidades socioculturais dos sujeitos.

A abordagem metodológica adotada compreendeu também a identificação de pontos fortes, desafios e possibilidades de ampliação da teoria em cenários reais. Para isso, foram examinadas experiências que envolveram a aplicação da TEORISC em *softwares* de apoio à decisão clínica, cursos de formação e práticas interprofissionais, com vistas à análise de sua efetividade e adaptabilidade.

Embora não se trate de uma pesquisa empírica, este estudo respeita os princípios éticos aplicáveis à produção do conhecimento. Por não envolver diretamente participantes humanos ou coleta de dados primários, foi dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, a análise fundamenta-se no compromisso ético com a integridade científica, a fidedignidade das fontes e a valorização do saber coletivo.

Ao utilizar a análise teórico-reflexiva, busca-se não apenas descrever os elementos constitutivos da TEORISC, mas também problematizar sua inserção nas práticas de Saúde Coletiva. Essa metodologia permite compreender como os referenciais teóricos podem sustentar transformações concretas nos modos de cuidar, ensinar, pesquisar e formular políticas públicas mais alinhadas às necessidades da população.

DESENVOLVIMENTO

A Teoria do Cuidado no Contexto de Risco Cardiovascular (TEORISC) foi concebida como resposta a uma lacuna na prática de enfermagem: a ausência de um referencial teórico que integrasse aspectos clínicos, comportamentais e sociais no manejo do risco cardiovascular. Seu desenvolvimento seguiu etapas metodológicas claras, desde a análise conceitual até a modelagem de proposições e pressupostos, assegurando coerência interna e aplicabilidade prática (Félix; Barros; Nóbrega, 2024). Ao adotar como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a Teoria estabeleceu uma linguagem padronizada que favorece a comunicação entre profissionais e a construção de indicadores populacionais.

O núcleo conceitual da TEORISC reconhece que o risco cardiovascular não é apenas resultado de alterações biológicas, mas, sim, uma construção multifatorial influenciada por determinantes sociais, culturais e econômicos. Assim, a avaliação de um indivíduo passa a considerar, além de parâmetros

clínicos como pressão arterial e perfil lipídico, fatores como hábitos alimentares, rede de apoio social, nível educacional e percepção de saúde. Esse enfoque integral amplia a sensibilidade diagnóstica e orienta intervenções mais contextualizadas e efetivas.

Outro diferencial da TEORISC está na estrutura de suas proposições e pressupostos, que foram organizados em categorias metaparadigmáticas, centrais e fatoriais. Essa organização permite que a teoria seja adaptada a diferentes contextos sem perder consistência, funcionando tanto em ambientes comunitários quanto hospitalares. A presença de modelagens gráficas facilita a visualização das relações entre conceitos, auxiliando na aplicação prática e no ensino.

A testagem dos pressupostos da TEORISC contribui de forma significativa para a prática de enfermagem, pois permite a identificação precoce do risco cardiovascular, antecedendo o adoecimento e possibilitando ações de prevenção e promoção da saúde. Ao reconhecer que o risco cardiovascular pode ser maior ou igual mesmo na ausência de todos os critérios da síndrome metabólica, a prática clínica ganha subsídios para intervenções mais assertivas e individualizadas, capazes de reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas (Félix; Barros; Nóbrega, 2024).

Os pressupostos da TEORISC fornecem uma base teórica consistente para o desenvolvimento de estudos que aprofundem a análise da multiplicidade de fatores de risco, incluindo condicionantes cardiometabólicos, comportamentais e psicossociais. Esse direcionamento possibilita a elaboração de instrumentos mais sensíveis e adequados à realidade dos diferentes contextos populacionais, além de favorecer investigações sobre a efetividade de intervenções de enfermagem no manejo do risco cardiovascular (Félix; Barros; Nóbrega, 2024).

A incorporação dessa base teórica ao desenvolvimento de tecnologias é exemplificada pelo e-TEORISC, um *software* projetado para operacionalizar o processo de enfermagem conforme a lógica da teoria. Essa ferramenta foi

submetida à validação por especialistas, recebendo avaliações positivas quanto à funcionalidade, usabilidade, confiabilidade e segurança (Félix *et al.*, 2024). O sistema permite que diagnósticos, intervenções e resultados sejam registrados de forma padronizada, facilitando o acompanhamento clínico e a análise de dados populacionais.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o e-TEORISC tem se mostrado útil no rastreamento de fatores de risco cardiovascular. Ele possibilita que o enfermeiro organize o atendimento a partir de dados objetivos e subjetivos, gerando planos de cuidado individualizados. A integração com prontuários eletrônicos amplia o potencial de monitoramento, permitindo identificar precocemente alterações no estado de saúde e agir de forma preventiva.

Ensaio clínico em andamento, como o de Cruz Neto *et al.* (2024), avaliam a eficácia dessa abordagem mediada por tecnologia em comparação a consultas convencionais. A expectativa é de que a utilização do e-TEORISC proporcione melhorias significativas em parâmetros clínicos e comportamentais, como, por exemplo, a redução da pressão arterial, a melhora no perfil lipídico e o aumento da prática de atividade física.

A aplicação do e-TEORISC também tem impacto na organização do trabalho em equipe. Ao padronizar a linguagem e disponibilizar informações de forma estruturada, a ferramenta facilita a comunicação entre profissionais e setores, reduzindo retrabalho e aumentando a segurança do paciente. Essa integração tecnológica, quando alinhada à teoria, contribui para um cuidado mais resolutivo e centrado nas necessidades do usuário.

A experiência com o e-TEORISC demonstra que a tecnologia pode ser um vetor importante para ampliar o alcance da TEORISC, mas também traz desafios. É necessário investir em capacitação profissional, garantir infraestrutura tecnológica adequada e realizar avaliações contínuas para ajustar a ferramenta às demandas reais dos serviços. Ainda, a dependência excessiva da tecnologia sem a devida interpretação crítica dos dados pode limitar o potencial transformador da teoria.

No campo da pesquisa, a TEORISC tem servido como matriz conceitual para diferentes desenhos de estudo. Em ensaios clínicos, ela orienta a seleção de variáveis, a definição de intervenções e a avaliação de desfechos. Em estudos observacionais, fornece uma estrutura para interpretar a relação entre fatores de risco e contextos sociais. Essa versatilidade amplia sua relevância como referencial científico.

Braga (2021) aplicou a TEORISC em um estudo com professores universitários, identificando prevalência elevada de sobrepeso, hipertensão e sedentarismo. Ao incluir no diagnóstico fatores psicossociais, como isolamento social e má qualidade do sono, a análise evidenciou vulnerabilidades não detectadas por protocolos tradicionais. Essas informações permitiram elaborar intervenções mais abrangentes, que incluíram não apenas orientações de saúde, mas também encaminhamentos para apoio psicológico e ações de integração social.

No contexto da reabilitação, Frota *et al.* (2025) relataram que a aplicação da TEORISC permitiu identificar barreiras emocionais e culturais à adesão ao tratamento, como medo de esforço físico e crenças equivocadas sobre alimentação. A partir desses achados, foram construídos planos de cuidado personalizados, que resultaram em maior participação dos pacientes e melhor controle clínico.

A utilização da TEORISC em pesquisa também estimula a produção de evidências contextualizadas. Por ser um referencial que integra múltiplas dimensões do cuidado, ela possibilita análises mais completas e interpretações mais próximas da realidade vivida pelos indivíduos. Essa característica aumenta a validade externa dos estudos e fortalece sua aplicabilidade na prática clínica (Meleis, 2018).

Nota-se, dessa forma, que a TEORISC oferece um caminho para superar a fragmentação entre estudos clínicos e sociais. Ao permitir que investigações incluam variáveis tanto biomédicas quanto sociais, a teoria contribui para a formulação de intervenções mais abrangentes e para o desenvolvimento

de políticas públicas fundamentadas em evidências. No entanto, ainda é necessário expandir o número de pesquisas multicêntricas e longitudinais para consolidar sua validade em diferentes contextos.

No cenário educacional, a TEORISC tem se consolidado como um referencial que sustenta a formação continuada e a capacitação profissional. Um exemplo disso é o MOOC do Coração, curso online voltado a profissionais da Atenção Primária à Saúde, que combina conteúdos teóricos, casos práticos e recursos multimídia. A proposta do curso é capacitar enfermeiros e outros profissionais para identificar e manejar fatores de risco cardiovascular de forma sistemática, utilizando as proposições e pressupostos da teoria como guia (Gavazza; Félix, 2025).

A metodologia do MOOC inclui estudos de caso baseados em situações reais, permitindo que os participantes simulem a tomada de decisão ancoradas na TEORISC. Isso favorece a compreensão não apenas do conteúdo teórico, mas também da aplicação prática em diferentes contextos de atuação. Ademais, o formato on-line amplia o alcance da capacitação, permitindo que profissionais de regiões remotas tenham acesso ao mesmo conteúdo que aqueles em centros urbanos.

Avaliações preliminares do curso indicam aumento da confiança dos participantes na realização de consultas de enfermagem voltadas à prevenção cardiovascular. Muitos relataram incorporar elementos da teoria em seus registros clínicos e planos de cuidado, especialmente no uso de terminologia padronizada e na avaliação de fatores psicossociais. Esses resultados sugerem que a educação mediada pela TEORISC pode impactar positivamente a qualidade do cuidado prestado (Gavazza; Félix, 2025).

Outra aplicação prática dessa Teoria é a sua utilização como fundamentação teórica nas atividades do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCardio), que possibilita a integração dela ao ensino. Por meio de cursos, oficinas e atividades de extensão, o grupo aproxima estudantes e profissionais dos princípios da TEORISC, promovendo

o desenvolvimento de habilidades práticas e pensamento crítico. Essa estratégia fortalece a formação acadêmica e estimula a pesquisa aplicada, ampliando a base de evidências sobre a teoria.

É possível afirmar que sua inserção em programas de capacitação representa um avanço para a formação de profissionais mais preparados e alinhados às necessidades da população. No entanto, para ampliar esse impacto, é necessário garantir a atualização constante dos conteúdos e avaliar sistematicamente os efeitos dessas capacitações na prática assistencial e nos resultados em saúde.

Ao incorporar determinantes sociais e culturais, além dos aspectos clínicos, a TEORISC permite diagnósticos situacionais mais abrangentes e intervenções mais alinhadas à realidade dos pacientes. Essa abordagem favorece a adesão ao tratamento e promove mudanças de comportamento sustentáveis.

Quando utilizada em unidades de Atenção Primária à Saúde, a teoria favorece o planejamento de ações educativas e a definição de prioridades no atendimento. Profissionais de enfermagem relatam que sua aplicação contribui para organizar o raciocínio clínico, tornando as consultas mais resolutivas e focadas. A partir dessa lógica, surgiram iniciativas como grupos comunitários voltados à promoção de hábitos saudáveis, incluindo alimentação balanceada e prática regular de atividades físicas (Félix; Barros; Nóbrega, 2024).

Em territórios marcados por alta vulnerabilidade social, a TEORISC tem sido um instrumento para integrar ações de saúde com políticas de assistência social e educação. Tal abordagem intersetorial amplia o acesso, fortalece estratégias de prevenção e torna o cuidado mais abrangente e sensível às complexidades vivenciadas por essas populações.

Sua contribuição estende-se ainda à fase de reabilitação de pacientes que vivenciaram eventos cardiovasculares. Ao identificar aspectos emocionais e culturais, como medo de esforço físico ou restrições alimentares baseadas em crenças, as equipes conseguiram elaborar planos de cuidado mais personalizados, com resultados positivos na adesão e na recuperação clínica.

Esses resultados reforçam o potencial da TEORISC para transformar a organização do cuidado e melhorar os desfechos em saúde. Entretanto, manter essa efetividade exige capacitação contínua das equipes e atenção para que as adaptações nos serviços preservem os princípios teóricos do modelo.

No âmbito das políticas públicas, a teoria fornece uma base conceitual robusta para o planejamento e a avaliação de programas de prevenção cardiovascular. A padronização de conceitos e diagnósticos permite a construção de indicadores comparáveis entre populações, fundamentais para monitorar o desempenho das ações e orientar decisões estratégicas.

Essa estrutura pode favorecer a inclusão de determinantes sociais da saúde em diretrizes de protocolos nacionais e locais. Tal integração é essencial para reduzir iniquidades e garantir maior efetividade às políticas. Sob essa ótica, ao servir de referência conceitual, a TEORISC contribui para ações mais direcionadas e sustentadas por evidências.

O potencial da teoria para tornar as políticas de saúde cardiovascular mais sensíveis às realidades locais depende de uma articulação sólida entre pesquisadores, gestores e profissionais de saúde. Esse esforço conjunto é necessário para garantir a viabilidade prática das diretrizes formuladas.

Apesar dos avanços alcançados, a disseminação da TEORISC em larga escala enfrenta obstáculos. A maior parte das evidências disponíveis ainda se concentra em contextos específicos, o que limita sua generalização. Também é preciso adaptar a linguagem da teoria para facilitar sua apropriação por equipes multiprofissionais e avaliar a viabilidade econômica de ferramentas associadas, como o e-TEORISC, especialmente em locais com infraestrutura precária.

A consolidação da teoria como referência para a Saúde Coletiva exige validação científica contínua, adaptações contextuais e fortalecimento do trabalho interprofissional. Com esses elementos devidamente estruturados, a TEORISC poderá se firmar como um referencial consolidado na área e contribuir significativamente para a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões apresentadas ao longo deste capítulo evidenciam que a TEORISC representa um avanço para a enfermagem e para a Saúde Coletiva, ao integrar teoria, prática e tecnologia em um modelo capaz de orientar ações de prevenção e promoção da saúde cardiovascular. Sua estrutura, fundamentada em linguagem padronizada, proposições e pressupostos, fortalece a sistematização do cuidado e a geração de evidências aplicáveis.

O uso dessa teoria em *softwares*, cursos de capacitação e protocolos assistenciais demonstra sua versatilidade e potencial de impacto, tanto em nível individual quanto no populacional. A ênfase nos determinantes sociais e nas especificidades culturais amplia a efetividade das intervenções e reforça seu alinhamento com princípios do SUS.

Além disso, a aplicação da TEORISC em diferentes contextos de cuidado reforça seu papel como referencial teórico de médio alcance, capaz de orientar tanto estudos acadêmicos quanto intervenções comunitárias e institucionais. Sua utilização em ferramentas tecnológicas, ensaios clínicos e ações extensionistas amplia o acesso ao conhecimento e garante maior efetividade das estratégias em Saúde Coletiva.

Nesse sentido, a TEORISC emerge não apenas como um suporte conceitual, mas como um recurso teórico-metodológico para produção de conhecimento colaborativo, contribuindo para a formação crítica de profissionais e para a consolidação de práticas integradas, equitativas e baseadas em evidências. Seu legado para a saúde coletiva reside na capacidade de articular ciência, cuidado e compromisso social, promovendo melhorias observadas no enfrentamento dos riscos cardiovasculares e na valorização da vida.

A continuidade de pesquisas e a ampliação de sua adoção no ensino, na assistência e na formulação de políticas poderão consolidar a TEORISC como marco teórico de referência. Com isso, poderá contribuir para a redução da morbimortalidade cardiovascular e para o fortalecimento da enfermagem como ciência aplicada à Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

- BRAGA, D. V. **Fatores de risco cardiovascular de professores universitários à luz da TEORISC**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Regional do Cariri, Crato, 2021.
- CRUZ NETO, J. **Efetividade da consulta de Enfermagem baseada na Teoria de Félix na melhora do risco de função cardiovascular prejudicada**: ensaio clínico randomizado e teorização. 2024. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2024.
- CRUZ NETO, J.; CAVALCANTE, T. F.; FÉLIX, N. D. C.; MOREIRA, R. P. Programa em saúde cardiovascular baseado no e-TEORISC com estudantes universitários: protocolo de um ensaio clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 45, 2024. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rge/article/view/143503>. Acesso em: 29 maio 2026.
- FÉLIX, N. D. C.; BARROS, A. L. B. L.; NÓBREGA, M. M. L. Teoria de médio alcance de enfermagem para o cuidado no contexto de risco cardiovascular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 4, e20240190, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZxgKksD7gpkTbqBcvKJzxvf/>. Acesso em: 29 maio 2026.
- FÉLIX, N. D. C. *et al.* Analysis of the concept of cardiovascular risk: contributions to nursing practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 4, e20210803, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0803pt>. Acesso em: 29 maio 2026.
- FÉLIX, N. D. C. *et al.* Grupo de pesquisa/extensão em cuidado cardiovascular. In: CORTES, H. M.; PRAXEDES, M. F. S.; RIVEMALES, M. C. C. (org.). **A arte e a ciência do conhecimento produzido na enfermagem**. Cruz das Almas: EDUFRB, 2023. v. 1, p. 283-294.
- FÉLIX, N. D. C. *et al.* Software para o cuidado à pessoa com risco cardiovascular: construção e evidências de validade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 6, e20240276, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11654560/>. Acesso em: 29 maio 2026.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 2, p. 228-232, mar./abr. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>.
- FROTA, K. C. *et al.* Vulnerabilidades em saúde na reabilitação cardiovascular: relato de caso a partir de teoria de enfermagem. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 10, n. 2, e20102005, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/18014>. Acesso em: 29 maio 2026.
- GAVAZZA, M. C.; FÉLIX, N. D. C. **Book do coração**: promoção da saúde cardiovascular. Santo Antônio de Jesus: Superintendência de Educação Aberta e a Distância da UFRB, 2025. 28 p. Disponível em: <https://www2.ufrb.edu.br/ead/titulos-publicados>. Acesso em: 29 maio 2026.
- MELEIS, A. I. **Theoretical nursing**: development and progress. 6. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018.

SILVA, M. G. *et al.* Teoria de médio alcance para o cuidado de pessoas com risco cardiovascular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 3, e20220717, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZxgKksD7gpkTbqBcvKJzxvf/>. Acesso em: 29 maio 2026.

CAPÍTULO 12

PROTOCOLO DE FLUXO FISIOTERAPÊUTICO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mário Braga Roque e Silva
Adriana Costa Bacelo
Elaine Silva Nascimento Andrade

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: propõe-se um protocolo participativo para organizar o fluxo fisioterapêutico entre os níveis de atenção. Para isso, utiliza-se abordagem metodológica mista e fundamentação na CIF, representando um avanço técnico e científico na saúde.

Relevância: aborda um problema estrutural do SUS em municípios pequenos e propõe solução prática que qualifica o cuidado. Com isso, fortalece a APS e a atuação da fisioterapia, promovendo maior integralidade na rede.

Impacto: o protocolo pode ser adotado por outros municípios, apoiar políticas públicas e ser utilizado em programas de formação e gestão. Com isso, apresenta potencial de transformar práticas e fortalecer a APS.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma reformulação do modelo de atenção à saúde, destacando a importância da Atenção Primária para reorientar o sistema e enfatizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Em 1994, o Ministério da Saúde implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF), visando fortalecer esse modelo de atenção.

Posteriormente, em janeiro de 2008, foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o propósito de apoiar as equipes de ESF e expandir os serviços de cuidados primários, fortalecendo a integralidade, a qualidade e a resolubilidade do sistema. Nos anos seguintes, o NASF passou por alterações de vinculação, que permitiram maior capacidade de resposta aos problemas da população (Brasil, 2008).

Nesse sentido, com a introdução do fisioterapeuta no cenário da atenção básica, surgiu a necessidade de reafirmar a importância de suas contribuições profissionais para as práticas das Equipes de ESF (Moraes *et al.*, 2020), já que muitos profissionais e usuários ainda o veem apenas como um profissional voltado para a reabilitação, isso significa romper com o paradigma de uma assistência restrita aos níveis secundário e terciário e se aproximar da Atenção Primária, o que tem sido um desafio enfrentado pelos profissionais atuantes no SUS.

Segundo a Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o princípio da integralidade inclui o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e da coletividade (Brasil, 2017).

Sendo assim, em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde n. 635, de 22 de maio de 2023, que institui as equipes eMulti, é necessário que o profissional fisioterapeuta, como integrante da equipe, ampliar o escopo de suas práticas em saúde no âmbito da APS, a fim de garantir que a

Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado necessária para a perfeita organização do fluxo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2023). As Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) são instituídas, portanto, em substituição ao NASF, de forma a garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na promoção da integralidade do cuidado e na melhoria dos indicadores de saúde da população. A atuação do fisioterapeuta no cenário do SUS, mesmo que bem estudada, ainda encontra barreiras que comprometem o fluxo de atendimentos nessa atividade. Sendo assim, são necessárias pesquisas sobre a atuação do fisioterapeuta na APS, considerando sua contribuição para a promoção da integralidade do cuidado.

Este estudo torna-se relevante, uma vez que citará evidências encontradas na literatura sobre a atuação do fisioterapeuta na APS. Essas evidências contribuirão para o desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados mais abrangentes para traçar o perfil dos usuários a serem referenciados.

Esta revisão de literatura é um recorte do projeto de pesquisa: “Do território à rede: construção e proposta de implantação de protocolo para o fluxo dos atendimentos fisioterapêuticos. O protocolo aborda a articulação entre a Atenção Primária e Secundária em Jaguaripe (CE)”.

DESENVOLVIMENTO

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa de literatura, desenvolvida com o objetivo de compreender e discutir as evidências científicas sobre a atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde (APS) e identificar critérios de elegibilidade e estratégias de organização dos fluxos fisioterapêuticos entre os níveis primário e secundário de atenção. Este trabalho integra o projeto de pesquisa intitulado “Do território à rede: proposta

de implantação de protocolo para o fluxo dos atendimentos fisioterapêuticos entre a atenção primária e secundária em Jaguaribe (CE)”. A questão norteadora que orientou o desenvolvimento desta revisão foi: “Quais são as evidências existentes na literatura sobre a atuação do fisioterapeuta na APS no Brasil, no que se refere aos critérios de elegibilidade para encaminhamentos ao nível secundário?”

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Google Acadêmico, utilizando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), no período de abril a julho de 2025. Utilizou-se a seguinte estratégia de combinação dos descritores controlados DeCS/MeSH nas três bases de dados: (“Serviços de Fisioterapia” OR “Physical Therapy Services”) AND (“Atenção Primária à Saúde” OR “Atención Primaria de Salud” OR “Primary Health Care”) AND (“Encaminhamento” OR “Referência” OR “Interconsulta” OR “Referral”). A busca limitou-se às publicações dos últimos dez anos, com restrição de idiomas para inglês e espanhol e sem restrição quanto ao tipo de estudo.

A literatura científica selecionada para este estudo atendeu aos seguintes critérios de inclusão: estudos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; artigos com texto completo disponível; publicações com recorte geográfico no Brasil; estudos cujo tema principal envolvesse a atuação do fisioterapeuta na APS, a organização de fluxos assistenciais ou protocolos de referência e contrarreferência; e tipos de estudo aceitos: pesquisas qualitativas, estudos observacionais, estudos de prevalência, rastreamento, diagnóstico e avaliação. Com foco em garantir uma perspectiva ampla e realista do tema, também foram revisadas legislações e notas técnicas nos endereços eletrônicos do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

Foram observados os seguintes critérios de exclusão: artigos duplicados, artigos publicados em periódicos não editados no Brasil, artigos

de revisão, teses ou dissertações e relatos de experiência. Também foram excluídos artigos que, embora tratassem da fisioterapia na APS, abordavam situações específicas relacionadas a patologias. Após as buscas, foram realizadas a seleção por título, a leitura dos resumos, a leitura dos artigos completos e a análise. A seleção de todos os estudos incluídos na revisão foi feita por dois revisores independentes, por meio, primeiramente, da examinação dos títulos e resumos e, posteriormente, da leitura do estudo na íntegra. As divergências sobre a inclusão ou exclusão de algum trabalho foram resolvidas por consulta a um terceiro revisor. Nessa etapa, foi utilizado o Rayyan, que é uma plataforma on-line e gratuita para organizar e realizar revisões de literatura, auxiliando no gerenciamento e na análise dos dados.

Esta revisão tem como objetivo analisar criticamente a produção científica relacionada à atuação do fisioterapeuta na APS e às estratégias utilizadas para o encaminhamento adequado ao nível secundário. Como limitação metodológica, reconhece-se que a natureza narrativa da revisão não confere o mesmo rigor de sistematização e força de evidência das revisões sistemáticas. Contudo, essa abordagem permitiu uma análise teórico-reflexiva ampla e contextualizada, adequada aos objetivos do estudo.

RESULTADOS

Ao longo da busca e da revisão, foram identificados 42 artigos científicos e 4 documentos. Destes, três foram excluídos da análise crítica por estarem duplicados, sete por serem teses ou dissertações, dois por serem relatos de experiência, cinco por serem revisões sistemáticas, nove por serem revisões de literatura e quatro por abordarem questões fora do escopo da atuação, situações específicas ou relacionadas a patologias.

Após a seleção criteriosa dos artigos e documentos, os autores categorizaram 12 artigos e quatro documentos para a análise crítica. Essa

análise é apresentada nas próximas linhas, a começar pela reflexão sobre as competências do fisioterapeuta.

Competências do fisioterapeuta

Do ponto de vista legal, a Resolução n. 80/1987 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) define com clareza as competências do fisioterapeuta no exercício profissional. Entre elas, destaca-se a responsabilidade de elaborar diagnóstico fisioterapêutico por meio de avaliação físico-funcional, prescrever técnicas terapêuticas específicas, conduzir o processo terapêutico, reavaliar sistematicamente a evolução do paciente e indicar alta quando os objetivos terapêuticos forem atingidos. Ademais, reforça que o fisioterapeuta atua de forma autônoma e técnica, sendo o único profissional legalmente habilitado a aplicar recursos próprios da fisioterapia (COFFITO, 1987).

Complementando esse referencial normativo, o Caderno Pedagógico publicado em 2025, ao abordar a construção e validação de protocolos para a APS, evidencia a importância de instrumentos técnicos que orientem a atuação dos profissionais nos diversos cenários do cuidado, incluindo as urgências e emergências. Ele destaca a necessidade de protocolos interprofissionais baseados na realidade do território, na escuta qualificada e na autonomia técnica dos diferentes profissionais de saúde (Caderno Pedagógico 2025). Nesse sentido, o fisioterapeuta, ao atuar com base nos parâmetros definidos pelo COFFITO, pode e deve colaborar na construção de fluxos de cuidado, participar de classificações de risco funcional, desenvolver projetos terapêuticos singulares e contribuir para a formação de equipes para a resolutividade das ações em saúde.

As práticas fisioterapêuticas na APS, portanto, devem articular os fundamentos legais com as demandas e complexidades do território. Tal

articulação fortalece a perspectiva de cuidado integral e contínuo, respeitando a singularidade dos usuários e promovendo um modelo de atenção centrado na promoção da autonomia e da funcionalidade. Ao aliar respaldo técnico-normativo à realidade concreta das populações atendidas, o fisioterapeuta afirma sua relevância como agente de transformação dos modelos assistenciais e de fortalecimento do SUS.

A inserção do fisioterapeuta na APS brasileira consolidou-se a partir da institucionalização de equipes multiprofissionais como estratégia de fortalecimento do cuidado integral. A PNAB, em sua versão atualizada pela Portaria n. 2.436/2017, embora não delimite de forma explícita as atribuições do fisioterapeuta, estabelece a atuação por meio de arranjos multiprofissionais, especialmente nos chamados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Nesse contexto, a atuação do fisioterapeuta deve ser compreendida como parte de uma estratégia ampliada de cuidado em saúde, centrada no território, nas necessidades da população e na integralidade do cuidado.

A Portaria n. 154/2008 do Ministério da Saúde, que instituiu os NASF, foi fundamental para regulamentar a participação de profissionais como fisioterapeutas na APS. Entre as principais atribuições previstas, destacam-se o apoio matricial às equipes de Saúde da Família (eSF), a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares (PTS), o desenvolvimento de ações educativas e preventivas em saúde, bem como a realização de atendimentos individuais e coletivos voltados à reabilitação e promoção da funcionalidade. A lógica do NASF, portanto, permitiu ao fisioterapeuta contribuir de forma interprofissional, promovendo ações de educação em saúde, autocuidado, orientação postural, prevenção de agravos musculoesqueléticos e suporte à reorganização da rede de cuidados.

A esse arranjo soma-se, mais recentemente, a criação das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), instituídas pela Portaria n. 635/2023 do Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar a resolubilidade e o escopo das práticas da APS por meio da atuação interprofissional.

As eMulti representam um novo modelo em substituição ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), mantendo parte de suas diretrizes, mas com novas possibilidades organizativas e assistenciais. Diferentemente do NASF, cujo foco estava voltado predominantemente ao apoio matricial, as eMulti combinam ações de apoio com atendimentos diretos, individuais, em grupo, domiciliares ou remotos, o que amplia significativamente a autonomia dos profissionais, incluindo o fisioterapeuta, no processo de cuidado. Ademais, a proposta contempla práticas intersetoriais, intervenções no território, construção de projetos terapêuticos e incorporação de tecnologias como as teleconsultas, fortalecendo a presença da APS em localidades com difícil acesso. Dessa forma, o fisioterapeuta, como integrante potencial das eMulti, pode contribuir de maneira ampliada, articulando ações clínicas, educativas, promocionais e colaborativas, conforme as demandas do território e da população adscrita (Bispo Júnior; Almeida, 2023).

Nesse cenário, o fisioterapeuta contribui para qualificar a APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no tocante à prevenção de incapacidades, à reabilitação funcional precoce e à promoção da autonomia dos usuários. A presença desse profissional na APS, seja por meio dos NASF-AB ou das eMulti, está ancorada nos princípios do cuidado integral, da interprofissionalidade e da equidade, devendo ser alinhada ao planejamento territorial, à escuta qualificada e ao vínculo com a comunidade.

Contudo, é importante observar que a PNAB de 2017 introduz uma flexibilização na composição das equipes e na priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que pode fragilizar a inserção sistemática de profissionais como o fisioterapeuta. A depender das diretrizes locais e do comprometimento da gestão, há o risco de fragmentação do cuidado ou de retorno a modelos centrados no atendimento individual e biomédico. (Morosini *et al.*, 2018)

Em síntese, as atribuições do fisioterapeuta na APS devem ser compreendidas dentro de um arranjo dinâmico de cuidado multiprofissional, em que a atuação se dá não apenas pela reabilitação, mas, sobretudo, pela

promoção da saúde, pela prevenção de agravos e pelo fortalecimento do cuidado em rede. Para que esse potencial se concretize, é fundamental garantir financiamento adequado, formação em serviço, vínculo com o território e valorização das práticas colaborativas no interior das equipes de saúde.

Porém, a fragmentação do cuidado em saúde no Brasil tem sido um dos grandes desafios para a efetivação do princípio da integralidade, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS) surge como alternativa para romper com esse modelo fragmentado, organizando os serviços em redes regionalizadas e hierarquizadas, com base em vínculos horizontais entre os pontos de atenção e tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado (Brasil, 2010).

Segundo Magalhães Júnior (2014), a construção de RAS exige planejamento inteligente e sistêmico, com base na articulação dos diferentes níveis de atenção e nas necessidades reais dos territórios. A APS, nesse contexto, ocupa papel central como ordenadora do cuidado, articulando a rede com foco na continuidade e na resolubilidade das ações de saúde.

A atuação do fisioterapeuta na APS tem ganhado protagonismo nesse processo. Inicialmente restrita à reabilitação de lesões, sua atuação hoje envolve também a prevenção de agravos, promoção da saúde e participação em processos educativos e de planejamento local. De acordo com Silva *et al.* (2023), os fisioterapeutas têm desenvolvido ações clínicas e coletivas, tanto em espaços institucionais quanto no território, contribuindo para a ampliação do acesso e da integralidade.

Instrumento de ordenação do fluxo do atendimento fisioterápico no SUS

A construção de um protocolo de encaminhamento fisioterapêutico baseia-se na necessidade de qualificar o fluxo assistencial entre os níveis de atenção do SUS, especialmente entre a Atenção Primária e a Atenção

Secundária. Fundamentado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS, o protocolo adota o modelo biopsicossocial, ampliando a análise da saúde para além do diagnóstico clínico, integrando aspectos funcionais, contextuais e sociais.

A CIF permite avaliar funcionalidade e a participação social dos indivíduos com base em fatores como atividades, participação, ambiente e características pessoais, sendo operacionalizada por códigos alfanuméricos com qualificadores. Sua aplicação na fisioterapia fortalece a abordagem centrada na funcionalidade e permite intervenções personalizadas, além de apoiar a gestão e a formulação de políticas públicas. O instrumento proposto organiza-se em cinco domínios (patologia, dor, incapacidade, cognição e necessidade de cuidador), com pontuação que hierarquiza o grau de urgência do caso (Cunha; Buchalla 2010).

Essa estrutura auxilia na triagem qualificada, reduz filas e melhora a alocação de recursos. Sob a ótica da teoria da complexidade, o protocolo não se limita a um modelo rígido, mas se apresenta como uma ferramenta adaptável às especificidades dos territórios e às dinâmicas locais do cuidado, fortalecendo a rede de atenção à saúde de forma integrada, sensível e corresponsável. Ao reconhecer a diversidade dos contextos e valorizar a escuta ativa, o vínculo e os saberes locais, o protocolo contribui para um cuidado mais resolutivo, equitativo e humanizado no SUS.

Quadro 1. Síntese dos principais resultados dos artigos selecionados

Referência	Objetivo	Método	Resultados principais	Conclusão
Atenção Primária como cenário de prática e aprendizagem na formação de fisioterapeutas no Brasil (Kasper et al., 2020).	Analisar a APS como espaço formativo para fisioterapeutas no Brasil.	Estudo qualitativo com análise documental de projetos pedagógicos.	A APS é reconhecida como espaço de aprendizagem integral, mas há desigualdade na distribuição e qualidade das experiências.	A consolidação da APS como campo de formação depende da articulação entre ensino, serviço e comunidade.

Fatores associados à espera para o serviço de fisioterapia: análise a partir do PMAQ (Assis et al., 2020).	Analisar fatores associados ao tempo de espera por fisioterapia nas UBS a partir do PMAQ.	Estudo transversal com base nos dados do PMAQ.	Espera associada à cobertura populacional, porte da UBS, número de profissionais e estrutura física.	A gestão da oferta de fisioterapia deve considerar fatores estruturais e organizacionais para ampliar o acesso.
Organização do fluxo de serviços fisioterapêuticos: concordância entre percepção clínica e protocolo (Moreira et al., 2021).	Avaliar a concordância entre percepção clínica dos fisioterapeutas e protocolo de encaminhamento.	Estudo transversal metodológico (Alfenas-MG)	Alta concordância entre percepção clínica e protocolo (especialmente em musculoesquelética e gerontologia); menor na uroginecologia	O protocolo é útil para organizar fluxos, melhorar o acesso e apoiar decisões clínicas na APS
Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação (Coelho, 2019).	Propor a organização do fluxo e hierarquização da reabilitação física em 26 municípios do DRS-SP.	Estudo exploratório com reuniões técnicas e aplicação de questionário	Desenvolvimento de protocolos, critérios de elegibilidade e sistema de regulação com fila de 7.479 usuários. Ortopedia (78,9%) foi a maior demanda	Estruturação viável com definição clara de serviços e critérios; importante papel da gestão ativa e regulada
Perspectiva financeira sobre regulação de filas de espera para fisioterapia na APS (Meneses; Silva; Silva, 2020).	Avaliar o impacto assistencial e financeiro da gestão da fila de espera da fisioterapia em 30 UBS com NASE.	Estudo de caso em 170 ESF (2017-2019)	Redução de 74,2% da fila e 67,9% do tempo médio de espera. Economia de US\$ 284 mil	Regulação com foco em complexidade garante eficiência assistencial e financeira, ampliando o acesso equitativo
Atuação do fisioterapeuta na APS do município de Crateús (CE) (Camêlo et al., 2020).	Compreender o processo de trabalho do fisioterapeuta na APS de Crateús/CE.	Pesquisa qualitativa com entrevistas	Ênfase em atividades grupais, visitas domiciliares e práticas interdisciplinares, apesar de limitações estruturais	Destaca a importância da formação ampliada e da atuação em equipe para enfrentar desigualdades sociais

Atuação do fisioterapeuta nos NASF no estado de Sergipe (Silva; Santos; Lima,2022).	Identificar o perfil e atividades dos fisioterapeutas dos NASF em Sergipe.	Estudo transversal com aplicação de questionários online	Ações voltadas para matriciamento, educação em saúde e práticas integrativas, com desafios como sobrecarga e fragilidade institucional	NASF contribui para ampliação do cuidado e fortalecimento da APS, mas precisa de apoio estruturante
---	--	--	--	---

Fonte: Autoria própria, 2025.

Os artigos de Santos e Lima (2022), Silva *et al.* (2022) e Moreira *et al.* (2021) concordam quanto à organização do processo de trabalho na APS, evidenciando como o fisioterapeuta organiza sua atuação por meio de práticas como visitas domiciliares, ações coletivas, matriciamento e protocolos baseados na CIF. Há destaque para o papel ativo e reflexivo dos profissionais frente às demandas dos territórios e à necessidade de articulação com a equipe multiprofissional.

A pesquisa de Moreira *et al.* (2021) avaliou a concordância entre a percepção clínica de fisioterapeutas e um protocolo baseado na CIF para a organização de fluxos entre a APS e a atenção secundária. Conduzida em Alfenas (MG), a pesquisa revelou alta concordância geral (86,5%) e demonstrou que o protocolo é eficaz como ferramenta de apoio à decisão clínica. A área de maior concordância foi a gerontologia (98,2%), e a menor, a uroginecologia (27,6%). O protocolo contribui para qualificar os encaminhamentos e reduzir filas, sendo um exemplo da formalização dessa organização por meio de protocolos de encaminhamento e contrarreferência.

Ademais, os artigos de Coelho (2019), Meneses *et al.* (2020), Moreira *et al.* (2021) e Assis *et al.* (2020) reúnem estudos que tratam da regulação do acesso e do ordenamento dos fluxos assistenciais. Coelho (2019) propôs a estruturação de um modelo de hierarquização da rede de reabilitação nos 26 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de São Paulo. Com base

em reuniões técnicas e diagnósticos situacionais, a proposta organizacional envolveu critérios de elegibilidade, classificação de complexidade e diretrizes para a regulação dos fluxos entre a atenção primária e a secundária.

O modelo demonstrou viabilidade prática, com impacto na redução de filas e na racionalização da oferta de serviços especializados, sobretudo em ortopedia, que representou a maior demanda. Meneses *et al.* (2020) demonstram o impacto econômico e de acesso da regulação por complexidade clínica; Moreira *et al.* (2021) reforçam a importância de protocolos validados; e Assis *et al.* (2020) analisam fatores estruturais associados à demora no acesso. Esses artigos contribuem fortemente para a construção de políticas de acesso equitativo. Já os artigos de Meneses *et al.* (2020), Assis *et al.* (2020) e Santos e Lima (2022) abordam diretamente os desafios relacionados ao acesso à fisioterapia, destacando desigualdades territoriais, estrutura precária das UBS e tempo de espera prolongado.

Meneses *et al.* (2020) avaliaram os impactos assistenciais e financeiros da implementação de critérios regulatórios na fila de espera para fisioterapia em 30 UBS com NASF. Houve redução de 74,2% na fila e de 67,9% no tempo médio de espera, com economia significativa. Os autores concluem que a regulação centrada em critérios de complexidade amplia o acesso e promove eficiência na alocação de recursos na APS.

O estudo de Assis *et al.* (2020) investigou os fatores associados ao tempo de espera por fisioterapia na APS. Os autores identificaram que variáveis como o porte da UBS, o número de fisioterapeutas e a cobertura populacional estão associadas a maiores tempos de espera. O estudo aponta para a necessidade de planejamento e distribuição equitativa de recursos para garantir acesso oportuno aos serviços.

Já Santos e Lima (2022) apontam a importância da atuação comprometida com a justiça social no território. Chamam a atenção os artigos de Kasper *et al.* (2020) e Silva *et al.* (2022), que apontam a formação crítica e humanizada como um eixo central. Kasper *et al.* (2020) analisaram a APS

como espaço formativo para fisioterapeutas no Brasil, a partir da leitura de projetos pedagógicos. O estudo revelou que, embora a APS esteja presente nas diretrizes curriculares, a efetividade das práticas formativas nesse cenário ainda é desigual entre as instituições. A articulação entre ensino, serviço e comunidade é apontada como fundamental para consolidar a APS como campo privilegiado de aprendizagem.

Silva *et al.* (2022) analisaram o perfil e as práticas dos fisioterapeutas atuantes nos NASF-AB em Sergipe. A partir de um levantamento com questionários eletrônicos, os autores destacaram a importância das ações de matriciamento, educação em saúde e práticas integrativas. Contudo, os profissionais enfrentam desafios como sobrecarga de trabalho e deficiências institucionais no suporte aos NASF, com impacto sobre a prática e a formação continuada. O estudo também sugere a necessidade de capacitação voltada à sensibilidade para os valores dos pacientes.

Os resultados reforçam o papel dos NASF na ampliação do cuidado e na qualificação da atenção básica. Portanto, ambos os estudos concordam quanto à importância de alinhar formação técnica e humanística.

As práticas centradas no paciente e os valores do cuidado são abordados por Santos e Lima (2022). Nesse artigo, a prática centrada no paciente é o cerne e os autores analisam como os fisioterapeutas reconhecem, ainda que de forma tácita, os valores e as expectativas dos usuários. Essa postura sensível é essencial para um cuidado ético e personalizado. Santos e Lima (2022) também abordam nessa dimensão ao refletirem sobre o impacto da escuta ativa e da relação com o território sobre a construção do cuidado fisioterapêutico.

Os estudos de Meneses *et al.* (2020), Coelho (2019) e Moreira *et al.* (2021), apresentam dados objetivos de impacto quanto aos resultados assistenciais, econômicos e sociais. Meneses *et al.* (2020) quantificam a economia de recursos; enquanto, Coelho (2019) e Moreira *et al.* (2021) demonstram melhora na gestão da demanda com base em protocolos. Esses achados embasam a importância da fisioterapia como estratégia eficaz e custo-efetiva na APS.

Esses artigos evidenciam a complexidade e o potencial transformador da fisioterapia na APS. A análise por categorias permite identificar lacunas, boas práticas, impactos mensuráveis e diretrizes formativas, elementos essenciais para a construção de um protocolo de organização do fluxo fisioterapêutico entre os níveis de atenção, como propõe esse projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Protocolos formais de encaminhamento e contrarreferência, estruturados a partir da prática e pautados em evidências científicas, são determinantes para garantir o cuidado contínuo e equânime no acesso aos serviços de reabilitação. Nesse sentido, a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como base para os critérios de encaminhamento é fundamental para a consolidação de uma abordagem centrada na funcionalidade e na participação social.

Prevê-se que os protocolos sejam aplicáveis e adaptáveis a outros contextos, contribuindo para a organização da rede, a redução de filas de espera, a otimização dos recursos e o fortalecimento da APS, além de fomentar a produção de conhecimento aplicado na Saúde Coletiva.

Outrossim um instrumento capaz de estruturar a atuação do fisioterapeuta na APS, ao ser orientado por critérios objetivos e articulado com a lógica da (RAS), pode qualificar o cuidado prestado e assegurar o cumprimento dos princípios do SUS, como integralidade, universalidade e equidade.

A revisão mostra que a atuação do fisioterapeuta na APS é estratégica para a reorganização do modelo de atenção à saúde e para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde. Entretanto, a ausência de protocolos bem definidos, a fragilidade na comunicação entre os níveis de atenção e a baixa resolutividade em alguns territórios ainda dificultam a efetiva articulação entre os pontos da rede. A adoção de instrumentos, como protocolos e estratégias

de microrregulação, contribui significativamente para a qualificação do fluxo assistencial. Recomenda-se que os gestores incorporem essas ferramentas à rotina dos serviços, promovendo capacitação permanente das equipes e garantindo a equidade no acesso aos serviços especializados.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, E. A.; ASSIS, L. D. M.; NOGUEIRA, D. A. Fatores associados à espera para o serviço de fisioterapia: análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 781-795, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012602>. Acesso em: 29 maio 2026.
- 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>. Acesso em: 29 maio 2026.
- BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução n. 80, de 9 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 93, p. 7609, 21 maio 1987. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2838>. Acesso em: 1 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 632, de 19 de maio de 2023**. Autoriza estados, Distrito Federal e municípios a receberem recursos referentes ao incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção especializada à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0632_22_05_2023.html. Acesso em: 29 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 29 maio 2026.
- 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 fev. 2024.
- CAMÊLO, H. K. S.; ARRUDA, G. M. S.; VASCONCELOS, T. B.; BEZERRA, M. I. C. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde do município de Crateús-CE. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 23, n. 4, p. 50-64, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16036>. Acesso em: 29 maio 2026.
- COELHO, D. M. Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 790-803,

2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1804>. Acesso em: 29 maio 2026.

CUNHA, C. M.; BUCHALLA, C. M. A CIF como ferramenta de análise e organização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 679-687, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400014>. Acesso em: 29 maio 2026.

KASPER, M.; GASPAROTTO, G. S.; MEDEIROS, J. P. Atenção Primária como cenário de prática e aprendizagem na formação de fisioterapeutas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, e047, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190138>. Acesso em: 29 maio 2026.

LIMA, M. L. S. *et al.* Fluxos assistenciais e organização dos serviços de reabilitação: uma análise da atenção fisioterapêutica no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 328-340, 2020.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: o desafio da coordenação dos cuidados. In: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

MENESES, A. V.; SILVA, M. L. M.; SILVA, M. A. G. Perspectiva financeira sobre regulação de filas de espera para fisioterapia na Atenção Primária à Saúde. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.590>. Acesso em: 29 maio 2026.

MOREIRA, L. B. *et al.* Organização do fluxo de serviços fisioterapêuticos: concordância entre percepção clínica e protocolo. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 34, e34107, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2021.34107>. Acesso em: 29 maio 2026.

SILVA, J. L. *et al.* Atuação do fisioterapeuta nas ações de prevenção e promoção em saúde na atenção básica brasileira: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 10322-10334, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60013>. Acesso em: 29 maio 2026.

SILVA, T. S. S.; SANTOS, M. C. S.; LIMA, L. M. Atuação do fisioterapeuta nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no estado de Sergipe. **Revista Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 16, n. 28, p. 112-126, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/cadESP.v16i28.754>. Acesso em: 29 maio 2026.



CAPÍTULO 13

ARTE COMO TECNOLOGIA PROMOTORA DE CUIDADO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Giovanni Ortale Trainotti
Denise Silva da Silveira
Anaclaudia Gastal Fassa

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: este capítulo sintetiza o conhecimento sobre a arte como uma tecnologia de cuidado. Ele demonstra como a arte pode ser uma ferramenta eficaz e acessível para a saúde, porém, ainda subutilizada na prática nacional.

Relevância: ao compilar experiências nacionais e internacionais, o texto fornece uma base teórica e prática que reforça a importância da arte nos processos de promoção da saúde, prevenção de agravos, cura e reabilitação. Propõe, assim, um modelo de saúde que transcende o foco na doença, abordando a saúde de forma integral e participativa.

Impacto: suas evidências podem subsidiar a formulação de políticas públicas, incentivando o uso de intervenções artísticas. Ainda, o trabalho articula saberes acadêmicos e comunitários, com o potencial de fortalecer a coesão social e a autonomia dos indivíduos, e de impulsionar a formação de pesquisadores e profissionais que valorizem o cuidado humanizado e participativo.

INTRODUÇÃO

A relação da arte como produtora de saúde tem sido objeto de interesse científico nos últimos 20 anos, possivelmente impulsionada pela ampliação do conceito de saúde. Compreende-se, de forma cada vez mais clara, a ligação direta do processo saúde-adoecimento com fatores individuais, familiares, sociais, comunitários, ambientais e culturais aos quais o indivíduo é exposto (OMS, 2019).

Assim, as ações de saúde voltam-se, cada vez mais, para abordagens interprofissionais e intersetoriais, visando melhorar a autopercepção de bem-estar das pessoas, a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o estímulo à produção de capital social, a coesão social e o desenvolvimento de comunidades sustentáveis. Ou seja, não se concentram mais apenas na mera cura de doenças. Estudos recentes evidenciam os benefícios da arte nos processos de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde, considerando-a uma tecnologia de cuidado que articula princípios como integralidade, intersetorialidade, humanização e empoderamento social (OMS, 2019). Porém, tal tecnologia ainda é subutilizada nos cenários de Atenção Primária à Saúde no Brasil (Diniz *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2024).

Esta revisão busca sintetizar o conhecimento e as experiências existentes sobre o uso da arte como tecnologia promotora de cuidados em saúde. Nesse cenário, a arte constitui-se como uma estratégia comprovadamente eficaz, de baixa densidade tecnológica e acessível aos mais variados contextos territoriais, podendo ser utilizada na Atenção Primária à Saúde (APS).

MÉTODO

A revisão da literatura incluiu a busca e a análise de conteúdos em livros, artigos de periódicos e jornais eletrônicos, documentos governamentais,

teses e dissertações. As buscas dos artigos ocorreram nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de consulta a sítios públicos nacionais e internacionais.

Para a referida busca, utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde em português, inglês e espanhol: Arte (Art/Arte); Arteterapia (Art Therapy/Arteterapia); Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde (Primary Care/Primary Health Care/Atención Primaria de Salud); e Estratégia Saúde da Família.

Com a finalidade de refinar a busca e alinhar os documentos encontrados ao objetivo da pesquisa, foram aplicados filtros para cada combinação de descritores, considerando os idiomas inglês, português ou espanhol e a data de publicação nos últimos 15 anos. Do total de 2.985 estudos localizados, 34 artigos completos foram selecionados após triagem. Além destes, foram localizados os seguintes documentos governamentais: três publicações do Ministério da Saúde (MS) e uma da OMS (OMS, 2019).

DESENVOLVIMENTO

Arte: introdução, conceito e formas

Para iniciar a discussão sobre a relação entre arte e saúde, é fundamental estabelecer uma conceituação comum do que é arte. Adajian (2024) discutiu a definição de arte com base em concepções filosóficas passadas: Platão via a arte como uma representação mimética, ontologicamente dependente da realidade e inferior aos objetos físicos, enquanto Kant expandiu essa ideia para incluir a dimensão criativa do fazer artístico. Já para Hegel, a arte expressa os valores mais profundos de uma civilização por meios sensoriais, sendo a beleza artística metafisicamente superior à beleza natural.

Essas concepções filosóficas geraram três definições principais de arte: a convencionalista, centralizada na dimensão representacional da arte; a tradicionalista-expressionista, que prioriza a expressão de sentimentos que permeia as manifestações artísticas; e as híbridas, que conciliam as duas primeiras. Nenhuma delas se mostra completa, o que leva ao questionamento sobre se uma definição universal, pancultural e trans-histórica de arte é realmente possível (Adajian, 2024).

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde propôs a adoção de uma definição tradicionalista-expressionista da arte ao ser pensada no contexto da saúde, valorizando a dimensão abstrata e as características compartilhadas nas expressões artísticas das múltiplas culturas e contextos sócio-históricos. Mais especificamente, essa definição determina a existência de algumas características comuns na arte, como um objeto artístico (físico ou experiencial), que proporciona uma experiência abstrata, tanto para o artista, quanto para o público, e que compreenda em si ou provoque no público uma experiência emocional (OMS, 2019).

Academicamente, a necessidade de padronizar a discussão sobre arte e saúde para qualificar o debate científico levou Davies *et al.* (2012) a classificar as expressões artísticas em cinco grandes classes: artes cênicas, artes visuais, literatura, cultura e artes digitais e eletrônicas.

As artes cênicas incluem a representação corporal e vocal diante de um público, tais como dança, teatro, ópera, canto ou outro gênero musical, cinema e todos os tipos de performances, enquanto as artes visuais envolvem a expressão de ideias por intermédio de formas, volumes, cores, texturas e composição visual, como artesanato, design, escultura, fotografia, pintura, desenho, gravura, arte digital e têxteis.

A literatura é a arte expressa pela palavra escrita ou oral, por meio de poema, poesia, prosa, romance, conto, crônica, ensaios, eventos literários, entre outras manifestações. Por sua vez, a cultura é entendida pelos autores como a produção, recepção e interpretação da arte em museus, galerias, exposições de arte, concertos, teatros, eventos comunitários, festivais e feiras culturais.

Já as artes digitais e eletrônicas são aquelas em que a arte se manifesta por meio da criação de uma obra eletrônica, digital ou on-line, seja uma animação, vídeo, filme, gravação musical, história ou blog, por exemplo. Por fim, é crucial compreender a diferença entre arte na saúde e arteterapia. A arteterapia é um tipo específico de intervenção por meio da arte, cujo foco terapêutico se direciona a um público específico, utilizando recursos como desenho, dança e música. Ela melhora a expressão de sentimentos, a comunicação e a concentração em populações segmentadas (Glaucia Rufato, 2024). A arte, de forma mais ampla, aproxima-se da saúde de múltiplas maneiras, que dependem do contexto sociocultural e da criatividade da equipe.

Intersecção entre arte e saúde

Discussões sobre o paradigma biopsicossocial, a integralidade existencial do ser humano, os determinantes sociais da saúde, a importância da prevenção de agravos e da promoção da saúde, bem como as intervenções em saúde de base comunitária para promoção de cidadania, empatia e coesão social, foram permitindo o desenvolvimento de novas formas de produzir saúde, agora não mais limitadas ao simples tratamento de doenças (Davies *et al.*, 2012; Davies *et al.*, 2014; OMS, 2019).

Nesse contexto, as expressões artísticas ganham destaque como atividades em saúde multimodais e complexas (Dow *et al.*, 2023). A seguir, apresenta-se um compilado de achados sobre a importância da arte na saúde, de acordo com três áreas temáticas.

Arte como recurso comunicativo na educação em saúde

A arte se destaca como uma ferramenta promissora para a educação em saúde, especialmente potente em comunidades com alta vulnerabilidade social, baixa renda e baixa escolaridade, nas quais os métodos tradicionais de transmissão de conhecimento se mostram limitados (Jessica Ruthven, 2017). Nesses contextos, as intervenções artísticas ampliam a difusão e o impacto das mensagens por meio da mobilização cognitiva, emocionais e social, que vai além do formato linear, cartesiano e normativo das práticas tradicionais de educação em saúde (Frishkopf *et al.*, 2016; Jessica Ruthven, 2017).

O engajamento comunitário é crucial para o sucesso dessas atividades, pois o alinhamento com a cultura, as crenças e os valores locais é fundamental (Frishkopf *et al.*, 2016; Jessica Ruthven, 2017). Em seu estudo, Frishkopf *et al.* (2016) observaram que a participação popular, especialmente de líderes comunitários, não só aproximou culturalmente as performances, ampliando o entendimento das mensagens, como também aumentou a participação do público e fomentou a apropriação dos eventos por parte da comunidade, dissolvendo a barreira entre artistas e público. Como consequência, essa estratégia promove a sustentabilidade das intervenções a longo prazo.

As atividades artísticas voltadas à educação em saúde também estimularam a formação de coletivos solidários, nos quais a saúde é o foco central. Isso reforça o potencial da arte para promover cidadania e comportamentos cooperativos e solidários, tanto em nível individual quanto coletivo (Davies *et al.*, 2014; Frishkopf *et al.*, 2016; Van de Vyver *et al.*, 2017).

Arte na promoção da saúde e prevenção de agravos

No contexto da arte como promotora de saúde, ela se destacou na promoção de comportamentos de cooperação social (Van de Vyver *et al.*, 2017), um elemento fundamental para o desenvolvimento de sociedades humanas. Indivíduos cooperadores, que se dispõem a arcar com custos para beneficiar outros, tendem a se engajar em ações voluntárias, como ações de caridade ou lutas sociais, demonstrando compromisso com questões coletivas (Van de Vyver *et al.*, 2017).

Van de Vyver *et al.* (2017) investigaram a associação do engajamento artístico com comportamentos cooperativos em nível populacional. A pesquisa mostrou que a prática artística é uma das variáveis mais significativamente associadas a atividades de caridade e voluntariado, superando até mesmo o engajamento esportivo. Se a arte estimula a cooperação social, precisa ser considerada como um recurso central para o fomento da cidadania e o combate à desigualdade social. Em termos de políticas públicas, o estímulo ao engajamento artístico não deve se restringir a intervenções em saúde, mas nortear políticas mais amplas, como é o caso do programa de prescrição social inglês (Handayani *et al.*, 2025; Van de Vyver *et al.*, 2017; Dow *et al.*, 2023).

Ao explorar os impactos da arte na promoção da saúde mental, observou-se que indivíduos mais engajados artisticamente desenvolvem melhor três estratégias de resposta emocional adaptativas: a estratégia de evitação (para ignorar emoções negativas), a estratégia de abordagem (para confrontar problemas) e o autodesenvolvimento (para aprimorar o senso de identidade e a autoestima). A melhora nessas estratégias de regulação emocional é uma das formas pelas quais a arte contribui para a saúde mental e, consequentemente, para a saúde integral (Fancourt *et al.*, 2019).

Essa relação se estende à satisfação com a vida. Em Taiwan, o engajamento com atividades artísticas foi associado a maiores níveis

de satisfação e a melhores desempenhos em relacionamentos sociais e comunitários, especialmente entre mulheres e idosos (Lee *et al.*, 2021). O estímulo ao engajamento artístico pode, portanto, promover uma sociedade mais coesa e cidadã (OMS, 2019; Lee *et al.*, 2021; Down *et al.*, 2023).

Estudos suecos corroboram esses achados. A prática de atividades artísticas e culturais, assim como o engajamento esportivo, foi significativamente associada a uma melhor autopercepção da saúde (Lindström *et al.*, 2024). De modo semelhante, o engajamento artístico e cultural demonstrou estar associado a menores riscos de mortalidade por doenças cardiovasculares (Jensen *et al.*, 2024).

Arte no tratamento, reabilitação e controle de enfermidades

O uso da arte como recurso terapêutico é melhor estudado em agravos de saúde mental. Intervenções artísticas mostraram-se eficazes na redução de sintomas em transtornos mentais não psicóticos, sendo um recurso promissor, tanto isoladamente quanto combinado com abordagens médicas tradicionais (Uttley *et al.*, 2015). Também foi observada uma melhora significativa no bem-estar mental em uma população mais heterogênea, incluindo pacientes com esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtornos depressivos, transtornos ansiosos, transtornos de personalidade e autismo, independentemente da doença de base. Os resultados são comparáveis aos de terapias como a cognitivo-comportamental em grupo e a musicoterapia para doenças mentais graves (Williams *et al.*, 2019).

No contexto dos cuidados paliativos, as atividades artísticas têm potencial para reduzir a angústia e outros sintomas, como a dor oncológica (Lefèvre *et al.*, 2016). Também se mostram benéficas no suporte a familiares (OMS, 2019).

Para a assistência ao luto, uma revisão de literatura focou em três domínios principais: continuidade dos laços, construção de um novo sentido para a vida e avaliação de sintomas negativos. As intervenções artísticas auxiliaram os participantes a aceitar a perda e a encontrar um novo sentido para a vida, embora tenham demonstrado eficácia mais modesta na melhora de sintomas como depressão e tristeza (Weiskittle *et al.*, 2018). Isso sugere que a arte no luto tem maior potencial para promover estratégias positivas de regulação emocional e capacidade limitada de agir sobre sintomas negativos (Weiskittle *et al.*, 2018; Nelson *et al.*, 2024).

Considerando a integralidade do ser humano, espera-se que o impacto positivo da arte na saúde mental também se reflita em pessoas com outras enfermidades clínicas, tais como doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (OMS, 2019; Jensen *et al.*, 2025). Um ensaio clínico com pacientes com doença arterial coronariana, por exemplo, demonstrou que atividades meditativas e artísticas resultaram em uma melhora significativa nos níveis de agressividade e sintomas depressivos e ansiosos, em comparação com um grupo de controle (Jang *et al.*, 2015).

A arte também é relevante para a reabilitação de pacientes pós-acidente vascular cerebral. Atividades de música e canto mostraram-se eficazes na melhora da comunicação e da sociabilidade. Dança e movimento impactaram a funcionalidade e reduziram déficits motores, enquanto artes visuais tiveram maior impacto nas dimensões psicológica e espiritual dos pacientes (LO *et al.*, 2018).

APS como *locus* para uso da arte nas ações de saúde

Para os processos de trabalho da APS, a arte pode ser aplicada tanto na ambiência do serviço de saúde, como em intervenções individuais (Sato *et al.*, 2015), quanto em intervenções coletivas, no formato de grupos focais

ou longitudinais (Jensen *et al.*, 2025), e/ou comunitárias. Nesta última forma, destaca-se o modelo de prescrição social adotado na Inglaterra e no Canadá (Handayani *et al.*, 2025; Gangji *et al.*, 2025).

A aproximação da arte com os fazeres da APS também demonstra potencial importante para humanizar as práticas de saúde nesse contexto (Sato *et al.*, 2015), com relatos positivos de experiências tanto por parte dos profissionais de saúde (Jensen *et al.*, 2021) quanto dos usuários (Karkou *et al.*, 2024). A seguir, descrevem-se experiências nacionais e internacionais sobre o tema.

Experiências nacionais

No contexto nacional, algumas intervenções com o objetivo de aproximar a saúde da arte na APS, de maneira mais lúdica, leve, artística e compartilhada com a população, foram compiladas pelo Centro Cultural do Ministério da Saúde no documento “Saúde com Arte” (2022). Outras experiências foram identificadas em artigos e documentos.

Segundo seus executores, tais iniciativas possibilitam que a saúde seja uma experiência mais humanizada, interdisciplinar e coletiva. É importante ressaltar que essas iniciativas surgiram do esforço pessoal de profissionais de saúde para qualificar os processos de trabalho locais, fortemente embasados em princípios da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Promoção da Saúde, como acolhimento e gestão participativa, com protagonismo e autonomia do usuário (Brasil, 2004; Brasil, 2006). No Brasil, as ações artísticas em saúde fazem parte das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Segundo estudos nacionais sobre PICS, apesar do reconhecimento da importância da arte, esta ainda é utilizada a partir de intervenções locais, pouco descritas e sem fomento por políticas públicas (Diniz *et al.*, 2022).

Uma das barreiras levantadas que limitam as intervenções artísticas em saúde foi a disponibilidade muito limitada de profissionais familiarizados com esse

modelo de intervenção (Silva *et al.*, 2024; Diniz *et al.*, 2022). Grupos de arte, porém, resgatam a essência do usuário como sujeito ativo e corresponsável pela produção da própria saúde, com promoção de um cuidado mais integral e centrado na pessoa, que amplia o repertório social e promove coesão comunitária (Brasil, 2022).

A seguir, apresentam-se os resumos de relatos de intervenções artísticas em saúde encontrados na experiência nacional:

a) PalhaSUS Horizontino (MS, 2022)

A palhaçaria é uma arte que se alinha com os interesses da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo um potente recurso de intervenção. Segundo suas bases teóricas, o palhaço atua quebrando padrões e regras de comportamento para mobilizar reflexões e novas perspectivas sobre os desafios do cotidiano (Pedroso *et al.*, 2023). Com sua postura alegre, o palhaço ajuda a ressignificar problemas, incentivando a criação de novas soluções. Dessa forma, as intervenções de palhaçaria estimulam a ruptura de padrões de comportamento prejudiciais à saúde, quebrando crenças pessoais e desenvolvendo novas formas de vivenciar a vida (Brito *et al.*, 2015).

Esses conceitos reforçam que a figura do palhaço, o encontro humanizado e a interação horizontal que ele promove são estratégias de cuidado pertinentes à APS. Elas fortalecem a saúde por meio de tecnologias leves e do trabalho vivo, indo ao encontro da proposta de transição tecnológica do cuidado em saúde (MERHY, 2003).

b) Projeto Acolher (Sato *et al.*, 2015)

O projeto Acolher surgiu a partir da identificação da necessidade de qualificar a sala de espera de uma UBSF de São Paulo. A proposta foi pensada

em equipe e contou com o envolvimento de usuários da unidade, com base na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), valorizando conceitos como ambiência, acolhimento, escuta ativa e gestão participativa.

O objetivo foi ressignificar o espaço para aumentar a satisfação dos usuários e melhorar a interação entre a equipe e a comunidade. A intervenção consistiu na pintura das paredes com janelas e portas que simulavam o ambiente de uma casa, incluindo as impressões das mãos de crianças atendidas na unidade.

Apesar do receio inicial da equipe em modificar a estrutura padrão da UBSF, os princípios da PNH (2004) justificaram a intervenção e incentivaram a apropriação coletiva do espaço (Sato *et al.*, 2015).

c) Grupo de arteterapia na UBSF chácara de Santana em São Paulo (SP) (Ribeiro e Correia, 2017)

Este é um relato de experiência sobre um grupo de arteterapia em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em São Paulo. A iniciativa, que partiu dos próprios usuários, teve início em 2007 e visava criar um ambiente de cuidado para a saúde mental, estimular a socialização e fortalecer laços entre os participantes.

O grupo era composto por cerca de dez pessoas com transtornos mentais leves a moderados, dinâmicas familiares conflitantes ou agravos mentais graves e compensados, funcionando com uma estrutura fechada e público heterogêneo.

Como resultados, a equipe relatou o sucesso da atividade, evidenciado pela boa adesão e pela longevidade do projeto. Também se observou melhora clínica na saúde mental dos participantes, bem como aumento da sociabilidade e da formação de redes de apoio. O grupo ainda contribuiu para maior vinculação dos participantes aos demais serviços da unidade.

d) Tenda do conto (MS, 2022)

Criado em 2007, na cidade de Natal (RN), o projeto “Tenda do Conto” incentiva os participantes a levarem objetos afetivos para compartilhar histórias de vida. As narrativas podem ser expressas de forma oral, musical, poética, escrita ou por desenhos, utilizando a arte como meio para lidar com as opressões do cotidiano.

Nessa intervenção, os usuários constroem uma nova concepção de saúde, mais focada na produção de vida do que no adoecimento. Ao se tornarem narradores de suas próprias histórias, podem se (re)posicionar diante de si mesmos e da vida, fortalecendo a dimensão relacional do cuidado e criando laços comunitários entre profissionais e população.

Os idealizadores do projeto aconselham que, para iniciar uma iniciativa de arte, cultura e saúde, é preciso ter paciência, persistência e envolvimento de profissionais dispostos a desconstruir o modelo de cuidado medicocêntrico. Eles enfatizam que não há um caminho único e que a criatividade é fundamental.

e) Sons no SUS (MS, 2022)

Este projeto foi implementado em Aracaju (SE), em 2012, com o objetivo de utilizar uma atividade musical para melhorar a ambiência na sala de espera das UBS do município e promover a humanização do cuidado. A escolha da música como intervenção foi pensada pelo potencial dessa expressão artística de adentrar os espaços sem alterar a rotina do atendimento, mas impactando o ambiente imediatamente.

Havia relatos de que as pessoas, usuários e profissionais de saúde, costumavam estar tensas e em sofrimento na sala de espera das unidades. Na época, observou-se que, quando o grupo começava a tocar, a postura dos indivíduos mudava, tornando-se mais descontraída e relaxada. Também se

percebeu que os efeitos eram mais pronunciados quando o grupo tocava forró, fato associado ao contexto sociocultural nordestino em que a intervenção foi realizada e à identidade sonoro-musical local, reforçando a importância de alinhar as intervenções artísticas à cultura local.

Além da intervenção musical em si, o projeto atuava em parceria com o Programa Saúde na Escola, chamado “Protagonismo Juvenil”. Nessa ação, o grupo utilizava o repertório musical para discutir temas específicos nas escolas, como homofobia, misoginia e racismo, com jovens estudantes do município.

Em outra frente, o grupo também realizava oficinas de sensações musicais direcionadas a profissionais de saúde, fazendo com que os participantes tocassem instrumentos em grupo. Murilo de Andrade (p. 12) relatou: “[...] que a música é inerente ao ser humano, não precisando ser um profissional para tocar em grupo”.

f) Clave de Sois (MS, 2022)

O projeto “Clave de Sois” foi criado em outubro de 2015, em Joinville (SC), e era composto por pacientes de saúde mental do Serviço Organizado de Inclusão Social (Sois). Os integrantes realizavam apresentações musicais em diversas unidades de saúde, reforçando a importância das redes de atenção integradas.

A música mostrou-se uma aliada poderosa na melhora da ambiência e na reabilitação social dos participantes, promovendo autonomia e bem-estar. A coordenadora do projeto alerta que, para iniciativas de arte, cultura e saúde mental, é fundamental oferecer ao usuário a oportunidade de se tornar seu próprio cuidador. Essa autonomia pode levar a uma reabilitação mais efetiva e à criação de um novo sentido de vida.

Experiências internacionais

Na Inglaterra, a arte foi integrada à saúde por meio do Programa de Prescrição Social. Nesse modelo, a APS identifica necessidades não médicas dos pacientes, como solidão, isolamento social ou falta de atividades de lazer (Handayani *et al.*, 2025). Esses pacientes são, então, encaminhados a um prescritor social, que mapeia e direciona o usuário a serviços comunitários. Esses serviços incluem centros de expressão artística, como dança, canto e pintura, atividades esportivas, jardinagem, entre outros (Handayani *et al.*, 2025). A maior parte desses centros pertence ao terceiro setor, como ONGs e grupos de voluntários, o que fortalece os recursos comunitários de cuidado.

O Programa de Prescrição Social tem mostrado resultados positivos. Individualmente, contribui para a saúde física e mental, o engajamento social e a autoestima dos usuários. Coletivamente, fortalece a resiliência e a coesão social da comunidade (Handayani *et al.*, 2025). Um modelo semelhante também é adotado no Canadá (Gangji *et al.*, 2025).

No âmbito da prescrição social inglesa, projetos específicos de “Arts on Prescription” também ganharam destaque. Esses programas são pontuais e usualmente facilitados por artistas locais, ocorrendo em unidades de APS. Essas intervenções mostram melhora significativa nos sintomas de ansiedade e depressão, assim como maior percepção de bem-estar. Em crianças, a abordagem melhora o comportamento e a capacidade de lidar com desafios afetivos (Sumner *et al.*, 2021). Embora intervenções pontuais sejam importantes, a melhora é mais significativa em ações longitudinais e contínuas. O envolvimento de líderes comunitários e a apropriação do conhecimento artístico pelos participantes podem garantir a continuidade desses projetos (Sumner *et al.*, 2021).

A Suécia também é um país de destaque na integração da arte à saúde. Seu modelo de cuidado demonstrou potencial para promover um bem-estar holístico, que se reflete na saúde mental e física dos usuários (Jensen *et al.*, 2017). O modelo sueco também contribuiu para a sociabilidade e o senso de

coletividade dos indivíduos (Jensen *et al.*, 2025), achado que se repete em outras culturas (Van de Vyver *et al.*, 2017; Lee *et al.*, 2021).

Para as equipes de APS, o modelo “Arts on Prescription” ampliou o repertório de cuidados, tornando-se um recurso acessível a todos os profissionais (Jensen *et al.*, 2021). O programa também demonstrou potencial para reduzir a demanda da APS, promovendo um cuidado não médico que fortalece a integralidade do indivíduo (Jensen *et al.*, 2025). Profissionais suecos observaram que o programa é um recurso adicional valioso, especialmente para pacientes de saúde mental, e que fortalece a coesão social das comunidades (Jensen *et al.*, 2021).

O modelo sueco também trouxe dados sobre o potencial do engajamento artístico para aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Jensen *et al.*, 2017). Em pacientes do sexo feminino com *burnout*, foram relatadas melhorias mais expressivas com a intervenção de “Arts on Prescription” do que com a intervenção médica tradicional (Jensen *et al.*, 2017).

Apesar dos benefícios, a hegemonia do modelo médico-centrado é uma barreira para a plena aceitação das intervenções artísticas, tanto por pacientes quanto pela comunidade médica (Jensen *et al.*, 2021). Outro desafio é a natureza pontual de muitos projetos. Programas com ações contínuas e longitudinais demonstram benefícios mais duradouros (Jensen *et al.*, 2021).

Também há a barreira da evidência. A maior parte dos benefícios dessas intervenções é descrita por meio de evidências qualitativas e narrativas (Jensen *et al.*, 2017). Embora tenham baixa significância no modelo cartesiano e positivista da ciência, essas evidências podem, na verdade, apontar para a limitação de se avaliar a arte de maneira rígida, sem considerar as subjetividades que ela mobiliza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão de literatura demonstra, de forma abrangente, que a arte é uma tecnologia de cuidado promissora, por estar alinhada a

um conceito de saúde que transcende a mera ausência de doença, ao se concentrar no bem-estar integral e na produção de qualidade de vida. Os achados compilados, oriundos de contextos nacionais e internacionais, ratificam a capacidade da arte de atuar em múltiplos níveis e com diversas finalidades nos processos de saúde.

A arte se apresenta como uma ferramenta eficaz na promoção e na prevenção da saúde. Ela promove a cooperação social, a resiliência comunitária e a coesão, elementos cruciais para o desenvolvimento de comunidades cidadãs. Seu impacto positivo na saúde mental, com o aprimoramento de estratégias de regulação emocional e o aumento da satisfação com a vida, é um tema recorrente na literatura. A revisão também evidenciou seu potencial terapêutico no tratamento e na reabilitação, mostrando benefícios significativos em pacientes com transtornos mentais, em cuidados paliativos, na assistência ao luto e até em quadros clínicos crônicos, como doenças cardiovasculares e sequelas de acidente vascular cerebral.

As barreiras para a ampla adoção das intervenções artísticas incluem a limitada disponibilidade de profissionais familiarizados com essa abordagem e a hegemonia do modelo de cuidado médico-centrado. Outro ponto crítico é a dificuldade de avaliar as intervenções artísticas por meio de métricas quantitativas, que predominam na ciência cartesiana, desvalorizando as ricas evidências qualitativas e narrativas que a arte naturalmente produz.

Dessa forma, reconhecer a arte como componente da APS é reafirmar o compromisso com uma saúde da família orientada pela humanização, integralidade e cuidado participativo, centrado nas necessidades da população. Amparada por políticas públicas e pela valorização dos saberes locais, a arte pode assumir papel estruturante na promoção da saúde, fortalecendo vínculos e ampliando a potência das ações desenvolvidas no território.

REFERÊNCIAS

ADAJIAN, Thomas. The definition of art. In: ZALTA, Edward N.; NODELMAN, Uri (ed.). **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**. Stanford: Stanford University, 2024. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/art-definition/>. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizasus-politica-nacional-de-humanizacao-pnh/>. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Disponível em: https://bibliotecadigital.gestao.gov.br/bitstream/123456789/958/2/PNPIC_Portaria%20971_03_05_2006.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde com arte**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_com_arte.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

BRITO, C. M. D. de *et al.* O humor e o riso na promoção de saúde: uma experiência de inserção do palhaço na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 553-562, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C4XRyMnrBL66CvZ6MjzgSkB/>. Acesso em: 29 maio 2026.

DAVIES, C. R. *et al.* Defining arts engagement for population-based health research: art forms, activities and level of engagement. **Arts & Health**, v. 4, n. 3, p. 203-216, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17533015.2012.656201>. Acesso em: 29 maio 2026.

DAVIES, C. R. *et al.* The art of being healthy: a qualitative study to develop a thematic framework for understanding the relationship between health and the arts. **BMJ Open**, v. 4, n. 4, e004790, 2014. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/4/e004790>. Acesso em: 29 maio 2026.

DINIZ, F. R. *et al.* Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 21, e60462, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/60462>. Acesso em: 29 maio 2026.

DOW, Rosie *et al.* The arts in public health policy: progress and opportunities. **The Lancet Public Health**, v. 8, n. 2, p. e155-e160, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00313-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00313-9/fulltext). Acesso em: 29 maio 2026.

FANCOURT, D. *et al.* How do artistic creative activities regulate our emotions? Validation of the Emotion Regulation Strategies for Artistic Creative Activities Scale (ERS-ACA). **PLoS One**, v. 14, n. 2, e0211362, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211362>. Acesso em: 29 maio 2026.

FRISHKOPF, M. *et al.* Performing arts as a social technology for community health promotion

in northern Ghana. **Family Medicine and Community Health**, v. 4, n. 1, p. 22-36, 2016. Disponível em: <https://fmch.bmj.com/content/fmch/4/1/22.full.pdf>. Acesso em: 29 maio 2026.

GANGJI, A. R. *et al.* Bridging health and society: transforming Canadian health care through social prescribing. **Canadian Family Physician**, v. 71, n. 1, p. 13-15, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11753266/>. Acesso em: 29 maio 2026.

HANDAYANI, N. H.; WANAT, M.; TIERNEY, S. Experiences of social prescribing in the UK: a qualitative systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 75, n. 752, p. e203-e210, 2025. Disponível em: <https://bjgp.org/content/75/752/e203>. Acesso em: 29 maio 2026.

JANG, S-H. *et al.* Effects of mindfulness-based art therapy on psychological symptoms in patients with coronary artery disease. **Journal of Korean Medical Science**, v. 33, n. 12, e88, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5852419/>. Acesso em: 29 maio 2026.

JENSEN, A. *et al.* Arts on prescription in Scandinavia: a review of current practice and future possibilities. **Perspectives in Public Health**, v. 137, n. 5, p. 268-274, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913916676853>. Acesso em: 29 maio 2026.

JENSEN, A.; BRORSSON, A. Healthier together: how arts on prescription can promote psychosocial wellbeing: a qualitative study. **BMC Primary Care**, v. 26, n. 1, art. 100, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11978017/>. Acesso em: 29 maio 2026.

JENSEN, A.; PIROUZIFARD, M.; LINDSTRÖM, M. Arts and culture engagement and mortality: a population-based prospective cohort study. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 52, n. 4, p. 511-520, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/14034948231165853>. Acesso em: 29 maio 2026.

JENSEN, A.; BUNGAY, H. Swedish primary healthcare practitioners' perspectives on the impact of arts on prescription for patients and the wider society: a qualitative interview study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, art. 1277, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8626132/>. Acesso em: 29 maio 2026.

KARKOU, V. *et al.* Developing a strategy to scale up place-based arts initiatives that support mental health and wellbeing: a realist evaluation of "Arts for the Blues". **PLoS One**, v. 19, n. 1, e0296178, 2024. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0296178>. Acesso em: 29 maio 2026.

LEE, C. W.; LIN, L. C.; HUNG, H. C. Art and cultural participation and life satisfaction in adults: the role of physical health, mental health, and interpersonal relationships. **Frontiers in Public Health**, v. 8, e582342, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2020.582342/full>. Acesso em: 29 maio 2026.

LEFÈVRE, C.; LEDOUX, M.; FILBET, M. Art therapy among palliative cancer patients: aesthetic dimensions and impacts on symptoms. **Palliative & Supportive Care**, v. 14, n. 4, p. 376-380, 2016. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/art-therapy-among-palliative-cancer-patients-aesthetic-dimensions-and-impacts-on-symptoms/6BC825C4F7AEE957AA7C0E4C50EF3EE1>. Acesso em: 29 maio 2026.

LINDSTRÖM, M.; PIROUZIFARD, M.; JENSEN, A. Arts, culture and sports engagement and

self-rated health: a cross-sectional population-based study in southern Sweden. **BMC Public Health**, v. 24, n. 1, art. 2654, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-024-20031-9>. Acesso em: 29 maio 2026.

LO, T. L. T.; LEE, J. L. C.; HO, R. T. H. Creative arts-based therapies for stroke survivors: a qualitative systematic review. **Frontiers in Psychology**, v. 9, art. 1646, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6158307/>. Acesso em: 29 maio 2026.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676242/v27-n65-setdez-2003-12a-conferencia-nacional-de-saude-sergio-ar_DGKxlyw.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

NELSON, K. *et al.* Exploring the impacts of an art and narrative therapy program on participants' grief and bereavement experiences. **Omega: Journal of Death and Dying**, v. 90, n. 2, p. 726-745, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00302228221095042>. Acesso em: 29 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?: a scoping review**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/329834>. Acesso em: 29 maio 2026.

PEDROSO, J. da S.; SILVA, C. V.; BRANDÃO, F. M. V. (org.). **Ciência da palhaçaria: estudos teóricos e práticas em saúde mental**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023.

RIBEIRO, Marília Carolina Aguiar; CORREIA, Luana dos Santos. Arteterapia: um dispositivo de cuidado em saúde mental na UBS Chácara Santana. In: CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 31., 2017. **Anais [...]**. São Paulo: COSEMS/SP, 2017. Disponível em: <https://mfpaper.com.br/fulltime/CD/PDF/18.pdf>. Acesso em: 29 maio 2026.

RUFATO, G. Arteterapia e suas contribuições para a qualidade de vida das pessoas. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 9-28, 2024. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2903>. Acesso em: 29 maio 2026.

RUTHVEN, J. S. Making it personal: ideology, the arts, and shifting registers in health promotion. **AIDS Care**, v. 28, supl. 4, p. 72-82, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1195482>. Acesso em: 29 maio 2026.

SATO, M.; AYRES, J. R. de C. M. Art and humanization of health practices in a primary care unit. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1027-1038, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RzBGHLrx8nJBKf6W8s7TzvF/>. Acesso em: 29 maio 2026.

SILVA, P. H. B. da *et al.* Integrative and complementary practices for health promotion in Primary Care in the Metropolitan Region of Goiania, Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34038, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2024.v34/e34038/pt/>. Acesso em: 29 maio 2026.

SUMNER, R. C. *et al.* Arts on prescription: observed changes in anxiety, depression, and well-being across referral cycles. **Public Health**, v. 192, p. 49-55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.05.011>. Acesso em: 29 maio 2026.

org/10.1016/j.puhe.2020.12.008. Acesso em: 29 maio 2026.

UTTLEY, L. *et al.* Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. **Health Technology Assessment**, v. 19, n. 18, p. 1-120, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279145/>. Acesso em: 29 maio 2026.

VAN DE VYVER, J.; ABRAMS, D. The arts as a catalyst for human prosociality and cooperation. **Social Psychological and Personality Science**, v. 9, n. 6, p. 664-674, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1948550617720275>. Acesso em: 29 maio 2026.

WEISKITTLE, R. E.; GRAMLING, S. E. The therapeutic effectiveness of using visual art modalities with the bereaved: a systematic review. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 11, p. 9-24, 2018. Disponível em: <https://www.dovepress.com/the-therapeutic-effectiveness-of-using-visual-art-modalities-with-the-peer-reviewed-fulltext-article-PRBM>. Acesso em: 29 maio 2026.

WILLIAMS, E. *et al.* Identification with arts-based groups improves mental wellbeing in adults with chronic mental health conditions. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 49, n. 1, p. 15-26, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jasp.12561>. Acesso em: 29 maio 2026.

CAPÍTULO 14

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM MAPEAMENTO DOS INDICADORES UTILIZADOS NA LITERATURA

Mateus Cavalcante Lima
Letícia Maria Carvalho de Sousa
Lucas da Paixão de Carvalho Moraes
Mailson Fontes de Carvalho

Contribuições deste capítulo para o campo da Saúde Coletiva

Inovação: o capítulo sistematiza os principais indicadores de desempenho utilizados em pesquisas avaliativas da Atenção Primária à Saúde (APS) identificados na literatura.

Relevância: o texto contribui para a compreensão de como esses instrumentos têm orientado práticas avaliativas. Também contribui para compreender sua relação com a organização do cuidado.

Impacto: o texto pode subsidiar atividades de ensino e apoiar reflexões de gestores e profissionais sobre monitoramento, avaliação e organização da Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica nos sistemas de saúde por organizar o acesso, coordenar o cuidado e sustentar ações contínuas de promoção, prevenção e atenção às condições de saúde ao longo do curso da vida. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), sua atuação por meio de equipes multiprofissionais contribui para a organização do sistema e para a qualificação dos cuidados ofertados à população, com impacto direto nas condições de saúde e de vida (Guida *et al.*, 2025).

O reconhecimento da centralidade da APS no campo da saúde pública remonta à Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, que reafirmou a saúde como direito humano e os cuidados primários como base para sua efetivação. Esse marco conceitual consolidou a compreensão da APS como um conjunto de ações essenciais, fundamentadas em tecnologias apropriadas, cientificamente embasadas e socialmente aceitáveis, orientadas pela universalidade do acesso e pela adequação às condições econômicas e sociais dos países (OMS, 1978).

No Brasil, a APS foi incorporada como modelo estruturante do SUS, sendo operacionalizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada a partir de 1994. A expansão da ESF ampliou o acesso aos serviços e contribuiu para avanços relevantes na organização do cuidado e nos indicadores de saúde, embora esse processo tenha ocorrido de forma desigual entre regiões e municípios, com diferenças importantes quanto à cobertura e à consolidação das equipes (Chávez *et al.*, 2020; Ministério da Saúde, 2024c).

Apesar dos avanços observados, persistem desafios relacionados à efetividade do modelo, especialmente no que se refere à qualidade e ao desempenho dos serviços, às desigualdades regionais e às limitações no acesso a serviços complementares. Esses fatores evidenciam a necessidade de aprimorar os fluxos assistenciais e as condições de organização do

trabalho das equipes, de modo a assegurar acesso oportuno e cuidado integral aos usuários.

Diante desse cenário, gestores e formuladores de políticas têm recorrido a estratégias de monitoramento e avaliação para apoiar processos de tomada de decisão e melhoria da qualidade, com destaque para a avaliação de desempenho como instrumento capaz de identificar fragilidades e orientar intervenções nos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2025).

O uso de indicadores constitui uma das principais estratégias adotadas nos programas e políticas de avaliação e monitoramento da APS, permitindo avaliar a qualidade e a eficiência dos serviços, apoiar o planejamento de ações, aprimorar estratégias e promover transparência por meio da divulgação de metas e resultados (Ministério da Saúde, 2022).

Esses indicadores possibilitam a mensuração de aspectos da estrutura, do processo e dos resultados da atenção à saúde, configurando-se como ferramentas centrais para o acompanhamento do desempenho dos serviços e dos profissionais, bem como para a identificação de fragilidades que demandam ajustes na organização do cuidado.

Diversas iniciativas incorporaram o uso de indicadores na avaliação da APS brasileira, destacando-se programas vinculados ao financiamento, como o PMAQ-AB, o Previne Brasil e, mais recentemente, o Saúde Brasil 360, cujos indicadores estão organizados por áreas temáticas. Embora amplamente utilizados, estudos apontam limitações relacionadas à atualização dos métodos de cálculo e à dependência de avaliações específicas, o que pode dificultar o monitoramento contínuo e a identificação de avanços ou retrocessos ao longo do tempo (Ministério da Saúde, 2011; 2022; 2024a).

Nesse contexto, os desafios persistentes na organização, na equidade e na qualidade da APS reforçam a importância de compreender quais indicadores de desempenho têm sido utilizados na produção científica. Assim, este estudo tem como objetivo sistematizar os principais indicadores empregados na avaliação do desempenho da APS no Brasil, conforme descritos na literatura,

buscando compreender seus campos de aplicação e seu enquadramento avaliativo no âmbito das pesquisas publicadas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão da literatura do tipo revisão de escopo, indicada para o mapeamento da produção científica sobre uma temática, com o objetivo de reunir e sistematizar diferentes tipos de evidências, analisar a extensão e a natureza dos estudos, esclarecer conceitos e identificar lacunas do conhecimento, sem a pretensão de avaliar a efetividade de intervenções específicas (Cordeiro; Soares, 2019). Considerando que se trata de uma abordagem metodológica relativamente recente e ainda sem padronização universal, adotou-se a estrutura do PRISMA-ScR, desenvolvida pelo Joanna Briggs Institute, com a finalidade de assegurar transparência, sistematização e maior rigor ao processo de construção da revisão, contribuindo para a redução de vieses e para a qualificação da pesquisa (Dijkers, 2015; Mattos; Cestari; Moreira, 2023).

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos estudos foram: artigos empíricos de abordagem qualitativa, quantitativa ou quali-quantitativa; publicações em português, inglês ou espanhol; produções relacionadas ao tema da avaliação do desempenho da APS; período de publicação entre 2015 e 2024; e disponibilidade do texto completo.

Foram excluídas publicações duplicadas, estudos que focalizassem outros aspectos da APS não relacionados ao desempenho, bem como revisões, cartas ao editor e artigos de opinião, uma vez que o presente estudo teve como foco pesquisas empíricas e documentos oficiais.

Para a construção da pesquisa, elaborou-se uma pergunta norteadora utilizando o mnemônico PCC, sendo P (Problema), C (Conceito) e C (Contexto), resultando na seguinte questão: “Quais são os principais

indicadores utilizados para a avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil?”

As buscas foram realizadas no período de março a maio de 2025 nas bases LILACS, MEDLINE e Coleciona SUS, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além da biblioteca digital SciELO e da literatura cinzenta por meio do Google Scholar. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) “Avaliação de desempenho”, “Indicadores” e “Atenção Primária à Saúde”, combinados com os operadores booleanos *AND* e *OR*. Com o intuito de ampliar a busca, adotou-se o modelo em cinco etapas (extração, conversão, combinação, construção e uso) conforme proposto por Mattos, Cestari e Moreira (2023).

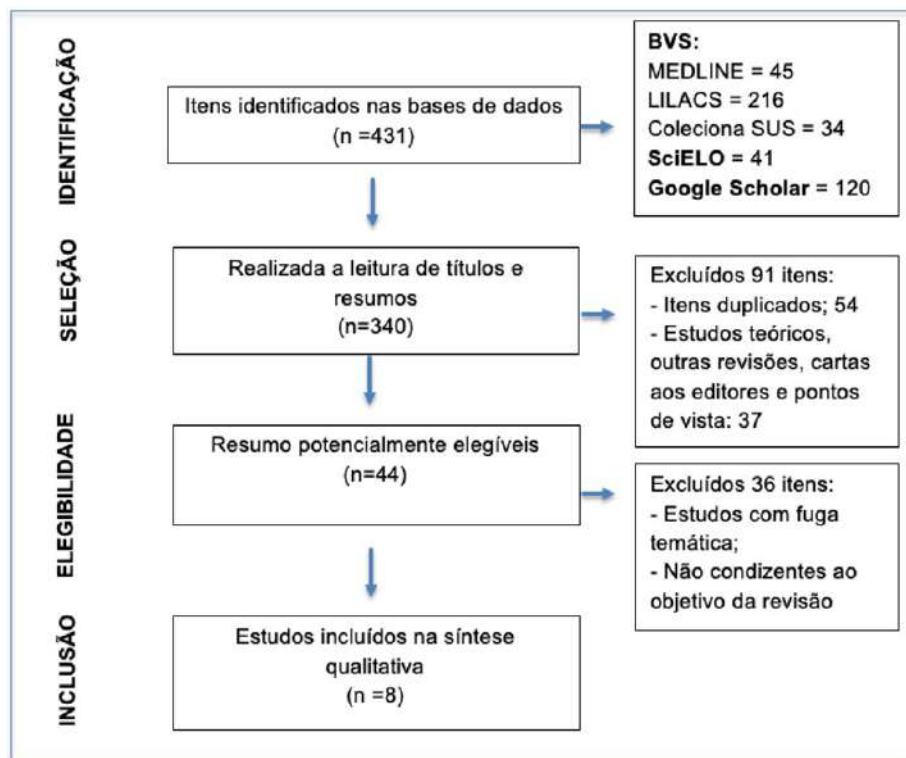
Os resultados identificados a partir das buscas foram exportados para o *software* on-line Rayyan, utilizado para a retirada de duplicidades e para a avaliação dos estudos por dois pesquisadores, de forma independente. As divergências foram resolvidas por consenso ou com a participação de um terceiro examinador. Na sequência, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos estudos selecionados, a fim de verificar a aderência à questão de pesquisa. Após essa etapa, aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão, e os estudos elegíveis foram analisados por meio da leitura na íntegra (Quadro 1).

Após a identificação, os indicadores de desempenho foram sistematizados e classificados segundo a área temática, a dimensão avaliativa (estrutura, processo ou resultado) (Donabedian, 1988) e o sentido analítico. Considerou-se que os indicadores podem apresentar sentido positivo ou direto, quando valores mais elevados indicam melhor desempenho; sentido negativo ou inverso, quando a redução dos valores é desejável; ou valor de referência ideal, definido por protocolos ou metas institucionais. Essa classificação foi adotada para qualificar a interpretação dos indicadores e evitar leituras equivocadas na avaliação do desempenho da APS.

Ao final, foram elaborados quadros de síntese e quadros analíticos dos indicadores identificados, bem como uma síntese dos principais achados

dos resultados associados ao uso desses indicadores nos estudos incluídos. A nomenclatura dos indicadores foi posteriormente padronizada para fins analíticos, conforme apresentado no quadro-síntese por área temática, dimensão e sentido.

Quadro 1. Fluxograma de inclusão dos estudos na revisão



DESENVOLVIMENTO

MAPEAMENTO E SISTEMATIZAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA APS

Foram identificados oito estudos que abordam a avaliação do desempenho da APS no Brasil por meio de diferentes indicadores. O Quadro 2 apresenta a síntese desses trabalhos, contemplando autores, objetivos e os indicadores utilizados, permitindo uma visão comparativa dos enfoques analíticos adotados e dos principais eixos avaliativos explorados na literatura.

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão

Artigo	Objetivo do estudo	Indicadores utilizados
Pereira et al., 2015	Analisar o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil, segundo regiões e grupos de causas.	ICSAP (Internações por Condições Sensíveis à APS).
Tomasi et al., 2017	Avaliar a qualidade da atenção à saúde de usuários com diabetes na APS brasileira a partir da percepção dos usuários.	Facilidade de acesso; Disponibilidade de insumos e equipamentos; Disponibilidade de medicamentos; Organização da gestão e coordenação; Qualidade da atenção; Relato do usuário sobre o cuidado recebido.
Zarili et al., 2021	Avaliar o desempenho da APS no cuidado à gestante, à criança e a pessoas com condições crônicas.	≥ 6 consultas de pré-natal; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; Acompanhamento de hipertensos; Avaliação de HbA1c em diabéticos.
Schönholzer et al., 2023	Analisar o desempenho da APS brasileira a partir dos indicadores do Programa Previne Brasil.	≥ 6 consultas de pré-natal; Testes de sífilis e HIV em gestantes; Atendimento odontológico à gestante; Citopatológico; PA aferida em hipertensos; Solicitação de HbA1c.
Macinko et al., 2018	Avaliar cobertura, acesso e resolutividade da Estratégia Saúde da Família no Brasil.	Cobertura da ESF; Proporção de problemas resolvidos na APS; Diversidade de serviços ofertados.

Lima et al., 2019	Analisar a resolutividade da APS e sua capacidade de coordenar o cuidado em redes de atenção à saúde.	Proporção de problemas resolvidos na APS; Organização da gestão e coordenação entre equipes.
Gomes et al., 2020	Avaliar a organização do processo de trabalho e a qualidade da atenção prestada na APS a partir da percepção dos usuários.	Organização adequada da equipe; Solicitação adequada de exames; Atenção referida como adequada pelos usuários.
Silva et al., 2021	Analisar o perfil de atendimentos em saúde mental na APS e a identificação de agravos psíquicos.	% de usuários com depressão/ansiedade; % com transtornos mentais graves; % com uso ou dependência de substâncias psicoativas.

A partir da identificação dos indicadores utilizados nos estudos incluídos, procedeu-se à sua sistematização analítica, apresentada no Quadro 2. Nesse quadro, os indicadores foram organizados por área temática, classificados segundo a dimensão avaliativa (estrutura, processo ou resultado) e quanto ao seu sentido analítico (positivo/direto, negativo/inverso ou valor de referência ideal), com o objetivo de qualificar a compreensão de seu enquadramento e de sua aplicabilidade na avaliação do desempenho da APS no contexto brasileiro.

No total, foram sistematizados 30 indicadores de desempenho, distribuídos em seis áreas temáticas. Observou-se maior concentração de indicadores na saúde da mulher e pré-natal (dez indicadores), seguida pelas áreas de acesso, estrutura e organização da APS (sete indicadores) e de qualidade, experiência e resolutividade do cuidado (cinco indicadores). A área de doenças crônicas concentrou quatro indicadores, enquanto saúde mental reuniu três indicadores e a saúde da criança apresentou um indicador.

A ênfase da literatura em indicadores de saúde da mulher decorre de compromissos internacionais e prioridades epidemiológicas formalmente assumidas pelo Brasil. A Declaração de Alma-Ata (1978) já definia a atenção materno-infantil como componente essencial da APS, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável reforçam a meta de “reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos” (Nações Unidas, 2015), exigindo monitoramento sistemático do pré-natal, puerpério e rastreamentos.

No âmbito nacional, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reconhece a mortalidade materna como “evento evitável e indicador da qualidade da atenção” (Ministério da Saúde, 2004), e a Rede Alyne (Ministério da Saúde, 2024b) reafirma a redução da mortalidade materna como prioridade estratégica, destacando o papel central da APS na identificação precoce de riscos e na garantia de cuidado contínuo.

Assim, o predomínio dessa área na literatura não é casual, mas resultado de diretrizes normativas e compromissos sanitários que posicionam a saúde da mulher como eixo estruturante da avaliação da APS no Brasil. Quanto à dimensão avaliativa, predominam indicadores de processo (18), evidenciando o foco da avaliação na organização do cuidado e no acompanhamento das ações desenvolvidas na APS. Os indicadores de resultado totalizaram oito, concentrados sobretudo em resolutividade, internações evitáveis e saúde mental, enquanto os indicadores de estrutura corresponderam a quatro, relacionados principalmente à cobertura, à oferta de serviços e à disponibilidade de recursos.

A predominância de indicadores de processo na avaliação da APS e na literatura se explica pelo fato de serem mais sensíveis para captar a qualidade da atenção e permitir identificar falhas e oportunidades de melhoria de forma mais imediata do que os indicadores de estrutura ou de resultado. Como destacam Kovacs *et al.* (2020), esses indicadores são amplamente utilizados porque os provedores têm maior controle sobre as ações realizadas durante o atendimento, o que possibilita identificar com mais precisão os comportamentos necessários para atingir uma meta, enquanto os resultados de saúde dependem de múltiplos fatores externos, como condições de vida, adesão ao tratamento e características clínicas.

Em relação ao sentido analítico, a maioria dos indicadores apresenta sentido positivo/direto (22), nos quais valores mais elevados indicam melhor desempenho. Quatro indicadores foram classificados como de sentido negativo/inverso, por expressarem maior carga de agravos ou desfechos indesejáveis, e quatro como indicadores com valor de referência ideal,

associados a metas normativas previamente estabelecidas. Essa distribuição reforça o predomínio de uma abordagem avaliativa centrada no cumprimento de processos assistenciais e metas programáticas na APS.

Quadro 3. Indicadores de desempenho da APS, segundo área temática, dimensão e sentido

Indicador	Descrição / detalhamento	Dimensão	Sentido
Acesso, estrutura e organização da APS			
Facilidade de acesso ao atendimento na APS	Possibilidade de obter atendimento/ consulta oportunamente na APS	Processo	Positivo/ Direto
Disponibilidade de insumos e equipamentos	Existência e condições de uso de equipamentos/insumos na unidade	Estrutura	Positivo/ Direto
Disponibilidade de medicamentos	Oferta suficiente de medicamentos essenciais para o cuidado	Estrutura	Positivo/ Direto
Organização da gestão e coordenação entre equipes	Fluxos assistenciais, coordenação do cuidado e integração entre equipes	Processo	Positivo/ Direto
Organização adequada da equipe	Planejamento/organização do trabalho da equipe	Processo	Positivo/ Direto
Diversidade de serviços ofertados pela unidade	Amplitude de serviços disponíveis para necessidades do território	Estrutura	Positivo/ Direto
Cobertura da Estratégia Saúde da Família	Percentual da população coberta/ adscrita à ESF	Estrutura	Positivo/ Direto
Qualidade, experiência e resolutividade do cuidado			
Qualidade da atenção prestada ao usuário	Avaliação da qualidade/adequação do cuidado ofertado	Resultado	Positivo/ Direto
Relato do usuário sobre o cuidado recebido	Percepção do usuário sobre o cuidado/ atenção recebida	Resultado	Positivo/ Direto
Atenção referida como adequada pelos usuários	Proporção de usuários que referem cuidado adequado/completo	Resultado	Positivo/ Direto
Proporção de problemas resolvidos na APS sem encaminhamento	Percentual de problemas resolvidos na APS sem necessidade de referência	Resultado	Positivo/ Direto
ICSAP	Frequência de internações evitáveis por condições sensíveis à APS	Resultado	Negativo/ Inverso
Saúde da mulher e pré-natal			
Proporção de gestantes com $\geq$ 6 consultas de pré-natal	Percentual de gestantes com no mínimo seis consultas (início oportuno)	Processo	Valor de referência ideal

Número de consultas de pré-natal	Quantidade de consultas realizadas no pré-natal	Processo	Positivo/ Direto
Proporção de gestantes testadas para sífilis e HIV	Percentual com testes rápidos/registro durante o pré-natal	Processo	Positivo/ Direto
Proporção de gestantes com atendimento odontológico	Percentual com ao menos 1 consulta odontológica no pré-natal	Processo	Positivo/ Direto
Vacina antitetânica	Percentual com vacinação antitetânica conforme necessidade	Processo	Positivo/ Direto
Prescrição de sulfato ferroso	Percentual com suplementação de ferro registrada	Processo	Positivo/ Direto
Procedimentos de exame físico	Realização de procedimentos clínicos (ex.: pressão arterial (PA), altura uterina, inspeção de mamas etc.)	Processo	Positivo/ Direto
Orientações educativas recebidas	Registro/relato de orientações (alimentação, ganho de peso etc.)	Processo	Positivo/ Direto
Exames laboratoriais realizados	Realização/registro de exames (urina, glicemia, HIV, sífilis etc.)	Processo	Positivo/ Direto
Cobertura de exames citopatológicos	Percentual de mulheres (25-64) com citopatológico no período recomendado	Processo	Positivo/ Direto
Saúde da criança			
Proporção de crianças com acompanhamento adequado de crescimento e desenvolvimento	Seguimento periódico do crescimento e desenvolvimento conforme protocolo	Processo	Positivo/ Direto
Doenças crônicas: hipertensão e diabetes			
Proporção de pessoas com HAS ou DM acompanhadas na APS	Percentual de crônicos com acompanhamento/consultas e registros periódicos	Processo	Positivo/ Direto
Proporção de hipertensos com PA registrada regularmente	Percentual com PA aferida/registrada em acompanhamento	Processo	Valor de referência ideal
Percentual de hipertensos com PA aferida a cada 6 meses	Aferição e registro semestral da PA	Processo	Valor de referência ideal
Proporção/percentual de diabéticos com solicitação de HbA1c	Solicitação/registro de hemoglobina glicada em período definido	Processo	Valor de referência ideal
Proporção de diabéticos com HbA1c registrada nos últimos 6 meses	Registro de HbA1c no semestre	Processo	Valor de referência ideal

Saúde mental			
% com depressão, ansiedade e sintomas inespecíficos	Percentual de usuários com registro ativo de transtornos mentais comuns na APS	Resultado	Negativo/ Inverso
% com psicose e transtorno bipolar	Percentual de usuários com registro de transtornos graves/persistentes	Resultado	Negativo/ Inverso
% com uso/dependência de substâncias psicoativas	Percentual com registro ativo de uso abusivo/dependência	Resultado	Negativo/ Inverso

A avaliação de desempenho por meio de indicadores na APS constitui uma estratégia central para o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes e dos resultados alcançados ao longo do tempo, contribuindo para a qualificação do cuidado ofertado à população. Nesse contexto, os estudos incluídos na revisão apresentam resultados empíricos que ilustram diferentes formas de aplicação e interpretação desses indicadores na avaliação do desempenho.

O QUE OS INDICADORES REVELAM SOBRE O DESEMPENHO DA APS NO BRASIL

Os estudos analisados mostram que os indicadores de desempenho evidenciam avanços no acesso, na cobertura e no registro das ações da APS. Entretanto, persistem fragilidades na resolutividade, na continuidade do cuidado e no alcance de metas prioritárias, bem como desigualdades regionais e municipais. Assim, os indicadores revelam tanto progressos quanto limites estruturais e organizacionais dos cuidados primários no contexto brasileiro.

O indicador de ICSAP é amplamente utilizado para avaliar a resolutividade da APS, por representar hospitalizações potencialmente evitáveis por meio de uma atenção primária oportuna e eficaz. Na literatura, o ICSAP é reconhecido como um indicador de efetividade da APS, na medida em que valores mais baixos indicam melhor desempenho dos serviços. No

Brasil, dados evidenciam elevado número de internações evitáveis, sinalizando fragilidades na capacidade preventiva e resolutive da APS (Pereira *et al.*, 2015).

Ao analisar os resultados de 2014, Pereira *et al.* (2015) identificaram que as pneumonias concentraram o maior número de ICSAP (253.732 internações; 22,72%), seguidas pelas doenças cerebrovasculares (9,63%), pela insuficiência cardíaca (9,32%) e pelas doenças pulmonares (6,56%). Esses achados revelam a predominância de internações associadas a doenças respiratórias infecciosas e a condições crônicas mal controladas, reforçando o potencial do indicador para identificar fragilidades no cuidado longitudinal e na prevenção. A análise do ICSAP contribui para a identificação de falhas na prevenção e no manejo de condições sensíveis, subsidiando a formulação de estratégias voltadas ao fortalecimento das ações da APS e à redução de hospitalizações evitáveis (Pereira *et al.*, 2015).

No que se refere à avaliação da qualidade da atenção a pessoas com diabetes mellitus, Tomasi *et al.* (2024) utilizaram indicadores relacionados ao acesso, à disponibilidade de insumos, equipamentos e medicamentos, à organização e à gestão dos serviços, ao cuidado clínico e ao relato de cuidado adequado pelos usuários. Esses indicadores são fundamentais para avaliar o desempenho da APS em um contexto marcado pela elevada prevalência de doenças crônicas e pelos impactos decorrentes de seu manejo inadequado.

Tomasi *et al.* (2024), ao analisarem o período de 2012 a 2018, identificaram avanços progressivos no cuidado às pessoas com diabetes, incluindo melhorias no acesso, na oferta de medicamentos, de insumos e de equipamentos, bem como na organização das equipes e na coordenação do cuidado, com destaque para regiões historicamente mais vulneráveis, como o Nordeste. Observou-se aumento na disponibilidade de medicamentos essenciais, como glibenclamida, metformina e insulinas, e maior agilidade no agendamento da primeira consulta.

Entretanto, alguns indicadores apresentaram retrocessos, como a redução da realização do exame de fundo de olho. Esse exame apresentou

queda de 12 pontos percentuais no período analisado, evidenciando limitações persistentes no acompanhamento integral dos usuários com diabetes (Tomasi *et al.*, 2024).

O estudo de Zarili *et al.* (2024), realizado na APS do estado de São Paulo, utilizou o instrumento QualiAB para avaliar a atenção à deficiência, considerando indicadores como acesso a consultas, acompanhamento contínuo, crescimento e desenvolvimento infantil, acessibilidade física e realização de visitas domiciliares. A pesquisa, conduzida em 2.739 serviços de saúde, mostrou que, embora a estrutura estivesse relativamente desenvolvida, o desempenho na prevenção de deficiências permaneceu aquém do esperado, com cobertura média de 61,6%.

Em relação aos indicadores vinculados ao financiamento e à avaliação de desempenho, destaca-se o Programa Previne Brasil, instituído em 2019, que passou a utilizar indicadores produzidos pelo e-SUS APS e pelo SISAB como base para o financiamento federal da APS (Schönholzer *et al.*, 2023). Os resultados iniciais do programa evidenciaram baixo alcance de metas importantes, como a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal até a 20ª semana de gestação, a testagem para sífilis e HIV, o atendimento odontológico no pré-natal e a cobertura do exame citopatológico. Da mesma forma, indicadores relacionados ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos apresentaram desempenho reduzido, revelando fragilidades na continuidade do cuidado (Schönholzer *et al.*, 2023).

No contexto regional, Souza *et al.* (2022) analisaram o desempenho da APS no Nordeste brasileiro, utilizando indicadores de cobertura, acesso e resolutividade, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Os resultados mostraram que nenhum estado da região atingiu padrões adequados de resolutividade e abrangência, evidenciando limitações estruturais e organizacionais, além de desequilíbrios entre consultas agendadas e oferta à demanda espontânea.

Indicadores de saúde mental também foram utilizados na avaliação do desempenho da APS. No estudo de Salgado *et al.* (2021), realizado no

município do Rio de Janeiro, observou-se baixa detecção de transtornos mentais comuns e graves. As unidades com equipes mais estruturadas e com apoio especializado apresentaram melhor desempenho na identificação dos casos, indicando que a capacidade de detecção de transtornos mentais pode ser um importante indicador da organização e da qualidade da APS.

Por fim, estudos que utilizaram dados do PMAQ-AB evidenciaram que, embora haja solicitação frequente de exames para pessoas com hipertensão e diabetes, persistem falhas na qualidade do cuidado, com relatos incompletos de atenção adequada e desigualdades associadas ao porte do município e às condições socioeconômicas (Neves *et al.*, 2021). No que se refere à qualidade do pré-natal, Tomasi *et al.* (2017) identificaram elevada cobertura de ações básicas, como vacinação antitetânica, prescrição de sulfato ferroso e realização de consultas, porém com importantes desigualdades regionais e sociodemográficas, indicando que a oferta de um cuidado integral e equitativo permanece como desafio para a APS no Brasil.

De forma geral, os achados quantitativos dos estudos indicam variabilidade no desempenho dos indicadores da APS no Brasil, com progresso em alguns aspectos e lacunas persistentes em outros. Evidências recentes sugerem que, embora indicadores de cobertura e registro, como consultas pré-natais, disponibilidade de medicamentos e equipamentos, tenham apresentado aumentos percentuais em certos períodos, muitos municípios e regiões não alcançaram as metas preconizadas pelos programas de avaliação, refletindo desafios estruturais e organizacionais persistentes na APS (Schönholzer *et al.*, 2023).

Estudos complementares sobre avaliação da APS no contexto brasileiro também apontam que, apesar de esquemas de pagamento por desempenho e sistemas de monitoramento terem levado a melhorias incrementais, ainda há grande disparidade regional e limitação no alcance de metas-chave, o que reforça a necessidade de fortalecer os insumos de gestão e a coleta de dados para apoiar ações contínuas de qualificação da APS (Costa, 2023; OECD, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização da produção científica nacional sobre a avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde a partir de indicadores evidencia a diversidade de contextos, enfoques analíticos e finalidades atribuídas a esses instrumentos na literatura. O mapeamento dos estudos permitiu identificar um conjunto heterogêneo de indicadores que, organizados por áreas temáticas, dimensões avaliativas e sentidos analíticos, qualificam a compreensão de como o desempenho da APS tem sido mensurado e interpretado no contexto brasileiro.

A predominância de indicadores de processo reflete tanto a maior viabilidade de mensuração quanto a influência de modelos de gestão e financiamento orientados por resultados, difundidos no setor privado e progressivamente incorporados à gestão pública como estratégia para induzir eficiência, produtividade e controle do desempenho. Na APS, essa lógica tem orientado a organização do trabalho e a responsabilização das equipes, ao mesmo tempo em que tensiona a autonomia profissional e a garantia da integralidade do cuidado, sobretudo em contextos marcados por desigualdades estruturais e territoriais.

Observa-se, ainda, a concentração de indicadores em áreas historicamente priorizadas por políticas públicas, como a saúde da mulher e o pré-natal, enquanto outras, a exemplo da saúde mental, permanecem sub-representadas, especialmente no que se refere à avaliação de processos assistenciais. Ao organizar criticamente essas evidências, o estudo oferece um referencial analítico que pode subsidiar pesquisadores, gestores e profissionais no uso de indicadores como instrumentos de monitoramento, planejamento e tomada de decisão, além de reforçar a necessidade de investigações contínuas que ampliem o escopo avaliativo e favoreçam o desenvolvimento de matrizes de indicadores cada vez mais sensíveis às especificidades territoriais e às demandas do SUS.

REFERÊNCIAS

- CHÁVEZ, G. G. M. *et al.* Acesso, acessibilidade e demanda na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, e20190331, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>. Acesso em: 29 maio 2026.
- CORDEIRO, L.; SOARES, B. C. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2020. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34471>. Acesso em: 29 maio 2026.
- COSTA, C. R. L. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, limites e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2957-2968, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.0000002023>. Acesso em: 29 maio 2026.
- DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>. Acesso em: 29 maio 2026.
- GUIDA, S. L. A. G. *et al.* O papel da Atenção Primária à Saúde na garantia do acesso universal: desafios e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Revista Fortium**, v. 29, e142, 2025. Disponível em: <https://revistaft.com.br/o-papel-da-atencao-primaria-a-saude-na-garantia-do-acesso-universal-desafios-e-perspectivas-no-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 29 maio 2026.
- KOVACS, R. J. *et al.* How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review. **BMC Health Services Research**, London, v. 20, n. 1, art. 291, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05075-y>. Acesso em: 29 maio 2026.
- MATTOS, S. M.; CESTARI, V. R. F.; MOREIRA, T. M. M. Protocolo de revisão de escopo: aperfeiçoamento do guia PRISMA-ScR. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 12, e3062, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3062>. Acesso em: 29 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 29 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil**: saiba como calcular os indicadores de pagamento por desempenho em 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/previne-brasil-saiba-como-calcular-os-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-em-2022>. Acesso em: 29 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS celebra 30 anos da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-celebra-30-anos-da-estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 29 maio 2026.

NAÇÕES UNIDAS. **Objetivo 3**: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Brasília, DF: Nações Unidas Brasil, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 29 maio 2026.

NEVES, R. G. *et al.* Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, e2020418, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/rsdyYHsm96CZgHyBzxZY7Vh>. Acesso em: 29 maio 2026.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a glance 2021**: OECD indicators. Paris: OECD Publishing, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>. Acesso em: 29 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 29 maio 2026.

OLIVEIRA, A. J. *et al.* Strategic health management and its implications for service quality. **IOSR Journal of Business and Management**, v. 27, n. 1, p. 33-38, 2025. Disponível em: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jbm/papers/Vol27-issue1/Ser-4/E2701043338.pdf>. Acesso em: 29 maio 2026.

PEREIRA, F. J. R. *et al.* Perfil das internações por condições sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1008-1017, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n107/1008-1017/>. Acesso em: 29 maio 2026.

SALGADO, M. A. *et al.* Indicadores de saúde mental na Atenção Primária à Saúde: avaliando a qualidade do acesso por meio da capacidade de detecção de casos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, e00224120, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5b6TWpghJyXQvPxfgLnnSgF>. Acesso em: 29 maio 2026.

SCHÖNHOLZER, T. E. *et al.* Performance indicators of Primary Care in the Previn Brazil Program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, e4008, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6415.4008>. Acesso em: 29 maio 2026.

SOUZA, K. O. C. *et al.* Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no Nordeste brasileiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, eAPE03522, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/JCZPKmGB4j4rV4gxNNqfLtC>. Acesso em: 29 maio 2026.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n3/e00195815/>. Acesso em: 29 maio 2026.

TOMASI, E. *et al.* Indicadores de qualidade da atenção a usuários com diabetes na Atenção Primária à Saúde do Brasil: 2012 e 2018. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3678>. Acesso em: 29 maio 2026.

ZARILI, T. F. T. *et al.* Prevenção, detecção e assistência à deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, e00732023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n6/e00732023/>. Acesso em: 29 maio 2026.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Costa Bacelo

Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica, Nutrigenômica e Nutrigenética, Fitoterapia e Administração Hospitalar. Mestre em Gerontologia Biomédica. Doutora em Ciências. Pós-doutora em Saúde Digital. Tecnologista em Saúde Pública da Fiocruz Ceará.

Ana Luiza Machado Pinto

Sanitarista pela ENSP/Fiocruz. Mestre em Ciências da Saúde pelo IFF/Fiocruz. Doutoranda do Doutorado Profissional em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz e Coordenadora-Geral de Atenção Primária à Saúde da Área de Planejamento 3.3 da SMS-RJ, com atuação na gestão, atenção e educação em saúde, com ênfase na APS.

Ana Paula Agostinho Alencar

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Mestre em Ciências da Saúde. Mestranda em Saúde da Família pelo PROFSAÚDE. Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente, Gestão em Saúde, Redes de Atenção, Educação Permanente e Preceptoria no Sistema Único de Saúde. Presidente da Rede Brasileira de Segurança do Paciente – Núcleo Cariri.

Anaclaudia Gastal Fassa

Médica. Doutora em Epidemiologia. Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

Aparecida Cardoso Lima

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA).

Carla Pacheco Teixeira

Assistente social e sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Coordenadora Acadêmica Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Professora permanente do programa. Membro da Coordenação Colegiada do Fórum de Coordenadores de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Cícera Amanda Mota Seabra

Médica de Família e Comunidade. Supervisora do Programa Mais Médicos e coordenadora da residência em MFC na ESP-PB/UNIFSM. Mestre e doutoranda em Saúde da Família. Especialista em Geriatria e Preceptoria.

Cláudio Gleidiston Lima Silva

Médico patologista. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Associado da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Docente do Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Daisy Kelly Landim Linard

Enfermeira da Atenção Primária à Saúde do município de Brejo Santo-CE. Especialista em Saúde da Família e em Gestão em Saúde. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Denise Silva da Silveira

Médica especialista em Atenção Básica, mestre e doutora em Epidemiologia. Docente do mestrado PROFSAÚDE pela UFPel.

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

Enfermeira pela Universidad Nacional de Colombia. Doutora em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre em Educação pela Universidad Militar de Colombia. Coordenadora Institucional do PROFSAÚDE/Fiocruz-RJ. Professora permanente do programa.

Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Docente dos Programas de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFPI) e Saúde da Família pela Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF/Fiocruz/UFPI).

Edson Lucas Leite Siebra

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA).

Elaine Silva Nascimento Andrade

Fisioterapeuta. Especialista em Pneumologia Sanitária e Gestão em Saúde. Mestre e doutora em Saúde Coletiva. Tecnologista na Fiocruz Ceará.

Elanny de Oliveira

Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Cariri/PROFSAÚDE. Residência em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Bacharel em Nutrição pela Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN). Servidora pública no município de Brejo Santo/CE.

Estelita Lima Cândido

Pós-doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Docente permanente do Programa de Desenvolvimento Regional Sustentável (PRODER), do Mestrado em Ciências da Saúde e do Mestrado em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Fábio Julio Ferreira

Médico de Família e Comunidade, com atuação na Atenção Primária à Saúde pelo Programa Mais Médicos para o Brasil na UBS Alto do Vale, Goiânia-GO. Mestrando em Saúde da Família pela UFCAT, com pesquisa voltada à saúde da população LGBTQIAPN+.

Francione Charapa alves

Pedagoga. Filósofa. Pós-doutora em Educação. Professora Adjunta da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA), do Mestrado Profissional em Filosofia (PROF-Filo/UFCA) e do Mestrado Profissional em Educação (Universidade Regional do Cariri - URCA).

Francisca Tereza de Galiza

Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Docente dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem (UFPI) e Saúde da Família pela Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF/Fiocruz).

Francisco Ricardo Miranda Pinto

Docente do Curso de Medicina e Chefe do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Catalão. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Giovanna Luz Monteiro

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da UFCA.

Giovanni Ortale Trainotti

Médico especialista em Medicina de Família e Comunidade. Discente do mestrado PROFSAÚDE pela UFPel.

Isabelly Fernandes Teotonio

Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde da Mulher e mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da URCA.

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Médica. Doutora em Ciências na área de Medicina (USP-BR). Pesquisadora especialista em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública e Saúde Digital da Fiocruz, onde coordena o Mestrado PROFSAÚDE – Polo Fiocruz Ceará.

Janys Cléia Pereira Santos

Psicóloga clínica e mestranda do PROFSAÚDE/Fiocruz-RJ, com atuação na saúde pública. Sua produção se insere no campo da saúde coletiva, com foco na saúde integral de adolescentes e na qualificação das práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro.

José Felliipe Lima Araruna

Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Bolsista do Programa de Iniciação Tecnológica da Rede EBSEH, vinculado ao Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB/UFCG).

José Ferreira Lima Júnior

Cirurgião-dentista. Professor Titular da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFGA).

Júlia Aparecida Pereira Gomes

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da UFCA.

Karyne Barreto Gonçalves Marques

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR, 2001), especialista em Saúde Coletiva (2006) e Odontopediatria (2012) pela UECE. Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE/Fiocruz-CE). Atua na ESF, na Atenção Secundária (CEO) e como facilitadora no Núcleo de Educação Permanente no município de Aquiraz/CE.

Kênio Karley da Silva Oliveira

Mestrando em Saúde da Família pela RENASF/UFPI/Fiocruz. Especialista em Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde pela UFSC. Bacharel em Nutrição pela UFPI/CSHNB.

Laura Hévila Inocêncio Leite

Bióloga. Doutora em Biotecnologia. Professora Adjunta da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Docente do Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Letícia Maria Carvalho de Sousa

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFDPar). Piripiri, Piauí, Brasil.

Lucas da Paixão de Carvalho Moraes

Médico da Estratégia Saúde da Família. Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFPI). Picos, Piauí, Brasil.

Luis Filippe Rasia Pacheco

Bacharel em Saúde e enfermeiro pela UFRB. Integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO/UFRB).

Mailson Fontes de Carvalho

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem e Saúde. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí (UFPI, Picos). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFPI). Picos, Piauí, Brasil.

Maísa de Lima Claro

Doutoranda em Saúde da Família pela RENASF/UFPI/Fiocruz. Mestre em Ciências e Saúde pela UFPI/CMPP. Bacharel em Nutrição pela UFPI/CSHNB. Servidora pública nos municípios de Alagoinha do Piauí e São João do Piauí.

Maria de Fatima Antero Sousa Machado

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado em Saúde da Família – RENASF/Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, Ceará, Brasil.

Maria Rosilene Cândido Moreira

Enfermeira. Doutora em Biotecnologia. Professora Associada da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Coordenadora Institucional do Programa de Mestrado Profissional em Rede Nacional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Mário Braga Roque e Silva

Fisioterapeuta da Atenção Primária à Saúde do município de Jaguaribe/CE. Mestrando do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/Fiocruz-CE).

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – Mestrado e Doutorado Profissional (RENASF) na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Pró-Reitora de Educação Continuada (PROED-UVA).

Mateus Cavalcante Lima

Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. Pio IX, Piauí, Brasil.

Milena Silva Costa

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri. Docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/Fiocruz/UFCA).

Monísya Oliveira Ferreira Brandão

Enfermeira. Mestre e doutoranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Regional do Cariri (URCA). Especialista em Saúde Pública, Atenção Domiciliar e Saúde da Família.

Natália Campos Parente

Médica de Família e Comunidade. Doutoranda em Saúde da Família pela RENASF/URCA. Mestre em Saúde da Família pelo PROFSAÚDE/Fiocruz Ceará. Docente colaboradora do PROFSAÚDE UFCA, docente da Universidade Regional do Cariri, do Centro Universitário Leão Sampaio e da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.

Nathália Maria Morais Belém

Médica de Família e Comunidade e geriatra. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Nuno Damácio de Carvalho Félix

Pós-doutor em Enfermagem e Saúde. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Curso de Enfermagem, na Residência em Enfermagem em Cardiologia, no Mestrado em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e no Mestrado em Saúde da População Negra e Indígena.

Paula Pessoa Pinheiro

Médica de Família e Comunidade na APS de Saboeiro/CE. Diretora Clínica no Hospital Municipal de Saboeiro-CE e no Hospital Municipal de Altaneira/CE. Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) pela UFCA.

Raimundo Malaquias do Nascimento

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri.

Thayná Pinto da Costa Luna

Cirurgiã-dentista da Atenção Primária à Saúde do município de Brejo Santo-CE. Especialista em Saúde Coletiva pela FAVENI. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Víctor Marcel Gonçalves Oliveira

Médico de Família e Comunidade e médico do trabalho, com atuação na Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte e no Núcleo de Perícias da Universidade Federal do Cariri. Mestrando do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Wallace Grangeiro Coelho

Enfermeiro. Servidor efetivo e atual Coordenador de Vigilância em Saúde de Milagres/CE. Atua como professor da Base Profissionalizante em Brejo Santo. Mestrando do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCA).

Wellerson Montenegro da Silva

Bacharel em Saúde e enfermeiro pela UFRB. Mestrando em Enfermagem e Saúde (PPGENF/UFBA). Integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO/UFRB).

Yunier Arro Martinez

Médico. Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE/Fiocruz/UFRB). Integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão em Cuidado Cardiovascular (GPCARDIO/UFRB).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento – Cap. 4; Cap. 8

Acesso à saúde – Cap. 5; Cap. 12

Acesso aos serviços – Cap. 1; Cap. 5

Ageísmo – ver Etarismo

Atenção Primária à Saúde (APS) – Cap. 1–12

Autismo – Cap. 2

Autodirigido, etarismo – Cap. 1

Autonomia do idoso – Cap. 1

B

Bioética – Cap. 1; Cap. 3

C

Cuidado integral – Cap. 1; Cap. 8

Cuidado no pré-natal – Cap. 7

Cuidado em saúde mental – Cap. 8

Cuidado fisioterapêutico – Cap. 10

Currículo em saúde – Cap. 1

D

Desempenho da APS – Cap. 12

Discriminação etária – ver Etarismo

Diversidade sexual e de gênero – Cap. 4; Cap. 5

E

Educação interprofissional – Cap. 3

Educação permanente em saúde – Cap. 1

Envelhecimento – Cap. 1

Equidade em saúde – Cap. 4

Escuta qualificada – Cap. 8

Estereótipo – Cap. 1

Etarismo – Cap. 1

Explícito, etarismo – Cap. 1

F

Família, cuidado do parceiro – Cap. 7

Fluxo assistencial – Cap. 10

Formação profissional em saúde – Cap. 1

G

Gestantes – Cap. 6

Gênero – Cap. 4; Cap. 5

I

Idadismo – ver Etarismo

Implícito, etarismo – Cap. 1

Indicadores em saúde – Cap. 12

Interprofissionalidade – Cap. 3

L

Letramento em saúde digital – Cap. 6

LGBTQIAPN+ – Cap. 4; Cap. 5

Longitudinalidade – Cap. 1

M

Mapeamento de indicadores – Cap. 12

Metodologia de revisão – Cap. 3; Cap. 6; Cap. 11

Modelo biomédico – Cap. 1

P

Parceria no cuidado – Cap. 7

Pessoa idosa – Cap. 1

Políticas públicas – Cap. 1; Cap. 4

Preconceito – Cap. 1

Pré-natal – Cap. 7

Promoção da saúde – Cap. 8

Puerpério – Cap. 8

R

Revisão integrativa – Cap. 3; Cap. 6

Revisão narrativa – Cap. 4; Cap. 11

S

Saúde Coletiva – Cap. 1-12

Saúde da Família – Cap. 7

Saúde digital – Cap. 6

Saúde mental – Cap. 8

Segurança do paciente – Cap. 3

Seletividade alimentar – Cap. 2

Sistema Único de Saúde (SUS) – Apresentação

T

Tecnologia em saúde – Cap. 11

TEORISC – Cap. 9

V

Violência simbólica – Cap. 1

Vulnerabilidade social – Cap. 4; Cap. 5

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-294-3



9 786554 622943